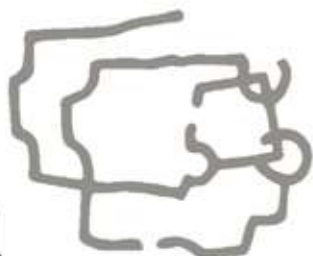


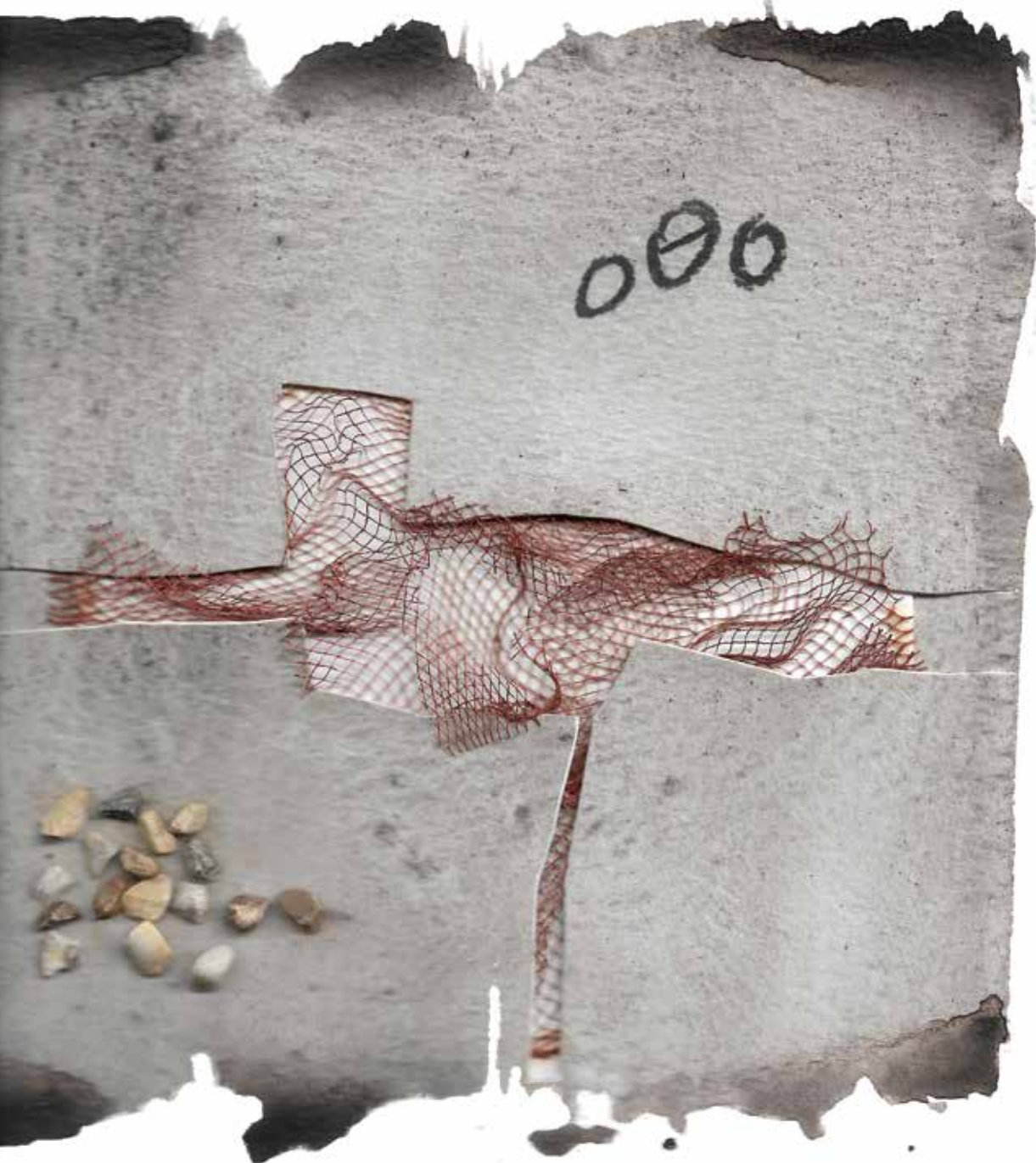
# NORTE

## DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XV nº 58 Enero 2018



Autor portada: Enrique Gonzalo.

Volumen XV



Nº 57



Nº 58

Volumen XIII



Nº 51



Nº 52



Nº 53

Volumen XIV



Nº 54



Nº 55



Nº 56

Volumen XI



Nº 45



Nº 46



Nº 47

Volumen XII



Nº 48



Nº 49



Nº 50

Volumen IX



Nº 39



Nº 40



Nº 41

Volumen X



Nº 42

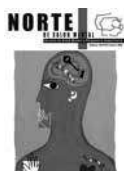


Nº 43



Nº 44

Volumen VIII



Nº 33



Nº 34



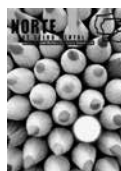
Nº 35



Nº 36

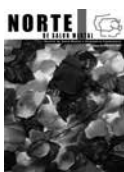


Nº 37



Nº 38

Volumen VII



Nº 27



Nº 28



Nº 29



Nº 30

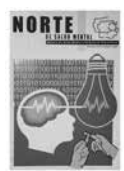


Nº 31



Nº 32

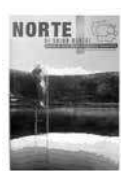
Volumen VI



Nº 22



Nº 23



Nº 24



Nº 25



Nº 26

Volumen V



Nº 16



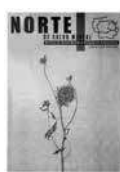
Nº 17



Nº 18



Nº 19



Nº 20



Nº 21

## NORTE de Salud Mental

### Director:

Markez, Iñaki

### Consejo Editorial:

Berdullas, José  
Cifre, Antonia  
Estévez, Juan  
Rodríguez Pulido, Francisco  
Inchauspe, José Antonio  
Lalana, José Manuel  
Munarriz, Mikel  
Navarro, Mercedes  
Novella, Enric  
Sierra, Deirdre

### Consejo Asesor y de Redacción:

Achótegui, Joseba	De la Rica, José Antonio	Jimenez Estevez, Juan Fco.	Pérez-S, Pau
Álamo, Cecilio	Desviat, Manuel	Laespada, Teresa	Polo, Cándido
Albi, Inmaculada	Esteban, M. Luz	Lamas, Santiago	Prego, Roque
Álvarez, José M <sup>ª</sup>	Esteban, Ramón	Lasa, Alberto	Pradana, M <sup>ª</sup> Luz
Angosto, Tiburcio	Fernández Liria, Alberto	Lázaro, José	Redero, José María
Aparicio, Víctor	Ferrera, Beatriz	Levav, Isaac	Rendueles, Guillermo
Arana, Xabier	García Soriano, Maite	Marín, Mónica	Retolaza, Ander
Arias, Paz	Gay, Eudoxia	Marqués, M. José	Rodríguez, Beatriz
Ballesteros, Javier	Gómez, Chus	Marquínez, Fernando	Rotelli, Franco
Barrenetxea, Olatz	Gómez-Beneyto, Manuel	Martínez-Azumendi, Óscar	Saraceno, Benedetto
Berrios, Germán E.	González Brito, Natalia	Martínez, Ana	Sepúlveda, Rafael
Bravo, Mari Fe	González Lorenzo, Félix A.	Mayoral, Fermín	Serrano, Javier
Caldas d'Almeida, José	González-Pinto, Rodrigo	Meana, Javier	Soler, M <sup>ª</sup> del Mar
Carranza, Arturo	González Saiz, Francisco	Meneses, Carmen	Susparregui, J. M <sup>ª</sup>
Català, Laura	González Torres, Miguel Á.	Mezzich, Juan	Tarí, Antonio
Chicharro, Francisco	Gracia, Fernando	Molina, Germán	Thornicroft, Graham
Colina, Fernando	Gutiérrez Fraile, Miguel	Morchón, J.	Tizón, Jorge Luis
Collazos, Francisco	Hernández, Mariano	Moreno, Ana	Trujillo, Carlos
Comelles, Josep M <sup>ª</sup>	Hernández Padilla, María	Olabarría, Begoña	Valverde, Mikel
Del Rio, Francisco	Huertas, Rafael	Palacios, Antonio J.	Villasante, Olga

✓ Acceso disponible en: [www.revistanorte.es](http://www.revistanorte.es) • Correo-e: [info@revistanorte.es](mailto:info@revistanorte.es)

✓ Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de NORTE de Salud Mental salvo que esté así especificado.

✓ Todos los artículos están accesibles de modo gratuito en la web: [www.revistanorte.es](http://www.revistanorte.es)

NORTE de Salud Mental es accesible también en el Servicio Bibliográfico y Accesos abiertos de:

- Anuario FEAP
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco)
- DIALNET
- Dulcinea
- Directory Open Acces Journals (DOAJ)
- e-revist@s
- IME (Índice Médico Español)
- MEDicina en ESpañol (MEDES)
- psiquiatría.com
- Psiquiatría Sur
- RCS
- Repositori UJI
- Repositorio AEN



NORTE de salud mental  
Vol XV nº 58, Enero 2018

<https://ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/>

Realización y Administración:

OME • C/Araba, 6 bajo (entrada por C/Burgos) • 48014 Deusto. Bilbao

[revistanorte@ome-aen.org](mailto:revistanorte@ome-aen.org)

Autor de la portada: Enrique Gonzalo

Logo Norte de Salud Mental: Eduardo Chillida

Fotografías: Archivo OM Editorial y AEN

Publicación cuatrimestral no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares. Ejemplar atrasado: 30 euros.

Tarifa anual: Profesionales 100 euros Instituciones 150 euros

ISSN: 1578-4940 • Depósito Legal: 1565/02

Diseño y maquetación: Marra Servicios publicitarios, S.L.



Norte de salud mental está bajo una licencia de Creative Commons.

Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que apoyan el uso que hace de su obra). No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Licencia completa: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/es/>

# Sumario

## NORTE de salud mental 58. Enero 2018

<b>Editorial</b>	5
• Desde el trabajo social a los derechos de las personas. <i>Iñaki Markez.</i>	7
<b>Originales y revisiones</b>	11
• Lo que el psicoanálisis aporta a la salud mental de niños y adolescentes. <i>Eva Rivas Cambroner.</i>	13
• Construcciones de subjetividad: Psicoanálisis y literatura. <i>Rafael Manrique.</i>	20
• Abordaje grupal de las voces en la psicosis. <i>Carmen Hidalgo Arjona, Carmen Gómez Montaña.</i>	29
• ¿Son necesarias las Psicoterapias para los Psiquiatras? <i>Nicolás Vucínovich.</i>	37
• Competencias culturales de los profesionales de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía en la atención a la población inmigrante. <i>Pedro L. Ibáñez Allera y Francisco Checa y Olmos.</i>	42
• Alteraciones psiquiátricas en esclerosis múltiple. <i>Leire Avellanal Zaballa, Agurtzane Ortiz Jauregi.</i>	53
<b>Formación Continuada</b>	59
• Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XXVI). <i>Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.</i>	61
• Erotomanía o Síndrome de Clérambault: a propósito de un caso. <i>María Herrera Giménez, Carmen Llor Moreno.</i>	65
• La escritura como tratamiento en un caso de psicosis y exclusión social: Del caos al orden. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	69
<b>Pre-ocupaciones</b>	75
• La posición de la ACN en relación a la atención a la salud mental infanto-juvenil y a la futura ley de atención temprana en la infancia. <i>Junta directiva ACN.</i>	77
• Identidades y dinámicas emocionales. <i>Goyo Armañanzas.</i>	80
• ¿Psicoanálisis moderno? ¿Y de grupo? <i>Joan Coll.</i>	82
<b>Historia</b>	87
• En torno al libro “Psicoanálisis de los sueños” (1940) de Ángel Garma: un epistolario de difusión y la teorización de una diferencia. <i>Clara Casalegno, Mayumi Asato, Melisa Barrera.</i>	89
• Memoria, duelo y psicoanálisis en el largo camino de dolor entre 1939 y 2017. <i>Anna Miñarro.</i>	95
• In memoriam: Nekane Pardo Gascue. <i>Paz Arias García, María Eugenia Ariz.</i>	105
<b>Actualizaciones</b>	107
• Freud. Un despertar de la humanidad. <i>Vilma Coccoz.</i>	109
• Ensayo sobre la desigualdad. ¿Qué nos queda todavía para ser felices? <i>Fernando Pérez del Río.</i>	111
• El enigma del mal. <i>Luis Seguí.</i>	112
• Bullying. Una falsa salida para los adolescentes. <i>José Ramón Ubieta, Ramón Almirall, Lourdes Aramburu, Lidia Ramírez, Enric Roldan, Francesc Vila.</i>	113
• El cerebro altruista. Por qué somos naturalmente buenos. <i>Donald W. Pfaff.</i>	116
<b>Agenda</b>	119

# Summary

NORTE de salud mental 58. January 2018

<b>Editorial</b>	5
• From social work to the rights of people. <i>Iñaki Markez.</i>	7
<b>Original and reviews articles</b>	11
• Psychoanalysis, its Contribution to Children Mental Health. <i>Eva Rivas Cambronero.</i>	13
• Constructions of Subjectivity: Psychoanalysis and literature. <i>Rafael Manrique.</i>	20
• Group approach to voices in psychosis. <i>Carmen Hidalgo Arjona, Carmen Gómez Montaña.</i>	29
• Are Psychotherapies necessary for Psychiatrists? <i>Nicolás Vucínovich.</i>	37
• Cultural competences of the mental health professionals of the Public Health System of Andalusia in the care of the immigrant population. <i>Pedro L. Ibáñez Allera y Francisco Checa y Olmos.</i>	42
• Psychiatric disorders in multiple sclerosis. <i>Leire Avellanal Zaballa, Agurtzane Ortiz Jauregi.</i>	53
<b>Continuing Education</b>	59
• Continuing Education in Clinical Psychiatry: Self Opinion (XXVI). <i>Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz.</i>	61
• Syndrome of Clerambault: on the purpose of a case. <i>María Herrera Giménez, Carmen Llor Moreno.</i>	65
• Writing as a treatment in a case of psychosis and social exclusion: From chaos to order. <i>Cosme Sánchez Alber.</i>	69
<b>Concerns Challenges</b>	75
• La posición de la ACN en relación a la atención a la salud mental infanto-juvenil y a la futura ley de atención temprana en la infancia. <i>Junta directiva ACN.</i>	77
• Identities and emotional dynamics. <i>Goyo Armañanzas.</i>	80
• Modern psychoanalysis? In group? <i>Joan Coll.</i>	82
<b>History</b>	87
• Around the book “Psychoanalysis of dreams” (1940) by Ángel Garma: an epistolary of diffusion and the theorization of a difference. <i>Clara Casalegno, Mayumi Asato, Melisa Barrera.</i>	89
• Memory, and psychoanalysis on the long tail trauma between 1939 and 2017. <i>Anna Miñarro.</i>	95
• In memoriam: Nekane Pardo Gascue. <i>Paz Arias García, María Eugenia Ariz.</i>	105
<b>Book reviews</b>	107
• Freud. Un despertar de la humanidad. <i>Vilma Coccoz.</i>	109
• Ensayo sobre la desigualdad. ¿Qué nos queda todavía para ser felices? <i>Fernando Pérez del Río.</i>	111
• El enigma del mal. <i>Luis Seguí.</i>	112
• Bullying. Una falsa salida para los adolescentes. <i>José Ramón Ubieta, Ramón Almirall, Lourdes Aramburu, Lidia Ramírez, Enric Roldan, Francesc Vila.</i>	113
• El cerebro altruista. Por qué somos naturalmente buenos. <i>Donald W. Pfaff.</i>	116
<b>Calendar</b>	119



# EDITORIAL



## Desde el trabajo social a los derechos de las personas.

Venimos (y continuamos) de la crisis social que se abrió en el ámbito español con el pinchazo de la burbuja inmobiliaria en 2008, con su gestión pública mediante la austeridad de la mayoría de la población, que desembocó en conflictos relacionados con la exclusión y la desigualdad de millones de personas. Generalizó la *pobreza de masas*, algo que dio “juego” a los medios de comunicación a través del espectáculo del malestar y de esa pobreza. Su expresión sociopolítica, no asumida por los partidos con miras de Estado, explotó con el 15 M que brindaba un discurso e imágenes de la polarización: sufrimiento social por un lado, beneficios de élites políticas y empresariales, por otro lado. Algo que se fue visibilizando poco después con los torrentes de corrupción y especulación.

### Psiquiatría/ Salud Mental Comunitaria como opción

Si se desea analizar un Modelo de Salud, y un Modelo de Salud Mental, necesariamente tendremos que conceptualizar los términos que utilizemos, llegar a consensos sobre de que hablamos. Ahí están los códigos de la OMS, o de la APA, o los muchos debates desarrollados.

Existe confusión, no ya entre la población sino entre los mismos profesionales que trabajamos en el campo de la Salud, entendiéndose como *sinónimos* términos que poco tienen entre sí (ver cuadro) arrastrando concepciones y prácticas muy diferentes. Sin olvidar la diversidad de definiciones de “lo mismo” según modelos, escuelas orientaciones... o intereses en esto llamado Salud.

La ciencia médica y las ciencias de la salud mental, como no, en el pasado y en el presente siguen aportando a la justicia y a su moral la objetividad y la credibilidad. Con los textos, con los libros, con su seguridad prepotente, se va adaptando a la sociedad contemporánea. También a muchos intereses no siempre explicitados. Igual que las

religiones, también la medicina juega su rol de elemento orientador y organizador. Los delitos, los pecados que con el tiempo dejan de serlo, las alteraciones de la Norma, las enfermedades que no lo son,... han pasado y pasan por los tribunales de Justicia con certificaciones médicas (del experto). La persona enferma hoy, fue delincuente ayer ¿o al revés? Las personas afectadas por la locura, el desempleo o la drogadicción, ser usuario de drogas o tener comportamientos sexuales o sociales fuera de lo establecido por la Norma, significaba que pertenecían a la periferia del sistema y, en este, participaban de las bolsas de exclusión.

El modelo de Psiquiatría Comunitaria es una opción política y técnica, que en aras de un mejoramiento del nivel de bienestar social del ciudadano/a y partiendo de un concepto integral y radical de salud pública, aprovecha hallazgos y aportaciones de la praxis, y la investigación, permitiendo un mayor y armónico desarrollo de diversas formas de entender y abordar problemas de la salud y la enfermedad psíquicas: la psiquiatría comunitaria es un paradigma técnico, un servicio público integral en el campo de la salud mental que acerca las estructuras psiquiátricas al usuario, a la comunidad.

Desde un enfoque comunitario los objetivos se orientan a la inclusión social, la participación activa en la comunidad, las redes sociales así como en la mejoría de la calidad de vida y de las relaciones interpersonales. Hace años que se lograron consensos sobre el Modelo para la Sanidad Pública en sus grandes líneas. Las asociaciones para la defensa de la salud pública lo vienen defendiendo hace un cuarto de siglo, y también en la salud mental, o por los colectivos profesionales defensores de la psiquiatría comunitaria. Muchos documentos de la AEN y de otros colectivos sociales y profesionales eran y son explícitos: *Existe consenso sobre el modelo del sistema de atención a la salud mental, que ha de ser universal, público, integral, comunitario,*



*eficaz, equitativo y evaluable aunque este consenso no siempre se traduce en definir prestaciones en base a las necesidades, planificación y financiación de servicios a ofertar y la obligada evaluación.* Documentos al alcance de interesados pero, en la práctica, las políticas de salud vienen determinadas por intereses de las élites políticas y económicas alejadas de las necesidades reales.

Hay mayor conciencia en los colectivos sociales, mayor actitud reivindicativa, un aumento de Servicios Asistenciales y también desaparecen algunas estructuras sociales. En los años 60 se pensaba que para superar el modelo psiquiátrico manicomial imperante y la crítica al modelo médico-psicológico era preciso transformar dicho modelo y la práctica psiquiátrica. Pero eran imprescindibles profundos cambios políticos. Y se entendían las luchas en el campo psiquiátrico como una parte de las luchas antifranquistas del momento. Esto da lugar a corrientes transformadoras en torno a las llamadas Psiquiatría Social y la Psiquiatría Comunitaria.

En los años 80 originariamente hubo confluencias entre la voluntad política por efectuar cambios en Salud mental y los sectores sociales en ellos interesados. Un marco constitucional y jurídico más definido que puede posibilitar la transformación institucional en la psiquiatría (la misma Constitución señalaba la igualdad de todos la ciudadanía y su derecho a la Salud (Artº 43). En 1982, algunas Administraciones Autónomas iniciaron planes de reforma psiquiátrica (posteriormente frustrados desde la propia Administración). Entonces, en 1985, se creó la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica que elaboró un proyecto favorable a una reforma real. Sin embargo, la Ley General de Sanidad (LGS) en 1.986 se olvidó de la ansiada Reforma psiquiátrica. Como detalle, en la LGS solo en un artículo se habló de salud mental y que ha de ser comunitaria. Se *pasó* de los hospitales con un silencio cómplice. Las autocensuras y pactos con sectores que no apoyaban una reforma sanitaria profunda y digna obtuvieron su objetivo.

Así hasta llegar a la década de los 90, “la década del cerebro” nos dijeron, y después nos hemos situado en las décadas del psicofármaco. Hemos entrado en una situación en la que la medicaliza-

ción de la vida cotidiana, la psiquiatrización de la vida cotidiana, tiene un peso social impresionante... aunque también podemos tratar de salir de ella.

Los movimientos alternativos necesariamente debieron plantearse enfrentarse a muchos mecanismos del sistema ideológico que otras teorías no cuestionaban sino reforzaban. Me refiero a aspectos sobre la democratización interna de las instituciones, la conexión de las mismas con los movimientos liberadores que trabajaron por abolir contradicciones sociales, combatir mecanismo de segregación, actuar por la reinserción, en los diferentes medios de la vida de las personas psiquiatrizadas, intervención en y de la comunidad, etc.

### ¿Qué hubiera sido necesario?

El avance neoliberal en algunos lugares está destrozando lo logrado tras tres décadas: Madrid es hoy un referente para preocuparse por si en otras comunidades siguen el mal ejemplo de concertaciones con el sector privado, ya demostrado que no es la solución sino que determina el deterioro de la sanidad pública. La contrarreforma neoliberal fue el resultado de un proceso rápido de ofensiva de las clases altas tras el amplio movimiento social (de rebeldía) de 1968 y el inicio de la crisis económica de 1973. Puede entenderse como un proceso de restauración/recomposición del capitalismo. Desde los años 90s, las políticas neoliberales redefinieron un sentido común global, con nuevos límites de lo socialmente posible, imposible e inaceptable. A través del consumismo, las clases capitalistas en el poder lograron que amplios sectores de las clases populares, sintieran que sus intereses y “necesidades” materiales se solaparan, al menos en parte, con los de las élites.

Junto al descenso de la participación social, con un aumento de la desigualdad, mientras se han ido ninguneando y ocultando algunas de las reflexiones críticas de mayor impacto (y evidencia) el papel crucial que siguen desempeñando los mecanismos de intervención social estatal tradicionales: regulación del mercado de trabajo, políticas educativas, régimen fiscal, crisis de los cuidados y gestión de las ayudas sociales, legislación e intervención penal...

Las medidas impuestas por la troika y asumidas por el gobierno español con el pretexto de garantizar la sostenibilidad del sistema económico ha eliminado los pilares básicos del sistema sanitario público: el derecho a la salud (la universalidad de la atención sanitaria), la igualdad de acceso a la misma y el carácter solidario y redistributivo de la Sanidad Pública (Real Decreto Ley 16/2012, Ley Orgánica 2/2012). Sin universalidad, dejando fuera del sistema sanitario a colectivos vulnerables (desempleados de larga duración, inmigrantes sin papeles, jóvenes sin cotizaciones...) mientras los recortes provocan el aumento de las lista de espera, dificultad de acceso a los medicamentos y otras prestaciones por el copago. Esta situación se agrava por el recorte de las prestaciones sociales, pues lo que se está imponiendo a los gobiernos por parte de los poderes financieros internacionales es un plan bien hilvanado de desmantelamiento de los sistemas sanitarios y sociales públicos, de especial radicalidad en Grecia, Portugal y España. Supone la venta de los servicios públicos al capital financiero internacional, a la ganancia empresarial, encareciendo los servicios y dificultado la accesibilidad, cuando buena parte de la población, empobrecida por la crisis, más lo necesita. Es de especial dramatismo en la salud y en particular para salud mental y la atención primaria y psicosocial, también en el *Tercer Sector*, pues la privatización supone un cambio de modelo, el fin de la atención comunitaria y la regresión a la medicina subordinada a los grandes intereses de los grandes complejos tecnohospitalarios y de la empresa farmacéutica.

Estos hechos se concretan ya de forma radical en algunas comunidades autónomas, como Madrid y Valencia, con el cierre o absorción por los hospitales de los centros de salud mental, la desaparición de las áreas sanitarias y la consiguiente desarticulación de las redes de recursos sociales y sanitarios; la vuelta a los conciertos con hospitales psiquiátricos privados, y el incremento en general de lo que ahora se llama larga estancia, en muchas ocasiones, los antiguos manicomios apenas remozados.

En gran medida la Psiquiatría se constituye como ciencia sin romper con nada, adaptando un cuerpo teórico de otra ciencia: la medicina. De ese modo aparece como una rama de esta. Es el mo-

delo médico de enfermedad. Así el diagnóstico se realizará en función de conductas y rasgos conductuales de la persona. Los psicofármacos han penalizado la figura del psiquiatra-médico que se acerca e interrelaciona con su paciente. Este es el lado débil, sobre todo desde los años 90.

Nos encontramos con que el modelo sanitario está sufriendo grandes transformaciones por la tendencia internacional a mercantilizar la salud y la provisión de los servicios sanitarios. Donde antes hubo vocación de servicio público ahora son áreas de negocio. Ni la psiquiatría organicista o biologicista que sigue estrictamente el modelo médico sirve para "curar" la enfermedad mental.

Hoy son muchas las corrientes y escuelas de pensamiento en la Salud Mental, que han ido creando un importante cuerpo teórico "sin la honorabilidad médica" (el psicoanálisis, la antropología, la sociología,...). Pero no obstante, la psiquiatría positivista sigue en el poder de la asistencia pública psiquiátrica.

La formación pre, post y continuada, así como la pérdida de autonomía y la asalarización de los profesionales sanitarios influyen en las condiciones de trabajo, del trabajo que se pretende terapéutico y rehabilitador.

Un modelo, donde la eficiencia (según gerentes y administradores) y la satisfacción de los usuarios nunca son establecidas por los profesionales.

Todo para llegar a esta sociedad de dominio del individualismo donde nos hemos creído ser empresarios de nosotros mismos, eficientes calculadores de costes y beneficios que asumen riesgos en sin esperar que les proteja la comunidad o el Estado, con tecnologías de control asumidas, que generan mecanismos de confianza en uno mismo (capital humano, emprendimiento, empoderamiento individual) y desconfianza sobre los demás (comparación, inseguridad, rivalidad...). Desde esta perspectiva, a las políticas sociales no les compete reducir la desigualdad sino promover la responsabilidad individual y, si esto fracasa, orquestar los dispositivos necesarios para la detección, prevención y contención de riesgos sociales (la pobreza, la violencia y la protesta). Mientras, los gobiernos castigan por el delito de ser pobres o estar en la marginación, en



la que se sitúan las clases medias empobrecidas, desahuciados, gentes en desempleo ya de larga duración, supervivientes con trabajos precarios, arruinados por la banca,... que perdieron sus derechos jaleados en la Constitución (alimentación, vivienda, trabajo, sanidad, educación...) y, al tiempo, se criminaliza la protesta y la pobreza misma.

Muchas de las personas atendidas han recibido información y será orientada hacia la formación que permita un mayor acceso al empleo o ayudas sociales si el empleo no cubre las necesidades básicas. Pero es preciso reflexionar sobre el compromiso desde nuestras prácticas, más quienes tienen más presente el trabajo social; compromiso de pensar que ante todo el desafío es trabajar para una emancipación que vaya más allá de los recursos económicos que una persona y su familia puedan adquirir, sino caminar hacia una posición que libre y conscientemente adopten frente a la vida, sin enjuiciamiento, sin exclusión.

Iñaki Markez

## Bibliografía

- Ávila D. y García S. (2013). Entre el riesgo y la emergencia: insinuaciones policiales en la intervención social. *Revista de Antropología Social*, 22,59-82.
- Desviat M. (2017). «Precariado» y control social: asistencialismo y exclusión en el ámbito de la salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social (CTS)*. Vol 30, 2: 369-376.
- García S, Rendueles C. (2017). “Hacia un nuevo Trabajo Social crítico: el gobierno de lo social en la era neoliberal”. *Cuadernos de Trabajo Social (CTS)*. Vol 30, 2: 243-260.



**ORIGINALES Y REVISIONES**



# Lo que el psicoanálisis aporta a la salud mental de niños y adolescentes.

## *Psychoanalysis, its Contribution to Children Mental Health.*

Eva Rivas Cambroneró

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Moratalaz, Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del HGU Gregorio Marañón de Madrid.

**Resumen:** Se plantea el psicoanálisis como una herramienta imprescindible para contrarrestar los abordajes de la psicopatología de la infancia que se apoyan exclusivamente en la descripción y clasificación de las conductas de los niños. Se enumeran y explican las principales aportaciones del psicoanálisis al trabajo en salud mental de niños y adolescentes: aporta una ética basada en promover al niño como sujeto y rescatándole de la de objeto; escuchar al niño y no solo a los adultos que lo traen a tratamiento; orienta para trabajar con la demanda delegada; favorece el despliegue significativo; relativiza la demanda constante de pautas de actuación dado que hacer clínica psicoanalítica es saber trabajar independientemente de lo que se cree saber; sitúa las manifestaciones conductuales contemporáneas en la época del imperativo de goce en la que la angustia no aparece como afecto del niño sino del Otro; y por último piensa los síntomas como una vía de solución que el sujeto construye.

**Palabras clave:** psicoanálisis, salud mental infantil.

**Summary:** Psychoanalysis is an essential tool to counteract those child psychopathology approaches which are exclusively focused on describe and classify children behaviour. Along this work, the main contributions of Psychoanalysis to Childhood and Adolescence Mental Health are expounded: it establishes a genuine ethos where the children voice is taken into consideration beyond the account of those adults who bring them to treatment, promoting the subject position and rescuing the child from de object place; it provides a guidance to work throughout the delegate demand; it entitles the unfolding of the signifier; it minimizes significance of providing constant counselling, since Psychoanalytic work does not take anything for granted; it enables to think the contemporary behavioural manifestations within the time of the imperative of joy- where the angst does not appear as a child's affect but the Other's-; and finally, Psychoanalysis understands the symptom as an individual work towards the self resolution.

**Key words:** psychoanalysis, children mental health.

El psicoanálisis surge gracias a problemáticas patológicas que la medicina no llegaba a explicar. Hoy día la medicina y por ende su especialidad, la psiquiatría, sigue sin poder explicar las

problemáticas patológicas por lo que se conforma en describirlas y clasificar sus descripciones atóricas. No es raro entonces que muchos psiquiatras infantiles entrevisten a los padres y

basen su juicio clínico y sus decisiones terapéuticas exclusivamente en la descripción que éstos o los profesores hacen del comportamiento del niño. Pero en muchas ocasiones el niño dice con la conducta lo que el adulto es capaz de decir con la palabra. En este contexto el psicoanálisis es imprescindible para ofrecer una alternativa a las terapias exclusivamente orientadas a la modificación de las conductas, las reeducaciones del síntoma, la reducción biologicista de trastornos como el TDAH, la psicosis, el autismo, la anorexia, la depresión. Un niño de 9 años es llevado a la consulta del Centro de Salud Mental porque en el centro de día donde su madre le deja por las tardes durante su horario laboral se enfada, se porta mal, arroja objetos, es expulsado. En consulta afirma que no quiere estar allí, que tiene rabia hacia las educadoras porque no juegan con él, tiene un lapsus: “mi madre...las educadoras no tienen tiempo para mí”, se lo señalo, finalmente le brota el llanto y puede decir que está triste porque es a la madre a la que querría tener a su lado y, no pudiendo decírselo, ya que sabe que ella ha de trabajar y no quiere disgustarla, vuelca su rabia contra las educadoras y el lugar en el que la madre delega.

Aceptar en bruto un diagnóstico DSM es fijar al niño una etiqueta, le quita su parte de responsabilidad y le sitúa fuera de la norma, se borra así la dimensión del sujeto.

El sujeto, por definición, no es un concepto estático, etiquetado, diagnosticado sino una instancia en movimiento que encuentra sus identificaciones en la palabra y en el lenguaje.

Como sostiene Doménico Cosenza, la operación freudiana es lo contrario que la kraepeliniana, si en ésta última el sujeto es separado de su enfermedad y de alguna manera desresponsabilizado del problema de su causa, Freud reintroduce al sujeto en el corazón de la “enfermedad” de la que es portador, haciendo de ella su enigma, responsabilizándolo en su decir en torno a lo que la ha causado. El síntoma, para el psicoanálisis, será pues la operación de implicación del sujeto en el malestar que padece cuya causa le resulta enigmática.

El interés por la psicología del niño es muy reciente, data del siglo XX y el psicoanálisis ha sido

el que más insistió en la importancia de la vida infantil y en su supervivencia en la vida adulta.

Pero lo que el Psicoanálisis aporta es principalmente **una ética** en el abordaje de los síntomas de la infancia. Una ética que consiste en estar del lado del sujeto niño, reivindicar su estatuto subjetivo y apostar porque encuentre las vías de propio deseo. Estar del lado del niño, escucharlo a él, su motivo de consulta, ayudarlo a que formule su demanda, esclarezca su deseo... cosa que no es posible si solo atendemos la demanda de los adultos implicados (padres, profesores, ...). El niño es un sujeto de pleno derecho y no solo un objeto a tratar, corregir, adiestrar.

El profesional de salud mental que dispone del armazón teórico del psicoanálisis no pretende nunca tratar el síntoma sin el sujeto, sin su consentimiento, valora primero qué función cumple el síntoma para él, no pretende neutralizarlo sin hacerle participar en la demanda de alivio sintomático. Al niño ha de brindársele la oportunidad de hablar a solas con su terapeuta. Esto puede parecer obvio para nosotros pero hay que subrayarlo porque en muchas consultas a los niños no se les recibe a solas o se les excluye excesivamente de las entrevistas con padres, se trata a muchos niños sin escucharles nunca: una adolescente que llegó a mi consulta ya con 17 años, había sido diagnosticada de TDA desde los 9 por una neuropediatra pariente suya que vivía en otro país, a distancia, sin haberla entrevistado jamás, cuando lo que padecía era una tendencia a la abstracción, una huida a su mundo interior al que no estaba dispuesta a renunciar, imaginando ser la heroína de un videojuego, eligiendo estar en ese mundo a costa de evadirse del de la realidad.

La **demanda delegada** ha de convertirse en demanda en primera persona del sujeto a tratar, que no siempre es el niño: muchas veces es una demanda encubierta de los padres para llegar ellos mismos a un tratamiento. Es decir el profesional de salud mental infantil tiene una primera tarea: esclarecer cuál es el sujeto a tratar... que no siempre es el niño. Muchos padres consultan por su hijo como vía para desplegar sus propias angustias. En estas ocasiones habrá que legitimar las angustias de los padres y derivarles incluso a ellos a un tratamiento propio. Una madre

de 25 años que consulta por la actitud impositiva y desafiante de su hijo de 3 años para con los abuelos con los que conviven ambos desde que el niño nació siendo ella casi adolescente. Habiendo tenido que demorar su emancipación, en las entrevistas se hace patente desde el principio que es la madre la que está dividida: la ambivalencia respecto a sus propios padres, a los que debe agradecimiento por acogerla con su hijo y cuidar de él mientras ella trabaja pero de los cuales necesita separarse y sentir que su criterio es el que prevalece en relación a la crianza, es el inicio de su despliegue subjetivo en análisis...

A veces consultan solos los padres: unos me piden consulta porque leyeron en el móvil de la hija algunos pensamientos de muerte: no traen la hija sino su texto: no consentir a leerlo, señalar la imposibilidad de trabajar con el sujeto si esto se hiciera, devolver la responsabilidad a los niños y a los padres por sus actos, no cumplir un papel que no nos corresponde: no acceder a ser quien les explique una situación difícil que corresponde a los padres transmitir, no resolverles la encrucijada a otros, señalar en todo momento la responsabilidad subjetiva: lo que el sujeto tiene que ver con su síntoma, situando el control sobre él mismo, nunca avalar el “no me controlo”, o el “no hago nada para que los demás me aparten”, algo siempre tiene que ver el sujeto en lo que le pasa.

Se trata de **favorecer el despliegue significativo**, el paso del S1, el motivo de consulta, al S2, la red de significantes que permitirán el acceso al saber inconsciente. Para eso no hay una indicación técnica clara, salvo permitir al sujeto que elabore su propio discurso, preguntarle cuál es su motivo de consulta independientemente del que traen sus padres, y no ceñirse solo a lo que una encuesta estructurada o una escala protocolizada preguntaría porque en el texto de un juego, en los comentarios sobre un dibujo de la familia o en el relato del argumento de un videojuego el niño puede decir más sobre sí mismo que en una entrevista muy dirigida en la que contestará lo que él cree que el interlocutor espera que diga.

Por otro lado, como plantea Pablo Peusner, los padres tienden a pensar que el niño sabe qué lo obliga a comportarse así, le suponen cierta in-

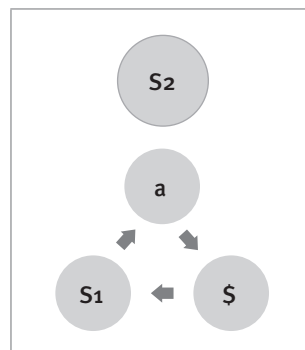
tencionalidad como si los niños supieran por qué hacen lo que hacen y sus padres no, pero el saber, el S2 que en la escritura de los discursos llamamos saber, es una red significativa que no pertenece a persona alguna, es un saber que está en máxima tensión con el lugar del Otro, pero no puede confundirse con ninguna voluntad oscura del niño ni debe ser asociado con ninguna motivación en lo profundo de su ser que justificaría iniciar el análisis del niño sin incluir a sus padres.

Como sostiene Peusner *desde la perspectiva angustiada del Otro, lo real del síntoma esconde un saber que el analista tiene que lograr hacerse transferir (...)* los padres sufren por los niños y su división subjetiva los obliga finalmente a confesar que no saben bien qué hacer. Pero es mucho más frecuente cuando el Otro sabe y consulta para que arreglemos lo que no funciona en el niño, sin importarle lo que marcha mal y preferiblemente con una pastilla remedio inmediato. Demandan así reparar lo que no se deja dominar por el amo, pero el analista puede ver que el niño muestra su subjetividad en un síntoma que de alguna manera alivia.

Los niños que sufren hablan, dibujan o juegan interrogando un saber que les resuelva el enigma sobre el deseo del Otro, ¿por qué no me quiere?, o ¿por qué me quiere tanto?, ¿qué quiere de mí?....

Pero muchos niños encarnan el efecto del rechazo del discurso (a), haría falta acceder al saber que organiza dicha posición, el problema es que ese saber (S2) en el discurso del amo, permanece inaccesible al circuito.

El Discurso del Amo: S1/\$/S2/a se puede formular como propone este autor:



Encontramos como efecto la división subjetiva del lado de los padres, que reaccionan utilizando la autoridad, el S1, la cual es respondida con (a) es decir, más rechazo del discurso que a su vez produce más división subjetiva, pero si los padres insisten en la misma dinámica se volverán más autoritarios, más normativos realimentando esta circularidad. Al terapeuta le pasa lo mismo: cualquier indicación directiva, cualquier consejo de cómo se deben hacer las cosas relanza el efecto de rechazo de discurso, generando impotencia en los padres, en el terapeuta, en el maestro. La impotencia a la vez genera más violencia, castigos, más aplicación del S1. Y el lugar de la verdad, el S2 es inalcanzable para cualquiera de los operadores, es el saber en el lugar de la verdad, la cadena significativa que resulta inalcanzable si entramos en el juego de este circuito.

El marco teórico del psicoanálisis ayuda a enfrentar la **demanda constante de pautas de actuación** que hacen los padres angustiados. Como decía Françoise Dolto<sup>1</sup> *los padres de nuestros pacientes hacen lo que pueden, como todos los padres. A menudo se confunde el rol ideal de padres con el efectivo de pedagogos o educadores*. No se trata de convertir a los padres en expertos pedagogos, tienen que poder ser padres particulares, evitemos homogeneizar. No hay que dejarse abrumar por esta demanda insistente, generalmente han escuchado ya pautas que no han servido, las pautas generales son eso solamente: recomendaciones generales, que si para este sujeto fueran útiles no hubiera llegado a consulta, las publicaciones pedagógicas divulgativas sobre la crisis de adolescencia, sobre las rabietas de los niños pequeños, sobre el fracaso escolar tienen un público extenso porque los padres contemporáneos buscan en la ciencia (pedagógica) los principios a seguir que en el pasado se buscaban en la tradición o en sus propias experiencias de hijo, en el saber de las generaciones anteriores actualmente cuestionado. A veces es necesario simplemente autorizarles en sus propios criterios, decirles que no tienen que hacer nada diferente salvo hacer con convicción lo que ya hacen sin éxito por hacerlo con dudas, vacilaciones e inconsistencia.

Hacer clínica psicoanalítica es saber trabajar independientemente de lo que se cree saber, esta

actitud paradójica es lo propio del método clínico en psicoanálisis<sup>2</sup>.

Si no cuestionamos el cientifismo pedagógico con la actitud de escucha del caso por caso que el psicoanálisis preconiza terminaremos por ser un instrumento más de la inútil promoción de la adaptación a la vida productiva que, sin embargo, es contestada por la vida pulsional que escapa al exceso normativizante. En un adolescente hay que recomendar hábitos saludables para que recupere el ritmo circadiano de sueño-vigilia evitando el uso de videojuegos por la noche para poder dormir y madrugar para irse a clase cuando a diario pierde la primera hora por su rechazo a levantarse cuando su padre le llama, en otro sin embargo, en un periodo de alivio sintomático de una sintomatología obsesiva con trances obsesivos paralizantes habrá que responderle al padre cuando pide que se le apoye en que el hijo tenga horarios, que está de vacaciones y que es legítimo que algún día pueda acostarse tarde o levantarse pasado el mediodía, para introducir cierto cuestionamiento de la rigidez con la que desde pequeño este padre también obsesivo ha querido dirigir la vida y el tratamiento del paciente ahora adolescente. También decía Dolto *un terapeuta es todo lo contrario de un profesor o de un maestro de buena conducta o al menos, si lo es, lo es indirectamente*<sup>3</sup>.

Por otro lado el psicoanálisis permite **situar las manifestaciones conductuales contemporáneas**: en la época del imperativo de goce, de la fantasía de llenar la falta con objetos de consumo como si fuera un vacío real lo que hay que llenar. La pulsión, que no se satisface con el objeto, se manifiesta reiteradamente como hiperactividad, agresividad, negativismo... Asistimos a una exhibición de lo real del goce que antes se velaba: los adolescentes que publican en redes sociales fotos de cortes autoinflingidos, conductas de riesgo, actos sexuales, violencia, peleas, abusos (bullying,...) lo que contrasta con un pudor extremo en mostrar el amor, por lo que implica de mostrar la falta.

Unos padres me traen a su hijo que, recién iniciada la adolescencia cambia de carácter, volviéndose hosco y huraño, empieza a manifestar agresividad, conductas disruptivas y pasividad con el trabajo escolar, tras una primer rechazo a hablar

en consulta podrá luego enunciar en consulta que está siendo víctima de abuso y agresión por parte de su exnovia, de 12 años, que le amenaza con denunciarle por violación, que le da celos mostrándose en brazos de otros, que le induce a autolesionarse e incluso a suicidarse y que finalmente le agrede con un cuchillo ante la mirada incrédula de una profesora.

El psicoanálisis permite pensar las **nuevas formas de malestar de la infancia**<sup>4</sup>: en las que la **angustia no aparece como afecto del niño sino del Otro**: la impulsividad, la hiperactividad, los trastornos de conducta, las adicciones comportamentales, dividen y angustian a padres y maestros, el niño contemporáneo divide al Otro insistiendo en su goce del que no puede prescindir. La impotencia paterna llega a las consultas para hacer gala de esta imposibilidad de decir que no, lo cual lleva a eludir una castración simbólica, esto no ayuda a que el niño ceda algo de goce por la vía de la enunciación y el amor, el dar lo que no se tiene a quien no lo es. Hoy el niño es el falo, el objeto preciado al que es difícil parar, frenar, privar. Uno de los efectos de la caída de la función paterna es la pérdida del sentido y al final para el sujeto enfrentarse con la pérdida de sentido implica angustia, una angustia que concierne al cuerpo por fuera de los efectos de sentido, enfrentando al sujeto al deseo sin corte significativo de un Otro que incita a gozar. Si falla la regulación del goce por la castración encontramos efectos como la confusión de la imagen del cuerpo con lo real, una imagen para la que no opera la función del velo, el velo que es la pantalla que oculta la falta. En lugar de angustia encontramos perturbaciones de este cuerpo-falo como la anorexia-bulimia, la disregulación pulsional, de los afectos, de la alimentación y del sueño, de los ritmos en general, del movimiento y la actividad... La función paterna, la castración, daría apertura al deseo permitiendo la separación del objeto. La función del analista es poner en marcha la cesión de goce.

Reivindicar la función paterna no es añoranza del autoritarismo. El nombre del padre lacaniano es el que dicta la ley, pero es también el que la transgrede cuando hay que hacerlo, en momentos particulares sabe transgredir la ley donde hace falta. Lo que aboca a la disregulación es el automatismo, es cuando la regla funciona sola

(5), la función paterna sabe hacer excepciones, y el analista que la reivindica ha de hacer tantas excepciones como niños recibe en consulta, ninguna regla general sirve para cada niño particular, la ley no es la norma pero es el aceite del engranaje del deseo. A lo que el padre dice sí es al deseo, el padre humaniza la ley convirtiendo el deseo en posible. La ley solo tiene interés si se encarna de la buena manera, si se humaniza particularizando el deseo<sup>6</sup>.

La función del padre es una función de freno al goce, pero no solo por la interdicción. Poner freno al goce también es abrirle al sujeto una vía que no sea la del empuje al goce mortal, autorizar una relación fiable con el goce, diferente al empuje hedonista contemporáneo, que puede tener una cara mortal como la que se constata en las adicciones<sup>7</sup>.

Finalmente, el Psicoanálisis permite pensar los **síntomas como vías de solución que el sujeto ha construido** para salir airoso de conflictos subjetivos difícilmente solventables: no hay que tender por tanto a liquidarlos sin antes haber explorado con el sujeto alternativas. Esto es muy claro en la anorexia, para la que el acceso a la feminidad plantea una serie de preguntas a la niña que resuelve por la vía de hacerse una imagen como la otra, la modelo, la amiga, la madre... hemos de cuidar la vía del sujeto: La potencia de la teoría lacaniana permite no juzgar a la anoréxica por su conducta alimentaria sino plantear la lógica del significativo del deseo y la economía del goce<sup>8</sup>.

En nuestro equipo la enfermera supervisa el mantenimiento del peso, la dieta para no engordar... pero paralelamente se trabaja la cuestión subjetiva en la base de la decisión de adelgazamiento para encontrar vías alternativas a la pregunta por la feminidad.

Di Ciaccia da la consigna de No juzgar al loco en términos de déficit ni de disociación de funciones<sup>9</sup>.

No debemos tratar las elaboraciones sintomáticas o producciones como déficit. El sujeto es víctima de un déficit, pero es dueño de su defensa. Así la manera de trabajar con el autismo o la psicosis cambia radicalmente si los entendemos como modos defensivos ante un Otro que por las circunstancias que sean (prematuridad, enfermedad neurológica, contexto abandonico,

depresión materna...) es vivido como invasivo o amenazante. El uso de la fantasía por el niño psicótico es otra manera de eludir o vadear el agujero forclusivo en la red de significantes que lo sostienen, como Pedro, que solo a través de un muñeco Batman que siempre llevaba consigo podía hablar con los semejantes. El sujeto psicótico no dispone del Nombre del padre, entonces ¿cómo hacer lazo social? va a tener que inventar algo que cumpla esa función, algo que pueda mantener ensamblados los tres registros de la experiencia subjetiva: Real, Simbólico e Imaginario y que le permita sostener un lazo social. Si a Pedro le impedimos hablar a través de Batman, se corta la posibilidad de cualquier lazo con el otro. Hay que facilitar pues esa invención de un nombre del padre (*Sinthome*), los niños psicóticos no tienen buenas soluciones para inscribirse en el lazo social, pero debemos pensarnos mucho el atacar esas soluciones encontradas a veces con mucho esfuerzo.

La pregunta es cómo civilizar el síntoma de los niños para que pueda servir mejor a esta función de hacer lazo, cómo respetar el síntoma de los niños a la vez que permitirles un espacio de invención para tratar el goce nocivo que les invade<sup>10</sup>.

El síntoma, aunque sea desadaptativo, una manifestación patológica en el sentido de malestar, es una solución subjetiva para tratar el goce, por eso el análisis ha de operar con el síntoma. El síntoma en análisis se debe tratar para hacerlo

más eficaz y no para eliminarlo, hay que pasar de su vertiente disfuncional a su aspecto reparador, de localización de un goce posible para el sujeto. Adrián, con una psicosis infantil que le impedía parar quieto, con una impulsividad que le hacía dar volteretas y saltos durante las sesiones del grupo de niños mientras los demás ordenaban un role playing, cuyo lenguaje idiosincrático le diferenciaba de los chicos de su edad, se hace un atleta de competición acotando su motricidad desbocada, en vallas, altura, longitud, metros lisos... dándole unas coordenadas simbólicas que nunca halló en el vínculo de discurso. No se trata en este caso de descifrar el síntoma, sino de saber hacer con él, darle un uso al goce que sea compatible con el sujeto y el lazo.<sup>11</sup> El goce en la psicosis, en vez de localizarse por la operación simbólica, al no existir el significante que ordena y rige el orden simbólico, se desborda, por eso la invención de un *sinthome* es más vital que en la neurosis.

El tratamiento de la psicosis por vía de la neoformación simbólica que supone la creación de la metáfora delirante no sirve a los sujetos que rechazan tratar el goce por la significación, y no es accesible a aquellos sujetos en que el goce retorna en el cuerpo siendo la elaboración delirante escasa o inexistente como en la mayoría de psicosis desencadenadas en la infancia en las que encontramos más otros fenómenos como la confusión fantasía/realidad, los fenómenos de lenguaje, o en el cuerpo.

### Contacto

Eva Rivas Cambroneró • evarivascambroneró@gmail.com  
C/ Mateo López 2, piso 2 A - escalera izda. • 28007 Madrid

### Referencias

1. Wikipedia, Psicoanálisis.
2. de Halleux B (2014). *Novedades sobre la Práctica entre varios*, en Cocoz V La Práctica Lacaniana en Instituciones I Otra manera de trabajar con niños y jóvenes, Grama Ediciones, pág. 89.
3. Cosenza D (2013). El muro de la anorexia Madrid Editorial Gredos pág. 33.
4. Diatkine R, Ferreiro E, García Reinoso, Levoboci S y Volnovich (2006). Problemas de la Interpretación en Psicoanálisis de Niños. Gedisa, pág. 9.
5. Peusner P (2008). El Niño y el Otro letra Viva, pág. 29.

6. Peusner P (2008). El Niño y el Otro, letra Viva, pág. 11.
7. Dolto F (1987). El Trabajo Psicoterapéutico. Gedisa, pág. 9,
8. Ansermet F (2014). Reconfiguraciones Contemporáneas sobre el Autismo, en Cocoz V, La práctica lacaniana en instituciones II, pág. 280.
9. Dolto F (1987). El trabajo psicoterapéutico. Gedisa, pág. 93.
10. Cazenave L (2007). En el camino del sinthome: La dirección de la cura en la psicosis de la infancia, en Golber S y Stoisa E, Psicoanálisis con niños y adolescentes lo que aporta la enseñanza de Lacan. Buenos Aires, Grama Ediciones, pág. 96.
11. Caroz G (2017). Conferencia en el ciclo madrileño *La Práctica lacaniana en Instituciones*, en Cocoz V La Práctica lacaniana en instituciones II Soluciones, Invenciones. Buenos Aires, Grama Ediciones, pág. 86.
12. Laurent E, Las nuevas inscripciones del sufrimiento en el niño, en Golber S Stoina E, Psicoanálisis con niños y adolescentes. Lo que aporta la enseñanza de Lacan. Buenos Aires, Grama Ediciones, 2007, pág. 45.
13. Cosenza D, El muro de la anorexia. Madrid, Editorial Gredos 2013, pág. 122.
14. Ciaccia A, citado por Halleux B, *Novedades sobre la práctica entre varios*, en Cocoz V. *La práctica lacaniana en instituciones*. Buenos Aires, Grama Ediciones, 2014, pág. 70.
15. Seynaheve B, El padre del cual uno se sirve, en Cocoz V La Practica Lacaniana en Instituciones. Otra manera de trabajar con niños y jóvenes, Buenos Aires, Grama Ediciones 2014, pág. 149.
16. Cazenave L (2007). En el camino del sinthome: La dirección de la cura en la psicosis de la infancia, en Golber S y Stoisa E, Psicoanálisis con niños y adolescentes lo que aporta la enseñanza de lacan, Buenos Aires Grama Ediciones, pág. 99.

• Recibido: 25/11/17.

• Aceptado: 5/12/2017.

# Construcciones de subjetividad: Psicoanálisis y literatura.

## *Constructions of Subjectivity: Psychoanalysis and literature.*

Rafael Manrique (\*)

Psiquiatra. Santander.

**Resumen:** Psicoanálisis y literatura plantea un recorrido de las bases ontológicas y fenomenológicas del concepto de subjetividad y su aplicación a la relación entre el psicoanálisis y la literatura.

La Narración, la Acción y la Experiencia, movidas por el deseo, constituye el bucle que genera subjetividad que es el punto de conexión entre psicoanálisis y literatura. Sin embargo Paciente y Personaje no son iguales. No se pueden utilizar los mismos instrumentos de análisis. Autor, personaje y lector forman una triada que ilumina y es iluminada por el psicoanálisis. Leer psicoanálisis ayuda a la comprensión de la literatura y leer literatura a la del paciente. El artículo plantea la importancia de la aproximación Existencial, Fenomenológica y Estructural para analizar la subjetividad que contienen todo tipo de relatos, clínicos o no.

La interpretación, literaria o analítica, es, al final, una narración que trata de comprender un psiquismo ajeno, sus causas, motivos y procedimientos.

**Palabras clave:** subjetividad, narratividad, narración, experiencia.

**Summary:** Psychoanalysis and literature presents a tour of the ontological and phenomenological bases of the concept of subjectivity and its application to the relationship between psychoanalysis and literature.

The Narration, the Action and the Experience, moved by the desire, constitute the loop that generates the subjectivity that is the point of connection between psychoanalysis and literature. However, Patient and Character are not the same. The same analysis tools can not be used. Author, character and reader form a triad that illuminates and is illuminated by psychoanalysis. Reading psychoanalysis helps understanding literature and reading literature to the patient. The article raises the importance of the Existential, Phenomenological and Structural approach to analyze the subjectivity that contains all kinds of stories, clinical or not.

The interpretation, literary or analytical, is a narrative that tries to understand an alien psyche, its causes, motives and procedures.

**Keywords:** subjectivity, narrativity, narration, experience.

---

(\*) Ponencia presentada a la Jornada sobre Psicoanálisis de la APSMC-AEN, celebrada en Santander el 17 de noviembre de 2017.

## El nacimiento de la subjetividad

La verdad está en la metáfora, decía F. Pessoa. Somos seres narrativos y referimos cómo nos va en la realidad que vivimos. Por ello, toda relación produce y exige un relato. La vida, el psicoanálisis y, obviamente, lo literario están hechos de metáforas, ficciones y narrativas; aunque, como veremos a continuación, de forma necesariamente diferente.

La literatura tiene importancia romántica y simbólica para el psicoanálisis hispanoparlante. Recordemos que S. Freud aprendió español para poder leer *El Quijote* en su idioma original. Lo literario, así como la antropología o la mitología, eran para S. Freud algo decisivo para la formación de psiquiatras y psicoanalistas. Obtuvo el premio Goethe, el máximo premio literario en alemán. Muchas personas sostienen que una parte del éxito y extensión de psicoanálisis se debió a su maravillosa prosa.

Para explicar el tema de la ponencia me ha parecido interesante mostrar el marco ontológico y fenomenológico en el que se despliega la subjetividad humana que, en definitiva, es lo que describe la literatura y sobre la que el psicoanálisis puede tener algo que decir. No va a ser este un texto académico ni acabado, es solo una reflexión sobre un tema siempre vigente.

Se trata, en este texto, sobre la relación del psicoanálisis con la literatura. Por ello no hablaré ni de él uno ni de la otra como tales, sino de la relación que se establece entre ambos. Un texto más cerca de G. Steitner, U. Eco o P. Ricoeur que del propio S. Freud o de los psicoanalistas posteriores.

La literatura en su definición más básica y menos poética nos plantea siempre qué pasaría si en una situación de equilibrio A, ocurre un acontecimiento interno o un acontecimiento externo y, al cabo de un tiempo, se acaba en una situación de equilibrio B.

A un paciente, y desde luego a un personaje, desde su estado inicial le suceden experiencias, habitualmente egodistónicas (la felicidad no es muy literaria. El *Infierno* de Dante es más atractivo que su *Paraíso*), que en parte saben de donde vienen pero en buena medida no. Esa perturbación va a

promover el inicio de una trama. Cuando se trata de un personaje sentimos y vivimos su experiencia gracias a la magia de la literatura. El personaje, y también el paciente, las problematiza al observarlas, al analizarlas, pensarlas o compartirlas, y, siguiendo a M. Foucault, al hacerlo se convierten en indeterminadas. Eso es lo que hace que nos interesen y que nos pidan una interpretación.

Observen que se han introducido ya dos temas que es necesario precisar: experiencia e interpretación.

Podemos describir tres grandes dominios humanos: el del saber, el del poder y el del tener. De ellos se generan los intereses, deseos y valores que nos mueven. Constituyen el aparato motivacional de los seres humanos y, por tanto, a partir de su actividad se va creando lo que llamamos subjetividad. Son los intereses, deseos y valores los que hemos de interpretar y conocer, sea de un paciente o de un personaje. Si bien será de forma diferente. No hemos de caer en el error, tan común, de aplicar instrumentos o conceptos clínicos al hecho literario. La fuerza de ese conjunto de motivos hace que se desplieguen nuevas Experiencias, Narraciones y Acciones (NAE) diferentes a las de partida que constituyen la trama literaria. Los personajes de la ficción son importantes porque iluminan experiencias, sentimientos e ideas que la conciencia normal deja a oscuras. Así, la literatura aporta claridad y evidencia a lo que teoriza el psicoanálisis.

Como resultado del ciclo NAE tanto en el proceso psicoanalítico como el literario se produce una subjetividad. Y ello es así hasta en las obras que tratan de dejarla de lado o disolverla. En los *Ejercicios de estilo*, de R. Queneau, una situación anecdótica, la de una persona que sube y desciende de un autobús, resulta imposible de explicar sin hacer con ello una nueva versión de ese simple argumento. J. Cortázar, en *Rayuela*, propone al lector que cree la trama de la novela al invitar que se lean los capítulos en diferentes secuencias que el autor ha definido o bien en el orden que el lector desee. En cada ocasión, la subjetividad y singularidad de sus personajes será diferente. Pero en todo caso habrá una.

El motor del ciclo las NAE es el deseo. Probablemente es un a priori de la especie humana: Seres

deseantes. Octavio Paz decía: “Somos la voz del deseo porque el ser no es sino un deseo de ser”. Para G. Deleuze es eso lo que define a los seres humanos. Somos seres deseantes y a partir de ello se impregna y singulariza nuestro ser y nuestro mundo. Nace la subjetividad. El deseo, que siempre es un deseo de “algo”, mueve las NAE que generan esa singularidad de cada persona, que luego el psicoanálisis analizará con sus conceptos y métodos.

De ahí que adquiere sentido la propuesta de J. Lacan en que el objetivo del psicoanálisis es desvelar no solo el deseo sino incluso el deseo que uno no se ha atrevido a desear. Eso será motor de nuevas NAE y nuevas singularidades.

La literatura, piensen en W. Shakespeare, crea personajes y situaciones en las que estas abstractas ideas se encarnan en “reales” personajes de ficción. Por eso leer literatura es saber más psicoanálisis, y saber más psicoanálisis da nuevas dimensiones a la comprensión de la literatura.

### Y en el principio, él

S. Freud, que creó el psicoanálisis como terapia, psicología, metapsicología e instrumento de análisis cultural, produjo ideas muy importantes y otras muy discutibles. Algunas eran falsas, algunas insensatas y algunas deslumbrantes. Casi nadie discute que aportó una técnica de lectura de la realidad y construyó narraciones que se apartaban de los marcos clásicos de enfermedad y maldad. Con ello, abrió nuevas concepciones y procedimientos para entender a los seres humanos. Un método de análisis de narrativas clínicas y culturales que, a su vez, era una poderosa narrativa.

Sostuvo que la literatura era una de las formas elaboradas en las que se conseguiría destilar el inconsciente. La obra literaria existiría como fruto de representaciones psíquicas que al intentar pasar al consciente, pueden ser controladas, modificadas o reprimidas. Luego aparecerán en sueños, fantasmas o imágenes. Algunas personas de talento especial las transforman para realizar un texto literario o una obra plástica. Esta es su posición clásica. Es su teoría de la sublimación artística. Sin duda interesante pero muy limitada como comprensión del arte de escribir. De hecho,

él renuncia a ella muy temprano para admitir que el psicoanálisis no era suficiente para entender el arte. Ninguna disciplina lo es.

S. Freud se sirvió, en distintos momentos, de mitos que la literatura ha creado: Edipo, Narciso, Moisés... En ellos encontró ideas que elevó a la categoría de conceptos centrales de la ontología humana. En la tragedia de Edipo, por ejemplo, supo leer una invariante estructural del sujeto. El mito de Narciso pasó a ser, en su elaboración, un nudo constitutivo de la subjetividad. J. Lacan, por su parte, pudo enseñar la ética del deseo con Antígona o la tragedia del deseo con Hamlet.

Los personajes, las tramas y el lenguaje de la literatura se enriquecen con los conceptos del psicoanálisis que, a su vez, se hace más sutil y complejo gracias a la ficción. Un ciclo que se realimenta de manera maravillosa. Pero hemos de tener cuidado, esa fertilidad no implica creer que la literatura depende del psicoanálisis para ser comprendida. No se trata de buscar lo oculto o, por ejemplo, lo fallido del lenguaje o lo no hablado. Lo literario no necesita a lo psicoanalítico. De hecho, la aplicación instrumentalista que en ocasiones se realiza no aporta nada a la obra aunque sí puede hacer que pierda belleza y conmoción. Es terrible leer, en determinados momentos, que las palabras de Shakespeare no tienen importancia, que solo lo poseen los conceptos ocultos o los dejados al margen. No es así. V. Nabokov advertía que el psicoanálisis quiere intervenir como un *bulldozer* en aquello que los escritores desde Homero han convocado y trabajado de forma sutil y frágil. No hay análisis que sea superior a Julieta declarando su amor por Romeo.

Más interesante es la idea de J. Lacan que considera a la literatura como una forma de crítica, donde trabaja el inconsciente, tanto del autor como del lector. La obra literaria activa y actualiza, en el sujeto de la lectura, sus propias emociones soterradas, relegadas, transfigurándolo en un sujeto deseante nuevo. Los pacientes habrían de ser animados a leer... ayudaría a su terapia.

### Cuando el psicoanálisis y la literatura se miran

Sabemos que las diversas corrientes de psicoanálisis son básicamente incompatibles entre sí.

Sin embargo, todas pueden ser eficaces. ¿Cómo es posible? ¿Por qué se mejora?

De forma un tanto simple podemos decir que seguramente eso ocurre porque todas ofrecen una narrativa apropiada para esa persona, en ese momento, en esa situación y en esa relación. La narratividad, propia de los seres humanos, es el lugar en que el psicoanálisis y la literatura se conectan.

Esta ponencia está centrada en la obra literaria, no en el análisis del autor. No creo que estemos autorizados a hacerlo. ¿Podemos comprender a F. Kafka a través de Gregorio Samsa? Es probable que sea más útil leer sus cartas a Milena o ir al hotel Savoy o al hotel Europa en Praga. C. J. Jung ya advertía que no debemos acercarnos a la literatura como si de un documento clínico se tratara. Posteriores y prestigiosos críticos literarios de base psicoanalítica como G. Bachelard o J. Starobinski se expresaron de forma similar.

El denominador común de los estudios de aplicación del psicoanálisis a la literatura es que no hay denominador común. De todo hay. Con cualquier método y teoría; brillantes o estúpidos. Hemos de considerar que lo importante es interpretar la obra literaria y no psicoanalizar de forma silvestre al autor. Aunque los primeros freudianos como E. Jones estudiando a Hamlet o M. Bonaparte o a E. A. Poe, escribieron cosas de interés, no es hasta la llegada de los críticos de formación psicoanalítica, como los mencionados, o también E. Gombrich o T. Mann, que estas interpretaciones adquieren profundidad y sutileza. Aunque con la llegada del estructuralismo francés y los llamados estudios culturales el discurso se volvió más oscuro y banal.

Como paciente F. Kafka es como cualquier otro paciente, como escritor no. El alcoholismo de W. Faulkner no es más interesante que el de otros, pero sus obras sí lo son. Sus libros y sus personajes, una vez creados, tienen vida propia. La famosa frase "La señora Bovary soy yo", no está en ninguna de las obras de G. Flaubert ni en su correspondencia. Si fuera verdad, o él o ella no tendrían gran interés. Nos valdría con uno de los dos.

Tampoco son iguales paciente y personaje. Eso implica que no podemos aplicar directamente

los conceptos del psicoanálisis clínico al análisis literario. Clínica y literatura son dominios distintos. Y aunque no se deba, se hace con frecuencia esa vulgar aplicación con la que encontramos, por ejemplo, al leer o contemplar cómo tratan de explicar la vida sentimental de los superhéroes en las novelas, comics o cine. A casi todos les mueve un dolor enorme en relación con su madre. Por eso cuando el malo les menta a su progenitora (o a su padre, siguiendo la lógica edípica más ramplona) son muy reactivos. "Luke soy tu padre", parece la gran explicación a lo que pasa en la famosa saga galáctica. Este tipo de conexiones clínico-literarias son infantiles cuando no ridículas. Woody Allen ha jugado con ello de manera muy divertida en sus películas.

Establezcamos ya una primera diferencia entre terapia y literatura. La verdad, la eficacia o lo científico no son relevantes para la literatura, pero sí para un tratamiento.

La ciencia trabaja con verdades falsables, el psicoanálisis con verdades narrativas y la literatura con ficciones a las que la verdad no le afecta. La belleza sí. A nadie le importa que Samsa, que no existe, se convierta en un insecto, cosa imposible. A nadie le importa que el Principito pueda hablar con un zorro, o que los lobos hablen... pero sí nos debe importar el hecho de que el lobo solo hable con Capercita o solo ella le pueda entender. ¿Qué es un lobo?, ¿qué es una Capercita? Esas sí son preguntas relevantes.

Ni el psicoanálisis ni la literatura trabajan con memorias o verdades a desenterrar. No somos arqueólogos por mucho que esa metáfora fuera tan querida a S. Freud (no podemos olvidar su colección de antigüedades). Son algo a construir, a crear, si bien, insisto, de diferente forma.

La literatura va, a partir de lo particular, a crear personajes que pueden llegar a ser universales. El psicoanálisis sigue el camino opuesto. De lo general desciende al caso específico de una persona. Solo se puede analizar ese sueño, de ese día, de ese paciente, con ese terapeuta, en esa relación.

Nosotros entendemos el conflicto de Antígona desde nuestros días, no desde el pensamiento de los griegos clásicos. Y eso no es un problema.

Al contrario, muestra la grandeza de ese texto al tocar temas que resuenan a lo largo de los siglos en todos los seres humanos. Eso es la literatura.

La influencia del psicoanálisis en el campo de lo literario ha sido tan decisiva que incluso ha llegado a alterar la manera de leer las obras literarias. Eso no convierte el método de análisis en el más certero u objetivo. Es heredero de su tiempo. Por ejemplo, el hecho de que la obra de S. Freud esté impregnada de cultura literaria romántica germánica del siglo XIX hace que el psicoanálisis desarrolle estrechos lazos con el pensamiento irracional, oscuro, siniestro y trágico. Eso nos muestra un psicoanálisis dependiente de la historia y personalidad de su fundador. No una verdad revelada.

De manera tal vez poco precisa podemos mencionar algunos ejemplos de lo que la literatura debe al psicoanálisis. Dejaremos de lado experiencias un tanto superficiales como muchos procedimientos que se reclaman surrealistas del estilo a la escritura automática o la redacción de los sueños propios o de otros. Han envejecido bastante mal.

La mayor relación con los métodos del psicoanálisis lo encontramos en quien quizá sea el mayor escritor del siglo XX: James Joyce. No es que él usara el psicoanálisis para la caracterización psicológica de los personajes, como se suele entender trivialmente. Lo interesante es que percibió que en la construcción de una narración, y aquí es donde se ubica su uso del monólogo interior, el relato no debe obedecer a una lógica lineal sino difusa, caótica, perversa, y rizomática. Como el Ello, como el Inconsciente.

Será de interés recordar que J. Joyce mantuvo otra relación más personal con el psicoanálisis. Su hija, Lucia Joyce, terminó psicótica y murió internada en una clínica suiza en 1962. Él nunca quiso admitir que su hija estaba enferma y trataba de impulsarla a escribir. Por fin le recomendaron que fuera a ver a C. G. Jung. Cuando le contó que su hija escribía, lo mismo que él, la respuesta de C. G. Jung fue: “Pero allí donde usted nada, ella se ahoga”.

Por su lado el psicoanálisis tiene importantes deudas con la literatura. No solo referido al uso de los contenidos y personajes de ciertas trage-

dias de Sófocles o de Shakespeare de las cuáles surgieron metáforas temáticas sobre las que S. Freud o J. Lacan construyeron un potente universo de significados. La relación es más compleja y profunda. La literatura describe, crea y narra relaciones y conceptos en sus personajes que el psicoanálisis puede interpretar y convertirlos en agudas compresiones de lo humano. Dos ejemplos nos serán de utilidad.

El primero se refiere a la tragedia. En ella se establece una tensión entre el héroe por un lado y por otro con la palabra de los muertos, de los Dioses o del lado oscuro y desconocido de la existencia. Una palabra que estaba dirigida a los héroes, y a través de ellos a todos los seres humanos pero que ninguno podía entender sin un intermediario. El héroe escucha un discurso personalizado pero enigmático. Esto ocurre con Edipo, Hamlet, MacBeth. Es el psicoanálisis el que va a recoger esos códigos y hacerlos comprensibles, obviamente desde su propia óptica.

El otro ejemplo no se refiere a los grandes clásicos sino a la literatura policial. Ella aporta una forma de pensar que ha influido en la manera de razonar del psicoanálisis. El género policial plantea cual es la relación entre la ley y la verdad, entre el deseo y el crimen, entre lo social y sus márgenes. El policía, el investigador, pensemos en Sherlock Holmes y Watson, se enfrentan a una historia que no es la de ellos. Su planteamiento es que hay una verdad oculta por descubrir que va a cambiar el curso de los acontecimientos. ¿No hace lo mismo el psicoanálisis?

### Al abordaje de la subjetividad

Ahondemos ahora en la comprensión de la subjetividad. Es, junto con la narratividad, donde literatura y psicoanálisis confluyen. E incluso sería necesario hablar de intersubjetividad, esto es, de la experiencia que se vive en presencia de otro, que es donde lo subjetivo y lo objetivo se encuentran.

Tal vez lo primero sea recordar de nuevo que un paciente no es un texto, no es una narración, aunque produzca narraciones. Así que lo válido en el mundo clínico no lo es en el de los análisis literarios. Y lo literario no es directamente aplicable al mundo clínico.

Si pensamos en *La metamorfosis*, de F. Kafka, se verá claro. Esta novela no es un caso clínico sino una metáfora de la existencia humana, o de la situación política de la Europa de esa época, o del manejo psicológico sorprendente de esa anormal situación que sucede en Gregorio Samsa, o de la relación con un padre vivido como monstruoso, o...

Conviene ser muy cuidadosos con lo lejos que se va en la vinculación entre literatura y clínica. Sobre todo en los análisis biográficos. Deducir cosas de la vida de F. Kafka es peligroso. Opinar es fácil, hacerlo con propiedad, exigencia y método no lo es tanto. A pesar de esa opinión extendida, Edipo no se quería acostar con su madre sino con la reina, y no quería matar a su padre sino a un chulo pendenciero que se encontró en el camino. Pero resultó que esos eran también su padre y su madre... ¡qué cosas!

Lo que sí parece claro es que la historia de Edipo se refiere a los problemas que nos causa el saber. El adivino Tiresias le pide que no continúe sus pesquisas. ¿Qué hubiera ocurrido si se retira, si no quiere saber más? ¿Eso quiere decir que no hay que saber? Sí, hay que hacerlo pero hay que calibrar y asumir sus riesgos. No es una verdad absoluta que a más saber más gozo. O pensemos en W. Faulkner y en todos sus personajes siempre detenidos en el tiempo, siempre mirando hacia el pasado. ¿No parecen héroes freudianos? El psicoanálisis nos ayuda con W. Faulker, W. Faulkner nos ayuda con el psicoanálisis. Sin duda conviene tener cuidado con los excesos solipsistas. Un profesor, burlándose de sus colegas constructivistas a ultranza, decía que como la Universidad de Chicago sostenía que toda teoría es semejante e igualmente válida a otra teoría, no había razón para estudiar ninguna de ellas. Y no es que el psicoanálisis sea una rama de la ciencia ficción, como decía J. L. Borges, pero también es necesario prestar atención para que no lo sea. Escribía un psicoanalista: “No son tan lejanos los tiempos en que en nuestra comunidad asistíamos a una proliferación interminable de interpretaciones que daban cuenta del florido y barroco “imaginario” de los analistas, antes que de la legalidad de la letra del analizante.”

Cuando el psicoanálisis analiza la subjetividad que muestra la literatura no estamos ante una her-

menéutica, ni ante un procedimiento general para interpretar correctamente, sino más bien ante una exégesis, esto es, un señalamiento de los conceptos críticos necesarios para comprender un texto así como del contexto para entenderle.

C. Castilla del Pino, al estudiar la incidencia del psicoanálisis en la literatura, se centró de forma muy interesante en las relaciones sobre la obra y el autor. Se puede añadir una más: en el ámbito de lo literario, autor y lector mantienen una relación singular con la obra, que entra dentro de lo que R. Barthes y G. Bachelard denominan una *relación objetal*. Más aún, no solo con el escritor hay una relación objetal, asimismo existe entre el personaje y el lector. ¿Quién no se ha relacionado con Don Quijote, quién no con Julieta, o con el extranjero de Camus? Si pensamos en obras como *La conciencia de Zeno*, de I. Svevo o *La insoportable levedad del ser*, de M. Kundera veremos con claridad como el psicoanálisis iluminan la creación de subjetividad así como la literatura ilumina conceptos que este desarrolla. Un círculo intelectualmente virtuoso.

Respecto a la creación de subjetividad es necesario señalar varios elementos que hacen diferente la narración terapéutica de la literaria. La del paciente se crea en el acto mismo del encuentro. No está pensada de antemano y, aunque sea un acto concebido como defensivo, nunca se puede cumplir tal y como se pensaba.

La narración del paciente es un producto del encuentro con el terapeuta, y tiene alguna intención específica: desde obtener una mejoría de su estado físico o emocional, hasta realizar un acto de seducción y control. Pero lo que no tiene es una intención literaria. Cada sesión es diferente a las demás y se superpone a las anteriores. La valoración de una narración clínica no se hace según la calidad de esa narración, sino por sus efectos.

Por su parte el texto literario, una vez producido, queda fijo y formalizado. Los personajes están sobredeterminados por muchas variables: emocionales, históricas, situacionales. En ellos observamos la expresión simultánea de muchos “sí mismos”, siguiendo la terminología de L. Vigotsky, o de muchas voces, como las que vemos en las novelas de F. Dostoievski. La literatura mues-

tra la persistente variabilidad de la que estamos hechos y que no se produce en la estandarizada, y por ello artificial, situación de una terapia.

Un texto literario tiene, o puede tener, una vocación universal, puede ser entendido por cualquier persona y, si es de calidad, hace que otras personas se deleiten con él. Algo que casi nunca sucede en las narraciones de los pacientes que, de nuevo, son muy dependientes del contexto y solo se entienden dentro de la lógica de la relación terapéutica. Eso explica que la mayoría de los historiales clínicos sean aburridos y malos literariamente hablando. S. Freud, que tenía un enorme talento literario, es una excepción.

Las narraciones de los pacientes están destinadas a la privacidad, por tanto no tienen en cuenta a un público lector y la cuestión estética está completamente fuera de juego. Justo lo contrario ocurre en el hecho literario, en que la intención es artística desde el principio y se escribe pensando o contando casi siempre con la complicidad del lector. Recuérdese *Don Quijote*, de M. Cervantes, o *Si una noche de invierno un viajero...*, de I. Calvino.

Para sintetizar lo expuesto acerca del abordaje conceptual psicoanalítico de los personajes literarios hemos de fijarnos en tres áreas:

- A) Existencial, que se fija en los intereses, deseos y valores que se ponen en juego.
- B) Fenomenológica, que se fija en las narraciones, acciones y experiencias que se dan en ellos.
- C) Estructural que se fija en los registros Simbólicos, Reales e Imaginarios, siguiendo en este caso la clasificación de J. Lacan pero que igualmente puede ser otra, en los que se inserta la vida psíquica de los personajes.

Se trata de nueve conceptos que el psicoanálisis puede aplicar al texto literario según las diversas teorías que sus diversas ramas sostengan. Esta propuesta de tres miradas conjuntas sobre un texto permite desplegar y comprender la subjetividad contenida en una ficción debido a la problematización que el escritor ha inventado. Un despliegue que dará lugar a lo que llamamos personalidad y que se expresa en el erotismo, actitud, intelectualidad y corporalidad de la que al final

está hecha la identidad personal. Todo ello se acompaña de un correlato emocional específico.

Este conjunto de conceptos permite que creamos una interpretación psicoanalítica, una de las varias posibles, para una obra literaria.

### La interpretación es una narración

Demos ahora un paso más. Un hombre puede hacer lo que desee pero no puede desear lo que quiera, afirmaba A. Schopenhauer. Y Pablo de Tarso: hago el mal que no quiero y no el bien que deseo. S. Freud, al explicar esta sorprendente dinámica, mostró como la complejidad e indeterminación que tiene la subjetividad humana se construye en modo de una narración que nunca se comprende de forma acabada. Por eso la interpretación es necesaria.

Pero la interpretación a su vez es otra narración. Es un proceso sin fin. De metáfora en metáfora pero no hasta la victoria final sino hasta la verosimilitud que nos aporta al menos algo de verdad. Nada más y nada menos. Y hemos de tener cuidado: interpretar no es llegar a una conclusión ni a la verdad. Es tan solo ofrecer material para el debate, la discusión, la comprensión. No para la sumisión a una teoría o creencia. Una interpretación es material para nuevas narraciones.

Conviene estar alerta ante el auge acrítico de las teorías “constructivistas”. No todo son interpretaciones. Hay hechos que pueden refutarlas. Los hechos existen, desde luego, de lo contrario cualquier discusión carecería de sentido, pero es cierto que no existen solos, sino que se dan en una situación que supone dimensiones éticas, estéticas y políticas que no se pueden ignorar. Decía el sabio griego Epicteto que no son las cosas las que nos perturban, sino la opinión que tenemos de ellas.

Y es necesario una cierta prudencia con la sobreinterpretación porque tal vez seamos como una cebolla: hechos de muchas capas pero si se nos quitan todas... no queda nada.

P. Ricoeur pide que se tome a S. Freud de forma literaria, no literal. Reclama que se acepte que no estamos ante una ciencia positiva sino ante una de las narrativas más poderosas que han existido.

Eso supone aceptar que más que conocer interpretamos, siempre interpretamos. El filósofo lacaniano S. Zizek va incluso más allá. Piensa que la subjetividad es una ideología, que todo, incluida la realidad misma, lo es. Y no como un producto de la clase dominante, como sostenía K. Marx, sino que es la esencia de nuestra subjetividad. Es como si la especie humana fuera ideológica, hecha de falsa conciencia. Eso, plantea S. Zizek, es la experiencia humana.

### El retorno de la experiencia

La literatura nos proporciona la experiencia problematizada de sus personajes. Don Quijote vive en La Mancha. Allí problematiza su realidad de humilde y olvidado hidalgo y sale a la aventura. Tiene experiencias que le cambian sin que por ello deje de ser Don Quijote o Alonso Quijano.

Esa experiencia junto con las narraciones y acciones habrán de ser el objeto de la interpretación del psicoanálisis, o de cualquier otra disciplina interpretadora.

Merece la pena llevar a cabo una interpretación cuando la narración nos presenta sujetos que tienen experiencias complejas y son agentes de ella; cuando, a pesar de que la contingencia haya dominado la vida del personaje, aún conserva esa capacidad de duda, responsabilidad y decisión. Por eso MacBeth es más interesante que Ulises. Incluso Vladimir y Estragón, en *Esperando a Godot*, aun en su espera absurda nos parecen capaces de determinar sus estados, emociones y acciones. ¿Si no fuera así qué nos importarían? Solo podrían darnos pena. Sabemos que Edipo matará a Layo pero aun así cuando se le encuentra en el cruce de caminos nos cabe la duda. Hay un punto de libertad, de indeterminación en él. Podría no haberle matado, podría haber dado la vuelta o hacerse amigo de él o...

Toda interpretación tiene un fin último: la comprensión de un psiquismo ajeno, que podamos saber de sus causas, motivos y procedimientos.

La frase final de *El corazón de las tinieblas*, “el horror, el horror”, viene explicada por el relato de J. Conrad. Eso ya lo conocemos. Ahora hace falta saber cómo y por qué se ha llegado a esa situación cuyo resumen es ese: El horror.

Si la interpretación de un texto es eficaz, alcanzamos a comprender algo de lo que decidió un personaje al que, en adelante, comprendemos mejor o de otra forma. Entenderemos aquello que le lleva a una autonomía y transformación o a fracasar en el intento. Es entonces cuando podemos decir: Yo soy la señora Bovary, yo suspiro por Dulcinea, yo señor no soy malo pero no me faltarían razones para serlo...

La especialidad mental de nuestra especie es preguntarse el porqué de las cosas. La respuesta final es necesaria e imposible de alcanzar, como definía S. Freud al propio psicoanálisis. Hasta el Génesis se inicia así: “Al principio era el Verbo”, esto es, la acción dotada de sentido. Un sentido que depende del ser humano, y, a su vez, el ser humano depende del sentido. Estamos hechos de literatura.

Somos seres indigentes que vivimos en la insatisfacción y la literatura es una forma de supearlo, de calmarlo, de no sufrirlo tanto. Eso es la humanización.

Tal vez el primer relato de la humanidad fue decir: Eres de los nuestros. Los demás son el enemigo. Este es el arque-texto paranoico y sobreinterpretado de la especie humana. Y peligroso. Ya decía F. Goya que la fantasía sin razón produce monstruos. Aprendieron a sobrevivir vinculándose con fuerza al nosotros y percibiendo a todos los ellos como enemigos en potencia. Afirma N. Harari que provenimos de un grupo de primates que solo se mueven bien en pequeños grupos. Si el grupo es muy grande se convierte en caótico y violento. ¿Cómo hemos podido llegar a vivir en grandes comunidades? Gracias a la construcción de grandes relatos políticos y religiosos que nos unificaban. Somos seres narrativos, una especie para la que la literatura, dice B. Gopegui, es un lugar en el que ideas que no sean las prescritas ni las necesarias se pueden convertir en ánimo para continuar viviendo.

*Lo siniestro* (1919), es uno de los más importantes textos acerca de lo literario de S. Freud. Para él lo siniestro, y el miedo que produce, se refiere a la parte de lo que nos es familiar que tememos y no, como se suele decir, el miedo a lo desconocido. Lo siniestro es por tanto, al tiempo, familiar y desconocido, claro y oculto, seguro y peligro-

so. Ambivalencia típica con la que nos confronta el pensamiento freudiano. Lo siniestro por tanto no surge de la novedad sino de la repetición pero de una no deseada, obsesiva si se quiere, y que hunde sus raíces, significados y peligros en su pasado. ¿Por qué digo todo esto? porque se aplica a la literatura. No solo a la “siniestra”. No estoy hablando de E. A. Poe, o no solo de él, sino de toda la literatura conmovedora. ¿Qué es la isla de Robinson sino siniestra? ¿Y qué es Moby Dick, o la oficina de Bartleby el escribiente? Hasta la tumba de la Bella Durmiente lo es y la fealdad del Patito Feo ya casi un cisne en aquel lago.

El efecto perturbador de los relatos nos conmueve y altera de forma que nuestra subjetividad ha

de adaptarse a incorporar nuevas realidades, nuevas ambivalencias. Nuevas formas de ser y nuevas posibilidades.

Escribiendo esta comunicación asistí a la representación de *Cartas de amor*, de A. R. Gurney, una gran obra de teatro. Dos personajes que se conocen desde niños se intercambian hasta la vejez cartas de amor pero nunca llegaron a hacer efectiva esa relación.

¿Qué les ha pasado? ¿Cómo ha sido posible? Esa es la tarea.

#### Contacto

Rafael Manrique • rmanriquesolana@gmail.com  
C/Gomez Oreña 15-2 • 39003 Santander • España

- Recibido: 17/11/2017.
- Aceptado: 7/12/2017.

# Abordaje grupal de las voces en la psicosis.

## *Group approach to voices in psychosis.*

**Carmen Hidalgo Arjona**

Psicóloga Clínica. Servicio de Salud Mental del Hospital de Mollet (Barcelona).

**Carmen Gómez Montaña**

Psicóloga. Servicio de Rehabilitación Psicosocial del Hospital de Mollet (Barcelona).

**Resumen:** Que el contenido de las voces es relevante y que tiene un sentido asociado con la vida de la persona ha sido defendido históricamente por ciertos ámbitos de la psiquiatría y de la psicología. Sin embargo, el abordaje clínico actual a menudo se centra en tratar de eliminar el síntoma desde un modelo biológico reduccionista que lejos de solucionar el problema lo acrecienta al centrarse exclusivamente en el tratamiento farmacológico.

Presentamos una experiencia de grupo en el que participan personas que escuchan voces, y cuyo objetivo no es eliminarlas, sino cambiar el significado que tienen para la persona y disminuir el malestar emocional que les provoca. Un lugar donde tratar sobre la naturaleza de las voces, la relación existente con sus experiencias vitales y el impacto en su vida cotidiana.

La conclusión tras un año de funcionamiento, es que hablar en grupo sobre las voces disminuye el miedo a volverlas a sufrir, ayuda a reconocer su propia situación en la experiencia de los otros, a comprender el significado del síntoma en su biografía y al empoderamiento personal reduciendo el poder otorgado a las voces y a los demás, verdadera causa de angustia y desestabilización.

**Palabras clave:** Escuchadores de voces, síntoma, grupo, trastorno mental grave, empoderamiento, estigma.

**Abstract:** The fact that the content of the voices is relevant and that it has an associated meaning with the life of the person has been defended historically by certain areas of psychiatry and psychology. However, the current clinical approach often focuses on trying to eliminate the symptom from a reductionist biological model that far from solving the problem increases it by focusing exclusively on pharmacological treatment.

We present a group experience in which people who listen to voices participate, and whose objective is not to eliminate them, but to change the meaning they have for the person and diminish the emotional discomfort that causes them. A place to talk about the nature of voices, the existing relationship with their life experiences and the impact they have on their daily lives.

The conclusion after a year of operation is that speaking about the voices within a group diminishes the fear of suffering them again, helps to recognize their own situation in the

experience of others, to understand the meaning of the symptom in their biography and to recover personal empowerment by reducing the power given to voices and others, the true cause of anguish and destabilization.

**Keywords:** Hearing voices, symptom, group, serious mental disorder, empowerment, stigma.

## Introducción-Justificación

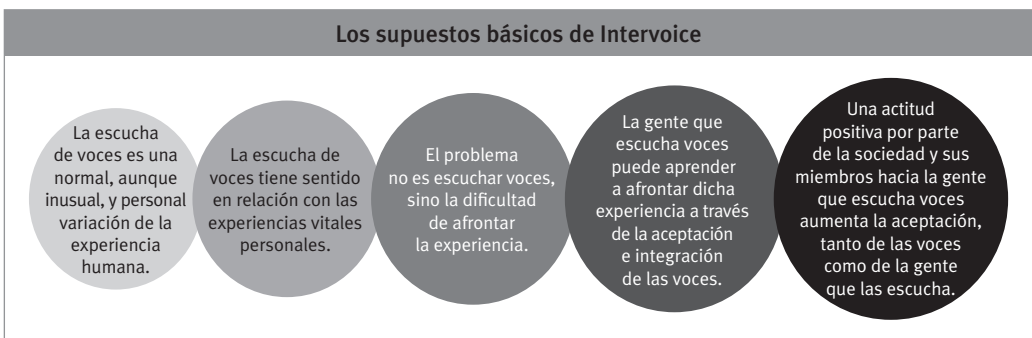
Que el contenido de las voces es relevante y que tiene un sentido asociado con la vida de la persona ha sido defendido históricamente por ciertos ámbitos de la psiquiatría y de la psicología. Sin embargo, el abordaje clínico actual a menudo se centra en tratar de eliminar el síntoma desde un modelo biológico reduccionista que lejos de solucionar el problema lo acrecienta al centrarse exclusivamente en el tratamiento farmacológico.

Hay alrededor de un 40% de personas en las que las voces no desaparecen al tomar la medicación, pudiéndose generar problemas de concentración, ansiedad, aislamiento social, problemas conductuales y riesgo de la vida. Además los neurolépticos aunque producen alivio al reducir la respuesta a estímulos emocionales intensos, tienen también efectos secundarios, a veces irreversibles, e incrementan el riesgo de episodios psicóticos dada la alta probabilidad de recaída asociada a su suspensión.

Desde hace más de 30 años, están surgiendo movimientos alternativos que proceden de Ho-

landa e Inglaterra, basados en una amplia investigación y experiencia de las personas que escuchan voces, y del trabajo de Marius Romme, psiquiatra social Holandés, que tratan de aproximarse a los trastornos psiquiátricos, poniendo el acento en la dimensión social y reconociendo la compleja naturaleza de sus causas. Las investigaciones epidemiológicas muestran que entre un 2% y un 4% de la población normal escucha voces, y solo un tercio de quienes las escuchan, tienen vivencias, síntomas, conductas o trayectorias que conducen a un diagnóstico y tratamiento psiquiátrico. Dos tercios de las personas que escuchan voces son capaces de convivir bien con las mismas y las consideran una experiencia esencialmente positiva, ya que las voces son para ellos una fuente de consejo o mensaje que puede resultar de ayuda.

El movimiento de escuchadores de voces defiende que hacer explícita la relación entre la historia individual y las voces, volver a narrar el sufrimiento desde un espacio social, permite darle un nuevo sentido a la experiencia y ayuda a recuperar el control de la vida.



<https://www.entrevoces.org> (1)

## Metodología

Inspirado en el movimiento de escuchadores de voces, iniciamos en septiembre de 2016, en el servicio de rehabilitación comunitaria de Mollet,

un grupo en el que las personas pudieran hablar de manera abierta de sus experiencias con las voces. El Servicio acoge a personas con Trastorno Mental Grave y elevado nivel de deterioro psicosocial.

Un espacio grupal, que continúa en la actualidad, en el que no se cuestionan sus creencias reconociéndolas como una experiencia real del escuchador que puede aprender a manejar con éxito. Otorgando especial importancia a la creación de un ambiente seguro, respetuoso, que fomente el apoyo mutuo y la aceptación. Apostando por un sujeto activo, abierto al cambio, capaz de producir grupalmente nuevos significados, trabajando con las voces y no en contra de ellas. Se tratan aspectos como la naturaleza de las voces, la relación existente con sus experiencias vitales, el impacto en su vida cotidiana y las mejores estrategias para afrontarlas.

El grupo, de 9 miembros, todos ellos diagnosticados de trastorno psicótico de años de evolución, está coordinado por la psicóloga y se reúnen una vez a la semana durante una hora. Todos los integrantes están en tratamiento farmacológico pero continúan escuchando voces, excepto dos personas que en la actualidad ya no las escuchan.

La función de la profesional es facilitar el dialogo, evitando un lenguaje técnico, reemplazando el miedo por curiosidad, validando su realidad aunque no sea compartida y ayudando a relacionarse mejor con sus voces y con su entorno. El objetivo no es solo prestar atención o consuelo sino estar dispuesto a modificar la posición de partida.

Aceptar las voces es también aceptar a la persona y no negar las emociones o los aspectos indeseados que manifieste el paciente o que reactiven aspectos indeseables propios. Como decía Winnicott, 1969 *“Mas importante que hacer grandes interpretaciones es transmitirle que puedes acoger su angustia psicótica y los contenidos más perturbados de su pensamiento, y que uno tiene capacidad de sobrevivir.”*(2)

Hubo también sesiones informativas sobre las técnicas de afrontamiento que aparecen en la guía de Marius Romme y Sandra Escher *DANDO SENTIDO A LAS VOCES, Guía para los profesionales, 2005* (3) como técnicas de postergación de las órdenes de las voces, de visualización, de establecimiento de límites, de comprobación de la veracidad, de tomar nota de lo que dicen, de establecer un horario definido para escucharlas, etc. Y sobre los estudios e investigaciones (Rom-

me y Escher 1996) que defienden que escuchar voces no es tan infrecuente y que algunas personas se las arreglan para vivir con ellas. (4)

*Un gran número de estudios, incluyendo un estudio a 15.000 estadounidenses sugieren que: «...alrededor de un 55% de las personas han escuchado voces en algún momento de su vida, normalmente tras acontecimientos severamente angustiosos. Y otras investigaciones muestran que existe una relación entre pasados o recientes acontecimientos traumáticos o emocionalmente intensos (accidentes, divorcio, muerte de un ser querido, maltrato físico o abuso sexual, aventuras amorosas, embarazo y parto) y el comienzo de la escucha de voces Read, 1997(5); Hammersley, Read, Woodall y Dillon, 2008(6); Read and Bentall, 2010(7); Read and Bentall, 2012(8); Varese et al. 2012(9) – algunos sugiriendo 70% de adultos y 85% de niños (Escher y Rome, 2010(10).*

O, como la investigación antropológica de Tanya Lührman (2014), que demuestra que el modo en que los enfermos de esquizofrenia experimentan las alucinaciones auditivas depende de su contexto cultural. En Estados Unidos las voces son percibidas como más agresivas duras y síntomas de una enfermedad cerebral, mientras que en África y la India, son percibidas como más benignas y en su mayoría una experiencia positiva. Y esto puede tener consecuencias para el tratamiento. Las voces violentas tan comunes en occidente pueden no ser una característica inevitable de la esquizofrenia. Más voces benignas pueden contribuir a un curso y resultado más benigno. (*Hallucinatory ‘voices’ shaped by local culture, Stanford anthropologist says Tanya Lührman 2014*) (11).

En algunas sesiones se hizo un recorrido histórico describiendo como el escuchar voces ha sido considerado normal o patológico, aceptado o rechazado en según qué épocas o culturas, destacando las figuras más famosas (Sócrates, Galileo, Pitágoras, Moisés, Jesús, San Agustín, Santa Juana de Arco, San Ignacio de Loyola, Santa Teresa de Calcuta, Virginia Wolf, Karl Gustav Jung, y Ghandi) que han sido identificadas como escuchadoras de voces, asociándolas a la creatividad y la visión filosófica y no a la locura y enfermedad.



## Valoración

La mayoría de participantes con muchos años de tratamiento exclusivamente farmacológico escuchaban al principio con extrañeza mis explicaciones sobre los *grupos de voces*, se sorprendían del valor otorgado a la palabra en estos tratamientos, de la relación de sus voces con los acontecimientos vitales. Estas personas habían estado durante años recibiendo como única alternativa a las voces un ingreso hospitalario o un aumento de medicación.

Fue sencillo ir recogiendo pedazos significativos de su historia, ir enunciando experiencias traumáticas del pasado y malestares presentes. Algunas personas oían voces desde la infancia, y pudieron estar temporadas estables sin tratamiento. En todos los participantes se describen eventos estresantes en entornos familiares o laborales como desencadenantes o desestabilizadores. Hay también factores de personalidad que parecen influir como un cierto *estilo evitativo*, con elevada necesidad de aprobación y marcada inestabilidad emocional.

En los debates se pone de manifiesto que los contenidos de las voces expresan conflictos entre el ideal y la realidad, como aquella persona con un ideal de pureza y castidad que era insultada por sus voces en sus prácticas onanistas; situaciones dolorosas o insoportables, como un divorcio o la separación de los padres, el servicio militar o la muerte temprana de la madre; conflictos interpersonales, como la madre invasiva a la que no se puede poner límites; dificultades de la persona en la toma de decisiones, como abandonar o no un trabajo estresante, que en uno de los casos conllevó además cortarse el dedo como obediencia a la voz antes de dejar su trabajo.

Las voces vehiculizan sentimientos difíciles de tolerar como la culpa, la vergüenza, el miedo, la rabia. Se constata a menudo la subordinación del sujeto a las voces y el reflejo de esquemas de relación similares con su red relacional. Las personas poco asertivas en su vida tampoco saben defenderse de las voces. Los componentes supersticiosos son muy comunes y también las creencias de tipo metafísico concernientes a temas como espiritualismo, maldad, castigo, dolor y poder. Este tipo de creencias tienden a

su mantenimiento, ya que al ser reforzada intermitentemente de un modo casual permite darle entidad; en términos del aprendizaje hace más difícil su extinción. Una paciente encontró un día un vestido bonito en el mercadillo después de obedecer a sus voces y otro día no les hizo caso y no encontró nada, con lo cual quedó convencida que debía obedecer siempre para que todo le fuera bien.

Los contenidos a veces expresan sentimientos de grandiosidad y fantasías de omnipotencia, como la paciente que sentía que tenía una misión en el mundo y una relación directa con Dios. Creerse una persona especial y única quizá permite acomodarse en un entorno que se percibe hostil y excluyente. En este caso la persona no quería dejar de sentir estas voces y las consideraba un apoyo en su vida. Las voces pueden actuar como mecanismo de defensa para culpar a un tercero de los problemas y de las emociones desagradables que suscitan. Como se postula desde la teoría psicoanalítica, la dificultad para resolver un problema puede conducir al desarrollo de una estrategia por el cual se presenta la amenaza como proveniente del exterior y no del interior y el síntoma puede ocupar el lugar del problema biográfico socioemocional original. Por ello se requiere un especial cuidado con las actuaciones o interpretaciones precipitadas y categóricas de los profesionales. Como ilustración pondría el ejemplo de un paciente que se crió en un prostíbulo teniendo desde niño que presenciar escenas para las que no estaba preparado y que de mayor acabaría invadido por voces que le harían desconfiar de todo el mundo, soslayando de alguna manera el trauma original. Uno de los conflictos que empezaba a exteriorizar era el conjunto de sentimientos ambivalentes hacia su madre. Su necesidad de estar con ella y el resentimiento hacia ella por no haberle protegido de niño.

Las voces pueden aparecer en lugar de los recuerdos desagradables o de los pensamientos indeseados. Como la paciente que transfería la hostilidad hacia sus hijos, a un agente externo, la voz, que les decía que les dañara, que les matara, salvando su ideal de buena madre. Por suerte no eliminó su responsabilidad y supo encontrar la forma para no obedecer a la voz y hablar de lo que le estresaba de los hijos.

Ciertas situaciones vitales extremas predisponen a alucinar sobre contenidos concretos, como las voces descalificadoras e insultantes tras un acuciante problema económico, situación que se produjo en más de un paciente.

Sin llegar a conseguir una formulación sistemática y por escrito de un constructo o historia vital en la línea planteada por la ya enunciada guía de que pudiera dar respuestas a ¿A quién representan las voces?, ¿Qué problemas representan las voces o conflicto socioemocional?, o ¿Cómo podemos darle sentido a las voces?, si se obtuvo un efecto apaciguador, una mayor aceptación de la realidad de las voces y de la sensación de control sobre sus vidas. Mejoró la confianza con el profesional y se mostraron más expresivos y comunicativos.

Se pasó un cuestionario de valoración a todos los integrantes después de 1 año de participar en el grupo. Todos han valorado la experiencia de muy positiva, destacando el fortalecimiento de la relación entre compañeros, la disminución de la intensidad y frecuencia de las voces, de la angustia asociada a su presencia y al temor a que aparezcan de nuevo. Al inicio del grupo dos personas percibieron un incremento de las voces negativas y de desconfianza. Las voces parecían anunciar los peligros de compartir públicamente lo más inconfesable de su intimidad. Estas personas después pudieron ir hablando de su miedo a que fuera del grupo se divulgara lo que se hablaba dentro, que pudiera llegar esa información a vecinos, amigos, familiares o a otros profesionales referentes, y también del miedo a que la voz, que ellos consideraban muy poderosa, se enfadara al sentirse de alguna forma cuestionada o traicionada. Por ello era importante repetir que el objetivo no era acallar las voces sino escucharlas y entender su mensaje y respetar la confidencialidad de lo tratado allí.

El espacio individual permitió tratar un poco más la relación funcional de las voces con su historia y abordar temas que no se atrevieron a explicar en el grupo, como las voces acusatorias que sentía un paciente por sus fantasías pederastas. Este último trajo por escrito sus voces, frases inacabadas fijadas a una personalidad de personas algunas conocidas y otras desconocidas, algunas parecían avisarle del riesgo que corría

si descargaba videos ilegales. “-Mi deber es denunciarte. Pornografía infantil. Que viene la policía. Podemos hacer contigo lo que queramos. Somos mayores que tu-”. Me confesó en una entrevista que de niño se vio violentado por su tía en caricias que le incomodaban y que vivió como un abuso.

Realicé una sesión en el hospital para explicar el grupo a los profesionales del Centro de Salud Mental. También observé en el equipo miradas de sorpresa, silencios tensos y algunos comentarios de aprobación. En los cursos clínicos de diversos profesionales aparecen referencias positivas de los pacientes respecto al grupo, creo que es la mejor manera de validar la utilidad del mismo. No se produjo ningún ingreso hospitalario de los participantes y se redujeron las visitas urgentes de algunos de los más demandantes.

Ningún participante se dio de baja durante el año, salvo una persona por motivos médicos y otra que solo vino a una sesión. La asistencia fue de las más regulares entre los talleres y actividades del Servicio y de las mejores valoradas en los cuestionarios de satisfacción generales.

Hablar en grupo sobre las voces disminuye el miedo a volverlas a sufrir, ayuda a reconocer su propia situación en la experiencia de los otros, a comprender el significado del síntoma en su biografía y al empoderamiento personal reduciendo el poder otorgado a las voces y a los demás, verdadera causa de angustia y desestabilización.

Los “expertos por la experiencia” (escuchadores de voces) junto con los “expertos por la profesión” (profesores, clínicos, investigadores) debemos trabajar mano a mano para reformular la comprensión e intervención sobre la escucha de voces y sobre otros síntomas, redefinir la propiedad del poder y del lugar de experto y luchar contra el estigma, y la exclusión social de las personas con dificultades de salud mental.

## Anexos

### *Vñetas de las sesiones*

J.: Tuve mi primera crisis en el servicio militar. Casi mato a un hombre si no me llegan a parar. Me sentía solo y recibiendo órdenes continuamente, me trataban mal. Después de aquello, me

mantuve estable muchos años, trabajando y con voces que me ayudaban, que eran amigas, sin medicación. Ahora desde hace 4 años, desde la separación estoy fatal, me siento solo y con voces muy negativas. No puedo confiar en nadie. La medicación es como un escudo, te ayuda, pero si se desequilibra la mente ya nunca puede ser como antes.

**Carmen:** Parece que hay situaciones difíciles de afrontar como el servicio militar o una ruptura sentimental que puede hacer que las voces aparezcan o que las que antes te ayudaban ahora te asusten, ¿te parece que está relacionado con la soledad?

**J:** Sí, puede ser. Antes mi mujer me solucionaba todas las cosas y ahora me cuesta organizarme.

**I.:** Las voces te aíslan de los demás. Pueden ser un enemigo. Saben todo de mí. No puedes esconderle nada, me pillan al vuelo lo que pienso. Te siguen en el baño y cuando tienes sexo, no tienes intimidad. Estuve también muchos años sin medicación y bastante bien, hasta poco después de tener a mi hija. Dormía poco. Supe que mi marido me fue infiel o que se travestía, porque encontré en mi mesita restos de carmín. Él lo negó todo, claro, que me iba a decir.

**O.:** Yo me puse malo poco después de que se separaran mis padres. Me dijo un curandero que tenía los demonios dentro, trató de quitármelos pero no funcionó. Una vez la voz me dijo que me cortara el dedo en el trabajo y lo hice y la voz se fue. Pero vuelve por las noches y se enfada cuando me desahago físicamente. Me insulta. Me siento impuro cuando lo hago. Y me insulta por las mañanas. Creo que todo el mundo se da cuenta.

**Carmen:** Parece que la sexualidad se vive con cierta culpa o vergüenza, como si se tratara de un pecado. Y hay la vivencia de que las voces tienen mucho poder. Te afectan en tu intimidad, te dan órdenes. ¿Por qué pensáis que son tan poderosas?

**I.:** Las ves tan poderosas porque no te das valor a ti mismo. Pero en realidad las voces no tienen poder sobre ti, no te pueden pegar, ni te pueden matar.

**J.:** Te pueden hacer maltrato psicológico, hacerte suicidar.

**A.:** La voz puede contigo si estás débil; si eres fuerte, no. Yo sabía que tenía que luchar contra esa voz mala que me decía que hiciera daño a mis hijos. Cuando venía la voz cogía el bolso y me iba a dar un paseo y se me pasaba. Jamás hice daño a mis hijos. Al final tú siempre eres la que decides.

**Carmen:** Estoy de acuerdo con las compañeras que aunque las voces dan órdenes, no hay por qué obedecer. Primero habría que preguntarles qué efectos tendría lo que dicen sobre mí. Y, como nos ha explicado A, si los efectos no son buenos, intentar encontrar una estrategia positiva, como salir a dar un paseo. También resulta interesante reflexionar si al estar angustiados por algún tema, se percibe un aumento de las voces.

**V.:** Yo a veces me río de mis voces y las hago confundir. Una vez les dije “Rajoy ha muerto! Rajoy ha muerto!”. Y me lo pasé muy bien, porque se pusieron muy nerviosas y alteradas repitiendo mi frase.

**J.:** yo lo que hago cuando me agobian, es adelantar la medicación e irme a dormir.

**O.:** Yo intento mantenerme activo y solo por la noche escucharlas. Intento que no me ocupen todo el día y por ahora me funciona. Si me hablan por las mañanas no les hago caso.

**I.:** A mí las voces me hacen buena compañía, me dan paz. Yo tengo una relación muy especial con ellas. Yo no quiero que marchen. Y no suelo decir que oigo voces para que no me ingresen o me aumenten la medicación.

**Ab.:** A mí las voces me obligan a explicarle cada día lo que he hecho, mis intimidades. Si no lo hago me atormentan, se ponen agresivas. Es como cuando mi madre me insiste que quiere saber cosas mías que no quiero compartir y ella indaga y se enfada si no se las explico. Pero no quiero que penséis que mi madre es igual.

**Carmen:** ¿Qué le diríamos a una persona demasiado invasiva o pesada con nosotros? ¿Qué le podríamos decir a las voces?

**I.:** Solo te explico lo que yo quiero y tienes que respetarme. La trataría con cariño pero defendiendo mí intimidad. Y si se pone agresiva conmigo no hacerle caso.

**O.:** Yo he descubierto que siendo más seguro de ti mismo las voces se paran. El otro día le dije a las voces que ahora no abría la puerta porque tenía que ir antes a buscar las llaves, y estas se pararon.

**A.:** Tienes que ser contundente y radical y decir basta ya. A mí me funcionó.

**Ad.:** Mis padres querían que hubiera nacido chico porque ya tenían una niña. Llegue a hacer pipí de pie. Mi madre se quería tirar al pozo y pensé que era por mi culpa. Con 7 años yo ya tomaba Valium para dormir.

**I.:** Con 5-8 años oía a Rafael como nana “Yo soy aquel” y me gustaba, no eran ningún problema para mí.

**V.:** De pequeño yo pensé que había matado a mi madre con el pensamiento, porqué me enfadé y le deseé la muerte, muriendo poco después. Lo pasé muy mal. De mayor la voz me dijo que dejara de trabajar y le hice caso.

**S.:** Mi madre sufrió cáncer y pensé que yo tenía algo que ver. Me quemaba el cuerpo. Alguna vez oía el demonio y a veces una voz buena. Gracias a la medicación me desapareció. Y Ahora sé que yo no tenía nada que ver en su muerte. A veces echo de menos las voces y me gustaría que aparecieran.

**I.:** Yo hago lo que me piden porque si no podrían hacerle daño a mi hija. Y lo tengo comprobado: si no les hago caso cuando voy al mercadillo no encuentro ropa para mí. Y tengo miedo que mi hija sufra mi misma enfermedad.

**Carmen:** Parece que ante la muerte de un ser querido aparece de alguna manera un sentimiento de culpa. Esto puede ser una reacción habitual

en los periodos de duelo porque el dolor es muy grande y necesitas dar una explicación, a veces te culpas a ti mismo o culpas a los demás, pero después con el tiempo normalmente vas pudiendo aceptarlo. Y lo que explica I. podría tener relación con el deseo de proteger a los seres queridos, que no les pase nada. Yo como madre me reconozco en ese sentimiento de querer evitarles dolor a mis hijos, aunque generalmente no podemos hacerlo y sufrir un poco también les ayuda en la vida.

**S.:** Si, yo antes creía que podían pasar esas cosas malas, pero ahora ya no pienso lo mismo, antes era muy supersticioso y creía que si no hacía alguna cosa pasaría algo malo.

**Carmen:** ¿Qué pensáis de las supersticiones, conocéis algunas que hayan existido socialmente?

**I.:** Antes decían que las mujeres con la regla no podían tocar flores, preparar el *all i oli* (mayonesa). Ahora ya no se lo cree nadie.

**D.:** Yo empecé a notar sensaciones de que me tocaban, me asustaban. Antes los intentaba matar con un cuchillo; ahora con la medicación ya no quiero hacerlo, pero muchas veces siento que hay un complot en contra mía, que me quieren hacer daño.

**S.:** A mí también me pasó pero me tranquilicé y fueron desapareciendo. Me funciona exponerme a mis miedos. Antes me costaba salir de casa, pensaba que la gente hablaba de mí, pero ahora cuando pienso que hablan de mí me acerco y descubro que no están hablando de mí y me tranquilizo.

**V.:** He abierto un block llamado el club de los imperfectos en el que pongo todos mis defectos para no engañar a nadie. Quiero que la gente me conozca y acepte como soy.

Risas.

### Contacto

Carmen Hidalgo Arjona • m.hidalgo@fsm.cat • 935 636 100

Servicio de Salud Mental del Hospital de Mollet (Barcelona) • Ronda dels Pinetons, 6-8

## Bibliografía

1. <https://www.entrevoces.org>
2. Winnicott DW (1969). The use of the object, *Int J Psychoanal.*
3. Romme, M. Escher, S. (2005) “Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces”. Fundación para la investigación el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis.
4. Romme M. A.J., Escher A.D.M.A.C. (1996) - “Empowering people who hear voices” in Haddock G., Slade, P.D. *Cognitive Behavioural Interventions with Psychotic Disorders* (Routledge, London).
5. Read, 1997;  
Read, J., Reynolds, J. (1996) *Speaking our Minds. An Anthology of Personal Experiences and its Consequences* (The Open University/ Macmillan, London).
6. Hammersley, Read, Woodall y Dillon, 2008;  
Hammersley, Read, Woodall y Dillon, 2008; *Journal of Psychological Trauma* Publication details, including instructions for authors and subscription information: *Childhood Trauma and Psychosis: The Genie Is Out of the Bottle*. Published online: 11 Oct 2008.
7. Read and Bentall, 2010;  
Read, J.and Bentall,R.The effectiveness of electroconvulsive therapy: a literature review. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2010; 19: 333-47.
8. Read and Bentall, 2012;  
Read, J.and Bentall,R. Negative childhood experiences and mental health: theoretical, clinical and primary prevention implications.*Br J Psychiatry.* 2012 *Oct;201(4):328*.
9. Varese et al. 2012  
Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, Read J, van Os J, Bentall RP. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull.* 2012 Jun;38(4):661-71.
10. Escher y Rome, 2010  
Escher, A., Romme, M. (2010). *Children hearing voices. What you need to know and what you can do.* Ross-on-Wye: PCCS Books.
11. Tanya Luhrman (2014 ) FROM STANFORD REPORT, July 16, 2014, Hallucinatory ‘voices’ shaped by local culture, Stanford anthropologist says, by Clifton B.

• Aceptado: 7/12/2017.

# ¿Son necesarias las Psicoterapias para los Psiquiatras? (\*)

## *Are Psychotherapies necessary for Psychiatrists?*

Nicolás Vucínovich

Psiquiatra, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

**Resumen:** La pregunta por la necesidad de la psicoterapia para los psiquiatras nos ha llevado desde la necesidad de comprender la clínica con la que tratamos, pasando por el deseo de saber hacer bien nuestro trabajo, hasta el último punto: en qué medida es necesario que el psiquiatra esté advertido o no de su propio deseo en juego.

**Palabras Clave:** Psicoterapias, Psicoanálisis, Psiquiatría.

**Abstract:** the question about the necessity of psychotherapy for psychiatrist has drowned us from the necessity of a clinical comprehension, passing through the desire of a good done work, until the last point: if is necessary that the psychiatrist is informed about his desire in set.

**Key words:** Psychotherapy, Psychoanalysis, Psychiatry.

### Introducción<sup>1</sup>

La idea, cuando me fue propuesto este tema, era animar a los residentes de psiquiatría a que respondieran a esta pregunta sin adelantar mi opinión. Tras definir la psicoterapia, generalizando, como el tratamiento del paciente por medio de la palabra, les lancé la pregunta a ellos: ¿son necesarias las psicoterapias, la formación y el manejo de estas o alguna de ellas, para la práctica clínica del psiquiatra? Los residentes, interpelados así desde el comienzo, respondieron asintiendo, en general, sobre la necesidad de una formación psicoterapéutica aunque algunos señalaron que para las prácticas más biológicas no era indispensable su manejo por parte del psiquiatra. Esta pregunta inicial animó a los residentes a participar activamente durante toda la conferencia.

### ¿Psicoterapia o qué?

Es posible plantear ahora esta pregunta por el auge de la psicofarmacología y de las neurociencias, y por las esperanzas que las investigaciones desarrolladas en estos campos generan en el psiquiatra clínico. Entraña una fantasía: apoyarse 100% en el tratamiento farmacológico, dirigir una cura aséptica, objetiva, científicamente garantizada, sin interferencias subjetivas. Si no fuera necesario tener en cuenta las psicoterapias entonces podríamos quitar los pies del barro de la intersubjetividad.

**Psicoterapia vs. Fármacos:** Volviendo a la alternativa que nos abre la pregunta (una psiquiatría sin palabras): ¿es posible una práctica enteramente farmacológica? La medicación se prescribe en el marco de una relación asimétrica, entre

(\*) Este texto es una adaptación de una conferencia dada a los residentes de psiquiatría del Hospital Universitario Virgen del Rocío en Junio de 2017 (Sevilla).

dos sujetos: hay un médico al que se le supone conocimiento, pericia, intención de curar, en muchos casos, y un sujeto enfermo que demanda la cura, la atención del médico, ser reconocido como enfermo, etc. ¿Cómo entender los efectos “extra-químicos” de los fármacos que prescribimos? ¿Dependen de esta relación intersubjetiva los efectos placebo, nocebo, algunos efectos adversos y quejas en torno a estos, algunos abandonos del tratamiento, algunas dependencias extremas de pastillas, la utilización repentina de lo que hasta entonces fue el remedio para pasar a ser usado como un veneno, o los atracones de pastillas que estamos acostumbrados a ver? La pastilla es un objeto especial en juego entre el psiquiatra y el paciente: puede constituirse como un signo de atención o de rechazo, de algo que se corta o se prolonga hasta el infinito entre ambos, puede sobrar o faltar, pero nunca se la encuentra en la justa medida. Pensar la prescripción farmacológica como un acto que pudiera quedar por fuera de la dinámica de la demanda y del deseo más allá de esta, es otra fantasía, difícil de sostener cuando uno trabaja con pacientes.

### Psicoterapia para comprender

¿Han sentido, en los primeros años de residencia, la necesidad de saber qué hacer con lo que les dice el paciente? ¿Han dudado acerca de cómo escuchar lo que les decían y dudado acerca de cómo responder a las demandas de los pacientes? ¿Se han encontrado, en las primeras entrevistas con pacientes psicóticos, frente al enorme signo de pregunta de qué está diciendo este paciente, qué quiere decir cuando dice lo que dice, por qué comienza a decirlo en ciertas condiciones o qué sentido tiene lo que dice?

En mi caso, antes que la psicoterapia, se impuso la necesidad de acercarme a algún discurso que no fuera solo descriptivo (semiología), sino explicativo: que me ayudara aportando alguna lógica, sentido, algo que ordenara y que me orientara frente a los dichos de los pacientes, y que me permitiera intervenir a su favor.

Esta necesidad nace del desconcierto que me causó (como supongo que a ustedes también les habrá pasado) el encuentro con los primeros psicóticos, con la locura en general, y con los consejos de mis tutores y supervisores: Había que

aguantar el tirón, no cerrar la brecha de la angustia que nos causa no saber qué hacer. Esa brecha era el espacio por el cual, lentamente, irían circulando diferentes ideas en torno al trabajo como psiquiatra. No obturar ese espacio era el desafío de los primeros años de residencia. Creo que el gran peligro al que nos exponemos durante la residencia es justamente apresurarnos y precipitarnos: engancharnos a algún discurso sin fisuras, y aparentemente simple, parecido por su estilo al discurso médico fisiopatológico (o que aprovechan la potencia y la forma de este discurso como un semblante cientificista), o a algún discurso soportado por principios morales que se autorice en un supuesto bien universal imponible al paciente.

Cuando siendo residentes nos asomamos al abismo de la sinrazón, experimentamos una necesidad de sentido que preste consistencia a nuestra práctica (y a nuestro narcisismo, así amenazado, conmovido por este gran agujero que es la locura con la que trabajamos).

Por lo tanto, en mi caso, la necesidad de una “psicoterapia” se impuso por la necesidad de comprender, por la necesidad de una psicopatología explicativa, lógica y suficiente. Psicopatología no solo descriptiva sino explicativa, y que al mismo tiempo permita trabajar al psiquiatra a la altura de lo que el paciente dice, sin tener que recurrir a la explicación general que ofrece el discurso del riesgo (estadística), el neurobiológico (que al transferirse al ámbito clínico se vuelve especulativo, cientificista) o el moralista/ humanista (del Ideal), todos demasiado alejados de los dichos concretos de cada uno de nuestros pacientes, con la mirada perdida en el cielo de una verdad que estaría muy por encima de las contingencias del trabajo diario del psiquiatra con su paciente.

No creo que esta pregunta acerca de la “necesidad de una psicoterapia” debamos responderla desde textos y justificaciones teóricas, sino desde el lugar que cada uno tiene y haya ido conformando en su experiencia clínica. Sólo me apoyaré en dos textos de Freud, porque en estos él da cuenta de un viraje: el surgimiento de su propia necesidad (deseo) de un discurso explicativo, discurso que él mismo terminó fundando.

**Conferencias de Psicoanálisis: Psicoanálisis y Psiquiatría (1917)**<sup>2</sup>: en esta conferencia Freud habla sobre la complementariedad que podría haber

entre el psicoanálisis y la psiquiatría: *“el psicoanálisis es a la psiquiatría lo que la histología a la anatomía: ésta estudia las formas exteriores de los órganos; aquella su constitución a partir de tejidos y de las células”*. Propone como ejemplo un caso clínico: una mujer de unos 50 años que desarrolla un delirio de celos. Esta mujer recibe una carta donde se describen los engaños de su marido. Unos días antes esta mujer habló con “una muchacha intrigadora”, confesándole que su peor desgracia sería que su marido la engañara. Esta muchacha le manda la carta anónima denunciando un supuesto engaño del marido y la mujer cree en este engaño, a pesar de las pruebas que deberían poder disuadirla y dejar ver el boicot, dice Freud. Las preguntas que se hace Freud: *“Si una idea delirante no puede ser desarraigada refiriéndola a la realidad, no ha de provenir de esta. ¿Y de dónde vendría entonces?... ¿Por qué justamente los celos son en nuestro caso el contenido del delirio? Aquí querríamos escucharlo al psiquiatra, pero justo aquí nos deja en la estacada”*. La respuesta que Freud pone en la boca de los psiquiatras de la época es: *“Ideas delirantes se presentan en aquellas personas en cuyas familias han aparecido repetidas veces estas y otras perturbaciones psíquicas: esta mujer ha desarrollado esta idea delirante porque estaba predispuesta por factores hereditarios”*. Insatisfecho frente a esta respuesta, se pregunta: *“¿es todo lo que queremos saber? ¿Todo lo que ha cooperado en la causación de este caso patológico? ¿Tendremos que contentarnos con saber que es indiferente, arbitrario e inexplicable que se haya desarrollado un delirio de celos en vez de cualquier otro delirio?”*. Freud prosigue: *“¿Puede el psicoanálisis desempeñarse mejor? Sí, por cierto; espero poder mostrarles que aún en un caso así, de tan difícil acceso, es capaz de descubrir algo que posibilite la comprensión más directa. Primero les ruego que atiendan a este pequeño detalle: fue la propia paciente quien provocó esa carta anónima que sirve de apoyo a su idea delirante, cuando, el día anterior, dijo a la intrigante muchacha que su máxima desventura sería que su marido mantuviera una relación amorosa con una muchacha joven. La idea delirante cobra así una cierta independencia de la carta; ya antes había estado como temor -¿o como deseo?- en la enferma. Ahora agreguen ustedes algunos indicios más que solo dos sesiones de análisis han brindado en esas dos sesiones había dejado*

*caer algunas observaciones que permitieron una interpretación determinada había dentro de ella un intenso enamoramiento por un hombre joven de este enamoramiento ella no sabía nada, o quizás muy poco; dada la relación de parentesco existente, esta amorosa inclinación podía enmascararse fácilmente como una ternura inocente. Un enamoramiento así no pudo devenir consciente. No obstante persistió, y en calidad de inconsciente ejerció una seria presión. Alguna cosa tenía que acontecer con él, algún remedio debía buscarse, y el alivio inmediato lo ofreció sin duda el mecanismo del desplazamiento, que con tanta regularidad toma parte en la génesis de los celos delirantes... La fantasía de infidelidad del marido fue entonces un paño frío sobre una llaga ardiente. Su propio amor no le había devenido consciente, pero el reflejo de él, que le aportaba esa ventaja, ahora se hizo consciente de forma obsesiva, delirante. Todos los argumentos en contra no podían, desde luego, dar fruto alguno, pues solo se dirigían a la imagen reflejada, no al modelo al que aquella debía su poder y que acechaba inatacable en lo inconsciente”* (ii pág. 230).

Vemos a partir de este recorte como para Freud la explicación del psiquiatra resulta insuficiente. Los factores hereditarios no explican por qué el delirio de celos concretamente, ni la coyuntura en la cual se desencadena el cuadro. La interpretación psicoanalítica, apoyándose en el inconsciente funcionando, en acción, pone la causa del delirio, su forma y desencadenamiento a la altura del sujeto, de la pulsión, de su historia y de su deseo.

### **Psicoterapia para saber hacerlo bien con la palabra (la cuestión ética)**

Cuando decimos “las psicoterapias” hablamos, sí, de una intervención desde la palabra. Pero no creo que este rasgo sea central ni suficiente para diferenciar las distintas prácticas psicoterapéuticas, ni tampoco para diferenciarlas del psicoanálisis. Ni siquiera para diferenciar estas prácticas psicoterapéuticas de la prescripción farmacológica (la palabra y sus efectos están siempre ahí). Para trazar la diferencia entre el psicoanálisis y el resto de las psicoterapias, creo que es importante tener en cuenta de qué lado de nuestra mesa cae la suposición de saber acerca del síntoma. Se puede prescribir una conducta, un hábito, se

puede sancionar una idea como incorrecta y pretender reestructurarla desde la misma posición que tiene el médico cuando prescribe un fármaco. En ambas intervenciones el saber sobre el síntoma queda del lado del prescriptor. Del lado del paciente queda la equivocación, el error, lo desajustado y disfuncional. Fue necesario suponer un sentido y una satisfacción en el síntoma para comenzar a interrogar al sujeto, ponerlo a asociar y a saber acerca de este saber oculto.

Cuando me refiero a la ética de nuestra práctica, y la diferencia entre el psicoanálisis y las psicoterapias, me refiero a esto: para el psicoanálisis, desde sus orígenes, los dichos, síntomas, sueños, lapsus, actings del paciente encierran, encubren, disfrazan algo de una verdad subjetiva, efecto de un saber desconocido, pero activo, en el sujeto; este saber inconsciente es el descubrimiento freudiano. Es necesario hacer la experiencia del propio inconsciente para poder imaginar sus efectos en nuestros pacientes. Las otras prácticas (pienso en las cognitivo-conductuales) dejan caer el saber y la verdad del lado del prescriptor, condicionando la posición y la actuación clínica que resulta a veces indistinguible de la enseñanza o de la instrucción.

Freud pasó de la terapia sugestiva (madre de algunos enfoques terapéuticos actuales) al enfoque analítico. En la conferencia 28<sup>3</sup>, Freud dice, cuando se pone a desarrollar la diferencia entre la sugestión directa y la transferencia: *“la sugestión directa es una sugestión dirigida contra la exteriorización de los síntomas, una lucha entre la autoridad de ustedes y los motivos de la enfermedad. Al practicarla ustedes no hacen caso de estos motivos; solo exigen al enfermo que sofoque su exteriorización en síntomas. El hecho de que hipnoticen o no al enfermo no constituye ninguna diferencia de principio la sugestión es lo esencial en las manifestaciones del hipnotismo Yo fui alumno de Bernheim. Durante años practiqué el tratamiento hipnótico, primero con sugestión prohibidora y después combinándolo con el método de Breuer. Me asiste buen derecho, por tanto, para hablar sobre los resultados de los tratamientos hipnóticos o de sugestión para el médico, a la larga, se volvía monótona: prohibir en todos los casos, de idéntica manera y con el mismo ceremonial, la existencia a los más variados síntomas, sin poder aprehender nada*

*de su sentido o su significado. Era un trabajo de práctica, no una actividad científica, y recordaba a la magia, al encantamiento o al arte de la prestidigitación.”* (iii; pág. 409).

Cuando Freud abandona la práctica hipnótica sugestiva por autoritaria, totalitaria, monótona y alejada de su idea de una práctica científica, construye una base ética para el psicoanálisis: la del caso por caso, opuesta a la de la práctica anterior. El trabajo riguroso con cada sujeto, cada material asociativo, en cada sesión, supone un único señalamiento, una interpretación irrepetible, una construcción a la medida de cada caso singular.

### Psicoterapia para el psiquiatra

Es necesaria la psicoterapia para el psiquiatra, es, para terminar, una pregunta con una doble lectura. Podemos entenderla como la necesidad de saber conducir una psicoterapia para encausar la demanda del paciente o como la necesidad, o no, del psiquiatra de pasar por una experiencia psicoterapéutica él mismo. En este punto también deberíamos diferenciar entre las psicoterapias y el psicoanálisis, ya que no todas las terapias podrían acoger a un sujeto aquejado por el deseo de saber, por la pregunta a la que nos empuja una repetición o un tropiezo. Algunas, pensadas a la medida de una exigencia actual (devolver personas productivas en una serie de sesiones autorizadas por los seguros de salud) no acogerían personas sanas en sus despachos. Hay algunas terapias que apuntan al conocimiento personal, en el sentido de una profundización o autoconocimiento del yo. El psicoanálisis trabaja con el deseo reprimido, y con sus soportes: la pulsión y la falta estructural, causada por nuestra condición de hablantes: la castración freudiana. A diferencia de aquellas, no es un autoconocimiento, sino una puesta en cuestión del yo (instancia de desconocimiento) y un conocimiento del Otro, de los efectos de la Otra escena que nos habita.

Si no pasamos por la experiencia analítica personal, nuestros ideales, prejuicios, conflictos permanecen intocados, y en el encuentro con el paciente se impondrán causando intervenciones salvajes y resistencias. Lo que no hayamos trabajado en nuestro propio espacio terapéutico retornará, aparecerá para nosotros, se actualiza-

rá en algunos dichos de nuestros pacientes: no podremos escuchar sin identificarnos con el paciente, sin afectarnos al ritmo de su experiencia, y sin saber que eso nos convoca porque es una representación, en el otro, de algo nuestro, aunque desconocido. Lo que no fue trabajado en un espacio terapéutico personal aparecerá reflejado en el otro (como una viga en el ojo ajeno), causándonos indignación, rechazo, angustia, tristeza, compasión, ternura, cualquier sentimiento que obstruya el trabajo con el material del paciente.

En su trabajo “Consejos al Médico sobre el Tratamiento Psicoanalítico”<sup>4</sup>, nos advierte Freud: “*Ahora bien, si el médico ha de estar en condiciones de servirse así de su inconsciente como instrumento del análisis, él mismo tiene que llenar en vasta medida una condición psicológica. No puede tolerar resistencias ningunas que aparten de su conciencia lo que su inconsciente ha discernido; de lo contrario introduciría en el análisis un nuevo tipo de selección y desfiguración mucho más dañinas que las provocadas por una tensión de su atención consiente... Para ello es lícito exigirle que se haya sometido a una purificación psicoanalítica, y tomado noticia de sus propios complejos que pudieran perturbarlo para aprehender lo que el analizado le ofrece. No se puede dudar razonablemente del efecto descalificador de tales fallas propias; es que cualquier represión no solucionada en el médico corresponde a un punto ciego en su percepción analítica*”. (iv; pág. 115).

En un texto tardío (“Análisis terminable e interminable”<sup>5</sup>) no habla de purificación psicoanalítica como condición. Dice: “*¿Dónde y cómo adquirirá el pobre diablo aquella aptitud ideal que le hace falta en su profesión? La respuesta rezará: en el análisis propio, con el que comienza su preparación para su actividad futura. Por razones prácticas aquel solo puede ser breve e*

*incompleto cumple su cometido si instila en el aprendiz la firme convicción de la existencia de lo inconsciente, le proporciona las de otra modo increíbles percepciones de sí a raíz de la emergencia de lo reprimido*”. (v; pág. 250).

## Conclusión

Para concluir, podríamos preguntarnos si la psicoterapia, como el tratamiento por la palabra de la demanda del sujeto, no está ahí presente aunque no nos lo proponamos. A veces se hace presente de forma salvaje, para algunos de forma latente cuando reniegan de ellas pero hablan a los pacientes, a veces bajo la forma educativa, instructiva; otras desde la sugestión, que se autoriza en los ideales científicos, humanistas o religiosos. En definitiva, la psicoterapia se hace presente, aunque no lo sepamos, porque es una defensa más del psiquiatra, defensa que da cuenta de su deseo (se habla del deseo del analista como una “X” en juego en la transferencia). Deberíamos poder pensar el deseo del psiquiatra como algo en juego, singular, más o menos tenido en cuenta, pero activo en el estilo que cada uno tiene de acercarse a su trabajo, de sostener su trabajo con los pacientes, de preguntarse o no por el sentido, de defenderse del agujero aspirante de la locura, de significar, de poder sostener el silencio para hacer lugar al deseo del paciente, siempre supuesto un poquito más allá de sus demandas. La pregunta por la necesidad de la psicoterapia nos ha llevado (hemos captado su ambigüedad) desde el deseo de comprender (no hablamos ya de necesidad, sino de deseo de saber), pasando por el de hacer bien (manteniéndonos a la altura del caso por caso), hasta el último punto: que el psiquiatra esté advertido o no de su propio deseo en juego.

## Referencias

1. Freud, S. “*Conferencias de Psicoanálisis: 16ª Conferencia: Psicoanálisis y Psiquiatría*”. Obras Completas. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2004.
2. Freud, S. “*Conferencias de Psicoanálisis: Conferencia: La Terapia Analítica*”. Obras Completas. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2004.
3. Freud, S. “*Consejos al Médico sobre el Tratamiento Psicoanalítico*”. Obras Completas. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2004.
4. Freud, S. “*Análisis Terminable e Interminable*”. Obras Completas. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2004.

# Competencias culturales de los profesionales de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía en la atención a la población inmigrante.

## *Cultural competences of the mental health professionals of the Public Health System of Andalusia in the care of the immigrant population.*

Pedro L. Ibáñez Allera

Doctor en Ciencias Humanas y Sociales, Antropólogo Social y Psiquiatra. Director de Unidad de Gestión Clínica de salud mental Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Francisco Checa y Olmos

Profesor Titular de Antropología Social. Universidad de Almería.

### Resumen:

**Introducción.** El objetivo de este trabajo es detectar las dificultades que encuentran los profesionales de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía cuando atienden las patologías mentales de la población inmigrante y comprobar si son diferentes a las que presenta la población española en iguales circunstancias.

**Metodología.** La información se ha recabado por medio de un cuestionario autoadministrado. La muestra de los profesionales está dividida en dos grupos: uno, compuesto por 13 Directores de Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental, de toda Andalucía, y, otro, a 22 psiquiatras y psicólogos clínicos que ejercen en la provincia de Almería.

**Resultados.** La gran mayoría de todos los profesionales que ha participado admiten encontrar dificultades a la hora de atender a la población inmigrante. Dificultades agrupadas en tres ejes: 1) Déficit en la formación en psiquiatría transcultural y en el desconocimiento de los programas específicos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. 2) Existencia de barreras en la comunicación verbal y una presentación psicopatológica que no encuentran descrita en la CIE 10. 3) La dificultad de relacionar la biomedicina con las medicinas tradicionales. Se establece una comparativa entre las respuestas dadas por ambos grupos, apreciándose algunas diferencias.

**Conclusiones.** Si bien ambos grupos admiten dificultades para atender a las patologías mentales de la población inmigrante, se detecta una mirada más biomédica entre los directores, quienes no consideran necesario implantar programas específicos para la atención de estos inmigrantes; por su parte, el grupo formado por psiquiatras y psicólogos clínicos sí otorga importancia a las medicinas tradicionales y consideran necesario implantar programas específicos para esta población.

**Palabras clave:** competencia profesional, salud mental, atención inmigrantes, Andalucía.

**Abstract:**

**Introduction:** The aim of this research is to detect any possible difficulties found by mental health professionals in the Andalucía Public Healthcare System, when treating mental illness of the immigrant population and also to compare them with the Spanish population in similar circumstances.

**Methodology:** Two different user groups have filled in a self-administered questionnaire in order to gather the information required. The first was composed by 13 Unit Directors of Clinical Management of Mental Health from all over Andalusia and the second by 22 psychiatrists and clinical psychologists practicing in the province of Almería.

**Results:** The majority of the professionals in this study acknowledge having problems when dealing with the immigrant population. Those difficulties may be grouped into three main types: 1) Deficit in transcultural psychiatry training and a lack of knowledge in specific programs belonging to the Andalusia Ministry of Health. 2) Existence of communication barriers, a reduced response to psychiatric drugs and a psychopathological alteration which is not described in ICD-10. 3) Difficulty of relating biomedicine and traditional medicines. A comparison between the answers given by each user group was established, with some important differences on it.

**Conclusions:** Even though both user groups admit difficulties when treating mental illness of the immigrant population, the most biomedical perspective was shown by directors, who consider that is not necessary to introduce specific programs for the attention of immigrants. Regarding the user group composed by psychiatrists and clinical psychologists, they highlight the importance of traditional medicines and the necessity of introducing specific programs for the immigrant population.

**Keywords:** Professional skills, mental health, attention immigrants, Andalusia.

**Introducción**

La migración se ha convertido en un fenómeno cotidiano en este mundo globalizado. Es un viaje mediante el que las personas transitan de unos lugares a otros, en donde esperan encontrar unas condiciones de vida mejores que las que dejaron atrás en sus países de origen. Las situaciones de pobreza, guerras, el hambre o persecuciones, las colocan en un estado de riesgo y penuria tal que piensan que trasladándose a otro país superarán su desesperante situación. Depositán las expectativas de su futuro, y el de su familia, en otros lugares del mundo, convencidos de su éxito: vivir con mayor seguridad y bienestar. La elección del país tiene mucho que ver con diversas circunstancias, como su desarrollo económico, político y social, el idioma, la religión, la residencia previa de familiares, etc.

Desde la década de los setenta del siglo XX, la Europa desarrollada se constituyó en lugar pre-dilecto de millones de migrantes. Tal es así que a

comienzos del siglo XXI los extranjeros residentes en países de la UE constituían más del 5% del total de su población. A principios de 2016 en su conjunto de países vivían 510 millones de habitantes, de estos más de 34 millones son no europeos.

España no ha sido ajena a este gran éxodo migratorio. Según el INE, a comienzos de 2016 residían en el país 46.524.943 habitantes, de los que 4.601.273 eran extranjeros, casi el 10% del total. En la Comunidad Autónoma de Andalucía, en la misma fecha había una población de 8.381.213 habitantes, de los cuales cerca del 7,5% son extranjeros. La provincia de Almería no es de las más pobladas, cerca de 700.000 habitantes, pero sí la que mayor porcentaje de extranjería atesora, casi el 20% del total han nacido fuera de España.

Como sabemos, el fenómeno migratorio es, en sí mismo, un proceso complejo, ya que se constituye en algo que va mucho más allá de ser un



simple viaje, de un traslado desde un lugar a otro. En este sentido, Sayed-Ahmad afirma que emigrar “es un acto que afecta profundamente al individuo, a quienes lo rodean y al ambiente común de una manera mutuamente determinante”<sup>1</sup>. Por ende, por migrar se entiende un proceso multifacético en el que aparecen implicados una diversidad de factores de índole muy heterogénea, entre los que se encuentran aspectos personales y psicológicos, familiares y grupales, pero también en el país de instalación las situaciones económicas, políticas, sociales y culturales, simbólicas y religiosas, etc.

Desde dos disciplinas, como son la Salud y la Antropología social, los investigadores que trabajan sobre el campo de la salud mental en la población migrante consideran que de ninguna manera deben asociarse una y otra en una relación directa e inequívoca, sino que, por el contrario, son dos categorías que deben diferenciarse. Son independientes y solo en ocasiones -aquellas en las que dentro de los proyectos migratorios se hacen presentes unas condiciones muy particulares- suelen entrecruzarse. Así, durante los procesos de asentamiento al nuevo lugar sobre los migrantes inciden multitud de factores que, al ser disfuncionales, los sitúan en un estado de vulnerabilidad, conducentes a que la enfermedad mental aparezca en su persona <sup>(2,3,4,5)</sup>.

Al presentar algún tipo de enfermedad, la población inmigrante -igual que hace la autóctona- demanda la atención de los servicios oficiales de salud; no obstante, las características de su atención asistencial son diferentes en ambos grupos de población <sup>(6,7)</sup>. O lo que es igual, a los problemas normales de salud de la población inmigrada normalmente vienen parejas ciertas problemáticas mentales <sup>(8,9)</sup>. Por otro lado, la presencia de numerosa población inmigrante supone para los equipos de salud mental una demanda añadida, debiendo atender a personas de culturas muy diferentes a la suya.

Singularidad que deviene del hecho de que cada grupo cultural, a partir de sus creencias, interpretaciones y estrategias respecto a los procesos de salud/enfermedad/cuidados (SEC), construye una cosmovisión propia entorno a la dolencia psíquica que padece. A saber, la concepción sobre aquello que se considera salud o

enfermedad mental a todos nos viene determinado, de manera muy específica, a partir de los constructos sociales y los conceptos culturales que se relacionan con el cuerpo humano <sup>(10,11)</sup>. Además, la relación de confianza en las que se encuentran inmersos los especialistas de la salud -biomédicos o tradicionales- y las personas que acuden a ellos en busca de una solución a sus problemas de salud, está condicionada por lo que Lévi-Strauss <sup>(12)</sup> denominaba “eficacia simbólica”.

La mirada que hace la biomedicina sobre la enfermedad mental deriva en la creación de un objeto propio sobre el que intervenir, pero de ninguna manera esta es la única mirada posible. Existen otros puntos de vista sobre las manifestaciones alteradas del psiquismo que igualmente devienen de la construcción de otros objetos particulares, de otras explicaciones socioculturales, de otras formas de ver el mundo. En definitiva, cualquier mirada “constituye una forma de pensamiento y representación de la realidad, no la realidad en sí misma” <sup>(13)</sup>. Por ende, podemos afirmar que no existe una única manera de entender los procesos SEC, ya que, tal como señalaba P. Bourdieu, “el punto de vista crea el objeto” <sup>(14)</sup>, destacando la importancia de incorporar los elementos socioculturales a todo tipo de intervención.

En el caso que nos ocupa, el de los procesos SEC, es imprescindible que los profesionales de la salud que intervienen sobre la población inmigrante incorporen, dentro de su bagaje de conocimientos, otras miradas diferentes a la suya propia, liberándose de una visión etnocéntrica rígida y abriendo su campo de percepción hacia el Otro (aunque, sin duda, pueda tener creencias diferentes sobre dichos procesos SEC, pero que serán tan válidas como las suyas).

Vallejo señala que “el significante mental es complejo, ya que para algunos puede equivaler a “cognición”, y en este sentido implicaría una serie de procesos de pensamiento y de respuestas que los sujetos hacen, tanto con la información que les llega de afuera, como la procedente del interior de su organismo; mientras que para otros, la definición de salud mental implicaría una relación inextricable entre el sujeto y el marco socio-cultural en donde éste se inscribe” <sup>(15)</sup>.

En consecuencia, las interpretaciones sobre las alteraciones psíquicas que presentan muchos de los migrantes atendidos por los profesionales de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), no coinciden con aquellas que da la biomedicina a los procesos SEC<sup>(16,17)</sup>.

## Material y método

Este trabajo pretende visibilizar algunas de las barreras existentes entre los inmigrantes y los profesionales de la salud que los atienden. ¿Qué opinión tienen estos profesionales respecto a las condiciones particulares en las que se encuentran cuando tienen que dar respuesta a las problemáticas de salud mental que presentan los inmigrantes? Para responderlo hemos recabado información de dos grupos diferentes, uno está conformado por los profesionales que los ven a diario en sus consultas, en una relación cara a cara, psiquiatras y psicólogos clínicos (que llamamos G1); el otro está constituido por los gestores responsables de su programación asistencial, en concreto los Directores de las Unidades de Gestión Clínica (UGC) de salud mental de Andalucía (llamado G2).

Los especialistas en salud mental de los países receptores de inmigrantes vienen constatando un aumento de los trastornos mentales entre estas personas con síndrome de estrés crónico y múltiple<sup>(18)</sup>, y destacan la necesidad de una capacitación profesional adecuada entre los biomédicos responsables de su atención.

En la mayoría de bibliografía española relacionada con esta problemática ha sido realizada en comunidades de la mitad norte del país, y enfocada de una manera singular a la Atención Primaria. En ella se destaca la existencia de las barreras entre profesionales e inmigrante, centradas en la comunicación<sup>(19,20)</sup>, en las dificultades en el acceso a los dispositivos de salud<sup>(21,22)</sup> a una demanda concentrada en los servicios de urgencias<sup>(23,24)</sup>, a la falta de competencias de los profesionales para atenderlos<sup>(25,26)</sup>, la actitud de los profesionales ante los inmigrantes<sup>(27)</sup> y a la necesidad de utilizar mediadores interculturales<sup>(28,29)</sup>. Por su lado, en España hay pocos trabajos que se interesen sobre las características que singularizan esta atención que estén centrados en el campo de la salud

mental, en los que se destaca la dificultad que tienen los profesionales para entender la psicopatología de los pacientes y por un sesgo racial de los primeros hacia los segundos<sup>(30)</sup>, y de la necesidad de implantar una perspectiva intercultural en dicha atención<sup>(31,32)</sup>. Ninguna conocemos sobre el ámbito andaluz, de ahí la importancia de este texto.

Como acabamos de adelantar nuestra muestra la conforman dos grupos. Uno compuesto por veintidós profesionales de la provincia de Almería, psiquiatras y psicólogos clínicos, y el otro por trece -de un total de veinticinco- directores de Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Salud Mental de Andalucía, erradicados en seis de las ocho provincias andaluzas.

Destacamos algunos datos sociodemográficos de ambos grupos. G1 tiene un promedio de edad de poco más de 38 años, se encuentra conformado en partes iguales en varones y mujeres, casi la misma proporción son psiquiatras y psicólogos clínicos y tiene una experiencia profesional de unos diez años. Por su parte, G2 tiene una media de edad ligeramente superior a los 52 años, la gran mayoría de ellos son varones y psiquiatras y llevan más de 24 años trabajando en salud mental.

En la tabla 1 se pueden apreciar las características de la muestra.

El método de recolección de los datos se llevó a cabo por medio de un cuestionario autoadministrado, con el propósito de recoger el conocimiento, la experiencia y las dificultades que tienen estos profesionales en la atención a la población inmigrante con problemas psíquicos. El cuestionario lo conforman veintitrés preguntas -abiertas y cerradas- que giran sobre tres ejes principales: 1) Conocimiento de las diferentes estrategias que recomiendan para una atención adecuada de la salud de la población inmigrante, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la Consejería de Salud de Andalucía (CSA), así como su experiencia y formación para atender a la población inmigrante. 2) Características y dificultades en la atención a la salud mental de la población inmigrante. 3) Relación entre la biomedicina del SSPA y las medicinas tradicionales de los inmigrantes.

	Grupo 1	Grupo 2	Total
<b>Sexo</b>			
Varones	11	2	22
Mujeres	11	1	12
<b>Profesión</b>			
Psiquiatra	12	12	23
Psicólogo	10	1	11
<b>Edad media (años)</b>	38,3	52,1	
<b>Experiencia media (años)</b>	10	24	

Autor: Pedro Luis Ibáñez Allera.

## Resultados

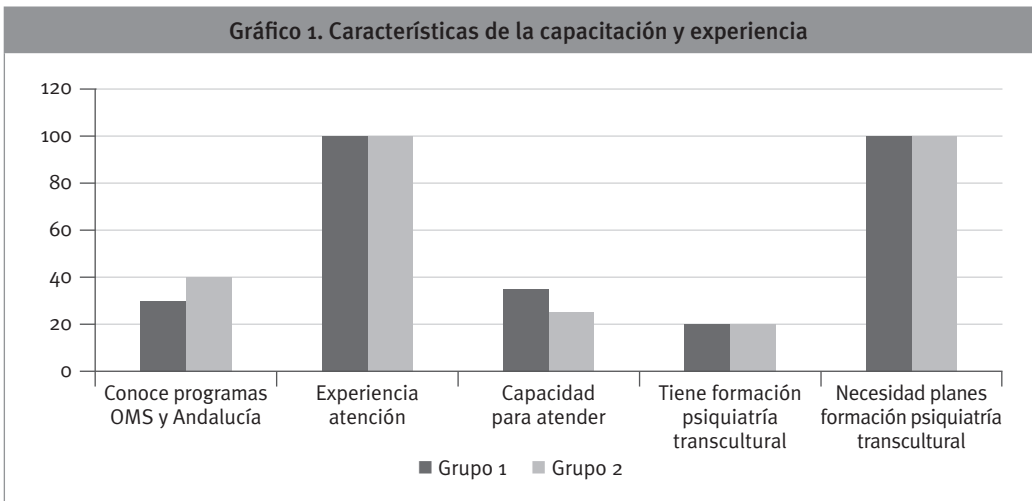
a) Respecto al primer eje del cuestionario (conocimiento de los profesionales de las diferentes estrategias en la atención a la población inmigrante) hemos recabado los siguientes datos:

**Grupo 1.** A las preguntas sobre si conocen la estrategia sobre la medicina tradicional para el periodo 2014-2023 de la OMS, el Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes y el Programa andaluz para la atención en salud mental

a las personas inmigrantes (publicado en una monografía), la gran mayoría de las respuestas fueron negativas, aunque la práctica totalidad reconoce haber atendido y tratar a pacientes inmigrantes. Puede resultar paradójico, pero solo uno de estos profesionales se reconoce capacitado para llevar a cabo una atención adecuada, si bien uno de cada cinco admite haber recibido formación específica para atenderlos con solvencia. Por último, aunque desconocen los programas existentes sobre el particular, todos consideran necesario el desarrollo de programas específicos que les forme en la atención a pacientes inmigrantes.

**Grupo 2.** Menos de la mitad de los componentes de este grupo, que son los directores de Unidad, admite conocer las estrategias de la OMS y de la Junta de Andalucía sobre cómo actuar en salud mental con población inmigrante. Todos han atendido alguna vez a inmigrantes, pero solo uno de cada dos se siente capacitado para ello, y uno de cada cinco asegura que ha recibido formación para ello. Solo uno de cada cinco reconoce tener formación específica de psiquiatría transcultural y la totalidad de ellos recomienda la necesidad de establecer formación específica en esta área asistencial.

En el gráfico 1 se aprecian las características de la capacitación y experiencia de ambos grupos.



Autor: Pedro Luis Ibáñez Allera.

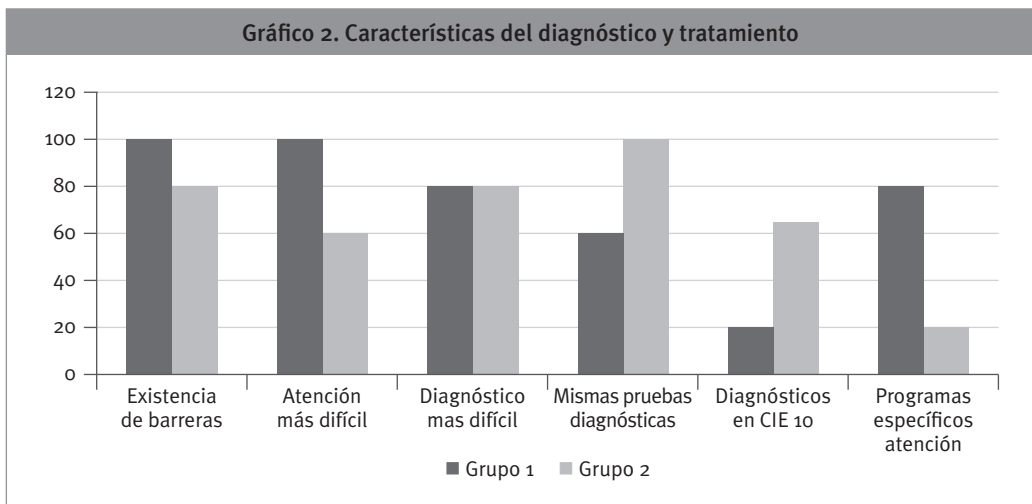
b) El segundo grupo de preguntas del cuestionario se encamina a conocer la actividad asistencial de los profesionales del SSPA. Estos son los resultados:

**Grupo 1.** La totalidad de las respuestas señala que a los profesionales les resulta más difícil atender las problemáticas de salud mental a la población inmigrante que a los autóctonos, reconociendo la existencia de diversas barreras. Las principales que destacan son: el idioma, que procedan de una cultura diferente y que presenten una psicopatología distinta a la que encuentran entre los pacientes españoles. Uno de cada cuatro también señaló que hay múltiples dificultades a la hora de que los pacientes inmigrantes respondan positivamente a los psicofármacos. ¿Utilizan en pacientes inmigrantes y españoles las mismas pruebas diagnósticas complementarias? Todos los psiquiatras respondieron de manera afirmativa, si bien los psicólogos clínicos consideraron que los tests psicológicos y de personalidad de los que disponen no les son útiles para la mayoría de la población inmigrante. Finalmente, ¿creen estos profesionales que se encuentran descritos en la CIE10 los cuadros psicopatológicos que observan en la población

inmigrante? Solo uno de cada cinco respondió en sentido afirmativo. Cuatro de cada cinco considera que son necesarios programas específicos para atender a las problemáticas de salud de la población inmigrante.

**Grupo 2.** Dos de cada tres respondieron que les resulta más difícil realizar la atención y diagnóstico en población inmigrante que a la autóctona, lo que se justifica dada la presencia de diferentes barreras. Referidas a ellas la gran mayoría también señala, el idioma, una cultura desconocida, la presentación psicopatológica y el acceso a los servicios de salud. Indican que utilizan las mismas pruebas complementarias en ambas poblaciones. En este grupo no se encontraron respuestas sobre la utilización de diferentes test psicológicos. Al respecto de si creen que están descritos en la CIE10 todos los cuadros psicopatológicos que observan en la población inmigrante, tres de cada cinco respondieron afirmativamente. Solo uno de cada cinco considera necesarios los programas de salud específicos para inmigrantes.

La gráfica 2 muestra las características del diagnóstico y tratamiento de los dos grupos de la muestra.



Autor: Pedro Luis Ibáñez Allera.

c) En el tercer eje del cuestionario (relación existente entre la biomedicina del SSPA y las medicinas tradicionales) obtuvimos las siguientes respuestas:

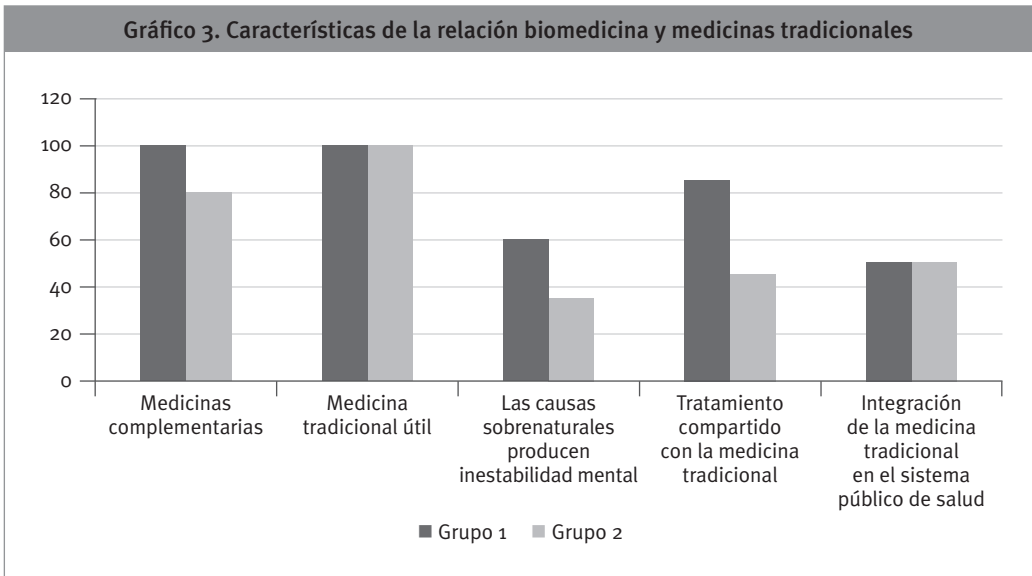
**Grupo 1.** Todos los profesionales entienden que la biomedicina y las medicinas tradicionales son complementarias y que esta última es útil para abordar los problemas de salud

mental de los inmigrantes. Tres de cada cinco acepta la posibilidad de que las personas originarias de otras culturas puedan enfermarse por causas diferentes a las que dice la biomedicina, entre las que se señalan a la brujería, envidias ocasionadas por terceras personas o daños provocados por entidades sobrenaturales. Cuatro de cada cinco profesionales aceptaría un tratamiento compartido entre las dos medicinas y la mitad entiende que sería recomendable integrar las medicinas tradicionales en el SSPA. Hay que destacar que en este eje detectamos una mayor cantidad de respuestas en blanco o no sabe/no contesta, una proporción cercana al 15% sobre el total de respuestas.

**Grupo 2.** Cuatro de cada cinco respuestas apunta a la complementariedad entre biomedicina y medicina tradicional y la totalidad

de los directores de Unidad admite que la utilización de la segunda es muy útil para el tratamiento. Menos de la mitad de los directores de UGC aceptan que las alteraciones mentales de la población inmigrante puedan estar provocadas por causas diferentes a las señaladas desde la biomedicina. Por otra parte, solo dos de cada tres admite la posibilidad de los tratamientos compartidos entre medicinas. Finalmente, solo la mitad de las respuestas fueron en sentido afirmativo cuando se les preguntaba si estarían de acuerdo con la integración de las medicinas tradicionales dentro del SSPA, negando dicha posibilidad la mitad de los directores de UGC.

En la gráfica 3 pueden apreciarse las características de la relación que establecen entre la biomedicina y las medicinas ambos grupos.



Autor: Pedro Luis Ibáñez Allera.

## Discusión

De las respuestas dadas por ambos grupos se desprende la existencia de coincidencias en algunos ítems del cuestionario, del mismo modo que también se detectaron significativas diferencias entre unos y otros.

En cuanto a las similitudes encontradas entre los dos grupos se puede destacar que la gran mayoría de profesionales y directores de UGC desconocen la estrategia de la OMS sobre la medicina tradicional y el Manual de atención sanitaria a la población inmigrante de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Todos ellos refieren experiencia en atender a población inmigrante, si bien solo la mitad reconoce sentirse capacitado para ello, al igual que también les resulta más difícil atenderlos y diagnosticarlos que a la población autóctona.

Todos recomiendan la necesidad de implantar en Andalucía programas de capacitación en psiquiatría transcultural. Si bien la totalidad de los encuestados reconoce la importancia de la medicina tradicional, solo la mitad aceptaría la integración de la misma en el SSPA.

Entre las principales barreras para la atención a inmigrantes destacan un idioma, una cultura y una manifestación psicopatológica diferentes a la población española.

Del mismo modo, también ha sido posible detectar importantes diferencias entre ambos grupos, que apuntan a una posición más biomédica de los directores de las UGC; la posición de los profesionales que a diario atienden a pacientes inmigrantes es más abierta y están más dispuestos a aceptar otras realidades diferentes a la que defiende la medicina hegemónica.

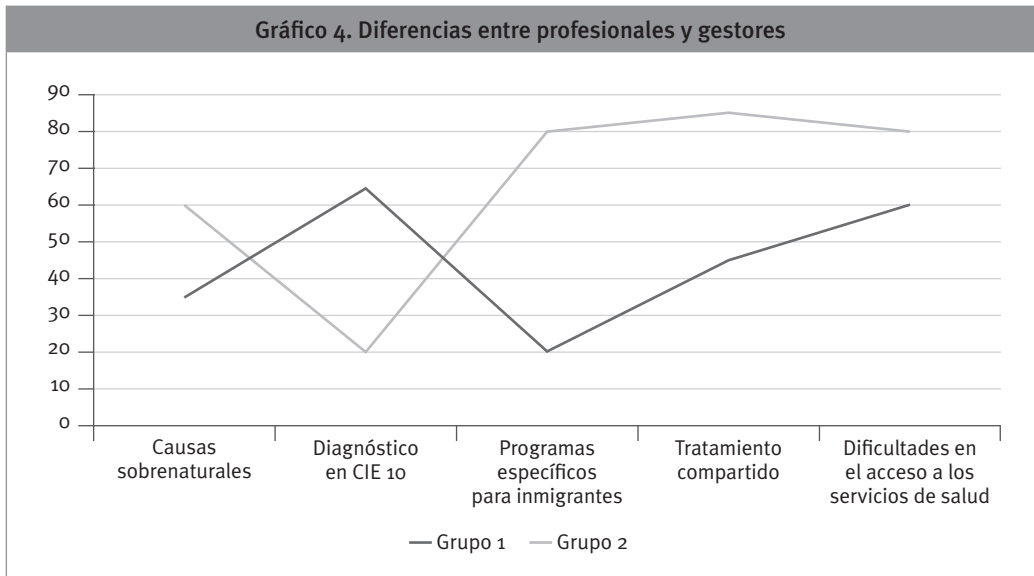
Los directores UGC apuestan por utilizar los mismos programas de atención a la salud mental

para españoles e inmigrantes, mientras que los profesionales se decantan por la necesidad de programas específicos diseñados para la población inmigrante, diferentes a los que usualmente aplican a la población autóctona.

Los directores UGC no reconocen tener dificultades para encontrar en la CIE10 los cuadros psicopatológicos de la población inmigrante, al contrario de lo que señalan los profesionales, y aceptan en menor medida que estos la posibilidad que existan causas no biomédicas que provoquen las alteraciones mentales en esta población. Igualmente, los directores UGC, en mayor medida que los profesionales, niegan que la biomedicina y la medicina tradicional sean complementarias.

En relación a las barreras que dificultan las intervenciones en la población inmigrante, los directores de UGC no aceptan que la accesibilidad a los servicios de salud sea una barrera, al contrario de lo que opinan los profesionales.

En la gráfica 4 pueden apreciarse algunas de las diferencias más significativas encontradas entre ambos grupos en relación a los tres ejes del cuestionario suministrado.



Autor: Pedro Luis Ibáñez Allera.



## Consideraciones finales

De todo lo señalado páginas atrás se desprende la presencia de numerosas barreras socioculturales y lingüísticas que vienen a dificultar el encuentro terapéutico entre los especialistas de salud mental del SSPA y los pacientes inmigrantes con patologías mentales.

Los profesionales desconocen las líneas generales que marcan los organismos de salud -tanto internacionales como andaluces- para prestar un servicio más adecuado y cercano a las necesidades de la población inmigrante. Tanto los gestores como los profesionales muestran un gran desconocimiento en su formación para atender eficazmente a esta población, reclamando, por ende, la necesidad de que se implementen programas específicos en este sentido.

Ahora bien, llama la atención que los mismos gestores que señalan la no conveniencia de la implantación de programas específicos para la población inmigrante, cuando diseñaron el Tercer Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020<sup>(33)</sup> (PISMA III) recomendaran todo lo contrario, es decir: “la necesidad de desarrollar un programa de este tipo en todas las provincias”.

En el PISMA III, aprobado por el Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía en octubre de 2016, se reconoce la necesidad de prestar una atención de calidad a la población inmigrante, proponiendo para ello, entre otras medidas, alcanzar la excelencia de los profesionales, por medio de un Plan Autonómico de Formación Continuada, mejorando la accesibilidad de esta población al SSPA y adecuando las prestaciones de salud a sus necesidades.

No obstante, siendo serios, estas propuestas de buenas intenciones ya estaban recogidas en el anterior PISMA II 2008-2012, pero es evidente que, por todas las partes, han sido escasamente desarrolladas en los últimos años, con muy pocas acciones. ¿Por qué? ¿Deberemos esperar al PISMA IV? Seamos conscientes que, mientras tanto, los pacientes inmigrantes siguen recibiendo atenciones de segundo nivel.

## Responsabilidades éticas

**Conflicto de intereses.** Los autores declaran que no existe ningún conflicto potencial de interés relacionado con el presente artículo.

### Contacto

Pedro Luís Ibáñez Allera • pibanezallera@hotmail.com

Hospital de Poniente • Avenida Almerimar s/n • 04700 El Ejido (Almería), España

## Referencias

1. Sayed-Admad N. El proceso de adaptación y su impacto sobre la salud mental de las personas inmigrantes. En: Sayed-Ahmad Beiruti N, García Galán, R y González Rojo E, coordinadores. Salud mental e inmigración. Colección IS Inmigración y Salud. Junta de Andalucía. Granada: Escuela de salud pública de Andalucía; 2008. p. 21-31.
2. Checa F. La culturización del dolor. Salud y enfermedad en los inmigrantes africanos. En: Checa F, editor. Africanos de la otra orilla. Trabajo, cultura e integración en la España Mediterránea. Barcelona: Icaria; 1997. p.81-121.
3. Goldberg A. Ser emigrante no es una enfermedad. Inmigración, condiciones de vida y de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención en los inmigrantes senegaleses en Barcelona. Tarragona: URiV; 2007.
4. Martínez Hernández A. Antropología y salud mental. En: Sayeb-Ahmad Beiruti N, García Galán R

- y González Rojo E, coordinadores. Salud mental en la inmigración. Colección IS Inmigración y Salud. Junta de Andalucía. Granada: Escuela de salud pública de Andalucía; 2008. p. 33-47.
5. Ibáñez Allera PL. La locura en los inmigrantes negroafricanos de Almería. Almería: Universidad de Almería; 2017.
  6. Cost F, Castell X, García O, Riu M, Felipe A y Vall O. Impact of immigration on the cost of emergency visits in Barcelona (Spain). *BMC Health Services Research*. 2007; 7: 9-17.
  7. García Gómez P. Salud y utilización de los recursos sanitarios: un análisis de las diferencias y similitudes entre población inmigrante y autóctona. *Presupuesto y Gasto Público*. 2007; 49 (4): 67-86.
  8. Benyamina Amine TM. Adicciones y magrebíes en Francia. En: Moussaoui D y Casas M, editores. Salud mental en el paciente magrebí. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental; 2007. p. 219-226.
  9. Achotegui J. Duelo migratorio extremo: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). En: Sayed-Ahmad Beiruti N, García Galán R y González Rojo E, coordinadores. Salud mental e inmigración. Colección IS Inmigración y Salud. Junta de Andalucía. Granada: Escuela de Salud Pública de Andalucía; 2008. p. 63-86.
  10. Kleinman A. Some issues for a comparative study of medical healing. *Journal of Social Psychiatry*. 1973; 3-4: 159-165.
  11. Pedersen D. Curanderos, divinidades, santos y doctores. *América Indígena*. 1989; XLIX: 4-9.
  12. Lévi-Strauss C. Antropología estructural. Barcelona: Paidós; 1987.
  13. Arrizabalaga J. Cultura e historia de la enfermedad. En: Perdiguero E y Comelles JM, editores. Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la salud. Barcelona: Bellaterra. 2000. p. 71-81.
  14. Bourdieu P. La distinción: criterio y bases sociales del gusto. Barcelona: Taurus. 1991.
  15. Vallejo J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Masson. 2006.
  16. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B y Kleinman A. Salud mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. Washington: Oxford University Press. 1995.
  17. Campos R. Generalidades conceptuales sobre la salud y la enfermedad en el curanderismo: Un estudio de caso en la ciudad de México. En: Menéndez E y García J, compiladores. Prácticas populares, ideología médica y participación social. México: CIESAS; 1992. p. 69-86.
  18. Achotegui J. Migración y crisis: el Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). *Avances en Salud Mental Relacional/Advances in relational mental health*. 2008; 7-1.
  19. Vázquez Navarrete ML, Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I y Linaza Alcazo T. Necesidades de los profesionales de salud en la atención a la población inmigrante. *Gac Sanit*. 2009; 23 (5): 396-402.
  20. Abril Martí M y Martín A. La barrera de la comunicación como obstáculo en el acceso a la salud de los inmigrantes. En: García Castaño FJ y Kressova N, coordinadores. Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía. 2011; 1521-1534.
  21. Hernández Quevedo C y Jiménez Rubio D. Salud y acceso a los servicios sanitarios en España: la realidad de la inmigración. Madrid: Fundación Alternativas; 2010.
  22. Leal Rubio J. Competencias interculturales y relación asistencial en el campo de la salud mental. *Educación Social. Revista de Intervenciones Socioeducativas*. 2013; 54: 142-149.
  23. Rivera B, Casal B, Cantanero D y Pascual M. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y utilización de los nuevos españoles. *Gac Sanit*. 2008; 22(1): 86-95.
  24. Llosada Gistau J, Vallverdú Duch I, Miró Orpí-nell M, Pijem Serra C y Guarda Rojas A. Acceso



- y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales. *Aten Primaria*. 2012; 44(2): 82-88.
25. Uría Serrano JL. La inmigración y la salud. Elementos interculturales en la atención sanitaria. *Osasunaz*. 2009; 10: 165-182.
  26. Saavedra Macías F, Bascón Díaz M, Arias Sánchez S y Español A. La competencia cultural como dimensión de identidad profesional: Un estudio cualitativo en profesionales de la salud y profesores de primaria. *Psicoperspectivas*. 2016; 15 (2): 17-30.
  27. García Campayo J, Gonzalez Broto C, Buil B, García Luengo M, Caballero L, Collazo F. Actitudes de los médicos españoles hacia los pacientes inmigrantes: una encuesta de opinión. *Actas Esp Psiquiatr* 2006; 34 (6): 371-6
  28. García Castaño FJ, Granados Martínez A y Martínez Chicón R. Comprender y construir la mediación intercultural. *Portularia*. 2006; VI (1): 13-28.
  29. Munuera Gómez P y Munuera Hernández MA. Mediación intercultural en el ámbito sociosanitario. *Trabajo Social y Sistema Público de Salud*. 2007; 2:119-141.
  30. Alda Diez M, García Campayo, Sobradie N. Diferencias en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes psiquiátricos hospitalizados inmigrantes y españoles: un estudio controlado. *Actas Esp Psiquiatr* 2010; 38(5):262-9.
  31. Leal Rubio J. Competencias interculturales y relación asistencial en el campo de la salud mental. Educación Social. *Revista de Intervenciones Socioeducativas* 2013; 54:142-9.
  32. Ibáñez Allera PL y Checa y Olmos F. Hacia una nueva clasificación antropológica de las alteraciones mentales de los inmigrantes negroafricanos. *Rev Asoc. Neuropsiq.* 2017; 37(132): 457-475.
  33. Consejería de Salud. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. Sevilla: Junta de Andalucía. 2016.

• Aceptado: 3/1/2018.

# Alteraciones psiquiátricas en esclerosis múltiple.

## *Psychiatric disorders in multiple sclerosis.*

Leire Avellanal Zaballa

Médica. Academia Vasca de Policía y Emergencias (AVPE / PLEA).

Agurtzane Ortiz Jauregi

Psiquiatra. Profesora facultad de Medicina de la UPV/EHU.

**Resumen:** La esclerosis múltiple (EM, de ahora en adelante) es una enfermedad neurológica en la que se destruye la mielina que protege los axones de las neuronas del Sistema Nervioso Central, formada por los oligodendrocitos, encargados de crear este revestimiento constituido por proteínas y grasas. Dicha desmielinización viene provocada por el ataque del propio Sistema Inmunitario del paciente, por lo que nos encontramos ante una patología autoinmune. Este ataque causa la inflamación que deshace la vaina de mielina, la transmisión nerviosa se ve alterada y, debido a esta interrupción, se originan gran cantidad de síntomas que van desde la afectación motora hasta la disfunción ocular y otros tantas alteraciones nerviosas a distintos niveles del organismo. De hecho, es conocida por su gran variabilidad de síntomas, que pueden afectar en mayor o menor medida a los pacientes, por lo que ha sido descrita como la enfermedad de las mil caras. Entre los más comunes, encontramos neuritis óptica, trastornos sensitivos (paresias, termoalgesia, neuralgia del trigémino, etc.), alteraciones motoras (espasticidad, paraplejia), disfunciones a nivel de esfínteres, trastornos sexuales y trastornos psíquicos y psiquiátricos, de los que hablaremos en este artículo.

**Palabras clave:** esclerosis múltiple, clínica vegetativa, enfermedad neurológica, alteraciones psiquiátricas.

**Abstract:** Multiple sclerosis is a neurological disease in which myelin covering neurons of Central Nervous System is destroyed. This myelin is produced by oligodendrocytes and is made with proteins and fat. The attack is caused by Immune System of the patient, so is an autoimmune disease. The damage produces an inflammation that dissolves the myelin sheath, the nervous transmission is disrupted and a large spectrum of symptoms appear (from motor involvement to ocular dysfunction, among a lot of neurological disorders). In fact, this pathology is known as "The disease of a thousand faces". These symptoms include optic neuritis, loss of sensitivity (paresis, pain, trigeminal neuralgia...), motor involvement (spasticity, paraplegia), sphincter dysfunction, sexual dysfunctions and psychic and psychiatric disorders, as are related in this article.

**Keywords:** multiple sclerosis, vegetative symptoms, neurological disease, psychiatric disorders.

## Introducción

Su etiopatogenia de la Esclerosis Múltiple es desconocida, pero se acepta que ocurre en sujetos genéticamente predispuestos que entran en contacto con uno o varios agentes ambientales. La implicación de un agente infeccioso se sospecha desde hace mucho tiempo, pero aún no ha podido ser demostrada. Se diagnostica mediante historia clínica, pruebas de neuroimagen (resonancia magnética nuclear), potenciales evocados (somestésicos, visuales y auditivos), punción lumbar y tomografía óptica de coherencia. El diagnóstico se confirma con mucha frecuencia entre la segunda y cuarta décadas de la vida, con las devastadoras consecuencias que supone a una edad en la que se planifican grandes objetivos en la vida. Al igual que las demás enfermedades autoinmunes, afecta en mayor medida a las mujeres, en este caso, en una proporción de 3:1.

Existen cuatro formas de presentación en función de la evolución de la enfermedad: remitente – recidivante (EMRR, con brotes), primaria progresiva (EMPP, deterioro paulatino pero progresivo y permanente), secundaria progresiva (EMSP, comienza con brotes pero, posteriormente, evoluciona de forma progresiva) y progresiva remitente (EMPR, progresiva pero pueden aparecer brotes) y otras formas mucho menos comunes como infantil, maligna, silente, etc.

A día de hoy, es considerada una enfermedad crónica y no se conoce su cura, pero sí existen diferentes tratamientos que ayudan a frenar su avance y controlarla, que se clasifican según su actividad en: tratamientos modificadores (reducen la frecuencia de los brotes y la acumulación de lesiones, retrasan la evolución de la discapacidad, pueden ser inyectables o por vía oral y se administran diaria, semanal, mensual e incluso anualmente, desde hace poco), tratamientos a usar en caso de exacerbaciones o brotes (pulsos intravenosos de corticoides), tratamientos sintomáticos (empleados en caso de la aparición síntomas como rigidez, espasticidad, ataxia, disfunción vesical o sexual, vértigos...) y tratamientos rehabilitadores (fisioterapia, hidroterapia, hipoterapia, rehabilitación virtual...)<sup>1</sup>.

## Historia

La EM está registrada desde el siglo XIV, destacándose como primer caso conocido el de San-

ta Lidwina de Schiedman (1380-1433), religiosa holandesa, y existiendo diversas referencias hasta el siglo XIX, cuando Sir Augustus d'Este (1794-1848), nieto ilegítimo de Jorge III del Reino Unido, dejó escrito un importante diario a lo largo de sus cuarenta años de convivencia con la enfermedad.

Sin embargo, no fue hasta 1838 cuando se describió por primera vez en el ámbito médico. El Dr. Carswell realizó ese año la primera descripción macroscópica de la doolencia post mortem. A lo largo de las dos décadas siguientes se llevaron a cabo igualmente las primeras reseñas en cuanto a clínica y microscopía pero, no fue hasta 1868, cuando el Dr. Charcot definió esta patología como entidad nosológica y la denominó “esclerosis en placas”. Dieciséis años después, uno de sus discípulos, el Dr. Marie, propuso una etiología infecciosa para la EM, tal y como hemos descrito anteriormente.

Ya en pleno siglo XX, durante la Segunda Guerra Mundial (concretamente, en 1941), en las Islas Faroe de Dinamarca se notificó un importante aumento de casos diagnosticados en lo que fue inicialmente determinado como una epidemia. Un año más tarde, el Dr. Kabat relacionó la enfermedad con el sistema inmune por vez primera al constatar la producción intratecal de inmunoglobulinas. En 1970 se puso en marcha un ensayo clínico con la primera medicación, la hormona adrenocorticotropa (ACTH), hoy en desuso. En 1981 comenzó a emplearse la Resonancia Magnética Nuclear como método diagnóstico y, doce años después, se aprobó el primer tratamiento modificador del curso natural de la patología, el Interferón-beta-1b (inyectable), tras haber sido demostrada su eficacia en ensayos clínicos. En 2010, se autorizó el uso de la primera medicación por vía oral para modificar su curso, el Fingolimod<sup>2</sup>.

## EM y alteraciones psiquiátricas

Se sospecha que la EM está relacionada con determinadas enfermedades psiquiátricas, siendo la más frecuente la depresión, seguida de cambios en humor y carácter, alteraciones de personalidad... Todo ello nos lleva a preguntarnos todavía hoy por qué existe esta relación, ya que no ha sido hasta la última década del siglo XX y principios del XXI cuando se ha intensificado

el estudio de los distintos factores psiquiátricos que concurren con la EM.

Los cuadros de índole psiquiátrica suelen aparecer durante el proceso evolutivo de la enfermedad, pero no es infrecuente (hasta en un 1% del total de los casos) que ciertos pacientes debuten con ellos<sup>3</sup>. Puede ocurrir, incluso, que se diagnostique de manera incorrecta una patología psiquiátrica primaria cuando en realidad nos encontramos ante una dolencia secundaria a la enfermedad neurológica.

Según un determinante estudio de la década de 1990<sup>4</sup>, los síntomas neuropsiquiátricos están presentes hasta en un 80-95% de los afectados. Los principales rasgos vistos fueron: depresión (79%), agitación (40%), ansiedad (37%), irritabilidad (35%), apatía (20%), euforia (13%), desinhibición (13%), alucinaciones (10%), conducta aberrante (9%) e ideas delirantes (7%). Además, un pequeño porcentaje mostró también disforia.

Diferentes investigaciones llevadas a cabo a partir de esta fecha han llegado a la conclusión de que el principal cuadro con el que está relacionada la EM es la depresión mayor que acompaña al diagnóstico<sup>5</sup>. De hecho, las principales repercusiones psiquiátricas de este período son los cambios de humor, carácter y cognición. Por ello e indudablemente, hay consenso en afirmar que los pacientes afectados por EM son más vulnerables a cualquier tipo de desorden psiquiátrico. Se calcula que dos tercios de los pacientes muestran algún tipo de problema neuropsiquiátrico a lo largo de su enfermedad necesitándose en la mayoría de los casos tratamiento específico.

La prevalencia de la depresión, por ejemplo, es mayor que en la población sana incluso después de ajustar a los pacientes estudiados según su edad y sexo. Esta prevalencia es aún superior en pacientes entre 18 y 45 años, pudiendo alcanzar a un cuarto de los diagnosticados. En casos extremos, este diagnóstico psiquiátrico se ha acompañado de intentos de suicidio, rara vez consumados.

Otra patología altamente preocupante asociada a la EM y descrita en diversos estudios americanos es la psicosis<sup>6</sup> que, habitualmente, se presenta en forma de brote, bien sea con falta de

inhibición y euforia o con ansiedad. De igual forma, se han registrado numerosos brotes con auto y heteroagresividad, grandes cambios de humor, delirio persecutorio, agitación psicomotora, ideas paranoides, pensamientos religiosos e insomnio o hipersomnia, diagnosticados a menudo como desórdenes psiquiátricos con ideas paranoides, tras desestimarse antecedentes familiares relacionados. Otras investigaciones incluso describen casos de depresión psicótica, que puede aparecer en cualquier momento de la evolución

Un estudio alemán de 2008 centrado en pacientes de diagnóstico tardío<sup>7</sup>, por encima de los 50 años (denominados en inglés *late-onset multiple sclerosis o LOMS*), los comparó con otros diagnosticados en su juventud (*young-onset multiple sclerosis o YOMS*). Como se ha dicho antes, es poco común diagnosticar una EM fuera de los rangos habituales, pero es interesante ver cómo el tipo y curso de la enfermedad son distintos en estos pacientes LOMS, ya que su afectación cognitiva era bastante mayor que en el grupo YOMS.

De igual forma, cuando se han estudiado grupos pediátricos con EM, se han observado numerosas alteraciones. Quizá el estudio más relevante centrado esta etapa de la vida sea uno italiano de 2010, que trata sobre la afectación en campos cognitivo y psicosocial de niños y adolescentes<sup>8</sup>. Se comparó a los afectados con casos control mediante tests (para evaluar la memoria, atención/concentración funciones ejecutoras, lenguaje, fatiga y depresión) y entrevistas (a los niños, sus padres y profesores) a lo largo de dos años y se comprobó una discapacidad cognitiva en un 70% de los casos, siendo un 75% de éstos progresivo. Esta discapacidad fue observable, principalmente, en memoria verbal, atención compleja, fluidez verbal y lenguaje receptivo. También se registró que el deterioro era mayor a mayor edad de los pacientes afectados y otros desórdenes psiquiátricos, principalmente depresión, en un tercio de los aquejados. Por tanto, se concluyó que la EM afectaba al rendimiento escolar y a las actividades de la vida diaria en aproximadamente un 30-40% de los enfermos de este grupo de edad.

Por otro lado, también podemos apuntar a la intervención de factores psicosociales como el estrés, el soporte social y las formas de afronta-

miento de la enfermedad en la calidad de vida tanto a nivel afectivo como a nivel de actividad social y de la evolución de los síntomas y de la dolencia. Así, el estudio de Ortiz (1993,1996,1998) destaca un empeoramiento progresivo de la sintomatología psiquiátrica con el curso de la sintomatología neurológica de la EM. Así mismo, subraya una influencia positiva del soporte social sobre la morbilidad<sup>9,10,11</sup>.

## Discusión

Prácticamente todos los cuadros de los que hemos ido hablando a lo largo del artículo pueden estar contaminados por la clínica vegetativa de la enfermedad (o incluso motora) y no siempre tienen por qué implicar un trastorno psiquiátrico. Pueden ser rasgos aislados sin mayor repercusión para el paciente ni para la evolución de su patología. Sin embargo, también hay síntomas que empeoran notablemente la progresión de la EM, como puede ser la psicosis.

De igual modo, se ha demostrado que muchas de estas características son comunes a otras enfermedades neurológicas como Alzheimer, demencias frontotemporales y parálisis supranuclear progresiva.

No obstante, los autores de estos estudios han conseguido demostrar que los cuadros clínicos expuestos están relacionados con la desmielinización de regiones concretas del cerebro. Los cambios de humor, por ejemplo, están relacionados con lesiones del lóbulo frontotemporal; la depresión, con la corteza límbica (siendo las regiones más afectadas la periventricular y el cuerpo calloso); la euforia, con los ventrículos; los cambios de personalidad e irritabilidad, con las regiones periventriculares; las alucinaciones, con el lóbulo frontotemporal y, las ideas paranoides, con las regiones temporoparietales.

## Conclusiones

Por todo ello, se deduce que la clínica neuropsiquiátrica relacionada con la EM tiene origen neurobiológico y cómo el problema psiquiátrico puede ser el primer signo y/o seguir apareciendo durante la evolución de la enfermedad, tras descartarse antecedentes familiares. Llama la atención que en algunos de los casos y, si la dolencia psiquiátrica es la primera en ser diagnosticada, la posterior clínica neurológica sea infravalorada por ciertos facultativos.

En fases avanzadas de la patología, no es inusual ver demencias subcorticales, trastorno bipolar, psicosis o esquizofrenia paranoide. Se trata de casos muy aislados, ciertamente.

El diagnóstico de esta clínica, que podríamos llamar “asociada” a la neurológica o viceversa debe ser llevado a cabo por equipos multidisciplinares y son necesarias numerosas herramientas que permitan su fácil detección y consiguiente puesta en tratamiento con el fin de mejorar la situación y calidad de vida del paciente. Este diagnóstico precoz es importantísimo en cualquier momento evolutivo de la EM y sea cual sea la edad del afectado pero, sobre todo, durante la juventud del paciente para evitar su desarrollo a lo largo de su vida, ya que convivirá más tiempo con la patología que una persona diagnosticada en su madurez. Y evidentemente, el seguimiento de la misma debe ser constante.

Por último, es necesario constatar que los tratamientos administrados para una de las enfermedades (psiquiátrica o neurológica) no sirven para mejorar la clínica de la otra. Es decir, cada una necesita su propia medicación.

### Contacto

Leire Avellanal Zaballa • lavellanal001@ehu.eus • 946 012 764

Fundación Esclerosis Múltiple Eugenia Epalza

Dpto. de Biología Celular e Histología • Facultad de Medicina y Enfermería, UPV/EHU

**Bibliografía****Principal**

1. Zarranz Imirizaldu, J.J. *Neurología*. Elsevier, 4<sup>a</sup> Ed., 2008.
2. Fernández, O et Al. *Continua Neurológica. Publicación Oficial de la Sociedad Española de Neurología. Esclerosis Múltiple*. Ars Médica. Barcelona, 2007.
3. Agan, K; Gunal, DI; Afsar, N; Tuncer, N; Kuscü, K. Department of Neurology, Faculty of Medicine, Marmara University, Istanbul, Turkey. Psychotic depression: A peculiar presentation for multiple sclerosis. *Int J Neurosci*. 2009; 119(11):2124-30.
4. Diaz-Olavarrieta, C.; Cummings, J.L.; Velazquez, J.; Garcia de la Cadena, C. From the Laboratory of Experimental Psychology, Research Division, National Institute of Neurology and Neurosurgery of Mexico, Mexico City, Mexico, and the Departments of Neurology and Psychiatry/Biobehavioral Sciences, UCLA School of Medicine, Los Angeles, California. Address correspondence to Dr. Cummings, Reed Neurological Research Center, UCLA School of Medicine, 710 Westwood Plaza, Los Angeles, CA. Neuropsychiatric Manifestations of multiple sclerosis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 11:51-57, Feb 1999.
5. Patten, S. B.; Beck, C. A.; Williams, J. V.A.; Barbui, C.; Metz, L. M. From the Departments of Community Health Sciences (Drs. Patten and Beck, J.V.A. Williams), Psychiatry (Dr. Patten), and Clinical Neurosciences (Dr. Metz), University of Calgary, Alberta, Canada; and Section of Psychiatry (Dr. Barbui), Department of Medicine and Public Health, University of Verona, Italy. Major depression in multiple sclerosis: A population-based perspective. *Neurology* 2003; 61:1524:1527.
6. Martins Fazzito, M.; Semeraro Jordy, S.; Tilbery, C.P. Centro de Atendimento e Tratamento da Esclerose Múltipla, Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, São Paulo SP, Brazil. Psychiatric disorders in multiple sclerosis patients. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. Vol 67. No 3. São Paulo, Sept. 2009.
7. Kis, B; Rumberg, B; Berlit, P. Dept of Neurology, Alfred Krupp Hospital, Essen, Germany. Clinical characteristics of patients with late-onset multiple sclerosis. *J Neurol*. 2008, May; 255(5):697-702. Epub 2008 Feb 19.
8. Amato, MP; Goretti, B; Ghezzi, A; Lori, S; Zippoli, V; Moiola, L; Falautano, M; De Caro, MF; Viterbo, R; Patti, F; Vecchio, R; Pozzilli, C; Bianchi, V; Roscio, M; Martinelli, V; Comi, G; Portaccio, E; Trojano, M. Department of Neurology, University of Florence, Viale Morgagni 85, 50134 Florence, Italy. Cognitive and psychosocial features in childhood and juvenile MS: Two-year follow-up. *Neurology*. 2010, Sept 28; 75(13):1134-1140.
9. Ortiz, A. *Sucesos vitales, soporte social y afrontamiento de la enfermedad en la esclerosis Múltiple*. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea, Facultad de Medicina y Odontología, Departamento de Neurociencias, Sección de Psiquiatría. Editado por Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea, 1998.
10. Gabaldón, O.; Ortiz, A.; Romo, I.; Eguiluz, I.; Totorika, K. *Enfermedad crónica grave y reacciones psicológicas*. En Salud, Expresión y Represión Social de las Emociones (Páez, D). Ed. Promolibro. Valencia, 1993.
11. Totorika, K.; Eguiluz, I.; Ortiz, A.; Páez, D. (1996). *Esclerosis Múltiple: Manifestaciones psicológicas en la Esclerosis Múltiple*. En *Estados deficitarios en Psiquiatría* (L. Yllá), 1996.

**Complementaria**

1. Pozzilli C, Palmisano L, Mainero C, Tomassini V, Marinelli F, Ristori G, Gasperini C, Fabiani M, Battaglia MA. Department of Neurological Sciences, La Sapienza University, Rome, Italy. *Relationship between emotional distress in caregivers and health status in persons with multiple sclerosis*. PUBMED 15327043.
2. Mohr DC, Classen C, Barrera M. Departments of Psychiatry and Neurology, University of California, San Francisco, USA. *The relationship between social support, depression and treatment for depression in people with multiple sclerosis*. PUBMED 15259838.



3. Marynov IuS, Malkov GF. Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova (Moscow, Russia). *Neuropsychiatric disorders in multiple sclerosis*. PUBMED 3705820.
4. Sánchez López, MP; Olivares Pérez, T; Nieto Barco, A; Hernández Pérez, MA; Barroso Ribal, J. *Esclerosis múltiple y depresión*. CSIC - UV. Base de Datos IME. 2004, 38 (6): 524-529, 39.
5. Quemada, J I; Berrios, G E. *La depresión en la esclerosis múltiple*. CSIC - UV. Base de Datos IME. 1990, 6(2): 51-58, 4.
6. Olaskoaga, J. Hospital Donostia, San Sebastián, Gipuzkoa, Spain. Quality of life and multiple sclerosis. *Rev Neurol*. 2010, Sept 1, 51(5):279-88.

• Aceptado: 15/12/2017



# FORMACIÓN CONTINUADA



# Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada (XXVI)

## Trastorno Obsesivo Compulsivo. TOCs y Trastornos Relacionados.

Michel Salazar Vallejo, Concha Peralta Rodrigo, Javier Pastor Ruiz

Formación Continuada en Psiquiatría Clínica: Autoevaluación Razonada es una sección que de modo permanente aparece en *NORTE de salud mental* desde 2007. Se pretende que la persona que lo desee pueda autoevaluarse en áreas clave de conocimiento siguiendo un formato de pregunta de elección múltiple tipo MIR en los que cada ítem es comentado y soportado bibliográficamente. En este número de *NORTE de salud mental* se abordan el **Trastorno Obsesivo Compulsivo** –TOC- y otros síndromes y trastornos con él relacionados: T. Dismórfico Corporal, T. por Acumulación, Tricotilomanía y T. de Excoriación.

Esperamos que nuestros lectores estén disfrutando al trabajar los ítems publicados, poniendo en práctica sus habilidades cognitivas y académicas, y nos conformaríamos si el material elaborado sirve para lo que fue propuesto: mantener la puesta al día en aspectos relevantes en psiquiatría y áreas afines así como ser un valioso material de autoevaluación para psiquiatras, MIRes y PIRes.

### Preguntas

**Pregunta 208:** En relación con el TOC ¿cual de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a. Hasta un 30% de los individuos con TOC tiene un trastorno de tics
- b. Durante la infancia es más frecuente en varones
- c. Durante la edad adulta es más frecuente en mujeres
- d. El factor genético tiene escasa relevancia
- e. Sin tratamiento las tasas de remisión son bajas

**Pregunta 209:** ¿Cuál de las siguientes creencias disfuncionales no es habitual en individuos con TOC?

- a. sentido exagerado de la responsabilidad
- b. tendencia a sobreestimar las amenazas
- c. intolerancia a la incertidumbre
- d. otorgar escasa importancia a los pensamientos
- e. necesidad de controlar los pensamientos

**Pregunta 210:** Los individuos con TOC con frecuencia tiene otras psicopatologías. ¿Cuál es la comorbilidad más frecuente?

- a. trastorno depresivo
- b. trastorno de ansiedad
- c. trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva
- d. trastorno de tics
- e. bulimia

**Pregunta 211:** ¿En cuál de los siguientes trastornos la prevalencia del TOC es mayor de la esperada en la población general?

- a. esquizofrenia
- b. trastorno esquizoafectivo
- c. anorexia
- d. bulimia
- e. en todos

**Pregunta 212:** ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la dismorfia muscular es falsa?

- a. ocurre por igual en ambos sexos
- b. es una forma de trastorno dismórfico corporal
- c. la conciencia de enfermedad suele ser escasa



- d. con frecuencia cursa con creencias delirantes
- e. consiste en la preocupación con la idea de que el cuerpo es demasiado pequeño o insuficientemente musculado

**Pregunta 213:** En relación con el trastorno por acumulación, es falso que:

- a. la prevalencia es mayor entre las mujeres
- b. es más frecuente entre los adultos mayores
- c. el comportamiento de acumulación es, en gran medida familiar
- d. la mayoría de las personas con este trastorno tienen adquisición excesiva
- e. la indecisión es una característica temperamental destacada de las personas que lo padecen

**Pregunta 214:** Los siguientes objetos son los que más comúnmente acaparan las personas con trastorno de acumulación, salvo uno, ¿Cuál?

- a. periódicos
- b. basura
- c. ropa vieja
- d. material electrónico
- e. bolsas

**Pregunta 215:** ¿Cuál de las siguientes razones han sido alegadas para explicar las dificultades para deshacerse de sus posesiones de las personas con trastorno de acumulación?

- a. la utilidad
- b. el valor estético
- c. el apego sentimental
- d. el temor a perder información importante
- e. todas

**Pregunta 216:** El trastorno por acumulación no se diagnostica si los síntomas se consideran una consecuencia directa de otra afección médica. ¿Cuál de las siguientes entidades no se ha relacionado con esta conducta?

- a. encefalitis herpes simple
- b. síndrome de Prader-Willi
- c. lesión cerebral traumática
- d. colitis ulcerosa
- e. enfermedad cerebro vascular

**Pregunta 217:** El DSM V ha sacado el TOC del grupo de los trastornos de ansiedad y ha creado con él un capítulo aparte, denominado trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. ¿Cuál de las siguientes entidades no pertenece a este novedoso grupo?

- a. trastorno dismórfico corporal
- b. trastorno de acumulación
- c. trastorno de rumiación
- d. tricotilomanía
- e. trastorno de excoriación

## Respuestas

**Pregunta 208, respuesta correcta: D**

**Comentario:** La tasa de TOC en los familiares de primer grado de los adultos con TOC es aproximadamente dos veces mayor que entre los familiares de primer grado de los que no tienen el trastorno. Entre los familiares de primer grado de los individuos con un inicio de TOC en la niñez o adolescencia, la tasa se incrementa 10 veces. Esta transmisión familiar se debe, en parte, a factores genéticos (p.ej., una concordancia de 0,57 para los gemelos monocigóticos, frente a 0,22 para los dicigóticos).

**Bibliografía:** Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-5R), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág 239-240.

**Pregunta 209, respuesta correcta: D**

**Comentario:** Las creencias son la base de los filtros a través de las cuales percibimos la realidad. Las creencias disfuncionales y limitantes (no puedo, no voy a ser capaz no tengo fuerza de voluntad...) son capaces de llevarnos a experimentar realidades completamente distintas. Por eso no vemos tanto el mundo que es, como el mundo que nosotros construimos en base a lo que creemos. Una determinada forma de pensar, puede acarrear sufrimiento y malestar. Los modelos cognitivo-conductuales postulan que en el desarrollo y el mantenimiento del trastorno obsesivo-compulsivo subyacen las evaluaciones negativas de pensamientos intrusivos y las creencias disfuncionales a las que dan lugar. Otorgar ex-

cesiva importancia a los pensamientos (p.ej., la creencia de que tener un pensamiento prohibido es tan malo como el realizarlo) es una creencia disfuncional habitual de individuos con TOC.

**Bibliografía:** Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-5R), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág 238.

**Pregunta 210, respuesta correcta: B**

**Comentario:** La comorbilidad más frecuente es con el trastorno de ansiedad (76%, trastorno de pánico, ansiedad social, ansiedad generalizada, y la fobia específica.. La segunda en importancia el trastorno depresivo (63%). El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo es también frecuente en los individuos con TOC (del 23 al 32%). Hasta un 30 % de los individuos con TOC tiene también un trastorno de tics a lo largo de la vida.

**Bibliografía:** Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-5R), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág 242.

**Pregunta 211, respuesta correcta: E**

**Comentario:** En las personas con ciertos trastornos, la prevalencia del TOC es mucho mayor de la esperada en la población general. Cuando se diagnostica uno de estos trastornos, se debería evaluar al individuo también respecto al TOC. Por ejemplo, en individuos con esquizofrenia o con trastorno esquizoafectivo, la prevalencia del TOC es de aproximadamente el 12%. Las tasas del TOC también son elevadas en el trastorno bipolar, anorexia, bulimia y el trastorno de Tourette.

**Bibliografía:** Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-5R), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág 242.

**Pregunta 212, respuesta correcta: A**

**Comentario:** La dismorfia muscular es una forma de trastorno dismórfico corporal que ocurre casi exclusivamente en varones y consiste en la preocupación con la idea de que el cuerpo es demasiado pequeño o insuficientemente musculado. Las personas con este trastorno tienen un cuerpo normal o incluso muy musculoso. Una

mayoría realiza levantamiento de pesas, dieta o ejercicio de forma excesiva. Algunos utilizan esteroides anabolizantes androgénicos y otras sustancias peligrosas para lograr un cuerpo grande y musculado. De promedio, la conciencia de enfermedad es escasa y un tercio o más de los individuos tiene realmente un trastorno dismórfico corporal con creencias delirantes.

**Bibliografía:** Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-5R), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

**Pregunta 213, respuesta correcta: A**

**Comentario:** El trastorno por acumulación afecta tanto a los varones como a las mujeres, pero la prevalencia es significativamente mayor en los varones. Los síntomas parecen ser casi tres veces más frecuentes en los adultos mayores que en los más jóvenes. El comportamiento de acumulación es familiar y aproximadamente el 50% de los individuos que acumulan informan que tienen un familiar que también lo hace. Aproximadamente el 80-90% de los individuos con este trastorno tienen adquisición excesiva (principalmente compra excesiva, seguida por la adquisición de artículos gratuitos). La característica temperamental más destacada de las personas con este trastorno es la indecisión.

**Bibliografía:** Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-5R), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 249.

**Pregunta 214, respuesta correcta: B**

**Comentario:** Los objetos que se acumulan más comúnmente son periódicos, revistas, ropa vieja, bolsas, libros, material electrónico y papeles. La acumulación de objetos extraños como basura, heces, orina, uñas, cabello, pañales usados o comida en mal estado es muy inusual en el trastorno de acumulación. Su presencia nos debe hacer descartar la existencia de otros trastornos (neurocognitivo, TOC, esquizofrenia, depresión...).

**Bibliografía:** Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-5R), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág 250-251.



**Pregunta 215, respuesta correcta: E**

**Comentario:** Las principales razones alegadas para explicar estas dificultades se perciben en la utilidad, o el valor estético de los objetos, o en un fuerte apego sentimental a las posesiones. Algunas personas se sienten responsables del destino de sus bienes y, a menudo, hacen todo lo posible para evitar ser derrochadores.

**Bibliografía:** Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-5R), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 248.

**Pregunta 216, respuesta correcta: D**

**Comentario:** El trastorno por acumulación no se diagnostica si los síntomas se consideran una consecuencia directa de otra afección médica, como una lesión cerebral traumática, la resección quirúrgica para el tratamiento de un tumor o para controlar crisis convulsivas, la enfermedad cerebrovascular, las infecciones del sistema nervioso central o afecciones neurodegenerativas como el síndrome de Prader-Willi. El daño en las cortezas prefrontal, ventromedial anterior y cingulada se ha relacionado particularmente con la excesiva acumulación de objetos. En estas personas, la conducta acumulativa no se presenta antes de la aparición del daño cerebral y se inicia poco después de producirse el mismo.

**Bibliografía:** Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-5R), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 250.

**Pregunta 217, respuesta correcta: C**

**Comentario:** El capítulo Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados es una novedad en el DSM-V. Se incluyen nuevos diagnósticos como trastorno de acumulación, trastorno de excoriación, trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/medicamentos y el trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debido a otra afección médica. Además del TOC ha incluido aquí también el trastorno dismórfico corporal. Esta agrupación es debida a la creciente evidencia de que estos trastornos están relacionados entre sí. Los clínicos deben de tratar de detectar estas afecciones en individuos que presentan ya una de ellas y estar al tanto de coincidencias entre estas enfermedades. El trastorno de rumiación está incluido en el capítulo de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.

**Bibliografía:** Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-5R), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág 235-264.

# **Erotomanía o Síndrome de Clérambault: a propósito de un caso.**

## ***Syndrome of Clerambault: on the purpose of a case.***

**María Herrera Giménez.** F.E.A. Psiquiatría. H.G.U. Morales Meseguer.

**Carmen Llor Moreno.** F.E.A. Psiquiatría. C.S.M. San Andrés.

### **Resumen:**

**Objetivos:** Presentamos el caso de una erotomanía o síndrome de Clerambault, que evidencia la complejidad en la psicopatología a la que los clínicos nos enfrentamos habitualmente en nuestra práctica clínica en Salud Mental. Nos marcamos como objetivo comprender de manera más profunda la dinámica de este curioso proceso cuya característica clínica principal es que el paciente, generalmente una mujer, desarrolla repentinamente la creencia delirante de que un hombre (con el que ella puede que tenga un escaso contacto o incluso que no lo tenga) está enamorado de ella.

**Metodología:** A partir de la exposición de un caso clínico realizamos una revisión bibliográfica del delirio erotomaniaco o síndrome de Clerambault.

**Resultados:** Por definición es una patología muy compleja en la que los pacientes desarrollan una psicosis pasional muy intensa. El paciente desarrolla la convicción delirante de estar en comunicación amorosa con una persona de rango muy superior, que ha sido la primera en enamorarse. Podemos distinguir la erotomanía primaria, pura o síndrome de Clerambault, donde el delirio es la única psicopatología, y la erotomanía secundaria o mixta, donde el concepto de erotomanía parte de una psicosis paranoide más amplia, normalmente esquizofrenia o manía.

**Conclusiones:** Una precoz identificación, un manejo equilibrado y un abordaje apropiado pueden reducir de forma significativa las diversas complicaciones que puede sufrir el paciente.

Lo más efectivo es el abordaje multidisciplinar. Los componentes esenciales del tratamiento son: ingreso hospitalario (que puede llegar a ser involuntario), medicación antipsicótica a dosis media y psicoterapia de apoyo. El proceso terapéutico es a menudo prolongado y frustrante, con continuos reveses y un progreso lento. La ganancia terapéutica efectiva sólo tiene lugar si se convence al paciente para que permanezca en un tratamiento regular durante el tiempo suficiente. También deben tenerse en cuenta los factores psicosociales.

**Palabras clave:** erotomanía, psicosis pasional, paranoia, transferencia.

### **Abstract:**

**Objectives:** We report here a case of erotomania or Clérambault's syndrome, which proves the psychopathological complexity which doctors usually face in our clinical



practice in mental health. Our objective was to understand in a more in-depth way the dynamics of this curious process, whose main clinical characteristic is that the patient, usually a woman, suddenly has the delirious belief that a man (with whom she might have scarce contact or even no contact at all) is in love with her.

**Methodology:** From a clinical case report, we carry out a review of the literature on erotomania or Clérambault's syndrome.

**Results:** By definition, it is a very complex disorder in which patients develop a very intense passionate psychosis. The patient develops the delirious conviction of being in a loving interaction with a person of a much higher social status, who was the first to fall in love. We can differentiate between primary or pure erotomania or Clérambault's syndrome, where the delusion is the only psychopathology, and secondary or mixed erotomania, where the concept of erotomania arises from a wider paranoid psychosis, usually schizophrenia or mania.

**Conclusions:** Early identification, a balanced management and a proper approach can significantly reduce the various complications the patient can have.

The most effective approach is multidisciplinary. The essential components of treatment are: hospitalization (which can be involuntary), a mean dose of antipsychotic medication and support psychotherapy. The therapeutic process is usually long and frustrating, with constant setbacks and slow progress. The effective therapeutic gain occurs only if the patient is convinced to follow regular treatment for long enough. Psychosocial factors must be taken into account as well.

**Key words:** erotomania, passionate psychosis, paranoia, transference.

## Introducción

En 1942 Clerambault describe un cuadro clínico conocido como psicosis pasional. Consideraba que el cuadro tenía algunas características especiales que describe meticulosamente: el sujeto desarrolla la convicción delirante de estar en comunicación amorosa con otra persona (víctima o amado), esta persona tiene un estatus social e intelectual más elevado que con toda probabilidad es inalcanzable por sí mismo o por su condición. Según el paciente éste sujeto o persona es siempre la primera en enamorarse y mostrar interés por él. El objeto del delirio amoroso suele permanecer invariable. El paciente es capaz de explicar la conducta paradójica de la persona amada (pues según su relato siempre es él quien persigue su amor). El inicio es a menudo brusco siendo el curso de este cuadro clínico crónico. Normalmente hay ausencia de alucinaciones u otros síntomas psicóticos. No evoluciona a esquizofrenia (1).

El sujeto es mayoritariamente una mujer y el objeto de amor suele ser un hombre. Reivindican el objeto amoroso, el paciente vive con pasión

amorosa los trabajos de aproximación por parte del objeto. Esta reivindicación puede llegar a la lucha por la verdad, al enojo, acusación y agresividad en forma de rencor o despecho. Normalmente termina en la fase de rencor con reacciones agresivas, venganzas y hasta un drama pasional. Este mecanismo pasional de la erotomanía explica la presentación tan frecuente hipomaniaca.

La etiología del cuadro no se conoce con claridad, aunque se ha descrito asociado a casos con una clara patología orgánica, tanto su etiología como su psicopatología son la de una psicosis funcional (2).

En el corazón de la psicopatología erotomaniaca subyace a menudo una actitud sexual ambivalente. El nudo ideológico-afectivo del erotómano radica en un afecto insatisfecho y en la necesidad de rebelarse.

## Caso clínico

Se trata de una chica de 34 años que acude al centro de salud mental acompañada por sus padres.

Es la menor de dos hermanos, los padres han sido siempre muy sobreprotectores con ella. Como antecedentes familiares a destacar nos consta su madre con cuadros depresivos en tratamiento por el equipo de salud mental y una tía abuela materna diagnosticada de esquizofrenia paranoide.

Realiza estudios hasta segundo de bachiller en casa de sus padres, tiene un rendimiento académico bueno, reconoce que siempre ha tenido muchos complejos de inferioridad física e intelectual en la infancia y adolescencia. Se recuerda siempre sola o con pocos amigos, le ha costado mucho vincularse y se ha sentido siempre algo excluida.

Se licencia en Derecho con buen rendimiento, al terminar inicia unas oposiciones a judicatura abandonando a los diez meses pues "me doy cuenta de que podían conmigo, lloraba mucho..."

Coincide en este momento con una ruptura sentimental, el chico con el que salía desde hace tres años la deja, realmente durante estos tres años apenas tenían contacto. Ella reconoce que lo que la angustia es quedarse sola, no la pérdida de la relación.

Inicia su trayectoria laboral en banca, se encuentra contratada por una entidad bancaria en una oficina de una provincia cercana, es allí donde se da cuenta que el jefe de zona, del que había oído hablar mucho por parte de varios compañeros, pues despertaba mucha admiración entre los mismos ya que era una persona con mucho carisma y muy querido que gozaba de gran reconocimiento, estaba profundamente enamorado de ella y quería iniciar una relación sentimental cuanto antes: iba mucho a la oficina, organizaba eventos y convocaba reuniones con el único objetivo de verla.

La paciente relata que se sentía muy halagada por la situación y la pasión que despertaba en este jefe superior pero al enterarse que estaba casado y pese a este obstáculo por el que ella se niega a tener relación alguna con el mismo pero éste insistía en quedar con ella se enfadó mucho y se negó a verlo. Le enfurece e indigna mucho la situación a la que se ve expuesta por culpa de él, sus compañeros hablaban y cuchicheaban entre ellos y ella se da cuenta de que hablan de ella y del amor que despierta en el jefe. Se llega a

angustiar mucho acudiendo a salud mental donde se inicia tratamiento farmacológico y se recomienda baja laboral.

Con la introducción de aripiprazol 400 mg intramuscular cada 28 días y fluoxetina 20 mg diarios la paciente presenta una mejoría clínica notable, junto al inicio de psicoterapia individual semanal. Pero pese a esta mejoría clínica notable que le permite reiniciar su vida laboral y mantener las funciones que realizaba previamente persiste el recelo y la suspicacia al hablar del delirio con intensa repercusión afectiva y se indigna y enfurece a día de hoy al hablar del sujeto objeto de su delirio.

## Discusión

Realmente lo que hizo Clerambault en 1942 fue reavivar el interés por un concepto psiquiátrico que tenía larga tradición en la medicina desde la antigüedad, ya encontramos descripciones de este cuadro en Hipócrates, Galeno y Plutarco, aunque el primero en utilizar el término fue Jacques Ferrand en 1640 (3).

En los últimos años se han descrito un número cada vez mayor de casos en asociación con otros síndromes poco frecuentes.

Actualmente podríamos clasificar la erotomanía en dos clases:

1. Forma pura o primaria, síndrome de Clerambault: en ella el delirio es la única psicopatología, no hay indicios de otros síntomas que puedan hacer pensar al clínico que los pacientes están psicóticos.
2. Erotomanía mixta o secundaria: el concepto de erotomanía está integrado como parte de una psicosis paranoide más amplia. Puede existir en el curso de una esquizofrenia o un episodio de manía.

En las clasificaciones actuales se incluye dentro de los trastornos delirantes.

El sujeto es normalmente una mujer, los casos de hombres en las muestras clínicas se describen como excepcionales, sin embargo en las muestras forenses (las que han tenido demandas o denuncias) si encontramos un predominio masculino.

Con los cambios culturales y la mayor liberación de costumbres sexuales se han publicado casos en los que el proceso erotomaniaco era en homo-sexuales o bisexuales (4).

Normalmente las personas afectadas son solteras, viven solas o con padres mayores, tienen escasas relaciones sociales y están empleadas en trabajos modestos.

Es un delirio pasional mórbido de estructura sistematizada y subordinada al postulado fundamental: “el otro me ama”. Es el objeto quien ha comenzado por declararle su amor. El sistema delirante se elabora sobre la base de intuiciones, falsas demostraciones, ilusiones e interpretaciones delirantes. Reivindican con pasión el vínculo amoroso invisible para otros. Esta reivindicación puede llegar a la lucha por la verdad, al enojo, acusación y agresividad en la fase de rencor o despecho. De las conductas de aproximación inicial se puede pasar a las conductas de agresividad (5).

Debemos ser prudentes y no diagnosticar erotomanía en ideas amorosas sobrevaloradas pro-

pias de trastornos de personalidad narcisista e histriónico.

En términos etiológicos se comporta como una psicosis funcional.

Los componentes esenciales del tratamiento son (6):

1. Ingreso hospitalario, siendo en ocasiones necesaria la modalidad involuntaria.
2. Medicación antipsicótica.
3. Psicoterapia de apoyo.

Al pimozide se le ha atribuido una acción específica antierotomaniaca. Los fármacos se deben pautar en dosis media en combinación con asistencia psicoterapéutica.

El proceso terapéutico es a menudo prolongado y frustrante, con continuos reveses y un progreso lento.

En tratamiento prolongado debe existir precaución que el interés erotomaniaco del paciente no se desplace hacia el terapeuta.

### Contacto

María Herrera Giménez • mariapsiqui@hotmail.com • 968 360 900  
Avenida Marqués de los Vélez s/n • 30008 Murcia

Carmen Llor Moreno • 968 281 568 • Calle Escultor Sánchez Lozano s/n • 30005 Murcia

### Bibliografía

1. Mullen PE, Pathe M. The pathological extensions of love. *British Journal of Psychiatry*, 165 (1994), pp. 614-23.
2. Seeman MV. Delusional loving. *Arch Gen Psychiatry*, 35 (1978), pp1265-67.
3. Uncommon Psychiatric síndromes. Bristol: John Wright, 1979.
4. Dunlop JL. Does erotomanía exist between women? *British Journal Psychiatry*, 153 (1998), pp. 830-3.
5. Rudden M, Sweeney J, Frances A. Diagnosis and clinical course of erotomaniac and other delusional patients. *American Journal Psychiatry*, 147 (1990), pp 625-8.
6. Kennedy N, McDonough M, Kelly B, Berrios GE. Erotomania revisited: clinical course and treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (2002), pp 1-6.

• Recibido: 15/10/2017.

• Aceptado: 28/11/2017.

# La escritura como tratamiento en un caso de psicosis y exclusión social: Del caos al orden.

## *Writing as a treatment in a case of psychosis and social exclusion: From chaos to order.*

Cosme Sánchez Alber

Técnico en intervención social. Grupo de trabajo e investigación de OME-AEN sobre la práctica de los educadores sociales en el campo de la Salud Mental.

**Resumen:** La promoción de recorridos sociales en el campo de las psicosis nos enseña que no basta con la aplicación de un protocolo, ni con la buena intención, de cara a producir una práctica ética que permita a cada sujeto inventar una manera propia para soportar la vida y orientarse en la búsqueda de un lugar en el mundo. Estas posiciones subjetivas nos enseñan que el lazo social, como tal, no existe. Hay que construirlo. En el presente artículo se aborda un caso, a modo de ejemplo, en el que la función de la escritura produce una operación que pone en juego las invenciones de un sujeto. Es con lo más particular, con lo que se puede organizar un lazo, un anudamiento, entre el cuerpo, la palabra y el vínculo social.

**Palabras clave:** Educación social, Salud Mental Comunitaria, escritura, psicosis.

**Abstract:** The promotion of social journeys in the field of psychosis teaches us that it is not enough with the application of a protocol, nor with the good intention, in order to produce an ethical practice that allows each subject to invent a way to support life and Orient yourself in the search for a place in the world. These subjective positions teach us that the social bond, as such, does not exist. You have to build it. In the present article a case is approached, by way of example, in which the function of the writing produces an operation that puts into play the inventions of a subject. It is with the most particular, with what can be organized a tie, a knotting, between the body, the word and the social bond.

**Key words:** Social support, Community Mental Health, Writing, psychosis.

### Introducción

En el campo de la salud mental comunitaria y por extensión en el trabajo social con poblaciones llamadas en “exclusión social” se advierte desde numerosas instancias una dificultad inherente al trabajo de acompañamiento que pone de manifiesto, entre otras cosas, la distancia necesaria

entre los ideales y la función social. Es decir, se trata de organizar una praxis que si bien esté orientada por una serie de ideales colectivos (salud, vínculo social, etc.) sea capaz de poner cierta distancia entre su función ideal y la tarea de acompañar cada situación particular. En caso contrario, el profesional queda identificado a una posición ideal que impide la emergencia del sujeto.

En este sentido, se entiende la paradoja que deviene cuando el profesional decide encarnar una posición de saber. Ya que no se trata de encarnar un saber, sino más bien de acompañar en la emergencia de un saber que está del lado del sujeto, no del profesional. No obstante, la pericia y el buen hacer del profesional pasa por saber descompletarse, que no es otra cosa que descompletar su propio saber, barrarse, des-identificarse, y orientarse en la tarea de hacer emerger aquellas soluciones del sujeto que promocionen lo vivo de cada persona; un proyecto de vida, personal y genuino.

La promoción de recorridos sociales en el campo de las psicosis nos enseña que no basta con la aplicación de un protocolo, ni con la buena intención, de cara a producir una práctica ética que permita a cada sujeto inventar una manera propia para soportar la vida y orientarse en la búsqueda de un lugar en el mundo.

Estas posiciones subjetivas nos enseñan que el lazo social, como tal, no existe. Hay que construirlo. Se trata de una operación que pone en juego las invenciones de cada uno de nosotros. Es con lo más particular, con lo que se puede organizar un lazo, un anudamiento, entre el cuerpo, la palabra y el vínculo social.

### Un ejemplo

En Junio de 2015, Ismael (de 45 años) acude a vernos, por primera vez. Ismael desea entrar en nuestro centro de día<sup>1</sup>. Le explico que actualmente no hay plaza disponible, no obstante, le digo que puede pasar a vernos “cuando quiera”, y a conversar con nosotros “de lo que usted quiera”. Esta primera conversación insta una serie de encuentros periódicos; una repetición.

### Primeros encuentros

Destaco algunas cuestiones de nuestras primeras conversaciones. Ismael se presenta diciendo “quiero ver a un psiquiatra, pero no quiero metadona. Tengo un problema psiquiátrico, agresividad y violencia”. Me explica que fue atendido hace años en un CSM y que ha vuelto a su tierra

hace muy poco. Es usuario de un Centro de baja exigencia, está actualmente alojado en un albergue de los Servicios Municipales de Urgencia y acude a un comedor social.

*“En el 2013 murió mi padre y después tuve el accidente. Me rompieron el cráneo, he pasado tres semanas en coma y he resucitado. Tengo miedo de mí, soy muy violento y agresivo, mi pasado está borrado, no tengo memoria, tengo que volver a nacer. Tengo un presente: mi hijo de 4 años. En el 2011 nació mi hijo, cuando ella se marchó con mi hijo me caí en un agujero, salí de allí, la busqué y comencé a consumir de nuevo. Ando como un autómatas, sin cuerpo y sin sentimientos hacia los demás, soy como un muro, no siento nada por nadie. No sé vivir, necesito aprender a vivir. La soledad me viene bien, no confío en nadie, ni en mí mismo. No sé aprender. Soy manipulador y miento mucho, ¿Amistad? Me suena banal. Desde los 14 años siempre anduve con amigos que tenían intereses ocultos, lo sé por las miradas, al ser sordo he desarrollado la mirada, puedo ver a la gente transparente, sé lo que piensan.”*

Ismael habla mucho y de forma ininterrumpida, solo ocasionalmente puedo introducir alguna pregunta que él responde, o no, siguiendo con su discurso. “Mi mente está confusa después del accidente, es como si tuviera dos personas dentro de una. El bueno se porta bien y el malo es el que pega fuego a las papeleras, mira mal a la gente y dice sí a las drogas. El accidente es que me quisieron matar, me pegaron con barras de hierro en la cabeza y con un hacha. Y estuve 9 meses hospitalizado”.

Tras una serie de conversaciones me informará que ya tiene un psiquiatra y una medicación. Otras cuestiones que aparecen en nuestros primeros encuentros son las siguientes: “Hasta que nació mi hijo no tenía un rumbo.” Ismael señala que quiere ponerse bien para ver a su hijo, para saber si se encuentra bien. También me explica que “la lectura es mi válvula de escape”. Me informa que ha pasado 4 años en la cárcel por tráfico de drogas y que “murió mi hermano pequeño con 3 años cuando yo tenía 7, eso me marcó.” “Ahora pido respeto, y que nadie me toque. Quiero solucionar mi vida. Tengo angustia y necesito un hueco”. “Quiero buscar mis princi-

<sup>1</sup> Centro de día y servicio de acompañamiento para personas en exclusión social.

*pios para empezar a avanzar mi futuro.” Le digo “¡Exactamente! ¡Usted busca un principio!”, se ríe por primera vez y se muestra de acuerdo. Apoyo con énfasis su idea de “tener un psiquiatra, un hueco” y “avanzar su futuro”.*

Ismael tiene una relación muy particular con el lenguaje, habla sin parar y en voz muy alta. Siendo niño y, tras la muerte de su hermano pequeño, fue perdiendo audición hasta quedar prácticamente sordo. Su palabra se desliza de un acontecimiento a otro, de una cosa a otra, sin puntos de corte, escansiones, o pausas. No obstante, y lo iremos constatando a lo largo de su proceso, nos da de entrada las claves y los resortes que nos orientarán en el trabajo de acompañamiento.

### El trabajo en el centro de día

En febrero de 2016 puedo comunicarle a Ismael que hay una plaza libre en nuestro centro de día. Ismael acaba de salir de la Unidad de Desintoxicación donde, acompañado por su psiquiatra, decidió ingresar durante una semana.

*“Desde que he salido del Hospital (UD) duermo bien. Me han quitado de la droga. Los grupos de autoayuda y autocontrol me han venido bien para ser responsable y hablar de mis miedos. Ahora pienso antes de hacer las cosas. Ya no paso por en medio de la carretera sin mirar y no quemó contenedores. Hablo más tranquilo porque ahora me escucho. Sigo nervioso pero ahora puedo controlar un poco mis nervios. Quiero subir otro peldaño. Ir a una casa de acogida, pedir la RGI.”* Le digo “un peldaño”, se ríe y me muestra su conformidad.

Ismael nos cuenta que tiene muy buena relación con su psiquiatra y con la trabajadora social del CSM. En este caso, y dada la complejidad del mismo, trabajaremos desde el método de la construcción del caso en red<sup>2</sup>, de manera que una vez al mes y posteriormente cada 3 meses, nos reuniremos con los agentes que intervienen en el caso, la trabajadora social y el psiquiatra. En las primeras reuniones también acude Ismael. Un trabajo colaborativo y en red que permite que entre todos construyamos el caso, incluyendo al

propio Ismael. De manera que construimos una red sólida y fuerte, que funciona adaptándose a las circunstancias, los decires y las propuestas del propio Ismael, que ocupa el lugar central de la red.

### El desencadenamiento, la poesía y la cadena

Ismael es el tercero de cuatro hermanos y tenía un hermano pequeño que falleció con 3 años, cuando Ismael tenía tan solo 7 años, *“fue un trauma porque entonces mi padre empezó a beber, maltrataba a mi madre en presencia de nosotros, yo evitaba estar lo menos posible en casa para evitar ver eso. Después mi padre se recuperó y volvió con mi madre pero yo caí en la droga y me quedé fuera de lugar, fuera de la familia, me aparté fuera, desde entonces tengo el alma rota”*. Ismael sitúa aquí su trauma, el desencadenamiento como efecto de la muerte de su hermano pequeño, el derrumbe de su mundo y el desenganche del Otro familiar: *“Me aparté fuera, fuera de lugar”*.

A las semanas de acceder al servicio, Ismael trae algo que resultará fundamental para el acompañamiento y la orientación a seguir: *“Te he traído una poesía, tengo ganas de escribir y he escrito sobre el centro de día, una nueva etapa empieza aquí, que significa comienzo. Necesito un hogar donde limpiar, un calendario de responsabilidades, todo ordenado y limpio. No caos sino orden, cuando viene el caos vienen los problemas, antes mi vida era un caos. Quiero un armario para tener mi ropa planchada, ordenada y limpia.”*. Fijamos un objetivo, ayudarnos mutuamente, *“Ayuda mutua, como una cadena”* dirá Ismael. Le digo “¡Exactamente! ¡Una cadena!”.

### La escritura: un lugar

*“Mi plan es escribir, tener un lugar de conocimiento personal, un lugar para tocar la flauta suavemente y con melancolía, un lugar donde meditar, vengo a que me ayudéis a escribir en el ordenador”*. Le digo que me parece una idea excelente, y que el equipo del centro de día le ayudará a aprender el uso básico de los ordenadores y los procesadores de texto.

*“Quiero entrar en los corazones con la escritura, despertar alegría, compasión, tristeza, no en la*

2 Ubieto, J. R. La construcción del caso en red. Teoría y práctica. Editorial UOC. 2012.

*mirada ni en el oído sino en el corazón, impactarles, llamarles la atención, que puedan sentir con mis palabras.”*

Su trabajo en el centro de día consiste en escribir. Comienza con poemas y pasa a escribir su primer libro, *“vida de un toxicómano”*. Pasa toda la jornada escribiendo. Después me entrega sus escritos para que yo los publique en un blog, *“por capítulos”*, escribe carteles para anunciarse y los pone en calles frecuentadas de Bilbao *“por donde pasa mucha gente”*, en universidades (*“para los estudiantes”*), centros cívicos (*“para los bilbaínos”*), bibliotecas (*“para mis lectores”*), iglesias (*“para los que leen el libro sagrado, como yo”*), mercados, y otros espacios. Cuando está finalizando el libro, me dice que hay que hacer un cambio, a partir de ahora se llamará *“vida de un ex-toxicómano”*. Esto abre una posibilidad de separación, de corte. Ismael dice *“La madre de mi hijo me puso una condición para saber de él, que dé negativo en tóxicos y que salga de la calle. Quiero saber de mi hijo, es amor de padre, el amor no es un delito, quiero saber si oye bien o si tiene algún defecto en el oído, saber de él.”*

Un día, Ismael me contará que mañana es el cumpleaños de su hijo, cumple 5 años. Me enseña un pastillero en el que lleva su medicación y en el que ha grabado la fecha del nacimiento de su hijo y el nombre de éste. En esta operación, Ismael inscribe una fecha y un nombre, es decir, una serie de dos elementos, siendo el dos el comienzo de una cadena. *“Tengo un presente: mi hijo”*. Ismael decide ponerse un pseudónimo para escribir. Un nombre nuevo, a partir de juntar dos palabras: el nombre de su hijo y su propio horóscopo.

Durante este tiempo, y acompañado por su psiquiatra, se propone dejar los consumos de tóxicos. Lo interesante es que Ismael lo hará introduciendo una contabilidad. *“Me he comprometido con mi psiquiatra a fumar los lunes, miércoles y viernes”*. Tras escribir su primer libro, Ismael deja los consumos. *“Las drogas me hacían fuerte y consumir me hacía olvidar los problemas de casa y de la calle, la adolescencia fue dura”*.

Escribe su segundo libro *“el chico de la calle”*. En él, describe sus viajes, por Europa y España, sus recorridos por cientos de ciudades, su

vida de Okupa, en la calle, en cuevas del levante español, los transportes que usaba, viajes en tren, autobús, etc. *“Yo tenía una cueva, se derrumbó y me quedé sin cueva. Escribo sobre lo que veo y sobre lo que siento. Escribo para los jóvenes, para las prostitutas, para que no comentan mis errores”*. Simultáneamente a su trabajo de escritura, Ismael inventa otra cosa. Reparte periódicos en un mercado de la zona, todas las mañanas.

Al terminar su segundo libro *“El chico de la calle”*, Ismael escribe *“Almas rotas”*, libro de poemas. El título del libro hace referencia a su propia alma, una sensación que no sabe cómo describir pero que nota en su cuerpo. Una certeza aporósito de que su alma quedó rota en mil pedazos cuando murió su hermano. Ismael sabe que su alma nunca sanará. *“Tengo impulsos automáticos, cuando menos me lo espero, no me avisan. Son temblores por todo el cuerpo, dolor en todo el cuerpo y dolor caliente en la cabeza. Rabia y ansia. El alma rota en el corazón. Se me queda la mente en blanco y no puedo pensar, se para el pensamiento, como si estuviera solo. Automáticamente, ¡pam!! Salta el impulso. Después el cerebro me dice que haga algo, limpiar platos, aunque estén limpios, orden, pintar, escribir. Con los periódicos me calmo bastante, pienso no va a ser en vano, satisfacción personal. Me viene bien hacer cosas, barrer, un protocolo, uno, dos, tres, sentarse, esperar, ya no vivo en la calle. Parar, pensar, actuar”*. Le digo *“¡Eso es! Parar, pensar, actuar. Esa es la cadena, ¡tres tiempos!”*.

Su cuarto libro lo llamará *“El comienzo”*. Señala que ahora, al estar mejor, recuerda sucesos de su infancia que le llevaron a las drogas, a la calle y a la locura. También a la ira y la rabia, que le acompañan desde la muerte de su hermano. Va a escribir sobre su infancia y los momentos difíciles *“para poder recordarlos”*.

### La función de la escritura: un ordenamiento

*“Escribir es una liberación, me libero de mi rabia, de mi ira, es como un imán, me pego a la silla y al ordenador y escribo para las futuras generaciones, para dar testimonio, para las prostitutas, los jóvenes, les explico lo que he sufrido, las cosas que he vivido, me lo dice mi inconsciente, no sé por qué, pero me libera.”*

La escritura le permite a Ismael ordenar ciertos acontecimientos de su vida, comprender ciertas cosas, y separarse de ellas. Es una operación del pensamiento, que produce un corte y una separación. Un trabajo que deja una huella, una marca. Es, para él, “*un trabajo terapéutico*”, pero es también una invención propia, un hallazgo para abordar su malestar; el alma rota, un acontecimiento en el cuerpo del que el sujeto no tiene una significación precisa.

Por otra parte, y como hemos dicho, tras escribir “*vida de un extoxicómano*”, Ismael abandonará el consumo de tóxicos. Tras escribir su segundo libro “*El chico de la calle*”, Ismael accede a una casa de un proyecto de la Diputación, dejando su vida en la calle. He aquí el compromiso de este sujeto con su escritura. Una escritura que fija, más allá del significado de sus palabras. Un ordenador que introduce tres tiempos: “*Parar, pensar, actuar*”.

Siguiendo su propia lógica, la escritura le permite “*pasar del caos al orden*”, un ordenamiento de los acontecimientos que marcaron su vida. El desencadenamiento produce un caos, un derrumbe y una descomposición del mundo tal y como el sujeto lo conocía. Por otra parte, se aprecia que el uso de la escritura es de un orden completamente diferente al de la palabra. El uso de la palabra, para Ismael, continúa siendo metonímico, un deslizamiento que no tiene fin. Sin embargo, con la escritura fija cosas, sus historias tienen principio y final, capítulos, siguen una cronología y le permiten instaurar una cadena, allí donde no la había (en el lenguaje), instaurándose un tiempo para pensar. Es en este sentido, que la escritura deja una huella en su cuerpo produciendo discontinuidades donde no las había “*mi vida era un caos, he estado muy loco, no entendía nada, caminaba como un autómata*”.

Por otra parte, si nos separamos un poco de nuestra lógica común y de nuestras suposiciones previas, podemos hallar en su escritura una lógica implacable y propia. Para ello hay que meterse en sus textos, ir a la letra, pero también poder subvertir nuestras pobres lógicas mundanas y cotidianas.

En este sentido, si hacemos la operación de ordenar los libros cronológicamente al revés, nos encontramos, en primer lugar, con “*El comienzo*”. El relato de su nacimiento, su infancia y las dificultades con las que se encuentra, siendo muy niño. En “*Almas rotas*”, Ismael localiza con absoluta precisión el acontecimiento en el cuerpo, efecto de la muerte de su hermano, un traumatismo inefable para el que no cabe ninguna significación, ningún sentido, un agujero por fuera del lenguaje. Por ello es lógico que se trate precisamente de un libro de poemas. La poesía permite bordear el agujero, el sin sentido, de una manera más certera que la prosa. Si la prosa cae más bien del lado del sentido, la poesía se muestra más eficaz para tratar aquellas cuestiones que van más allá del sentido, incluso, más allá de los límites del lenguaje. La muerte es un acontecimiento para el que no hay palabras.

Con “*El chico de la calle*”, sitúa su primera respuesta frente al agujero abierto en lo real, en su cuerpo; las fugas y la ruptura del lazo familiar, también los viajes. Finalmente, con “*vida de un extoxicómano*”, aborda la segunda manera que encontró para tratar el malestar en el cuerpo, y en el alma; el recurso al tóxico. Es decir, tenemos aquí, todo un tratado sobre psicopatología, pero lo más importante es que por mediación de la escritura Ismael haya un orden inverso, produce una cadena invertida que le sirve de soporte en su búsqueda de un orden en el mundo. De esta singular manera, Ismael anuda el nacimiento, la infancia, el trauma y los pasajes al acto con un ordenamiento propio. El broche, la grapa, el nudo que permite este singular anudamiento lo extrae de sus invenciones, aquellas que llevan su sello personal, su marca subjetiva. Un nombre. Una operación de ensamblaje de aquello que no eran más que piezas sueltas. Recordemos que ya en nuestras primeras conversaciones, Ismael decía “*Quiero buscar mis principios para empezar a avanzar mi futuro.*”

### Contacto

Cosme Sánchez Alber • cosmesan@hotmail.com • 620 313 855  
Ronda 12, 5º izq. dcha. • Bilbao

### Bibliografía

Dubet, F. El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad. Ed Gedisa. 2006.

Naveau, P. Las psicosis y el vínculo social. El nudo desecho. Editorial Gredos, S. A. 2009.

Sánchez, C. *La figura del Educador Social en el campo de la Salud Mental Comunitaria: el amor*

*por la pregunta y la construcción del caso en red.* Norte de Salud Mental, 2013, vol. XI, nº 45: 33-39.

Ubieto, J. R. La construcción del caso en red. Teoría y práctica. Editorial UOC.2012.

- Recibido: 30-10-2017.
- Aceptado: 4-12-2017.



# PRE-OCUPACIONES



# La posición de la ACN en relación a la atención a la salud mental infanto-juvenil y a la futura ley de atención temprana en la infancia.

## Introducción

En el documento entregado por la ACN al Consejero de Sanidad, en relación a la situación de la atención a la Salud Mental en población infanto-juvenil en la Comunidad Autónoma de Canarias, se exponía lo que sigue:

“Contamos con una red de Salud Mental Infanto-juvenil deficitaria, siendo ésta una línea prioritaria dentro de la Salud Mental y aun, pese al Programa de atención infanto-juvenil del 2007, no se ha cumplido la extensión completa de una red específica.

Las actuaciones a llevar a cabo en relación a la población infanto-juvenil precisan, para tener éxito, de una especificidad que contemplen los aspectos cualitativos propios de la población a la que se dirigen, tal como señala nuestro Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, aún no desarrollado en su plenitud desde el 2007. Así mismo, dichas actuaciones han de estar integradas en los Planes de Salud Generales, como se recogió en los debates del III Plan de Salud, y más específicamente, en algunos debates del CIRPAC, por ejemplo en Tenerife.

A pesar de que la implementación del Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-juvenil se puso en marcha hace ya casi una década, el desarrollo de los dispositivos ha sido lento, irregular y poco equitativo”.

En la atención a la población infanto-juvenil, estamos observando desde hace años graves deficiencias que deben ser subsanados con urgencia. La atención a esta población debe ser una prioridad dentro del Plan de Salud Mental.

## Red de atención pública en salud mental infanto-juvenil

La Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil Comunitarias deben de contar, como mínimo, con espacio propio, psicología clínica, psiquiatría, enfermería especializada en Salud Mental, trabajo social, auxiliar de enfermería y auxiliar administrativo.

No todas las áreas geográficas disponen de Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil completamente dotadas de especialistas y físicamente diferenciadas de los espacios destinados a la atención de los adultos. La obligatoriedad de contar con un espacio diferenciado para la intervención viene establecido por ley para todos los niveles asistenciales: tanto en Unidades de Salud Mental Infanto-juveniles como en Unidades de hospitalización.

Actualmente, en Tenerife sólo contamos con dos Unidades de Salud Mental Infanto-juvenil que cumplen con estos requisitos. En Gran Canaria ninguna de las Unidades de Salud Mental que atienden a población infanto-juvenil los cumplen en su totalidad. En Gran Canaria, lo que hay es una psicóloga en cada unidad que atiende solo a niños y un psiquiatra compartido con otra Unidad. Esto no es el desarrollo de una red específica, es meramente un parche al no ofrecer una atención integral e integrada. Es imposible poder atender a los niños, a los padres, reunirse con los colegios, con los pediatras. Lo que existe no solo es deficitario. Además atender a los niños una vez al mes es de dudosa eficacia (hay que tener en cuenta la dimensión del tiempo para los niños). Por otro lado existe un convenio firmado con educación que me parece muy perverso. A

los niños diagnosticados de TDAH les proporcionan ciertas atenciones. Esto genera que en muchas ocasiones las consultas a los psicólogos vengan precedidas por la presión para responder según las exigencias, de los maestros, de los padres, etc. no solo de medicación, sino de informes para poder acceder a dichas atenciones. Creemos que el convenio debe revisarse.

En el ámbito de la atención pública en SM infanto-juvenil debemos contar con un adecuado desarrollo de los diferentes niveles asistenciales, así como con los programas de prevención y Rehabilitación, cuya base sea la transversalidad. El trabajo conjunto con otras áreas que desarrollan políticas públicas dirigidas a la infancia y la adolescencia: educación, servicios sociales y justicia, es imprescindible.

Este conjunto de recursos, Programas e iniciativas, deben integrarse de forma coherente en una red única.

Dadas las características de la red de Salud Mental infanto-juvenil, fundamentalmente por falta de infraestructura y personal, no se está pudiendo dar la necesaria atención a los niños y adolescentes, fundamentalmente a aquellos con un diagnóstico de Trastorno Mental Grave. Esta escasez de recursos se hace patente en la atención, sobre todo, a los niños y adolescentes con diagnóstico dentro del Trastorno del Espectro Autista, lo que resulta preocupante en relación a la salud de estas personas y sus familias.

En la misma línea, señalar que existen desajustes graves en la infancia y adolescencia que requieren de intervenciones en régimen de hospitalización, tales como los gestos autolíticos, trastornos de la conducta alimentaria graves, psicosis y otros trastornos de conducta. En el momento actual no existe ninguna Unidad de Hospitalización en toda la Comunidad autónoma y la derivación de los casos a Unidades específicas de otras comunidades no resulta posible, independientemente de la gravedad de los casos, debido a que se trata de población infanto-juvenil, en la que el distanciamiento del entorno familiar sería contraproducente. En su defecto, la hospitalización se está llevando a cabo en Unidades de hospitalización no preparadas para las características y necesidades del paciente pero adecuadas para

su edad (Pediatria) o en Unidades preparadas para la atención a la salud mental, pero no adecuadas para las características y necesidades específicas y diferenciadas de la infancia y adolescencia (Unidades de Internamiento Breve de adultos, sin personal ni espacio específico para la atención a población infanto-juvenil).

Por otra parte, de no contar con Unidad de hospitalización en el momento en el que se reconoce la especialidad de Psiquiatría Infanto-juvenil, ninguno de los hospitales de la comunidad autónoma podría ser acreditado para formar especialistas en dicha especialidad.

Esta situación implica problemas que van más allá de la calidad de la atención e intervención. Nos referimos a problemas éticos y legales.

Parece claro que el desarrollo de la red de Salud Mental Infanto-Juvenil no ha supuesto una prioridad en los últimos años. Nos encontramos ante un crecimiento y desarrollo en la misma muy lento y poco equitativo.

### **La atención temprana en la infancia**

En relación a la Atención temprana continuamos con un déficit significativo de recursos, lo que es altamente preocupante. Urge la creación de una red de Atención Temprana, dependiente del Servicio Canario de Salud y con una estrecha coordinación con Educación y Servicios Sociales. Un diagnóstico precoz, así como una atención temprana e intensiva para menores con retraso o alteración en su desarrollo, fundamentalmente menores con diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista, es crucial para su desarrollo personal y social.

La Atención Temprana debe contemplar una atención multidisciplinar, que incluya el trabajo conjunto de pediatría, psicología clínica, psiquiatría, neuropediatría, psicomotricidad, pedagogía, logopedia, fisioterapia y terapia ocupacional. Por lo tanto, el desarrollo de la red de Atención Temprana debe contar con una atención integral e integrada mediante una acción conjunta de Sanidad, Servicios Sociales y Educación.

Desde la red pública de Salud Mental infanto-juvenil, dada la falta de recursos materiales y

humanos, no se está pudiendo dar respuesta a las necesidades de estos niños y sus familias, teniendo éstos que buscar asistencia a nivel privado, lo que no siempre es posible tanto por la falta de los correspondientes dispositivos especializados como por la incapacidad de las familias de hacerse cargo económicamente de dicha intervención.

Los Hospitales de día Infanto-juveniles, tanto de Tenerife como de Gran Canaria, son el único recurso especializado, público, que está pudiendo intervenir con dicha población, pero dadas las características de la unidad y el déficit de personal, no se está pudiendo dar la atención necesaria, ni a corto ni a largo plazo, a estos menores y a sus familias.

Dado que en la Comunidad Autónoma de Canarias no contamos con una Red de Atención Temprana y, por lo tanto, soportamos una carencia significativa de medios para la atención a esta población, en Tenerife se ha dado la circunstancia que de forma paralela a la red de Salud Mental Infanto-juvenil del Servicio Canario de Salud, desde el Servicio de Psicomotricidad Relacional de la ULL, se está dando cobertura, en la medida de sus posibilidades, a la atención temprana de la que el SCS no se está haciendo cargo. Su labor, en los últimos años, se está viendo dificultada por la escasez de recursos económicos de los que se está dotando a dicha Unidad y a la carga asistencial que soporta.

En la sesión del Parlamento de Canarias del pasado 11 de octubre de 2016, se presentaba una Proposición No de Ley (PNL) para la creación de un equipo de trabajo con la finalidad de elaborar un plan integral de atención al menor y la creación urgente de una red de Atención Temprana. Pese a que todos los grupos políticos reconocen que no contamos con una red de Atención Temprana y que esto es un derecho de los menores con alteración en el desarrollo, la PNL fue rechazada.

A día de hoy no contamos con alternativa terapéutica para estos menores y sus familias. Tampoco se están poniendo los medios para subsanar esta situación, lo que resulta nefasto para el desarrollo de estos menores y un incumplimiento grave de sus derechos. Esperamos que esta situación se pueda solventar en el próximo mes dado la gravedad de la misma.

Como se recoge en el Libro Blanco de la Atención Temprana, “no debemos olvidar que muchas alteraciones del desarrollo pueden prevenirse si son tratadas a tiempo y ello supone una mejora sustancial de la calidad de vida, no solo de quienes las han padecido, sino también del conjunto de la sociedad. Por esta razón la atención temprana tiene una gran rentabilidad económica, social y personal”.

## Recomendaciones

- La carencia de infraestructura y personal en la atención a la Salud Mental Infanto-juvenil debe ser subsanadas con urgencia. Debe ser una prioridad financiera en los presupuesto de las acciones del Plan de Salud Mental e incluirse en el presupuesto del 2018 de la Consejería de Sanidad.
- Es imprescindible dotar de personal a los equipos de atención a la Salud Mental Infanto-juvenil existentes: Unidades de Salud Mental y Hospitales de día infanto-juveniles, que deben funcionar como receptores de familias con niños con algún tipo de alteración en su desarrollo o riesgo de padecerlo, para realizar el correcto diagnóstico, plan terapéutico y atención psicoterapéutica.
- Se debe agilizar la creación de una Unidad de Hospitalización Específica para población infanto-juvenil.
- Crear una Red de Atención Temprana, integral e integrada con la participación y coordinación de Sanidad, Servicios Sociales y Educación, debe contemplarse con urgencia dada la gravedad de la situación actual.
- Revisar el convenio del SCS con Educación favoreciendo las intervenciones psicológicas y familiares.
- Hasta que no se garantice las condiciones adecuadas de intervención en Atención Temprana por parte del SCS, se debe asegurar una alternativa terapéutica a los niños y a sus familias, y su seguimiento por una comisión técnica,

La Junta Directiva  
Canarias a 27 de Septiembre del 2017

# Identidades y dinámicas emocionales.

## *Identities and emotional dynamics.*

### Goyo Armañanzas

Psiquiatra, psicoterapeuta grupal. GO, Grupos y Organizaciones. Pamplona.

“Identidades asesinas” es el título es de un ensayo de Maalouf Amin, que considero imprescindible cuando veo la situación política local, y también la mundial.

Identidades que generan violencia: la vasca, la islamista en Barcelona y París, la centralista contra las identidades regionales como la catalana en tiempos de Franco, y la posible escalada de violencia en los catalanes, llegados el momento en el que estamos.

Una ciudad catalana, Barcelona, que ha sufrido la violencia de otra identidad: la del terrorismo islamista. En Barcelona, no la han sufrido por ser catalanes, sino por ser europeos, occidentales, no musulmanes, por ser una ciudad preciosa, donde uno toca la aldea global cuando se pasea por las Ramblas. Esa fantasía persecutoria islamista, frecuente en los nacionalismos, que no deja de serlo aunque tengan una parte de verdad.

La política es, entre otras cosas, una forma de tapar las emociones, comenta Naor Y., un israelí experto en traumas transgeneracionales. Es una forma de tapar, y a la vez descargar, emociones colectivas, como la rabia, la necesidad de venganza por las afrentas sufridas por nuestros abuelos, la envidia de lo que otros grupos tienen o son, la necesidades de recuperar el honor, etc. Esas emociones colectivas se mantienen manteniendo esas emociones casi inconscientes, sin hablar de ellas, simplemente plasmándolas en objetivos políticos, que por otra parte pueden ser muy legítimos. Como terapeuta de grupo, atento a las emociones que subyacen en los conflictos violentos y de identidad, veo que no se suelen abordar en los medios de comunicación.

Siempre hay cierto tabú a abordar emociones en todos los contextos, y no lo es menos acercarnos a las que hay debajo del ataque terrorista de Barcelona o de la escalada de violencia de Cataluña, o del terrorismo de ETA o del de los GAL y la ultraderecha española. Eso forma parte de los silencios que no nos ayudan a procesar más sanamente los conflictos.

Sigamos con el aspecto de la identidad. Tenemos muchas pero solemos priorizar una, en base a circunstancias psicosociales. Ante los marcianos todopoderosos, cerraríamos filas con la identidad de terrícolas y nos olvidaríamos de nuestras singularidades. Una identidad se singulariza y se prioriza cuando se siente amenazada. Los islamistas que han matado en Barcelona son el emergente de una identidad musulmana que se siente amenazada y secretamente despreciada por nosotros, los occidentales desarrollados que los despreciamos secretamente, estereotipándolos como retrógrados, como “moros”. Todos tenemos muchos deberes para hacer en casa.

Con el tema catalán tenemos un montón de emociones colectivas. Es la región más desarrollada, más cosmopolita de España, geográficamente en la frontera con el resto de Europa. La otra región que le sigue es la Comunidad Autónoma Vasca. Otra de las ricas. Es tabú decir que todos los consideramos como superiores y que tal vez nos sentimos abandonados y no queridos si se nos van. Los envidiamos y también los admiramos.

Ninguna autonomía menos rica ha demandado independencia o autodeterminación. Hace poco tiempo la presidenta de la comunidad andaluza comentaba en este registro que ellos “no van a

ser menos”. Ya ha hablado de sentimientos colectivos. Me parece estupendo que lo haga y que empecemos a hablar de ellos.

Los conflictos de identidad, cuando se encuentran, nos obligan a elegir entre una identidad u otra. Eso es una forma sutil de violencia. Si no lo hacemos, nos arriesgamos al rechazo y la marginación. Puedo considerar que mi identidad es ser navarro, vasco y español en proporciones diversas y cambiantes a lo largo de mi vida. Además europeo, identidad masculina, identidad profesional de terapeuta, etc. Cuando expreso esto, la pregunta que me puede esperar es: “pero, ¿en el fondo, fondo?”. Me piden que encuentre esa identidad única y auténtica, que me han debido de sorber el coco si no la sé, que no es posible estar con Euskadi y con España, que... Que ellos no soportan saber si están con el amigo o el enemigo, que eso es muy incómodo... porque “los otros son el demonio y nosotros no”. Que es solo en las guerras donde hay solo dos bandos porque “la sangre la derramas o la bebes” (expresión nicaragüense sobre su guerra de los ochenta).

Cuando una de nuestras identidades se ve amenazada, crece, y oculta a las otras. Particularmente en el caso de la fe religiosa. Lo vemos en el terrorismo islamista, en la respuesta ultracatólica de los voluntarios requetés navarros del franquismo ante la república atea, etc.

Afortunadamente, y con mucho sufrimiento y resistencia, ya estamos pudiendo incorporar identidades sexuales diferentes a la tradicional “carne o pescado”.

A nivel global estamos en un dilema muy fuerte. Por un lado, la cultura se va haciendo más universal y compartida con una comunicación rápida y global. Por otro lado, surge la necesidad de definir nuestra identidad frente a otras. Estamos entre dos miedos universales propios de personas y grupos. Por un lado, el miedo a la pérdida

de la identidad, la individualidad, disueltos en el anonimato. Por el otro el miedo a la soledad y a sentirnos desarticulados de los grupos e identidades colectivas, si no nos fusionamos. Necesitamos afirmar nuestras diferencias porque somos cada vez más iguales.

Paradoja: Barcelona, la ciudad más cosmopolita del Estado, la más “aldea global”, se va hartando de turistas y es la capital del independentismo.

Paradójicamente, necesitamos que el otro sea diferente para, constatando las diferencias, saber quienes somos. Somos lo que los otros no son.

La segunda generación de inmigrantes suele tender a dos tipos de respuestas extremas: la hiperidentificación con la identidad del lugar de acogida de sus padres, y el rechazo y violencia contra esa misma sociedad de acogida. Creo que los golpes islamistas obedecen a esta segunda forma de respuesta. Tal vez la identidad catalana está integrada por catalanes de siempre, silenciados por el franquismo de la postguerra, y por descendientes de inmigrantes de otras regiones españolas que se hiperidentifican con lo catalán en ese esfuerzo transgeneracional por integrarse.

Pero cuando las emociones poco concienciadas, brotan en todos nosotros, al ver el combate (“los catalanes no van a ser más que nosotros”, “los de Madrid son el fantasma de Franco, aunque se disfracen”) tenemos fácil disfrutar de la visión del golpe sangrante, arengar, apoyar discretamente, callar. Cuando las emociones brotan de tan profundo, se lee muy mal, se escucha peor y es imposible que mi talla 42 de zapato, entre en una 38. En una 44... ini lo intento!

No tenerlo claro es muy incómodo, pero es más sano.

Goyo Armañanzas, psiquiatra, blanco, ciudadano europeo y de la aldea global (entre otras identidades).

### Contacto

Goyo Armañanzas • go@gruposityorganizaciones.com • Tel./fax: (0034) 948 276 301  
Esquiroz 4, 1º B • 31007 Pamplona • Navarra

# ¿Psicoanálisis moderno? ¿Y de grupo?

## *Modern psychoanalysis? In group?*

Joan Coll

Médico, psicoterapeuta, grupoanalista. Palma de Mallorca.

Escribo este trabajo en el marco del lanzamiento de un programa formativo en Análisis Moderno, auspiciado por el Center for Group Studies de Nueva York, en castellano, y desde Palma (Mallorca).

Hyman Spotnitz, psiquiatra y psicoanalista americano, fue el creador del llamado psicoanálisis moderno o, en su versión inglesa más habitual, simplemente análisis moderno.

Su publicación de referencia sería *Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient* (1969), también conocida como “red book”, por el color de la portada de la edición más conocida del libro.

Su filosofía se podría resumir en la frase “...con nuestro entendimiento progresivo de la reversibilidad psicológica de los trastornos narcisistas, la etiqueta “no tributario-a de tratamiento [psicoterapéutico]” [de Freud] se ha eliminado del vocabulario del psicoanalista moderno”.<sup>1</sup>

El objetivo del análisis moderno sería complementar y ampliar la obra de Freud, especialmente en el abordaje y tratamiento del paciente narcisista, o preedípico, desde lo psicoanalítico, utilizando nuevas técnicas:

- Comunicación emocional. En las etapas preverbales del desarrollo de la personalidad, origen frecuente del trauma psicológico, no hay palabras, sino emociones. Y sólo a través de éstas, en una primera instancia, podemos intentar llegar al paciente pre-edípico. Los últimos avances en el mundo de la neurociencia, por otra parte, apoyarían también esta perspectiva.

- Función contacto / Preguntas orientadas hacia el objeto. El objetivo sería no perder el contacto o vínculo con el paciente, aunque sea en base a conversaciones aparentemente triviales, y con preguntas no dirigidas hacia el sujeto (“¿cómo te encuentras hoy?”), sino hacia el objeto (“¿qué tal lo estoy haciendo hoy?”). Dada la naturaleza de la transferencia narcisista (sujeto y objeto fundidos, o muy precariamente diferenciados), no cuestionamos, de entrada, la resistencia del paciente en este estadio (defensa narcisista, transferencia narcisista).

- Manejo de la agresión / Terapeuta como objeto de la misma / Transferencia negativa. Se trataría de no evitar (la expresión verbal de) lo agresivo, lo que equivale a no eludir la profundidad de la herida narcisista, ni de la consecuente agresividad. Es el (lento) inicio del redireccionamiento del vector centrípeto de la agresividad (hacia adentro, hacia uno mismo) para irlo convirtiendo en centrífugo (hacia afuera, hacia el terapeuta). Es el cuestionamiento de la imposibilidad de trabajar en transferencia negativa de Freud (o incluso Foulkes).

- Cuestionar lo interpretativo. En el marco de la transferencia narcisista, interpretar no sólo sería inútil, sino muy probablemente contraproducente. La interpretación sólo tiene sentido, aparte de para satisfacer el ego del analista (a menudo muy necesitado de ello, y especialmente en el manejo de pacientes difíciles), en el marco de la transferencia neurótica o de objeto, con un paciente más maduro y capaz de distinguir entre uno mismo y el otro.

Tomando como referencia todo este nuevo cuerpo teórico-práctico, Louis Ormont, seguidor de Spotnitz, daría forma años más tarde a la versión grupal del análisis moderno, fundando el Center for Group Studies de Nueva York en 1989, inspirado en la obra de S. H. Foulkes en Inglaterra y los Institutos de Grupoanálisis de tradición fouldksiana que iban surgiendo en Europa.

Su obra de referencia es *The Group Therapy Experience: From Theory to Practice* (1992), de tono muy positivista (recuerda a Foulkes), pero sin dejar de tocar temas incómodos como la inseguridad del conductor y las resistencias potencialmente destructivas por parte de individuos, subgrupos, o de todo el grupo, en la línea del antigrupo de Nitsum.

El objetivo del análisis grupal moderno sería coincidente con el del grupoanálisis clásico: Dada la naturaleza social del ser humano, la curación de su malestar psíquico pasa por la interacción con otros seres humanos, más allá del terapeuta. La experiencia grupal sería una experiencia emocional correctora desde lo relacional, y el grupo sería como un campo de prácticas antes del “alta” hacia el mundo “real”.

A diferencia del grupoanálisis fouldksiano, el análisis grupal moderno no extiende su mirada a aspectos filosófico-sociales de lo grupal, sino que se centra en lo clínico.

El tamaño de los grupos de trabajo (pequeño, mediano, grande) no determinan tampoco, necesariamente, el tipo de dinámica grupal que en ellos se llevará a cabo.

El análisis grupal moderno, a su vez, se dota de nuevas técnicas, como son:

- La inmediatez. Sería el equivalente del “aquí y ahora” de Foulkes. Todos los que trabajamos en grupo somos conscientes del enorme valor de la interacción que se da entre los miembros del grupo durante el transcurso de la sesión grupal, pero por alguna extraña razón nos resistimos a ello y, a menudo, nos instalamos en el “allí y entonces”. La mayoría de técnicas enumeradas a continuación van encaminadas a intentar superar esta resistencia que llevamos incrustada como herederos que somos del psicoanálisis y del diván.

- La comunicación emocional: sentimientos vs pensamientos. De nuevo, a menudo nos sentimos más cómodos en el plano intelectual, reduciendo la comunicación entre miembros del grupo a un simple dar consejos, resistiéndonos a explorar la mina que contiene el material precioso que supone lo emocional. Y no (sólo) lo emocional per se o en sentido abstracto, sino, particularmente, lo emocional que se siente en el grupo y, más aún, lo que se siente en relación a otros miembros del grupo.

- El “Bridging”. O la creación de puentes, es precisamente una técnica directamente encaminada a favorecer la interacción entre diferentes miembros del grupo. Hay varios tipos de bridging, y no voy a entrar en detalle aquí, pero un ejemplo sencillo sería preguntar al miembro A lo que siente o piensa sobre (algo relacionado con) el miembro B, en lugar de cuestionar directamente a cada uno de ellos (o bien al grupo en general). Es decir, favorecer la triangulación en lugar del lanzamiento de vectores aislados que nos situarían más en el psicoanálisis *en* grupo, y nos alejarían del análisis *de* grupo.

- La exploración de resistencias: “si no hay resistencias, no hay análisis”.<sup>2</sup> En eso creo que podemos estar todos de acuerdo. El análisis moderno reivindicaría el mantenimiento (temporal) de ciertas resistencias para mantener la función de contacto de la que hablábamos antes. La técnica del “joining”, o “unirse a”, iría precisamente dirigida a esto.

- El contrato. Entendido no sólo como normas de funcionamiento del grupo, sino como marco a partir del cual o, mejor dicho, a partir del incumplimiento del cual, podremos detectar y, deseablemente, explorar diversos tipos de resistencias.

A modo de resumen:

- Confidencialidad.

- Asistencia.

- Puntualidad (también puntualidad en los pagos, si procede).

- Los impulsos, pensamientos, y sentimientos se hablan, no se actúan, dándose preponderancia a los dirigidos a otros miembros del grupo así como evitar el contacto social fuera del grupo.

- Repartirse el tiempo de intervención en el grupo de manera proporcional.
- Permanecer en el grupo hasta la óptima resolución del conflicto que le trajo a él.
- Dar prioridad al manejo de lo agresivo sobre lo libidinal.<sup>3</sup>

En línea de lo comentado más arriba. No basta con ser lo suficientemente secuaces como para detectar que hay “agresividad latente en el grupo”. Tenemos que ser capaces de que ésta se verbalice, cuanto menos en lo etéreo y más en lo concreto mejor, si pretendemos que afloren otros sentimientos más supuestamente constructivos más adelante: sería la lucha-fuga de Bion, antes del emparejamiento.

- Considerar al grupo, no al terapeuta, como herramienta terapéutica. Teóricamente, creo que también compartimos esta máxima. Pasa que el narcisismo del que pretendemos “curar” a nuestros pacientes a menudo se ceba en nosotros, y entonces es cuando hacemos cosas como interpretar compulsivamente en lugar de escuchar, explorar, explorar más, y dejar que los otros miembros del grupo sean los que, seguramente sin darse cuenta, toquen las teclas que nos harán a unos y otros ir haciendo el cambio psicológico que nos acerca a la curación. Años después de haber acabado el proceso terapéutico, la mayoría de los miembros del grupo recordarán aquello que les dijo tal o cual compañero y que les iluminó de manera especial; no, seguramente, el “insight” que les dimos nosotros. Si nos tenemos que colgar alguna medalla, será por haber facilitado este formidable proceso entre los seres humanos de nuestro grupo.
- Líder vs conductor. Que no se entienda el párrafo anterior como una humildad mal entendida. En el mundo analítico moderno no hay ningún problema en referirse al conductor del grupo como líder. Como sabréis, la negativa de Foulkes, de origen germano, de adoptar el término líder fue debido al hecho de que la traducción del mismo al alemán es “fuhrer”, y el contexto en el que Foulkes conceptualizó el grupoanálisis, la Inglaterra de la post-guerra, junto con su llegada a la Inglaterra de antes de la guerra como refugiado judío, pesaron, comprensiblemente, demasiado.

Pero esto no hace al “conductor” de grupo menos involucrado en éste (“un miembro más del grupo”, en palabras de Foulkes) que al “líder” analítico moderno. Aquél, a menudo, tiene la tentación de actuar como “analista” de lo que está sucediendo en el grupo, a una cierta distancia, defendiendo su “neutralidad”, mientras que éste no sólo se pone a disposición del grupo (o del individuo) para ser el receptáculo de la agresividad del mismo, como hemos visto más arriba, sino que utiliza sus propios sentimientos y emociones en el aquí y el ahora del grupo (o de la díada), para intentar entender lo que está aconteciendo en el mismo y para modular sus intervenciones. Estamos hablando, claro está, de la contratransferencia, obstáculo a superar según los clásicos, sobre la cual los menos clásicos teorizamos mucho, pero que a menudo sigue constituyendo una fuente de temor, más que una fuente, precisamente, de “insight”.

Desde mi punto de vista el grupoanálisis vive, aún hoy, preso de una crisis identitaria, empezando por su propio nombre, y acabando por el nombre del encargado o responsable de dirigir o coordinar la actividad del grupo, como acabamos de ver. Por medio, sus lazos filiales con el psicoanálisis no acaban, a menudo, de estar resueltos del todo. No nos acabamos de creer lo de que el ser humano es un ser eminentemente social, y que, por tanto, el grupo es una herramienta como mínimo tan valiosa como el tratamiento individual.

No es infrecuente que colegas que terminan la formación grupal sientan que el antigupo que les rodea, y al que no saben cómo hacer frente, les impida de hecho hacer grupos, y vuelvan a lo individual; o bien que sientan que su formación “no es suficiente”, y acaben embarcándose en formaciones que se alejan de lo grupal, perpetuándose precisamente la dinámica regresiva que pretendíamos superar. ¿Puede tener algo que ver que desde los propios institutos formativos se desprendan hacia los alumnos estas contradicciones internas?

Respecto al nombre de la propia disciplina: sí, en castellano, “conductor” no deja de ser un término sorprendente para referirnos a nuestro trabajo (basta que hagamos la prueba con compañeros de fuera de nuestro ámbito), ¿qué me decís

de “grupoanálisis”? No creo que hubiera ningún lingüista ni ninguna academia de la lengua que le diera el visto bueno. ¿Por qué diantres el “group analysis” que tan laboriosamente conceptualizó Foulkes (y sobre cuya obra, por cierto, queda tanto aún por publicar! Otra resistencia súmamente interesante) tuvo que adaptarse al castellano como una única palabra, “grupoanálisis”, en lugar de lo que habría sido más natural, “análisis grupal” o “análisis de grupo”, siguiendo el patrón de traducción de expresiones inglesas similares? ¿O el adjetivo “group analytic”, como “analítico-grupal”? No puedo evitar pensar que fue, consciente o inconscientemente, para parecerse más al “psicoanálisis” y a lo “psicoanalítico”. Y no puedo evitar sentir que este hecho implica forzar una identidad un tanto altisonante (“grupoanalista”, lo “grupoanalítico”) que una traducción más natural nos ahorraría. Esto, aparte del hecho de que, sea en castellano o en inglés, el grupoanálisis adolece aún de lagunas teóricas importantes, sobre las que poco parece que se esté haciendo: escritos de Foulkes misteriosamente aún sin publicar; ignorancia del Foulkes que a mí me gusta llamar “moderno”, o radical, en terminología de Dalal, a favor del “ortodoxo” (más aferrado al psicoanálisis). Y, además, desde la ortodoxia grupoanalítica, la resistencia enorme a aceptar otras visiones del trabajo psicoterapéutico, igualmente “grupal” e igualmente “analítico”, como “verdaderamente grupoanalítico”. La explicación/concesión de algunos líderes de la estratosfera grupoanalítica sería que todas estas visiones sí que podrían aspirar a incluirse dentro de la “psicoterapia analítica grupal”, pero que el grupoanálisis es algo más, claramente superior.

Si la objeción es que el grupoanálisis centrado en lo clínico no es grupoanálisis, sino (sólo) psicoterapia analítica grupal, ¿por qué no referirnos a esas otras aplicaciones de lo grupoanalítico utilizando algo tan sencillo con adjetivos? Así tendríamos grupoanálisis social, grupoanálisis político, grupoanálisis filosófico, etc.

No entraré aquí tampoco, por no extenderme, en la evidencia, documentada y publicada<sup>4,5</sup>, aunque convenientemente olvidada, de que fue Trigant Burrows en Estados Unidos quien de hecho acuñó el término “group analysis” en los años 20, unas cuantas décadas antes de que lo hiciera Foulkes.

Precisamente, algunas de las visiones (que no alternativas, sino absolutamente complementarias) del trabajo en grupos, felizmente ignorantes de una supuesta propiedad de la patente de lo grupoanalítico, como el análisis moderno, se refieren a su trabajo en grupo, de manera natural y como no podría ser de otra manera, como “group analysis”<sup>6</sup>. No en vano Ormont fue discípulo de Foulkes; pero, geográficamente alejado de la Inglaterra de post-guerra y gracias a la influencia que tuvo en él la obra de Spontitz, fue capaz de enriquecer su modelo de “group analysis”, a veces denominado también “modern group analysis”, “modern group” o, simplemente, “modern analysis”. Y este concepto, análisis moderno, incluye afortunadamente tanto el trabajo individual (generalmente reservado para el paciente pre-edípico, que aquí tendemos a llamar “grave”, antes de que se le pueda incorporar a un grupo) como el grupal, en una conjunción, desde mi punto de vista, mucho más saludable y natural, que la dicotomía eterna entre lo “psicoanalítico” y lo “grupoanalítico”.

“El Análisis Moderno es un método de investigación (exploración), más que de explicación (interpretación)”<sup>7</sup>.

“By not doing analysis, you´ll be doing great analysis”<sup>8</sup>.

Sin dejar de tener claro de dónde venimos (“qui perd els seus orígens, perd la seva identitat”, como decimos en catalán, mi lengua materna) y presumir de “escuela” y de manera de entender el origen del sufrimiento humano, tengamos en cuenta que a veces la etiqueta de “analítico” nos encorseta y nos condiciona a ser y a actuar de una manera poco genuina, forzándonos a ser “brillantes” y “perspicaces” interpretadores de una fabulosa y vasta realidad que, con dejarla desarrollar en todo su esplendor, nos ofrece un espectáculo mucho más reconfortante y enriquecedor. Seremos grandes “analistas” en la medida que seamos capaces de facilitar esto.

A modo de conclusión, los beneficios que aportaría la visión grupal del análisis moderno serían:

- Facilitar la creación de grupos, tanto en el ámbito privado como en los servicios de salud mental, desde el realismo, combinando la visión optimista de Foulkes con el antigropo de Nitsum.

- Aceptar lo agresivo como compañero de viaje del proceso terapéutico. Si no somos capaces de hacerla aflorar, desde lo verbal y en el marco de seguridad del grupo, la agresividad, siempre presente y a menudo latente, lo más probable es que se gire en nuestra contra y acabe actuándose en forma de destrucción del grupo.
- Tolerar mejor la intensidad emocional durante el proceso grupal, al contar con la contratransferencia como aliada, no como enemiga.

- Sentir más confianza como conductor de grupo, al disponer de un mayor arsenal terapéutico. No tener miedo de ser “líder”.

Desde mi experiencia personal, así fue. Necesité de lo “moderno” para que lo “grupoanalítico” que había en mí pudiera aflorar y dar frutos, es decir, empezar a hacer grupos.

### Contacto

Joan Coll • joan.angel.coll@gmail.com  
Almirall Bonifaz 5-B • Palma 07014

### Referencias bibliográficas

1. Spotnitz H. and Meadow, P. (1976). Treatment of the Narcissistic Neuroses, NY. Man. *Center for Advanced Psychoanalytic Studies*.
2. Spotnitz H. (1969). Resistance phenomena in group psychotherapy (overview). *Group Therapy Today*. Ruitenback (ed), New York: Alther-ton Press, 203-217.
3. Spotnitz, H. (1976). Dealing with aggression in groups. *Psychotherapy of Preoedipal Conditions*. New Jersey: Jason Aronson, 69-75.
4. Burrow, T., Pertegato, E. (2009). Dalla psicoanalisi alla fondazione della gruppoanalisi. IPOC.
5. Pertegato, E. (2013). From Psychoanalysis to Group Analysis: The Pioneering Work of Trigan-t Burrow. Karnac Books Ltd.
6. Ormont, L. The Group Therapy Experience: From Theory To Practice (1992). The Library of Congress. 1; 1-6.
7. Sherman, M.H. (1983). Emotional communication in modern psychoanalysis: some Freudian origins and comparisons. *Modern Psychoanalysis*, 8(2), 173-189.
8. Ormont, L. (1992). Involving the players. *The Group Therapy Experience*. New York: St. Martin's Press, 15-26.

- Recibido: 16/10/2017.
- Aceptado: 15/12/2017.



**HISTORIA**



# En torno al libro “Psicoanálisis de los sueños” (1940) de Ángel Garma: un epistolario de difusión y la teorización de una diferencia.

*Around the book “Psychoanalysis of dreams” (1940) by Ángel Garma: an epistolary of diffusion and the theorization of a difference.*

Clara Casalegno, Mayumi Asato y Melisa Barrera

Facultad de Psicología, Universidad de Rosario, Argentina.

**Resumen:** El presente trabajo se desprende del Archivo Digital Ángel Garma radicado en el Centro de Estudios Históricos del Psicoanálisis en la Argentina (CEHPA) con sede en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), cuyos originales se encuentra a cargo de Iñaki Markez, psiquiatra y editor de la Revista *Norte de Salud Mental* y secretario de publicaciones de la Osasun Mentalaren Elkarte Asociación Mentales de Osasaun (OME) que pertenece a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), quien está desarrollando una tarea de conservación de materiales y documentos de Ángel Garma donados a la Biblioteca Foral de Bizkaia.

A partir de la clasificación del material epistolar de dicho archivo se orientó la investigación hacia la segunda edición del libro de este autor, intitulado “Psicoanálisis de los sueños” (1948). La lectura del mismo permitió organizar este trabajo en dos líneas principales.

La primera línea versa sobre la estrategia política de Garma para difundir, a partir de los múltiples intercambios epistolares, el libro “Psicoanálisis de los sueños” en vías de promover la institucionalización del psicoanálisis en Argentina.

La segunda línea se centra en la lectura crítica que el autor desarrolla en este libro respecto al planteo freudiano de que el sueño es una satisfacción de deseos.

**Palabras claves:** Ángel Garma, Psicoanálisis de los sueños, Material epistolar.

**Keywords:** Ángel Garma, Psychoanalysis of dreams, Epistolar material.

## Agradecimientos

Quisiéramos agradecer a las siguientes personas, quienes nos han posibilitado realizar este trabajo: Ana Bloj (Directora del CEHPA), Soledad Cottone (Co-directora del CEHPA) y Jose Ignacio Allevi (Miembro del CEHPA).

## I. Introducción

El Dr. Ángel Garma (Bilbao, 24 de junio de 1904-Buenos Aires, 29 de enero de 1993) miembro fundador de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), en el marco de una prolífera actividad institucional, académica y teórica, publica

en el año 1940 el libro *“Psicoanálisis de los sueños”* de la mano de la Editorial El Ateneo (Buenos Aires), con una segunda edición en el año 1948 de la Editorial Nova (Buenos Aires) y una tercera en el año 1956 de la misma editorial.

El presente trabajo constituye una aproximación a la difusión realizada por Ángel Garma de su libro *“Psicoanálisis de los sueños”*, fundamentalmente su segunda edición, a partir del intercambio epistolar que éste mantuvo con diversos interlocutores tanto locales como internacionales, así como también un pasaje por algunos planteos teóricos que se desarrollan en este libro, donde se destacan diferencias respecto de la tesis freudiana del sueño.

Respecto a la edición que data en 1948 es importante situar que se produce seis años después de la institucionalización del psicoanálisis en la Argentina con la fundación de la APA. Este hecho, incluido en el movimiento psicoanalítico argentino de ese entonces, resulta capital para leer las modificaciones que se produjeron en esta segunda edición. Los mismos incluyen el aporte de nuevo material teórico introducido bajo la forma de capítulos articulados con el material inicial, el cual fue cotejado y discutido en los cursos del Instituto Psicoanalítico de Buenos Aires y en diversas revistas nacionales e internacionales. Según Ángel Garma, esta segunda edición triplica a la primera en extensión, en sueños estudiados e incorpora material gráfico. Al mismo tiempo conserva la intención inicial del autor de alcanzar a todo tipo de lector proponiendo la sencillez en su exposición.

Este libro se ubica dentro de una vasta producción teórica de Ángel Garma entre las cuales mencionamos *“El Psicoanálisis, la Neurosis y la Sociedad”* (Librería Gutenberg, Madrid, 1936) *“El Psicoanálisis. Presente y Perspectivas”* (Aniceto López, Buenos Aires, 1942) *“Sadismo y Masoquismo en la Conducta”* (3era edición, Editorial Nova, 1952) *“La Psychanalyse des Reves”* (Presses Universitaires, París, 1956) *“Génesis Psicósomática y Tratamiento de las Ulceras gástricas y duodenales”* (Editorial Nova, Buenos Aires, 1954), entre otras.

Por otro lado, es fundamental mencionar que la figura de Ángel Garma alcanzó una importante relevancia por su lugar en tanto miembro fun-

dador de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA). Es importante destacar que su condición de miembro de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA) fue clave para dicha fundación. En esta línea, se destacan diversos trabajos como el de Alejandro Dagfal, quien sostiene:

Garma se había formado en Berlín, donde se había analizado con Theodor Reik; Cárcamo se hizo miembro de la Sociéte Psychanalytique de París, luego de pasar por el diván de Paul Schiff, y Marie Langer se había formado en psiquiatría en Viena, donde se había analizado con Richard Sterba. Este grupo medico heteróclito, sumando otros miembros menos notorios, iba a organizar la Asociación Psicoanalítica más importante de América Latina (Dagfal, 2009: 107)

Es importante situar que este trabajo se inscribe en el Proyecto de Investigación (2016-2018): “Un archivo transnacional de un proceso local: líneas de investigación del Archivo Virtual Ángel Garma” (Cód.: PSI351. Resol. CS N 1475/16; SCyT-Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Psicología) cuya directora es Soledad Cottone y co-director José Ignacio Allevi, que se interesa por historizar y producir materiales historiográficos sobre el archivo personal de Ángel Garma, teniendo por objetivo abrir posibles líneas de abordaje de la figura de Ángel Garma para interrogar desde allí tanto su producción como su lugar dentro de la historia del movimiento psicoanalítico. Dicho Archivo se encuentra recientemente digitalizado por el CEHPA (Facultad de Psicología UNR) cuyos originales están a cargo de Iñaki Markez, psiquiatra y editor de la Revista Norte de Salud Mental y secretario de publicaciones de la Osasun Mentalaren Elkartea Asociación Mentales de Osasun (OME) que pertenece a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), quien está desarrollando una tarea de conservación de materiales y documentos de Ángel Garma donados a la Biblioteca Foral de Bizkaia.

Tomando como una de sus fuentes el Archivo Digital Ángel Garma que cuenta con un total de 3.205 folios organizados en 16 carpetas, este trabajo se desprende de la selección de un total de veintitrés cartas dirigidas a Garma vinculadas con *“Psicoanálisis de los sueños”* de las cuales dieciocho han sido relevadas, fechadas en su mayoría en el año 1948, año que coincide con el

lanzamiento de la segunda edición del libro, con excepción de dos de ellas, una de las cuales data del año 1940, otra de 1945.

## II. Garma detrás de un objetivo: dar a conocer su obra

En este apartado nos ocuparemos de la actividad epistolar de Garma para difundir su obra entre sus contactos, donde se destacan las figuras de Sandor Lorand (Nueva York), Stewar Worf (Nueva York), Osvaldo Loudet (Argentina), Gregory Zilboorg (Nueva York), Bernhard Berliner (San Francisco California), Wulf Sachs (Johannesburg), R.W Pickford (Escocia), Sidney Kahr (Nueva York), Luis Giménez de Asua (Buenos Aires), Luis Manuel Morales (Puerto Rico), Therese Benedek (Chicago), Jule Eisenbud (Nueva York), Geza Roheim (Nueva York), Edmund Bergler (Nueva York), O. Spurgeon English (Filadelfia), Berta Bornstein (Nueva York), entre otros. Cabe destacar que la mayor parte de la correspondencia es con interlocutores de Estados Unidos. Entre las dieciocho cartas relevadas se pueden distinguir aquellas que solo versan en un formal agradecimiento por el envío del libro por parte de Garma, entre las que se destacan las de O. Spurgeon English del 6 de octubre de 1948 (Filadelfia); Therese Benedek del 9 de octubre de 1948 (Chicago) y una tercera cuyo remitente es anónimo, fechada el 24 de agosto de 1948, proveniente de Montevideo. Entendemos que la revisión de este material inédito es fundamental para pensar en los procesos de circulación de una obra, en tanto no constituía sólo una estrategia para difundir su producción, sino que le permitían a Garma canalizar otro tipo de objetivos, como la institucionalización misma del Psicoanálisis en Argentina y su consolidación en el marco de la región y la IPA.

Por otro lado, el material cuenta con cartas que ponen de manifiesto no solo un agradecimiento por el envío del libro sino también la existencia, entre Garma y sus interlocutores, de un vínculo afectivo previo. Entre ellas es posible distinguir las de Berta Bornstein del 8 de octubre de 1948 (Nueva York) en la que menciona que, así como Garma aprendió alemán con Goethe, ella podría aprender español con Garma; Jule Eisenbud del 9 de octubre de 1948 (Nueva York); Osvaldo Loudet del 18 de agosto de 1948 (Argentina), quien realiza una elogiosa recepción del libro enviado por Gar-

ma; Konstantine y Ruth del 17 de octubre de 1948 (Tucumán); Luis Giménez de Asúa del 27 de agosto de 1948 (Buenos Aires) en la que hay una elogiosa recepción del libro y un manifiesto interés por intercambiar obras; Bernhard Berliner del 13 de octubre de 1948 (San Francisco, California) que hace mención a la época de formación que ambos compartieron en Berlín, como así también da cuenta de cierto intercambio referido a intereses institucionales donde se menciona a la APA y al movimiento psicoanalítico de San Francisco; Sidney Kahr del 14 de octubre de 1948 (Nueva York) en la cual, además de agradecimiento por el envío del libro, hay una mención a un encuentro con Garma en Nueva York; Wulf Sachs del 22 de octubre de 1948 (Johannesburg) se hace mención a otras obras de Garma y da cuenta de cierto interés por llevar a cabo intercambios editoriales; Stewar Worf del 26 de octubre de 1948 (Nueva York) que pone de manifiesto un importante interés por el libro. En este sentido se observa el incesante gesto de Garma de utilizar sus contactos previamente establecidos como vías de transmisión de sus producciones, desarrollando eficazmente una política de difusión que le posibilita dar a conocer la publicación de su libro en diversas latitudes, siendo estos vínculos canales privilegiados de intercambios, reconocimientos y discusiones.

A su vez pueden reunirse una serie de cartas en relación a un interés específicamente vinculado a un intercambio de obras entre los interlocutores y Garma, que no muestran la existencia de un vínculo afectivo. Entre ellas podemos situar la de Edmund Berger del 27 de septiembre de 1948 (Nueva York); Geza Roheim del 4 de octubre de 1948 (Nueva York), quien a su vez incluye cierta mención sobre las traducciones del libro; Luis Manuel Morales del 23 de septiembre de 1948 (Puerto Rico) y la de Gregory Zilboorg del 16 de diciembre de 1948 (Nueva York).

Por último, el material cuenta con dos cartas de Sandor Lorand una del 11 de octubre de 1948 (Nueva York) que consiste en un agradecimiento por el envío del libro y otra fechada 1 de diciembre de 1948 (Nueva York) en la que se encuentra una respuesta sobre una consulta de Garma respecto a la relación institucional entre la Sociedad Sudamericana y la Asociación Psicoanalítica Internacional. Plantea un posible contacto con editores para que se realice la traducción del libro.



### III. Psicoanálisis de los sueños: punto de discusión con Freud

Siguiendo la letra de Garma en el prólogo de la segunda edición, podemos distinguir dos grandes vías que lo condujeron a la escritura del libro *Psicoanálisis de los sueños*. Por un lado, este libro es el resultado de su tesis de doctorado en la Universidad Nacional de la Plata, tesis con la que revalida el título de médico de la Facultad de Medicina de Madrid (España).

Por otro lado, Garma plantea un doble impulso que lo conduce a la realización de este trabajo. En primer lugar, resalta la importancia de los sueños como medio para descubrir la psicogénesis de las neurosis, así como en el procedimiento de la psicoterapia. En segundo lugar, como contribución a la investigación científica.

Del mismo modo, Iñaki Markez -biógrafo de Ángel Garma-, sostiene:

...estudiando los sueños de sus pacientes creyó percibir hechos aun no descritos que ayudaban a la comprensión de algunos puntos desconocidos de la psicología onírica. Con dos deseos presentes en muchas de sus publicaciones. Por un lado, contribuir a avivar el interés por el psicoanálisis. No el interés superficial del que ha leído los escritos de Freud y se deshace en alabanzas hacia el genial investigador, sino el interés menos ruidoso del que comprende la trascendencia del psicoanálisis y su significado práctico. Por otro lado, exponer sus propias observaciones para encontrar confirmación o crítica. (Markez, 2005: 98)

Este autor resalta la importancia de los sueños en la obra de Garma, plantea que él mismo *...tuvo presente el trabajo con los sueños mientras estuvo activo, desde... "Psicoanálisis de los sueños" hasta la publicación en 1990 de "Tratado mayor de psicoanálisis de los sueños"*. Cabe destacar que entre ambas obras Garma publica *"Nuevas aportaciones al psicoanálisis de los sueños"*, obra que edita la editorial Paidós en el año 1970, la cual había publicado una reedición del libro *"Psicoanálisis de los sueños"* en el año 1963.

La tesis fundamental del libro *"Psicoanálisis de los sueños"* es desarrollada por Garma en un capítulo denominado "La situación traumática".

Cabe destacar que este capítulo fue publicado, sin el material gráfico en 1926 en *The International Journal of Psycho-analysis* órgano de difusión de enorme trascendencia en el ámbito psicoanalítico internacional.

En este capítulo del libro Garma comienza tomando la letra freudiana desde el planteo de que el sueño es una satisfacción de deseos inconscientes, sin excepción de los sueños de angustia, de los sueños masoquistas, entre otros. Sin embargo, abría una excepción a esta regla dada por los sueños de las neurosis traumáticas, que Freud explica como aquellos en que una persona que ha sufrido un shock psíquico intenso -como suele suceder en la guerra- produce sueños en los cuales se presenta una reproducción monótona de las situaciones desagradables experimentadas en el momento del trauma. En la reproducción de la situación traumática no habría deseo que se satisfaga alucinatoriamente. Garma aporta otra excepción, que toma del mismo Freud, respecto de la frecuencia con la que se observa en los sueños la presencia de vivencias desagradables olvidadas que ocurrieron en la infancia del sujeto y tuvieron influjo traumático. Garma sostiene que para Freud la excepción no confirma la regla, razón por la cual introduce entonces una pequeña modificación: en lugar de decir que el sueño es una satisfacción de deseos, afirma que el sueño es una "tentativa" de satisfacción de deseos.

Para Garma la situación traumática interviene no solo en los sueños de neurosis traumáticas o en aquellos que reproducen ciertas situaciones traumáticas infantiles, sino en todos los sueños. Garma considera que la existencia de un factor traumático es de suma importancia en la génesis de los sueños, posiblemente el factor más importante y plantea que este punto de vista es su gran aporte al estudio de la psicología de los sueños.

Otra objeción a la teoría freudiana de la satisfacción de deseos en los sueños, versa sobre la frecuencia con la que dicha satisfacción es poco intensa, calificándolo como la *cobardía de los sueños*.

En el origen de los sueños suelen hallarse entonces una situación desagradable para el sujeto,

que el sueño intenta corregir. Dicha situación desagradable el autor la denomina *situación traumática*. Para definirla, Garma se aferra al concepto freudiano de vivencia traumática, definida como aquella que ocasiona en poco tiempo una intensidad tan grande de excitaciones psíquicas que el sujeto no puede liberarse de ellas o elaborarlas de un modo normal. Estas serían las características de la situación desagradable que constituye el origen de los sueños, es decir, la incapacidad del sujeto para liberarse de excitaciones demasiado grandes o elaborarlas de modo normal. A su vez, Garma plantea que en el origen de los síntomas neuróticos se observa que siempre existe también una fijación a una o varias situaciones traumáticas. Ahora bien, según el autor la existencia de una situación traumática no invalida la teoría de la satisfacción de deseos de Freud, más bien la completa señalando un punto que debe ser tenido en cuenta para la interpretación. Comparando el contenido latente con el contenido manifiesto del sueño, se observa que la situación traumática que forma el contenido latente, es transformada en el contenido manifiesto en una situación agradable o al menos, en una situación menos desagradable o indiferente. Es decir, que en la elaboración del sueño ha habido una clara evolución en el sentido de la satisfacción de un deseo. A sí mismo la existencia de la situación traumática explica el porqué de la cobardía de los sueños en su tentativa de satisfacer deseos. El sueño es incapaz de atreverse mucho en el camino de la satisfacción justamente porque el sujeto está psíquicamente fijado en la situación traumática. Sin esta fijación la satisfacción de deseos sería más intensa.

La situación traumática es el factor principal del sueño y la causante de que los pensamientos sigan un camino regresivo abandonando los términos abstractos del pensamiento ordinario y constituyendo alucinaciones concretas. El deseo que se satisface no es la causa de la regresión alucinatoria, sino solo una tentativa de disimulación del desagrado psíquico, originado por la fijación traumática. Esta situación traumática debe ser hallada en la interpretación de los sueños, para lo cual hay que tener en cuenta la psicología del enfermo, que en él puede obrar traumáticamente un deseo que en una persona normal produce placer. Al mismo tiempo, un sueño tiene por base una o varias situaciones traumáticas. Una situa-

ción traumática, a su vez, puede reavivar otra situación traumática análoga pero no actual sino perteneciente a épocas pasadas del sujeto.

Consideramos que el punto más álgido de la postura crítica de Garma respecto a la obra freudiana sobre el sueño, radica en el descentramiento de la sexualidad como epicentro de la formación del sueño.

#### IV. Conclusión

El acercamiento a la obra "*Psicoanálisis de los sueños*" así como la aproximación a la vasta correspondencia en relación a este libro que hemos hallado en el Archivo Personal de Ángel Garma, nos devuelven la imagen de un psicoanalista preocupado tanto por la producción teórica como por el intento de generar vehículos de promoción y difusión que acerquen la teoría psicoanalítica a diversos lectores.

En esta significativa correspondencia se observa el incesante trabajo de Ángel Garma de constituir un entramado de relaciones, con diversos colegas tanto locales como internacionales, que funcionen como matriz sobre la cual el psicoanálisis circule, difundiendo su importancia e intentando reforzar lazos institucionales así como personales. Este intercambio epistolar se desarrolla, en algunos casos, con figuras con las que ya existía un lazo previo, incluso un lazo afectivo personal, así como con figuras con las que se intentaba generar nuevos lazos.

Este tendido de relaciones que llevo adelante Ángel Garma dan cuenta de su intento de contribución al armado local e internacional del psicoanálisis, donde el aspecto institucional cobra importante valor. Esto lo transforma en una figura de relevante transcendencia en el ámbito psicoanalítico, figura activa que ha sabido aprovechar su condición de extranjero en Argentina para reforzar los lazos con otras partes del mundo.



### Contacto

Clara Casalegno • claracasalegno@gmail.com

Melisa Barrera • melibarrera2@hotmail.com

Mayumi Asato • mayumiasato@hotmail.com

Universidad Nacional de Rosario • Facultad de Psicología  
Riobamba 250 bis • 2000 Rosario, Argentina

### Bibliografía

Dagfal, Alejandro (2009), *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo (1942-1966)*, Buenos Aires, Paidós.

Markez, I. (2005), *El bilbaíno Ángel Garma (1904-1993) Fundador del psicoanálisis argentino*. Bilbao, Bizkaiko Gaiak, Fundación BBK.

• Aceptado: 19/12/2017.

# Memoria, duelo y psicoanálisis en el largo camino de dolor entre 1939 y 2017.

## *Memory, and psychoanalysis on the long tail trauma between 1939 and 2017.*

Anna Miñarro

Psicóloga clínica – psicoanalista. Barcelona.

**Resumen:** Porque el objetivo del síntoma traumático es encontrar a alguien a quien hablar, en este artículo se intenta encontrar una respuesta a la pregunta « ¿cuál es la actitud que debe adoptar el psicoanalista en casos de duelo extraordinario para trauma social? ».

Desarrolla la cognición de la elaboración traumática desde la intrínseca evidencia de la transmisión intergeneracional del trauma, de la primera a la cuarta generación, defendiendo el beneficio sanador de la palabra y constatando que el analista también debe abarcar la interpretación de lo que el paciente no puede decir pero que ha sido transmitido.

Desde una continuidad crítica y disruptiva, el escrito homenajea el trabajo y la doctrina de los pioneros del psicoanálisis a Cataluña y España de antes de la guerra del 36, sin olvidar que el nosotros no sólo aglutina a quien comulga con los ideales de una posición ética ante fenómenos de esta magnitud.

**Palabras clave:** Memoria, trauma, duelo, psicoanálisis, escucha, silencio.

**Key words:** Memory, trauma, Mourning, psychoanalysis, listening, silence.

### **De la impunidad en el sentimiento de culpa**

La historia de la violencia, y por tanto del aplastamiento los derechos humanos, en España es larga, ausente en lo social e histórico y totalmente silenciada y petrificada. Especialmente porque en la mayoría de los casos esta violencia, ejercida por pocos contra muchos, ha quedado en la impunidad.

Impunidad que, obligatoriamente, implica una nueva victimización, y sus consecuencias dramá-

ticas se prolongan en el tiempo, con pocas posibilidades reducirse, si no es que se hace un verdadero ejercicio de reconocimiento de la verdad, de la memoria y de reparación, ya que, aunque se vuelva a establecer un Estado de derecho con garantías constitucionales, la sombra del tiempo vivido en desprotección no es posible elaborarla.

El siglo XXI no parece ir hacia una situación mejor y mantiene la crueldad, la indiferencia, el olvido y la falta de interés por todo lo que sufren los maltratados, de antes y de ahora mismo.



© Arxiu Memòria de Mallorca.

Pero el olvido no existe:

«Y lo recordaba todo, y todo». El silencio encontraba formas de estallar, en forma de síntomas e impregnado por la imposibilidad de hacer el duelo y por la melancolía. Sabemos que la intensidad de lo perdido por Joan fue tan importante, que le impedía expresar sus emociones y así se instaló en la inhibición. Por lo tanto, afectó su identidad y forzó la aparición de la tristeza. Este silencio, sumado al exilio exterior, el forzado, le imposibilitó hacer un duelo «normal», natural. Le costó adaptarse al nuevo país, no pudo idealizar el nuevo sitio porque él no tenía ni tan sólo nombre: en la escuela lo llamaban «el español de mierda». Esto le significó una crisis personal en la que quedaba claro que la emigración no era una elección, sino la única salida para poder sobrevivir. (Del testimonio de Juan, 2010)

¿Qué es lo que nos permite pensar que es posible no recordar, negar la historia, mantener el olvido y la demanda continuada de mirar hacia otro lado y mirar hacia otro lugar?

### **Un duelo por la ausente presencia del familiar, ausencia que aporta un mensaje enigmático y conlleva un proceso de aflicción específica.**

Por lo que estamos viendo hoy en la vieja Europa, podríamos pensar que los derechos humanos han perdido la batalla y que lo que ha ganado ha sido la interferencia, la indiferencia, la prepotencia despectiva y el olvido. Así, sobre todo, debe-

mos preguntarnos cómo se podría conseguir la elaboración de la situación traumática, como se puede llegar a hacer el duelo, si sabemos que la situación traumática, el trauma, las pérdidas, los duelos, constituyen un todo indivisible. ¿Cómo podremos encontrar la forma de articularlo?

Sabemos que el duelo es el proceso posterior a una pérdida significativa (Freud, 1979), proceso que tiene como objetivo metabolizar el sufrimiento psíquico producido. En el trabajo *Duelo y melancolía*, Freud (1979) examina como un elemento esencial la comprensión de los aspectos normales y psicopatológicos del dolor y los procesos depresivos. El psiquismo tiene que hacer un trabajo de elaboración que permita, finalmente, que la persona pueda inscribirse como recuerdo el objeto perdido y recuperar el interés por el mundo externo. Tras un primer momento de denegación de la percepción, el aparato psíquico utiliza un juicio de realidad que le permite discriminar las categorías presencia ausencia y puede ir dando a la condición de ausencia una calidad definitiva, intentando ajustarse paulatinamente a la distancia que tendrá que hacer respecto al objeto o ser estimado que se ha perdido, es decir, desinvertir un objeto que antes había sido investido.

Sabemos que en el proceso normal de duelo siempre hay inicialmente una resistencia a aceptar la pérdida, hay rabia, hay impotencia, no se quiere creer, no se puede creer, más aún si este duelo es la consecuencia de la violencia de Estado (Puget, 2006).

A partir de esta comprensión psicoanalítica de la pena se puede empezar a hablar de procesos de duelo extraordinarios, es decir, aquellos que afectan a los maltratados y los familiares de las personas que desaparecieron durante la guerra del 36, la posguerra y la dictadura. Un duelo por el ausente presencia del familiar, ausencia que aporta un mensaje enigmático y conlleva un proceso de aflicción específica.

Con la guerra, la posguerra y la dictadura se impuso a sangre y a fuego una implacable dictadura nacional católica. La represión política fue aplicada de manera masiva y sistemática: secuestros, persecución, amenazas, exilio, cárcel, campos de concentración, asesinatos masivos,

tortura y desapariciones de ciudadanos. Todo ello constituyó un enorme paisaje de muerte, horror y terror que ha llegado hasta hoy a través de la transmisión a las generaciones y significó hacer desaparecer una parte importante de los jóvenes, casi dos generaciones, de trabajadores y de profesionales de este país, y cortar y arrancar de raíz sueños, proyectos y muchas vidas.

El terrorismo de Estado generó una situación traumática en el conjunto de los ciudadanos y afectó de forma directa o indirecta segundas, terceras y, tal como escuchamos, vemos y vivimos, cuartas generaciones. Fracturó los vínculos sociales, hizo aparecer nuevos vínculos polivalentes pero lábiles, que impactaron en la vida cotidiana de los sujetos y deterioraron la confianza. Debilitó lo que era más importante en la comunidad: la solidaridad. Así se incrementó el desamparo, la congelación y la clausura de los afectos, y se utilizó el individualismo como escondite. Aún hoy, después de más de ochenta años, se sigue pidiendo, exigiendo, a la sociedad que se sitúe entre el olvido y el recuerdo, entre el pasado y el futuro, es decir, entre democracia y no democracia. Continuamos escuchando la demanda de que no hay que despertar fantasmas del pasado ni abrir heridas, como si el olvido fuera posible. ¿Quizá es por este motivo sigue congelada la Ley de la memoria histórica, a la que el Gobierno de España no reconoce ni un mínimo de dotación económica desde hace años?

La fuerza de la palabra es, pues, indispensable. Este es el motivo por el que los autoritarios quieren hacerla desaparecer. Y ello sin perder de vista la dificultad de utilizarla en situaciones de catástrofe social porque nos confronta con la imposibilidad de describir la difícil y inquietante experiencia de los ciudadanos maltratados y muy especialmente de los familiares de desaparecidos. Pero sabemos muy bien que la palabra es, sobre todo, la responsable de la literatura, de la poesía y de la posibilidad de hacer crítica. Por encima de todo, lo comprobamos cada día desde nuestro oficio, la palabra hace nacer la memoria, el conocimiento y, por tanto, la libertad: la palabra cura.

Así, el objetivo del síntoma traumático es encontrar alguien a quien hablar, ya que el problema no es lo que se puede decir o no, sino que a menu-

do no hay nadie a quien decir las cosas, porque, como sabemos muy bien, todo el mundo tiene miedo, empezando por el analista. Sin embargo, el único lugar donde el trauma puede hablar es en el discurso analítico, porque cuando del trauma se ocupa la historia o el periodismo, aparece un gran peligro, el peligro de no encontrar un espacio catártico. La experiencia nos muestra que con el testimonio oral no tenemos suficiente, a pesar de saber que muchos ciudadanos escribieron y que su testimonio contribuyó a dar cuenta de lo que había pasado. No obstante, cuando los supervivientes han ido haciéndose mayores no siempre han sido bien escuchados.

### **El analista es el responsable de hacer el acompañamiento sin quedarse mudo**

El analista es el responsable de hacer el acompañamiento sin quedarse mudo, porque si fuera así, podrían pasar años y años sin que el trabajo terapéutico tuviera efecto. Habrá que hacer un trabajo interpretativo constante por parte del paciente sobre el inconsciente del analista (Faimberg, 2005) para que el analista pueda ocupar el lugar del otro en el vínculo social. En caso contrario, el trauma escapará, huirá, en busca de Otro a fin de proponer el discurso analítico. Y si se intenta muchas veces el paciente retornará a formas de denegación de sí mismo.

El trauma insistirá y buscará hablar y encontrará otro discurso, el de la institución social, el médico, o el de la familia... Incluso el político. Todos pueden llegar a decir «aquí no ha pasado nada», «aquello no fue tan grave» o «Ha pasado tanto tiempo que se puede olvidar». Este momento podría convertirse, para el paciente, en una forma de dolor intensa y, sobre todo, en la resistencia psíquica al proceso analítico. Y para el analista significaría un obstáculo tanto para escuchar como para interpretar y, aún más, para escuchar la escucha de la escucha.

Lo que propone el trabajo del trauma es un proceso de reconocimiento de existencia, un nuevo proyecto de vida, lo primordial, transformar la supervivencia en un deseo de vivir.

Aquellos que hemos decidido acompañar este duelo probablemente crecimos con nuestros fantasmas familiares, con tormentas emocionales y

con el silencio, inducido por el fascismo o voluntario para proteger las siguientes generaciones, y también el silencio pactado durante la Transición entre el franquismo y los partidos legalizados, incluso de izquierdas. Y todo ello tuvo efectos acumulativos sobre nuestra constitución como sujetos, sobre nuestro desarrollo y sobre nuestros mecanismos de adaptación como personas y como profesionales, a pesar de haber eludido durante muchos años todos aquellos recuerdos que podrían calificarse de insoportables.

Podemos encontrar en la literatura psicoanalítica muchos intentos de describir este fenómeno de elusión que fundamentalmente afecta segundas, terceras y cuartas generaciones. Por ejemplo, desde el concepto distante de la exigencia de la transmisión transgeneracional del trauma (Bohleber, 2012) al telescopaje de las generaciones (Faimberg, 2005) y los conceptos residuos radiactivos (Gampel, 2006) o postmemoria (Hirsch, 1997). Todos estos conceptos intentan dar forma a la importante influencia de la primera generación sobre las siguientes y tienen en común la comprensión de que las generaciones llevan el «dolor del fantasma» o la «memoria del fantasma» de personas y hechos de los que no tienen «Verdaderos» recuerdos.

Así, sabemos que hay que mantener la consideración conceptual del aspecto traumático, aunque resulta evidente que trabajamos y damos cuenta de un tipo de duelo que circula al límite de lo elaborable, por las características de la pérdida, por la situación en la que esta pérdida se ha producido, por el carácter traumático de la situación y por la imposibilidad de conseguir la verdad y la justicia y la reparación indispensable.

El discurso del trauma nos transmite un saber escrito en el cuerpo, un saber que es a la vez consciente e inconsciente, en el sentido reprimido, cortado, y que aparece en las crisis traumáticas.

Asesinado en 1938 en el cementerio de Porreres para milicias falangistas y enterrado bajo tierra. Hasta 2009, ni la primera ni la segunda ni la tercera generación pueden hablar. El silencio ocupa todo el espacio. La tercera generación investiga como deber de memoria y especialmente para haber captado el nivel de enfermedad psíquica y física que ha sufrido toda la familia. Exhuman

la fosa en 2016 y están en espera de confirmar el ADN. (Del testimonio los familiares de Marta, 2013)

Sabemos que somos el país donde hay más fosas comunes después de Camboya, y la mayoría aún sin exhumar, y también que los ciudadanos de las fosas fueron enterrados como indigentes (por ejemplo, en Porreres, Mallorca, 158 ciudadanos fueron amontonados en una fosa común del cementerio), de forma totalmente anónima, lanzados sobre la tierra. El único reconocimiento: la anomia.

Todo ello porque los represores, los torturadores, los responsables del genocidio aún están en situación de impunidad y ostentan importantes cargos públicos, que les han dado permiso para continuar torturando y obviando el cumplimiento de las obligadas leyes de verdad, memoria y reparación. Es decir, estamos viviendo en un país lleno de torturadores impunes, de asesinos impunes, que no responden ante ningún juez ni ningún fiscal, cuando no participan los jueces mismos de esta impunidad, un país donde, a pesar haber instado querellas como la de la justicia argentina, no obtiene respuesta. Como dijo el asesino general Videla, los desaparecidos no existen, ni vivos ni muertos, no están.

Así pues, aparece el silencio cuando el terror y el horror forman parte de la médula espinal, y se constituye como metáfora, porque lo que no se puede nombrar se convierte en exilio interior. A partir de este momento, el silencio es la actitud habitual y los vencedores hacen de amos y los vencidos de esclavos. Esto hace que los vencidos acepten, pues, la anomia y continúen votando al maltratador y el perverso.

A continuación aparece el secreto, que es lo que se esconde intencionadamente o quizás se desconoce, siempre vinculado a aspectos que dan vergüenza o que pueden parecer inadecuados, lo que puede ser susceptible de marcar a la familia o de no ser políticamente correcto.

Sabemos que todas las familias tienen su propia novela familiar con secretos ocultos, y éstos siempre son considerados como una carga pesada que está instalada en el inconsciente familiar y que se transmite de generación en generación

hasta la cuarta. Y que es, ésta, la razón más habitual de la ocultación, el silencio y la clausura de la palabra, es decir, la vergüenza, el sentimiento de culpa, el convencimiento de no haber hecho nada, y así evitar el perjuicio a la familia y evitar ser señalados por la sociedad. Cuando escuchamos a la primera generación, aquella que sufrió la guerra del 36, nos transmiten que lo han hecho por proteger a los hijos, aquellos que a pesar de haberlo sufrido también, se pueden considerar los más frágiles de la familia y los más perjudicados. Se piensa que se les puede aislar y así evitarles el sufrimiento. Sin embargo, los mecanismos inconscientes se empeñan en aparecer y lo reprimido siempre retorna. Es, pues, el inconsciente el que nos gobierna, como si las identificaciones inconscientes se balancearan sobre las segundas, terceras y cuartas: «Lo que se calla en la primera generación, la segunda lo lleva en el cuerpo» (Dolto, 1986). Y se expresa de diversas formas tanto físicamente como psíquicamente, por lo que siempre implicará desequilibrio y limitación. De todos modos, a veces, muchas, las generaciones siguientes intuyen que sostienen algo extraño sin conocer exactamente de qué se trata y de dónde viene.

En 1947 lucha de guerrillero en las montañas andaluzas, hasta que la Guardia Civil lo descubre a él y dos compañeros más y son asesinados. Estarán expuestos en la plaza pública durante tres días. La madre de Lola y su tía lo vivirán y lo verán, y serán rechazadas por «rojas» en todo el pueblo. Deciden emigrar, no por motivos económicos, que también, sino por motivos políticos, a Catalunya. El silencio y el secreto son, todavía hoy, permanentemente presentes, y la aparición de las dificultades también se pueden observar en la primera, en la segunda y en la tercera generación. El abuelo fue enterrado en una fosa común en Andalucía. La fosa fue exhumada en 2016, después de muchísimas gestiones y de la interrupción del proceso por parte de la Junta de Andalucía, gobernada por tres partidos de izquierdas! No se conocen tampoco los resultados del ADN, después de un año. (Del testimonio de Lola, nieta de guerrillero, 2014)

**... el trauma siempre va acompañado de muchas pérdidas e incluye la obligatoriedad de hacer todo tipo de duelos...**

En estas circunstancias, después de haber sufrido una situación traumática de estas dimensiones, se puede tener la sensación de que los ciudadanos hemos perdido incluso la capacidad de pensar. Y ello porque el trauma siempre acompañado de muchas pérdidas e incluye la obligatoriedad de hacer todo tipo de duelos: duelo por la pérdida de seres estimados, de objetos, de partes del cuerpo, de la casa, del trabajo, por la pérdida de ideales altamente invertidos, por la pérdida de proyectos y, sobre todo, por la ausencia interminable de los numerosos ciudadanos que aún están bajo tierra. Hoy todavía hay 130.000 personas sin identificar. Es posible afirmar que en nuestra sociedad se puede encontrar un antes y un después del golpe de Estado fascista que derrocó la legitimidad republicana. Esto nos lleva a pensar que la situación actual es exactamente como la de ayer, y que todavía nos estamos interrogando sobre esta realidad directamente vinculada a nuestros ancestros.

Antes y durante la República podíamos contar con numerosos profesionales y un entusiasta proyecto de salud mental, de entre los que podríamos destacar instituciones y profesionales que a menudo han quedado olvidados como consecuencia del exilio tras el golpe de estado fascista. Instituciones como el Ateneu Barcelonés, el Ateneu Enciclopèdic Popular o la Escuela del Trabajo. Profesionales como el Dr. Emili Mira, el Dr. Vilaseca, el Dr. Ángel Garma, el Dr. Francisco Tosquelles y numerosos psicoanalistas centroeuropeos.

Pero la guerra y la posguerra generaron una interrupción y también una censura importante en el desarrollo del psicoanálisis en Cataluña y en España. Como ejemplo, aunque no fue el primer artículo psicoanalítico, podemos citar un artículo publicado en 1935 porque significó un aporte fundamental para la entrada del psicoanálisis en Cataluña y, sobre todo, en relación con el trabajo con grupos y con instituciones: «A propósito del análisis de una personalidad anormal» (citado en García Siso, 1993). Como ya dijo el mismo Francesc Tosquelles en La historia del psicoanálisis de los Países Catalanes (1986): «La historia de la entrada del psicoanálisis en Cataluña quedó totalmente silenciada, encapsulada, escamoteada». No obstante, y antes que él, en 1921 y en 1927, también el Dr. Emili Mira había publicado dos trabajos, El psicoanálisis y Aplicaciones prácticas

del psicoanálisis, publicados por la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares (citado en Mira, 2006).

Estos tres trabajos pueden considerarse revolucionarios para la época, especialmente vinculados no sólo al tratamiento individual, sino al trabajo grupal e institucional, es decir que la institución debía ser considerada como un conjunto. El Dr. Tosquelles indicaba claramente que el tratamiento de las psicosis no era posible llevarlo a la práctica en la forma clásica de diván, sino que debería haber una intervención interdisciplinaria, era necesario que el psicótico tomara la palabra allí donde hace acto de presencia el discurso no verbal.

Ya en 1929, coincidiendo con la Exposición Universal de Barcelona, se celebró en el Instituto Pere Mata de Reus un importante congreso con presencia de muchos profesionales, como Henry Ey. También en ese momento, el Dr. Vilaseca presentó dos importantes trabajos, uno sobre el delirio de Cotard y otro sobre el mito del conde Arnau (citados en Iruela, 1993). Encontraremos, pues, que la prehistoria y los mitos ocupan un lugar muy central en los trabajos del Dr. Vilaseca y del Dr. Tosquelles no sólo en cuanto a desarrollos teóricos, sino sobre todo en la práctica clínica y en la asistencia como instrumento imprescindible en el tratamiento de pacientes y en las instituciones.

### **Cuando la violencia de una catástrofe se balancea sobre límites inaceptable para un sujeto o un grupo, el ciudadano puede tener la sensación de que será imposible sobrevivir.**

Ahora estamos nosotros, los supervivientes, los supervivientes de campos de concentración, las mujeres violadas, los familiares de los desaparecidos, los niños apropiados por franquismo y los huérfanos, aquellos que nos tomamos la recuperación de la memoria como un deber de memoria. Los que padecemos una sociedad impune. Y esto nos lleva a mantenernos permanentemente angustiados en la incertidumbre.

¿Hemos llegado a una situación de tanta abulia que nos permite liberarnos de estos enormes crímenes de lesa humanidad?

Los derechos humanos, en la actualidad, son herederos de esta terrible historia, a pesar de que la antigua represión fascista se ha reciclado: ya no son tiempos de juicios de Burgos, aquellos donde se grababan cintas magnetofónicas distribuidas clandestinamente, donde se podía oír el alboroto provocado por la declaración de Onaindía mientras era amenazado, con el sable levantado, por los jueces militares, tiempos en que la operación policial más terrorífica era encomendada a quien consideraban el máximo experto en la persecución del antifranquismo: el torturador comisario Antonio Juan Creix, (Batista, 2010 y 2017). Ahora han querido adaptarse con una Transición a la carta al que algunos denominan nuevos tiempos constitucionales, y así frenar cualquier adelanto popular. Merece una atención especial la judicialización de la diferencia, después de haber sido instalados cómodamente tantos años en este régimen. Todo ello para llegar a la maldad y al cinismo más profundo.

De hecho, ahora sabemos que hay jueces pero que no existe la justicia como tal.

Cuando la violencia de una catástrofe se balancea sobre límites inaceptables para un sujeto o un grupo, el ciudadano puede tener la sensación que será imposible sobrevivir. Es en este momento que a muchos ciudadanos los puede parecer que les faltan todo tipo de recursos, incluso para pensar.

Tendrían que transcurrir más de 50 años para que María pudiera hablar. Sufrió dos exilios: uno voluntario, un silencio secreto, que denominaremos exilio interior, surgido después del bombardeo de Figueras el 1939; y uno forzado, en busca del padre, que se había exiliado antes. Sufrieron campos de concentración, trabajos durísimos, clandestinidad, dos guerras, incompreensión, maltrato y desamparo como extranjeros en Francia.

Sabemos que a partir de aquel momento nunca más volverá a dormir bien, y que en la comida encontrará su consuelo porque la vincula en los momentos que la madre podía pasar con ella cuando, pocas veces, descansaba de su trabajo en una cocina. (Del testigo de la María, 2008)

En el caso de los desaparecidos, no se puede saber exactamente qué es lo que hay que acep-

tar, qué hay que hacer con esta ausencia interminable. Las generaciones posteriores están ubicadas en un tipo de náusea interminable sin conocer ningún dato ni cual es la pérdida concreta, ni cómo y donde hay que ir para averiguar la verdad y poder empezar a hacer el duelo. Esta situación, sin duda, tiene efectos desestructurantes para el psiquismo y genera mucha confusión a quien tiene que hacer el acompañamiento en el proceso de elaboración. Es por eso que algunos pacientes, sobre todo de segunda generación, se pueden haber encontrado con profesionales que les demandan que dejen atrás esta parte de la historia y miren hacia el futuro (sic). ¿Es esta la actitud que ha de adoptar el analista?

### Un nuevo (viejo) papel del analista

El psicoanálisis debe tener algún rol en la escena política? Probablemente no, pero puede acompañar y contribuir a trabajar con ciudadanos que están afectados por los restos del trauma vinculado a la catástrofe social. Porque sabemos que son necesarios muchos años para poder poner palabras a tanto maltrato, porque el rastro y el rostro del fascismo y sus efectos violentos han continuado envenenando descendientes tanto de las víctimas como de los verdugos. Y puede tener presente la posibilidad de reconocer los efectos del mecanismo especial que hace posible que el material psíquico que aparece en un análisis no se pueda llegar a decir.

Estas atrocidades han afectado no sólo al Estado español, sino en todo el continente europeo y mucho más allá de estas fronteras: el genocidio de los armenios por parte de los turcos, el de Ruanda, el del Congo, el del Sudán, el exterminio de los indios americanos y los aborígenes australianos, y ahora Siria, las repúblicas islámicas, Gaza, etc.

### ... como profesionales de la salud mental debemos hacer lo máximo para entender las raíces de esta crueldad humana...

Por lo tanto, como profesionales de la salud mental debemos hacer el máximo para entender las raíces de esta crueldad humana, su acceso al poder y su capacidad ilimitada para destruir, y averiguar las diferencias entre el mal recibido en los campos de concentración (Argelès Mer,

Rivesaltes, San Marcos, Santa Ana, Deusto, y otros que, en muchos casos condujeron tantos ciudadanos a la muerte), la «banalidad del mal» que analiza Hannah Arendt (1999) -aquello que podría entenderse como que algunos ciudadanos sólo cumplían órdenes o decían que no eran conscientes de ello- y el daño infligido por razón de las ideologías, como el vinculado al actual terrorismo islámico.

Lacan (1988) decía que el psicoanálisis no puede hacer la vista gruesa, sino que tiene que mantener una posición ética ante fenómenos de esta magnitud. Nuestro trabajo no puede quedar restringido en el escondite de nuestras consultas, sino que tiene que tomar posición ante vínculos sociales que dejan su impronta en lo cotidiano.

Sabemos que el nosotros no sólo aglutina a quien comulga con estos ideales, sino también a todos aquellos que se dejan arrastrar por la desidia o la apatía y acaban mirando hacia otro lado, aquello que Primo Levi (2008) denominó zona gris, una zona de irresponsabilidad más allá del bien y del mal.

A partir de ahí, habría que profundizar en las experiencias de análisis con sujetos que han sufrido la catástrofe y han podido sobrevivir al maltrato, a la violencia y a las humillaciones.

Y profundizar en el concepto de trauma, ya que en estos ciudadanos encontramos de forma evidente el impacto del trauma y como se ha transmitido. Sabemos bien que el mecanismo psíquico del trabajo del duelo y los intentos de elaboración de lo traumático están muy vinculados en cada sujeto y por tanto en las manifestaciones clínicas que observamos. Esto nos lleva, cada día, a constatar la preeminencia del uno o del otro.

En el caso que nos ocupa, partimos de la base de que la tragedia del genocidio, del holocausto español como lo llama Paul Preston (2010), requiere un duelo imposible de hacer, y que tal vez sólo podemos acompañar al sujeto en su deseo de construir su propia historia, de transformarla a partir del deseo de vivir pero con el miedo de que aparezca un dolor psíquico tan intenso que lo haga inaceptable. Sabemos que en la medida en que el genocidio llenó todo el espacio y todavía hoy no ha sido reconocido, los ciudadanos

permanecerán sin reconocimiento, sin historia y sin espacio.

Esta clínica nos lleva a revisar a fondo textos psicoanalíticos que interroguen a los vínculos entre el sujeto, la cultura y la historia (Freud, 1979b), pero fundamentalmente los escritos y los testimonios de los maltratados y de las generaciones siguientes, sin excluir otras disciplinas como la historia, la antropología política, la sociología, etc.

Es indispensable, pues, que nuestro trabajo lo hagamos con la interpretación de lo que el paciente puede decir y de lo que no puede decir pero que ha sido transmitido. Es en este camino donde encontramos diversas cuestiones clínicas, vinculadas a la necesidad de una escucha y una interpretación más abierta en relación con lo que el paciente puede decir sobre la catástrofe social y su sufrimiento. También deberíamos reflexionar sobre cuestiones que podríamos considerar centrales, tales como cuáles son los obstáculos con los que debemos enfrentarnos, nosotros los psicoanalistas, para acompañar pacientes que han sido sometidos al horror y al terror, a la violencia y los campos de concentración y en la desaparición de padres, hermanos, maridos...

Habría que plantearse cuáles son las mejores condiciones para la escucha, sin escuchar lo que buscamos de antemano, y cómo podemos aprender a escuchar lo que aún no ha sido dicho pero que está a punto de ser dicho.

### **Nuestro trabajo deberá convertirse en un acompañamiento para pensar y concebir un proyecto de vida y reconocer los efectos perversos, que pueden convertirse en uno de los impedimentos para hacer accesible el material psíquico al análisis.**

Como psicoanalistas, también es importante reconocer desde qué lugar escuchamos estos pacientes, si están presentes unos conocimientos previos sobre hechos históricos y cómo podemos tener siempre presente la recomendación de escuchar sin memoria y sin deseo (Faimberg, 2005).

Un genocidio como el que circuló por este país, con un montante exagerado de violencia y que no se ha podido reparar, nos hace pensar que todavía está todo por hacer y pone a los pacientes y a nosotros como analistas en una situación difícil, especialmente por la imposibilidad de elaboración. Así pues, deberíamos propiciar las condiciones para saber, con el paciente, que las heridas provocadas por traumas colectivos no podrán ser curadas. Nuestro trabajo deberá convertirse en un acompañamiento para pensar y concebir un proyecto de vida y reconocer los efectos perversos, que pueden convertirse en uno de los impedimentos para hacer accesible el material psíquico al análisis. En este territorio de lo perverso debe incluirse, también, el no reconocimiento social por parte de las instituciones.

Una de las funciones del análisis es construir un espacio psíquico donde la verdad se instale (Freud, 1979C). Pero en los casos de traumas inexplicables como los que conlleva este genocidio, el deseo de construir nuestra propia historia y de desarrollar un proyecto de futuro presenta una dificultad añadida, a nivel totalmente inconsciente, que sería la posibilidad de matar a las víctimas, de nuevo, en la medida en que los psicoanalistas encontramos aspectos que no podamos escuchar.

Aquí es, pues, donde hay que diferenciar los conceptos freudianos de Verleugnung (desmentido), Verdrängung (represión) y Verneinung (negación) y tener presente que con el primero, Freud (1979d) se refería simultáneamente al conocimiento y al no reconocimiento. Es decir, que se conoce y no se reconoce al mismo tiempo. Este término es utilizado de diversas formas para Freud (1979d), que se refiere al rechazo o al renegamiento de una representación o de un hecho insoportable para el sujeto.

Por otra parte, también conviene tener presentes las resistencias de la escucha analítica. Seguramente la más importante es cuando el analista, en su propio análisis, no ha analizado con su analista los motivos por los que nunca preguntó a sus padres por su historia durante la guerra del 36, la posguerra, la dictadura y la transición. Quizá no preguntó porque sabía la respuesta? Quizás porque, inconscientemen-

te, estaba identificado con la forma en que los padres vivieron la época? Aquello no analizado durante el propio análisis también puede tener consecuencias en la forma como se escucha a los pacientes. Incluso podríamos decir que la falta de reconocimiento es transmitida de generación en generación y tiene mucha importancia tanto para nosotros como para nuestros pacientes. Sabemos la importancia que tiene la falta de reconocimiento.

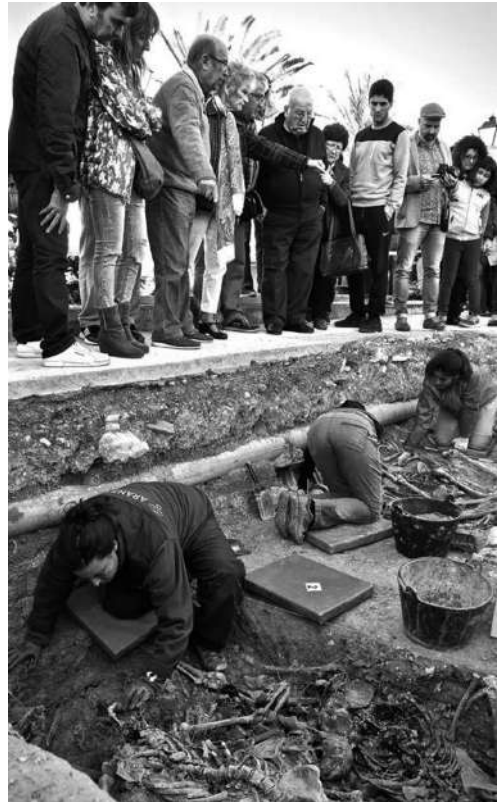
Y por qué es tan difícil para alguien preguntar? ¿Por qué es tan difícil que la generación posterior sea capaz de preguntar «qué hiciste durante la guerra?»

Quienes nacimos después de 1939 hemos tenido que ir desbrozando nuestro pasado reciente, un pasado que nos ha dejado demasiadas taras para poder restituir por completo nuestra salud y nuestra salud histórica. Somos ignorantes, con conciencia o sin conciencia. Si tenemos conciencia, padecemos de rencor y malhumor. A quien le gusta, si no, haber sido educado como un tonto o una tonta. (Roig, 1977).

Si tenemos presente lo que sabemos como analistas, quizás podemos tener miedo porque preguntando sobre ciertas cuestiones de características especiales para nuestros padres se puede correr el riesgo de hacerles daño o de deteriorar la imagen interna que tenemos de ellos (Tisseron, 1998). Sin olvidar la dificultad de trabajar con identificaciones inconscientes. Así, el hecho de no interpretar la falta de reconocimiento puede provocar sufrimientos en el paciente por no haber podido escuchar, y por lo tanto algunas interpretaciones pueden ser inefectivas. Al contrario, el reconocimiento libera la función del testimonio y el analista quizá podría hacer también esta función. Quizás es en este momento, el del reconocimiento, cuando el paciente está en

condiciones de ocupar una tercera posición, la de saber, la de hablar.

En la posición de testimonio en la transferencia, el paciente puede empezar a dar valor a sus palabras. Entonces es cuando nuestro silencio y nuestras interpretaciones comienzan a tener sentido analítico y conectan con las verdades del paciente. Comienza, pues, un nuevo momento en que el analista escucha como el paciente escucha sus interpretaciones y sus silencios.



© Arxiu Memòria de Mallorca.

### Contacto

Anna Miñarro • [annaminy@copc.cat](mailto:annaminy@copc.cat) • Tel.: 934 561 510 - 629 06 70 14  
Carrer Mare de Déu de la Salut, 78, 5è D • 08024 Barcelona

## Bibliografía

- Arendt, H. (1999). *Eichmann en Jerusalén: un estudio sobre la banalidad del mal*. Buenos Aires: Lumen.
- Batista, A. (2010). *La Carta: Historia de un comisario franquista*. Madrid: Debate.
- (2017). El procés de Burgos: judici al franquisme. *Sàpiens*, núm. 179, pp. 24-32.
- Bohleber, W. (2012). Remembrance and historicization: The Transformation of Individual and Collective Trauma and its Transgenerational Consequences. Paper presented at Asian Conference in Beijing, October 2010. *Adolescent Psychiatry*, vol. 2, nº 4, pp. 363-368.
- Dolto, F. (1986). *La Imagen inconsciente del cuerpo (1ª ed. en castellano)* Barcelona: Paidós.
- Faimberg, H. (2005). *The Telescoping of Generations: Listening to the Narcissistic Links between Generations*. London and New York: Routledge.
- Freud, S. (1979a). Duelo y melancolía (1917 [1915]). En *Obras Completas tomo XIV (1ª edición en castellano)*, pp. 241-255. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1979b). Psicología de masas y análisis del yo (1921). En *Obras Completas tomo XVIII (1ª edición en castellano)*, pp. 63-136. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1979c). Más allá del principio del placer (1920). En *Obras Completas tomo XVIII (1ª edición en castellano)*, pp. 1-62. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1979d). La negación (1925). En *Obras Completas tomo XIX (1ª edición en castellano)*, pp. 249-257. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gampel, Y. (2006). *Esos padres que viven a través de mí. La violencia de estado y sus secuelas*. Buenos Aires: Paidós.
- García Siso, A. (1993). El Dr. Francesc Tosquelles i Llauredó. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 13, nº. 46, pp. 195-202.
- Hirsch, M. (1997). *Family frames: Photography, Narrative and Postmemory*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Iruela, L. (1993). *Psiquiatría, psicología y armonía social: la vida y la obra de Emilio Mira y López*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Lacan, J. (1988). El Psicoanálisis y su enseñanza. Situación del psicoanálisis y formación del psicoanalista en 1956. La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. *Escritos I*. Buenos Aires: Ed. Siglo XXI.
- Levi, P. (2008). *Si això és un home*. Barcelona: Grup 62.
- Mira, M. (Octubre de 2006). Relación de mi padre, el Dr. Emilio Mira y López, con el psicoanálisis. En Taula Rodona sobre la introducció del psicoanàlisi a Catalunya dins commemoracions 150 aniversari del naixement de Sigmund Freud. Palau de la Virreina, Barcelona.
- Preston, P. (2010). *L'holocaust Espanyol. Odi i extermini durant la Guerra Civil i després*. Barcelona: Editorial Base.
- Puget, J. (2006). *Violencia de Estado y Psicoanálisis*. Barcelona: Lumen.
- Roig, M (1977). *Els Catalans als Camps nazis*. Barcelona: Edicions 62.
- Tisseron, S. (1998). *Les Secrets de Famille*. Paris: Editeur Puf.
- Tosquelles, F. (1986). *Història de la Psicoanàlisi als Països Catalans*. Perpinyà: Palais des congrès.

• Aceptado: 20/12/2017.



## In Memoriam

**Nekane Pardo Gascue**  
(Iruña, 1954-2017)

*“Cuánto dolor sentiré  
Cuando el dolor empiece a jugar  
Y el atrás se haga presente  
Y el mañana quiera saltar”*

*Nekane P.*

Nekane estudia Enfermería en Bilbao en los años 70 y realiza sus primeras prácticas en el Hospital de Cruces. Empieza su andadura como enfermera de Salud Mental al final de esa década en el ambiente manicomial del Hospital Psiquiátrico de Navarra donde los pacientes eran custodiados por los entonces llamados “Encargados de vigilancia y limpieza”.

Junto con un grupo de jóvenes Psiquiatras y Enfermeras e inspirados por los movimientos de la época, inician la Reforma Psiquiátrica en Navarra desarrollando nuevas formas de entender las relaciones entre profesionales y pacientes siguiendo el pensamiento de Basaglia, Cooper y otros.

Además de “dar voz a las voces” de los enfermos, organizan actividades de formación para los cuidadores y crean espacios de intercambio social extramuros con la ciudadanía con el fin de superar el estigma institucionalizador de la época.

Como parte del desarrollo de su actitud creativa y comprometida con la asistencia pública y en coherencia con el espíritu de la Reforma Psiquiátrica, fue una de las promotoras del primer

Hospital de Día de Navarra como alternativa al internamiento psiquiátrico.

En los años 80 estudia Psicología en Donostia, simultaneando estos estudios con la formación en Grupo Análisis en Bilbao, lo que marcará su trayectoria profesional posterior.

Finalizada la carrera de Psicología, en los años 90 accede por oposición como Psicóloga Clínica en el primer Centro de Infanto-Juvenil de Navarra donde desarrolla su pasión por el mundo infantil y juvenil. Destaca en este área de trabajo por su dedicación al abordaje y tratamiento de las patologías más graves en la etapa adolescente. Generadora de relaciones de gran intensidad desde lo terapéutico, no solo en lo individual, también en el abordaje Grupal, del que fue impulsora desde los inicios y por lo que ha ido dejando huella en las nuevas generaciones de profesionales. Siempre resaltando la importancia de la atención al contexto, tanto familiar como escolar de esta etapa, dedicó gran parte de su trabajo a las familias, a la coordinación y a la formación mutua (como a ella le gustaba señalar) en el contexto escolar.



En el año 92, fruto de su libre elección y dando cuenta de su espíritu solidario y comprometido con aquello en lo que ella creía, se embarca en un largo e intenso viaje con el pueblo saharauí, inicialmente organizando y acompañando a las Caravanas Solidarias y posteriormente con el desarrollo de un Programa de Salud Mental en los Campamentos de Refugiados Saharauis en el desierto argelino. Fue la impulsora del Grupo de Psicólogas Saharauis que siguen desarrollando su trabajo en el terreno y las que siempre la recuerdan con cariño y admiración en cada visita de la Comisión de Salud Mental de ANARASD (Asociación Navarra Amig@s de la República Democrática Árabe Saharaui), ONG de la que fue fundadora y Presidenta.

Impactada por la fuerza y lucha de las mujeres saharauis en el refugio, inicia un nuevo reto: los Talleres de Formación y Empoderamiento a través de la Unión de Mujeres Saharauis. Fue en estos grupos de formación donde Nekane llegó a ser considerada “una más”, por el gran entusiasmo que transmitía al recordarles y reforzar de lo que eran capaces todas juntas.

En un contexto donde la palabra a menudo es negada, desarrolla su profundo conocimiento sobre las dificultades y relaciones en este territorio a través de los Talleres de Diálogo Intergeneracional a Mujeres, de Liderazgo, Comunicación y Organización en el Parlamento Saharaui y a responsables de varios Ministerios en el refugio.

Contagiando su alegría y vitalidad en este árido contexto, no se olvidó nunca de la población saharauí en la Resistencia ni de los Combatientes, a los que dedicó gran parte de su creación poética.

Socia de la AEN desde los inicios de su carrera profesional, ocupó cargos tanto en la Junta Nacional, como en la Asociación Vasco-Navarra (OME), participando activamente en la vida asociativa.

Sanferminera por derecho, veraneante en Donostia, donde disfrutó largas temporadas con su familia y amistades, generosa y leal en todos los ámbitos de su vida.

Amiga y compañera, este es nuestro sentido recuerdo, desde el lugar donde hemos compartido aventuras, risas cómplices, proyectos ilusionantes y frustraciones, porque, como siempre nos recordabas, “la arena se lo lleva todo”, y hoy podemos decir que todo, excepto tu recuerdo.

Chaid el Hafed, noviembre de 2017.

Paz Arias García. *Gijón, Asturias.*

María Eugenia Ariz. *Iruña, Nafarroa.*

• Aceptado: 15/12/2017.



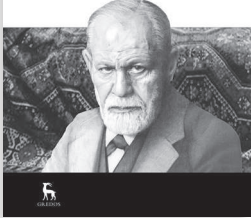
# ACTUALIZACIONES



Vilma Coccoz

## Freud

Un despertar de la humanidad



## Freud. Un despertar de la humanidad

Autora: Vilma Coccoz

Edita: Gredos • Barcelona, 2017

ISBN: 978-84-24937-84-3

Se trata de un libro escrito por una gran lectora de Freud, Vilma aquí presente. Una gran lectora que a los 17 años quiso “*con urgencia*” tener las obras completas de Freud, en papel biblia y encuadernadas en cuero, pagando por ellas el precio de unos pendientes de oro, que su madre le regalaba en cada cumpleaños y que atesoraba con celo. Es este el recuerdo de juventud que Vilma narra en la presentación de su texto. Pueden evocarse, en este punto, unas palabras de Jacques-Alain Miller en su curso *Piezas sueltas*: “*El único saber que cuenta es el que cuesta, es aquel cuyo precio hemos pagado*”. Y junto a este precio de los valiosos pendientes, la autora nos cuenta haber pagado también el precio de una formación como analista.

Vicente Palomera, en el Prólogo, señala que fundamentalmente en este texto nos encontramos con “*una carta de amor*”, en la medida en que tal y como Vilma Coccoz nos indica es el fruto de la transferencia con Sigmund Freud, con Jacques Lacan y Jacques-Alain Miller, a los que denomina sus maestros. Pero no sólo, es también el fruto de su análisis personal.

Para leer a Freud, para enseñarnos su Freud, fue preciso que Vilma descifrara el inconsciente del que es sujeto “*ese libro con tirada de un solo ejemplar cuyo texto virtual llevas por todas partes y en el que está escrito el guión de tu vida, o al menos su hilo conductor*” (Jacques-Alain Miller, *Cartas a la opinión ilustrada*). Le fue necesario aprender a leer como analizante su propio inconsciente, una lectura de los S1 de la historia, una lectura que opera como separación entre

los significantes amos, los S1, y el sentido gozado, las satisfacciones pulsionales, respetando sin obturar con el saber la hiancia abierta entre enunciado y enunciación.

Así mismo, en la Presentación, Vilma nos dice que a la hora de escribir este libro ha usado aquellas “*preciadas*” obras completas de Freud que compró con sus pendientes de oro “*subrayados una y mil veces, con anotaciones al margen, ajados por el paso del tiempo*”. Junto a la analizante lectora del propio inconsciente, está la lectora y comentarista del texto freudiano. ¿Qué es leer un texto en psicoanálisis? Tenemos el ejemplo de Lacan, lo que para él suponía la lectura y el comentario de la obra de Freud. Así en su *Respuesta al comentario de Jean Hyppolite* nos dice que leer un texto es “*hacerle responder a las preguntas que nos plantea a nosotros, tratarlo como una palabra verdadera...en su valor de transferencia*”. Nos encontramos entonces con que también frente a los textos uno lee en posición de analizante.

Leer un texto, supone, por lo tanto, ser trabajado por él en la medida en que nuestras preguntas en realidad son las preguntas que el propio texto nos propone, y las respuestas no son las nuestras, son las que buscamos en el texto mismo. Esto produce un efecto implacable de transferencia. Me parece que esos múltiples subrayados, y notas al margen, que la autora constata, dan cuenta de tal transferencia. Hay por tanto esta transferencia de Vilma hacia Freud, Lacan, Miller, que sin duda articula los textos con el análisis personal, pero hay también en el libro de hoy un



efecto de transmisión: la lectura propia de un Freud, una reinención tal vez, que nos plantea preguntas y que promueve entre nosotros los lectores una transferencia hacia el psicoanálisis, a la lectura de estos maestros y a nuestra experiencia como analizantes. Con esto, formularía una de las enseñanzas encontradas en el libro del siguiente modo: la enseñanza en psicoanálisis consiste en un trabajo de lectura.

De otra parte, quisiera comentar la composición del libro. Los capítulos se organizan principalmente a partir de los casos de Freud: Dora, el hombre de las ratas, la joven homosexual... pero también Leonardo, Dostoievski, etc. A través de cada una de estas figuras, se pueden leer los problemas clínicos ante los que se enfrenta Freud, las soluciones que busca, los impasses a los que llega, así como lo que las enseñanzas de Lacan y Miller permiten progresar. No voy a señalar nada respecto de cada uno de estos capítulos, cada uno de nosotros vamos a hacer una lectura muy provechosa.

Si quiero subrayar algunos puntos respecto al capítulo que abre el libro: "Homenaje a la Traumdeutung" y al capítulo que lo cierra: "El pase de Freud y la causa freudiana", ambos se articulan en torno al descubrimiento freudiano del papel de los sueños en tanto que vía regia de acceso al inconsciente.

En el primer capítulo, Vilma nos presenta la teoría freudiana del sueño por el sesgo de la hiancia subjetiva. El fenómeno onírico da cuenta de una fractura respecto de la identidad, el sujeto adolece de una falta de identidad. Podemos preguntarnos cómo opera la experiencia analítica sobre esta falla, si hace alguna promesa al respecto, si garantiza el encuentro con una identidad "verdadera". Al final del capítulo, lo que Vilma nos indica es que el hecho de interesarnos por nuestros sueños, en el marco del discurso analítico, nos permite extraer un vector para el futuro y para la vida, "un saber necesario para andar por la vida, evitando tropezar demasiado". No se trata de asegurar una identidad sino de elaborar un saber que circunscribe nuestro goce más íntimo y que deja lugar a la contingencia y a lo imposible.

El último capítulo pone en relación la falla subjetiva con la culpabilidad y la pulsión de muerte.

El tropezar en la vida adquiere una perspectiva más oscura y densa. En él, la autora se dedica a la lectura del sueño de la inyección de Irma, y al comentario que de él hace Lacan poniendo de relieve ese momento del sueño en el que Freud se asoma ante la garganta de Irma, "enfrentándose a un real sin mediación". Como nos detalla la autora, Freud avanza en el sueño, pues se encuentra capturado por su propia culpabilidad, hasta llegar a ese lugar que es un no lugar, un lugar en el que "ya no hay nadie que pueda decir yo". En ese momento, en el sueño aparece la fórmula de la trinitelamina como una escritura, una nominación de lo real de la sexualidad. Vilma nos indica que en ese momento Freud asume una nueva responsabilidad: "la dedicación al discurso que hace existir al inconsciente", momento que marca la dedicación de Freud a la causa analítica, la investigación, la práctica analítica, la publicación de textos, su lazo con los otros, en definitiva, a hacer existir en el mundo este nuevo tipo de discurso del cual él es efecto. Este sueño nos permitiría ubicar el pase de Freud, produciéndose un pasaje de la propia culpabilidad a la responsabilidad. De otra parte, el capítulo va a articular la culpa con el superyó freudiano y con el sentimiento inconsciente de culpa en tanto que manifestaciones de la pulsión de muerte. La culpabilidad encierra el secreto de un goce, muestra como el goce se produce a partir del funcionamiento del propio aparato psíquico, entorpeciendo nuestra vida, dotándola de un poder nocivo. El sujeto toma a su cargo la falta estructural que el propio lenguaje ocasiona, la propia falla subjetiva, estando dispuesto a sacrificarse a los dioses oscuros pues "como el Otro no existe, no me queda más remedio que tomar la culpa sobre Yo [Je]" (Lacan, *Subversión del sujeto*). Vilma va a darnos una clave: "Freud ha descubierto que el padre edípico es una proyección de sí mismo, una invención destinada a explicar el sentido del goce culpable".

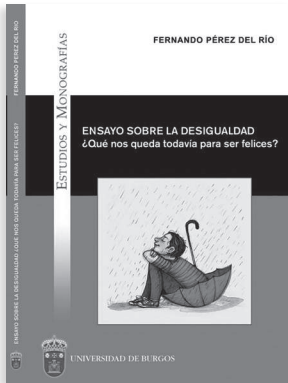
Algunas preguntas surgen entonces ¿Podríamos decir que la invención del padre nos permite leer a la pulsión de muerte en tanto que goce culpable?; en esta época del predominio de las burocracias y del predominio del plus de gozar, que no es la de Freud, ¿cómo se muestra el sentimiento inconsciente de culpa?

Para concluir. El análisis no promete una nueva identidad más verdadera. Diré más bien que

permite articular saber y goce. “*El análisis no pretende la extinción de la falla consustancial al ser hablante, sino su correcta ubicación en la existencia subjetiva con el propósito de aliviar la vida de su poder nocivo cuando dicha falla se encuentra a la deriva*”, dice Vilma en su libro. Lo

que no es exactamente un identidad autentica u original, sino más bien la constitución de la persona-sinthome tal y como ella nos propone.

Julio González



## Ensayo sobre la desigualdad. ¿Qué nos queda todavía para ser felices?

Autor: Fernando Pérez del Río

Edita: Universidad de Burgos. Estudios y Monografías 60 • 2017

ISBN: 978-84-16283-37-8

Mucho se ha hablado sobre la repercusión de la crisis que ha azotado nuestro mundo occidental en los últimos años, afectando sobre la salud de la ciudadanía. Los trastornos psicológicos (digamos menores, como la ansiedad o la depresión) se han incrementado paulatinamente en las sociedades más desiguales, en un mundo dominado por la economía neoliberal, donde prima el individualismo y se brindan falsas expectativas a quien ha quedado en la cuneta del sistema. No es fácil adentrarse en los terrenos de la desigualdad social y, por tanto, aspirar a caminar hacia la equidad política y social. Tendríamos que adentrarnos en conceptos tan pésimamente manidos en la actualidad como democracia, ciudadanía, pluralismo, desigualdades, movimientos sociales,... y esto choca con su uso partidario tan frecuente.

Este ensayo aborda un asunto complejo sobre el que, si bien existen estudios realizados en otros países, no se ha tratado en profundidad en el ámbito español.

¿Qué relación existe entre la desigualdad y la salud mental de nuestra sociedad? ¿Cuáles son las consecuencias de ese desequilibrio?

El autor, Fernando Pérez del Río, doctor en Psicología profesor de Psicología Social en la Universidad de Burgos ofrece algunas claves para comprender este fenómeno que tiene que ver con la historia, la sociología, la economía..., y cuyos efectos son devastadores: las sociedades más desiguales presentan mayores índices de violencia, obesidad, fracaso escolar, adicciones, embarazos de adolescentes y, en definitiva, falta de esperanza.



## El enigma del mal

Autor: Luis Seguí

Edita: Fondo de Cultura Económica. Colección Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis • Madrid, 2016

ISBN: 978-84-37507-62-0

José María Álvarez, autor del Prólogo, ya nos sitúa: “Esta obra se ocupa del mal y de la condición humana, en concreto del mal que nos constituye y con el que convivimos, el mal que refleja nuestra ruindad y bajeza. Esa es la impresión que le queda a uno después de leerlo y ver desfilar por sus páginas a algunos de nuestros congéneres, protagonistas de lances de los que revuelven las tripas. Quizá no haya que ir tan lejos ni aludir a esos monstruos morales, a los malvados que dan repelús y causan escalofríos. Porque el mal no solo está fuera, en los otros, sino dentro, en cada uno de nosotros. El mal no es una abstracción”.

En esta ocasión el interés del autor se dirige al enigma del mal, al que aborda como problema filosófico y social, universal y transhistórico, inherente a la condición humana, pero a la vez inefable e inaprensible. En su primera parte -tal y como destacaron los presentadores- el autor realiza una revisión de la manera en que las distintas disciplinas y campos del conocimiento han tratado de cernir ese real imposible de pensar que es el origen y la esencia del mal: la historia, la política, la religión, la teología, el derecho, la ética, la moral, la sociología... todas ellas enhebradas, como las cuentas de un collar, por el hilo rojo del psicoanálisis.

En este recorrido por la historia comparecen las aportaciones al debate de las distintas religiones monoteístas, el pensamiento griego, la filosofía medieval y la Ilustración, las ideologías de los siglos XIX y XX, hasta llegar hasta el mito del nacimiento del pacto social que teoriza Freud en “Totem y tabú”. Y el texto también nos permite

ver por las ventanillas del coche que nos lleva en este viaje “los momentos estelares del mal en la humanidad”: las cruzadas, la inquisición y la caza de brujas, el resurgir de los nacionalismos en el siglo XX, así como los totalitarismos y sus genocidios, o el inesperado retorno en nuestro siglo de las guerras de religión y el fundamentalismo yihadista.

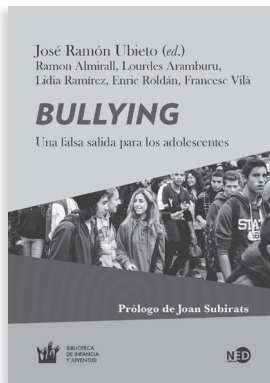
Todos estos intentos -el rigor de la filosofía, las fantasmagorías de la religión, el filo del psicoanálisis- muestran en definitiva la impotencia del saber para captar el origen del mal y para dar respuesta al interrogante sobre su naturaleza. El mal es inherente a la condición humana, el exterminio del mal es imposible. O, en palabras de Freud que resuenan en mitad del fragor de la Primera Guerra Mundial: “No hay desarraigo alguno del mal”.

El mal es un problema filosófico, psicológico y social. Y si continúa siendo algo irresuelto -a pesar de los cientos de miles de páginas escritas sobre el tema- es porque en el orden de la causa se manifiesta como un real, un límite al pensamiento, y fundamentalmente un factor irresoluble de la condición humana. Uno de los aspectos más originales de este libro, escrito siguiendo la mejor tradición ensayística, consiste en que su autor no solo aborda el problema del mal desde la perspectiva del discurso histórico, filosófico y político, sino que organiza ese conjunto de referencias mediante los instrumentos conceptuales del psicoanálisis, capaces de penetrar en las capas más profundas de la subjetividad hasta alcanzar regiones donde los saberes tradicionales

no llegan, y evitando explícitamente cualquier idea que pretenda fundar el mal sobre bases biológicas o fantasmagorías religiosas.

Esta segunda parte, aborda pues la relación entre locura y maldad, que es un viejo debate decimonónico que alcanza hasta nuestros días, y que es difícil y delicado, porque si empezamos a ver locos en los criminales corremos el riesgo de terminar por ver siempre potenciales criminales entre los locos. Pareciera que el mal, sobre todo cuando se presenta en la forma de crimen horrendo, fuera tan incomprensible y extraño que

hubiera que empujarlo al campo del desorden mental, como si fuera inaceptable admitir que el mal puede darse sin enfermedad. Esto explica (entre otros motivos) la difícil recepción que encontró el libro de Hanna Arendt “Eichmann en Jerusalén. Un estudio sobre la banalidad del mal” en el que sostenía que incluso el más común de los humanos puede cometer crímenes inmundos, que los criminales no necesariamente son locos o monstruos, en suma que -en palabras de Miller- “nada hay más humano que el crimen”.



## Bullying. Una falsa salida para los adolescentes (\*)

Autor: José Ramón Ubieto, Ramón Almirall, Lourdes Aramburu, Lidia Ramírez, Enric Roldán, Francesc Vila

Edita: Nuevos emprendimientos editoriales • 2016

ISBN: 978-84-94442-46-9

El abuso y el acoso entre niños y jóvenes es un antiguo e indeseable problema. Partimos de que, a pesar de las ideas del romanticismo, la inteligencia emocional y el pensamiento positivo, la infancia no es un paraíso, pero algunas veces sí puede ser un infierno. Bullying: exageraciones, envidias, narcisismos, proyecciones, frustraciones, violencia, humillación, xenofobia... ¿Qué hay de nuevo?: que se ha extendido, que se tolera, que genera impotencia colectiva, que se ha ignorado su importancia. Los medios de comunicación, las redes sociales, la expansión de internet han convertido un acto, a caballo entre lo normal y lo patológico, de expresión de poder y erotismo privado en el inicio de la adolescen-

cia, en un acontecimiento público, casi mediático. Y ahí está lo nuevo de lo malo: la cobardía e irresponsabilidad de los perpetradores se vende -y se compra- públicamente como lo contrario o como algo anodino, propio de jóvenes. Es algo que conviene no mirar directamente, no sea que petrifique, cual mirada de Medusa.

Una de las consecuencias de la globalización y la tecnología informática es que la relación y proporción entre lo íntimo, lo privado y lo público se ha transformado. Es como si se hubiera desplazado. Lo íntimo se hace privado y lo privado, con frecuencia, llega a hacerse público. Eso es positivo en algunos casos ya que permite desvelar

(\*) Ganador de la III Edición del Premio Ángel Garma de la AEN al mejor trabajo de Psicoanálisis 2017.



nocivas situaciones ocultas y negativo en otras cuando amplifica conductas y problemas que de otro modo serían más fáciles de contener.

A este entramado de violencias, abusos y humillaciones privadas en el ámbito escolar es el tema al que se enfrenta el libro "*Bullying. Una falsa salida para los adolescentes*". Es un trabajo coordinado por José Ramón Ubieta junto a Ramón Almirall, Lourdes Aramburu, Lidia Ramírez, Enric Roldán y Frances Vilà que ha recibido el premio de psicoanálisis Ángel Garma de 2017.

Los miembros del jurado destacamos alguna de las ideas que nos parecen más importantes del trabajo premiado. Se trata con esta reseña de hacer una invitación a la lectura de este claro, profundo y original trabajo con una parte teórica y otra clínica que lo convierte en un manual muy útil de trabajo y reflexión.

Una de las ideas más importantes que sostienen los autores es que el *bullying* ha de entenderse en el contexto en el que los adolescentes han de olvidar sus juguetes infantiles para vérselas con una nueva realidad su cuerpo sexualizado. Sabemos que habitar ese cuerpo les produce extrañeza y les inquieta. Es allí donde la tentación del *bullying* aparece como una falsa salida a la ansiedad, el miedo y la contradicción que experimentan. Una salida es desplazar todo eso hacia la manipulación del cuerpo del otro bajo formas diversas: ninguneo, agresión, exclusión, injuria, burla. Ello les permite poner a resguardo sus propias inadecuaciones e implica designar un chivo expiatorio y destacar un rasgo que lo diferencia. Es bien conocido que suelen ser designados como tales personas que destacan, por algún déficit o abundancia: por su belleza, inteligencia, clase social, problemas físicos, en definitiva, una singularidad. La crueldad del *bullying* persigue golpear y destruir esa diferencia que se le imputa a la víctima y que deviene, para algunos, insostenible porque confronta a cada uno con una doble tarea. Por un lado la necesidad de asumir su cuerpo sexuado y por otro, encontrar un lugar en ese nuevo mundo que sucede a la adolescencia. Los acosadores no saben cómo hacer ni una cosa ni otra.

Los autores de este libro se apoyan en numerosos autores pero sobre todo en las ideas de

J. Lacan y J.A. Miller. Son autores nunca fáciles de comprender y sin embargo sus explicaciones se entienden por completo. Han conseguido ser profundos y específicos sin ser crípticos. Nos muestran como en el fenómeno del *bullying* están en juego temas como el tránsito hacia la madurez, la sociabilidad, la identidad, la seguridad, el desafío, el cuerpo, el erotismo, etc. Que todo eso se esté poniendo en juego en esa fase de la vida, en sí sería lógico y necesario. Pero no lo es el método, que se ha convertido en un problema de proporciones sociales y psicológicas enormes. Y si hubiera que mencionar una sola razón de preocupación sería esta: el advenimiento de la crueldad. Mucho se ha debatido si el mal esencial existe, si hay Pecado Original o Principio de Muerte. No sabemos si se puede definir el Mal pero la maldad sí y su quintaesencia es precisamente la crueldad. Esa que vemos en las relaciones de acoso y esa que es siempre inaceptable, al margen de los diagnósticos o de las explicaciones biológicas, sociales o psicológicas. Una crueldad que genera más y más violencia y que permea no solo los institutos de educación secundaria sino una parte de las sociedades occidentales en los primeros años del siglo XXI.

El libro plantea una concepción teórica y práctica alrededor de todos los actores e implicados en este problema pero sobre todo incide en dos grandes temas: el problema del cuerpo y el problema de las víctimas.

En la adolescencia aparece de forma abrupta la presencia del cuerpo, de lo corporal. Y dado que forma parte de la evolución natural de los seres humanos parece que tendría que ser fácil de gestionar. No es así. J. Lacan define al cuerpo del Otro como una de las primeras constancias con la que hemos de contar en nuestra vida. Pero también el cuerpo es algo que se consume, se usa y se abusa en un intento de superar el daño, la herida con la que el adolescente se enfrenta a su corporalidad y a su sexualidad. Ocurre como si dañando, dominando, abusando del cuerpo del otro quisiera disminuir su ansiedad. El deseo y la necesidad de dominar el propio cuerpo y la sexualidad se pretende realizar a través del dominio del otro. El resultado es fracaso y dolor para todos.

El problema de las víctimas se enmarca en la evolución de la autoridad familiar. Los equilibrios

políticos, sociales y personales han cambiado. La violencia se ha extendido y difundido como una opción posible y eficaz. Esa evolución constituye el marco en el que comprender cómo el ejercicio de la parentalidad se ha deteriorado, cuando no perdido. Abordar el fenómeno del *bullying* exige disponer de autoridad y no de poder o de violencia. ¿Y cómo se ejerce la autoridad sin violencia? Los autores dan ideas convincentes.

Otro aspecto importante del análisis realizado por los autores es concebir la realización del *bullying* como una escena. La agresión sería una escena en la que hay actores, un chivo expiatorio y espectadores a los que va dirigido. Todo el conjunto es, entre otras cosas, una llamada de atención al mundo adulto para que ejerza unas responsabilidades que ellos no pueden. No están en ese momento vital. Dentro del conjunto de protagonistas tiene especial importancia su comprensión del conocido concepto de chivo expiatorio. Como es sabido en el pensamiento mágico se sacrificaba algún animal (chivo en las prácticas que describe la Biblia) a los dioses para expiar los propios pecados. En el caso que nos ocupa el chivo no es como los demás. Tiene algo de singular: muy inteligente, muy raro, muy guapa, muy... algo que el acosador no puede elaborar porque habla de la singularidad que también habita en él. Se trata, con el ataque al compañero, de anular lo singular para que nadie se sienta poca cosa, para no tener que asumir carencias y miedo. Los acosadores son, simultáneamente, crueles y débiles. Con frecuencia, en otro momento de su historia personal, han sido ellos mismos acosados. Eso les convierte en particularmente crueles.

La sociedad que rodea el problema, no solo apenas colabora en la superación del mismo, sino que a veces lo empeora. Los acosados son despojadas de su singularidad personal para ser convertidos en un genérico despersonalizado: víctimas. Y eso ocurre por parte de sus iguales, por la prensa, los profesores, los padres, las instituciones escolares y la ley. Ser una víctima es un genérico que parece que reconoce y apoya pero en realidad impide su reconocimiento y su historia. Bajo la apariencia de atención se esconde una generalización que esteriliza la acción. No solo eso, les adjudica una etiqueta -"víctima"- de la que quizá nunca se liberen en su vida adulta.

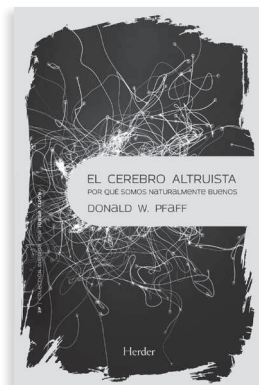
¿Cómo responder ante el acoso? se preguntan los autores. No es fácil. El acosado siempre tiene, todos lo tenemos, un punto débil, una inadecuación de sí mismo que se activa por el acoso y le paraliza. Es como si le hubieran descubierto y expuesto. El acosado se llena de vergüenza frente a la que puede actuar o bien con violencia y venganza o bien con silencio y sufrimiento tan insoportable que puede acabar en suicidio.

Pero aun no han terminado las complicaciones. Como bien sabemos ya desde Freud, también hay un cierto y terrible goce en esa posición de víctima. Entonces, al dolor de todas estas situaciones se une inextricablemente un goce mortificante.

Abordar el acoso implica acompañar a esos adolescentes en su recorrido y para ello hace falta la palabra y sobre todo el cuerpo. Estar allí para dar testimonio, como adultos, de lo que para cada uno supuso ese delicado tránsito, de sus dificultades y también de sus invenciones. El libro que glosamos da muchas pistas e ideas de intervención a todos los niveles y para todos los implicados en este maligno teatro. Una magnífica pieza de reflexión y de intervención.

#### Jurado del Premio:

- Rafael Manrique Solana (Redactor)
- Ricardo Jarast Kaplan
- Esther González Iñiguez de Gordoa
- Elena Esther Gómez Santoyo (Coordinadora)



## El cerebro altruista. Por qué somos naturalmente buenos

Autor: Donald W. Pfaff

Edita: Herder Editorial • Barcelona, 2017

ISBN: 978-84-25438-12-7

Del mismo modo que el lingüista Noam Chomsky escribió que estamos «predispuestos» para producir frases gramaticales, este libro expone la teoría de que los seres humanos estamos «predispuestos» para comportarnos de manera altruista. El cerebro altruista constituye el estudio más importante sobre cómo y por qué medios -por mecanismos puramente físicos- los seres humanos empatizan entre sí y responden de manera altruista. Esa amabilidad espontánea es nuestro comportamiento natural, independientemente de los condicionamientos religiosos o culturales.

Basándose en su propia interpretación neurocientífica y en las investigaciones de científicos eminentes acerca de los mecanismos cerebrales, es decir, considerando un riguroso y amplio enfoque científico, Pfaff muestra de qué manera el funcionamiento del cerebro recompensa nuestra conducta ética y sirve a los objetivos mayores de la evolución. Asimismo expone cómo, utilizando los planteamientos psicosociales que actualmente se conocen, podemos cultivar este aspecto de la naturaleza humana, para que no se vea superado por influencias sociales adversas. De esta forma, disipa los temores de que los descubrimientos de la neurociencia socaven inevitablemente la ética y el libre albedrío, abriendo un nuevo y apasionante camino para pensar en el potencial de la humanidad. El cerebro altruista demuestra, desde el enfoque de la neurociencia, que somos naturalmente buenos, altruistas y

cooperativos, porque estamos biológicamente predispuestos a ello.

Una obra de hace una década, publicada por Springer con el título “Origins of Altruism and Cooperation” (Orígenes del altruismo y de la cooperación), señala que el ser humano no es hostil o competitivo por naturaleza, sino altruista y cooperador. Desde disciplinas tan diferentes como la religión, la antropología o la medicina, la obra presenta evidencias empíricas de este hecho, que contradice la percepción que señalan muchas opiniones de que nuestra especie es agresiva, egoísta y hostil. Es importante conocer los mecanismos que subyacen a nuestros comportamientos prosociales pues ayudará a comprender por qué surgen los conflictos en el mundo moderno, y posiblemente para avanzar para iniciativas que promuevan las interacciones pacíficas entre las personas. Junto a pequeños impulsos egoístas, los niños y niñas son también altruistas de una manera innata e indiscriminada.

Son muchos los debates de filósofos y científicos que han pensado que las personas nacían malas, sin contenido moral o bueno. Una pregunta que subyace a este debate es si los comportamientos de ayuda y altruismo son innatos en los humanos o si están condicionados por la cultura. La respuesta es un sí. Con estas y otras muchas investigaciones, sabemos que los comportamientos de ayuda que aparecen de manera temprana no son

producto de la cultura ni de la socialización de los padres, sino tendencias con las que todo ser humano cuenta al nacer, que más adelante son moldeadas por el entorno y por el historial de intercambios. Enfoque revolucionario, pues no se trata de inculcar normas y valores en la infancia como se nos ha transmitido, sino de alimentar lo que ya existe en todas las personas desde el nacimiento, fomentando entornos en los que ser cooperativo sea ventajoso para todos.

El autor, Donald Pfaff se graduó en Harvard College y doctoró en el Instituto Tecnológico de Massachusetts. Después se dedicó al estudio del cerebro como regulador de la conducta. Ha escrito más de veinte libros y desarrolla su trabajo de laboratorio sobre el funcionamiento del cerebro en la Universidad Rockefeller, en Nueva York. Es miembro, desde 1992, de la American Academy of Arts & Sciences y, desde 1994, de la National Academy of Sciences.



## Distribución de libros

Una nueva oferta para socios y socias de la AEN para la venta de sus libros a través de la web.

Cualquier socio interesado que quiera vender sus libros, puede consultar las condiciones en un módulo con esa información la pantalla de inicio de [www.tienda-aen.es](http://www.tienda-aen.es)

Esperemos que sea un nuevo motivo de valor añadido, y que contribuya a la mejor imagen profesional y humana de nuestra asociación.

# Agenda

- 10 al 13 de enero • El Cairo • <http://eagt.net/>  
**3º congreso internacional de la EAGT y 4º congreso regional en África de la IAGP de Psicoterapia en grupo y procesos grupales.**  
Información: [info@eagt.net](mailto:info@eagt.net)
- 3 al 6 de marzo • Niza, France • [www.epa-congress.org](http://www.epa-congress.org)  
**26th European Congress of Psychiatry (EPA): “Mental Health. Integrate, innovate, individualise”.**
- 12, 13 y 14 de abril • Málaga  
**X Curso de actualización en Psiquiatría, Fund. Castilla del Pino, “Psicoterapias III”.**  
Información: <http://www.uco.es/informacion/webs/fundacioncastilla/actividades/simposios-y-cursos-de-actualizacion>
- 26 al 28 de abril • Bilbao  
**VIII Congreso Europeo de Psicopatología del Niño y el Adolescente: “Desarrollo psíquico, psicopatología y relaciones humanas hoy: entre lo biológico y lo social”.**  
Información: <http://aepeab>
- 3 al 6 de Mayo • Sevilla • <http://www.septg.es/index.php/symposium/45-sym>  
**45 Symposium de la SEPTG: “El cuidado de los grupos: retos y oportunidades”.**
- 6 al 9 de Junio • Córdoba • [www.aen.es](http://www.aen.es); [aen@aen.es](mailto:aen@aen.es)  
**XXVII Congreso de la AEN-PSM: “Aprender del pasado, construir el futuro”.**
- 5 al 7 de julio • Madrid • [www.wapr2018madrid.com](http://www.wapr2018madrid.com)  
**XIII Congreso Mundial de WAPR (Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial).  
Recuperación, Ciudadanía, Derechos humanos.**  
Organizan: FEARP y AEN-PSM  
Información: [info@wapr2018madrid.com](mailto:info@wapr2018madrid.com)
- 26 al 28 de octubre • Granada  
**XXXII Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama.**

# Normas de publicación

La revista *NORTE de salud mental* considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella.

En general, no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse, siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los “Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas” (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores, previa a su publicación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de Norte de salud mental y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

## Requisitos de los trabajos a publicar

Se enviarán al Consejo Editorial de *NORTE de salud mental*: [info@revistanorte.es](mailto:info@revistanorte.es)

Primera página. Incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página. Figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo y palabras clave, en castellano e inglés. Habrá de 3 a 8 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los artículos Originales de investigación deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas incluidas hasta 6 figuras o tablas. Las Notas clínicas no superarán las 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las Revisiones podrán contener un máximo de 15 páginas.

Referencias bibliográficas. Se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas, inicial y final, de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una “comunicación personal”.

Las tablas y gráficos se enviarán en documento adjunto, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de “Normas de Vancouver”).

## Artículos de revistas

### • Artículo normal

Se mencionan hasta los seis primeros autores y se agrega la expresión “et al.” si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1; 124 (11): 980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencias, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

- Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164: 282-4.

- Sin nombre del Autor

Cancer in South Africa (Editorial), *S Afr Med J* 1994; 84: 15.

## Libros y otras monografías

- Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

- Indicadores de directores de edición o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

- Indicación de una organización como autor editor

Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.

- Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh Jh, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995 p. 465-78.

- Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

- Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical in-

formatics. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

MEDINFO 92. *Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics*; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561- 5.

- Tesis doctoral

Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization*. St Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

## Otros trabajos publicados

- Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

- Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future (videocasette). ST. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

- Diccionario y obra de consulta semejantes:

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999. Apraxia; p. 119-20.

## Trabajos inéditos

- En prensa

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

## Material electrónico

- Artículo de revista en formato electrónico:

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis (serial online)* 1995 Jan-Mar (cited 1996 Jun 5); 1 (1): (24 pantallas). Accesible en:

URL: [www.cdc.govncidod/EID/eid.html](http://www.cdc.govncidod/EID/eid.html)

# Solicitud de Ingreso

Para ser miembro de una asociación autonómica, se solicita al tiempo la incorporación a la AEN/PSM. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios y Socias tras su recepción.

La cuota anual será de 100 euros. Profesionales en formación, jubilados y no-facultativos (enfermería, trabaj. sociales, terapeutas, educadores sociales,...) será del 50%. Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la revista *NORTE de salud mental*, libros, Cuadernos Técnicos y otras publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios y socias de las Asociaciones en sus respectivas Autonomías.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Magallanes, 1 sótano 2. 28015 Madrid.

Tel.: 636 725 599 / Fax: 91 847 31 82 • Correo-e: aen@aen.es

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA/PROFESIONALES DE SALUD MENTAL (AEN) y en la respectiva Asociación de su Autonomía.

D./Dña ..... profesional de la Salud Mental,

con título de .....

Centro de trabajo .....

y domicilio en ..... Población .....

C.P. .... Provincia ..... Teléfono ..... Correo electrónico .....

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Autonómica para lo cual es propuesto por los miembros:

D./Dña. ....

D./Dña. ....

Fecha ..... / ..... / .....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado o asociada.

Nombre ..... Dirección .....

Banco/Caja de ahorros ..... Sucursal .....

IBAN/Cuenta nº ..... Población .....

Ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría/Profesionales de Salud Mental.

En ..... el ..... de 20 ..... Firma:

## Revista de:



ASOCIACIÓN DE  
SALUD MENTAL  
Y PSIQUIATRÍA  
COMUNITARIA



asociación de  
profesionales de  
salud mental  
de Cantabria



Sociedad aragonesa de  
salud mental  
S.A.S.M.



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental

Asociación Castellano Manchega  
de Neuropsiquiatría  
y Salud Mental

Asociación Extremeña  
de Neuropsiquiatría  
(AExN)



Española  
Asociación  
de Profesionales  
de Salud Mental  
de Neuropsiquiatría



ABSM | ASOCIACIÓN BALEAR  
DE SALUD MENTAL



Asociación de  
profesionales de M  
Salud Mental