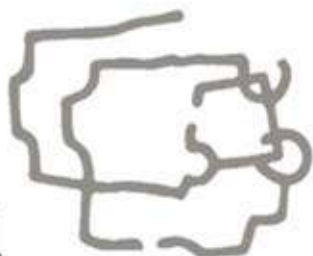


NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen XVI nº 62 Enero 2020



Autor portada: *Sebastian*, Jose Mari Sebastián. Título obra: "Camino y el árbol herido".

Volumen XV



N° 57



N° 58



N° 59

Volumen XVI



N° 60



N° 61



N° 62

Volumen XIII



N° 51



N° 52



N° 53

Volumen XIV



N° 54



N° 55



N° 56

Volumen XI



N° 45



N° 46



N° 47

Volumen XII



N° 48



N° 49



N° 50

Volumen IX



N° 39



N° 40



N° 41

Volumen X



N° 42



N° 43



N° 44

Volumen VIII



N° 33



N° 34



N° 35



N° 36



N° 37



N° 38

Volumen VII



N° 27



N° 28



N° 29



N° 30



N° 31



N° 32

Volumen VI



N° 22



N° 23



N° 24



N° 25



N° 26

Volumen V



N° 16



N° 17



N° 18



N° 19



N° 20



N° 21

NORTE de Salud Mental

Director:

Markez, Iñaki

Consejo Editorial:

Castro, Mercedes
Cifre, Antonia
Estévez, Juan Antonio
Inchauspe, José Antonio
Lalana, José Manuel
Munarriz, Mikel
Musquiz, Álvaro
Rodríguez Pulido, Francisco
Sierra, Deirdre
Vecino, Antonio

Consejo Asesor y de Redacción:

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

- ✓ Acceso disponible en: ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/ • Correo-e: revistanorte@ome-aen.org
- ✓ 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: ome-aen.org/biblioteca/revista-norte/

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 Access 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 XVI nº 62, Enero 2020

<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

Autor de la portada: **Sebastian**, Jose Mari Sebastián.

Título obra: “Camino y el árbol herido”.

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 62. Enero 2020

Editorial	7
• Lo comunitario y la recuperación: ¿términos o nociones? <i>Francisco Rodríguez Pulido, María Ángeles Rodríguez García.</i>	9
Originales y revisiones	15
• Reflexiones sobre la Voz, Lacan y el Discurso (perfeccionista) en el Síndrome de Asperger. <i>Nicolás Vucínovich Roca.</i>	17
• No añadamos sufrimiento al sufrimiento. <i>Lierni Irizar Lazpiur.</i>	22
• El sociodrama: recurso de los promotores pares en la prevención del tabaquismo en la adolescencia. <i>Iván Castillo Ledo, María Leyani Fuentes García, Dinorah Janet Torres Lugo, Iriam Rojas Díaz.</i>	33
• Para pensar el suicidio más allá de la enfermedad y los diagnósticos: un enfoque contextual-fenomenológico. <i>Juan García-Haro, Henar García-Pascual, Marta González González, Sara Barrio-Martínez, Rocío García-Pascual.</i>	42
• Disforia de género: (El «Ideal regresivo» y sus destinos). <i>José M^a Erroteta.</i>	52
Formación Continuada	61
• Neurosífilis. A propósito de un caso. <i>Lorena Navarro Morejón, Raquel Calles Marbán, Miguel Alcántara Gutiérrez, Lucía Povedano García, Andrés Sánchez Pavesi, Carmen Rosa Morales García, María Rosario Cejas Méndez.</i>	63
• Celopatía o síndrome de Otelo: a propósito de un caso. <i>María Herrera Giménez, Carmen Llor Moreno.</i>	72
• La excoriación psicógena: un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo. <i>María Fernández Rodríguez, Irene García Miranda, Ana Villaverde González.</i>	77
Historia	85
• Hace ya algún tiempo: Carlos Castilla del Pino. <i>Reda Rahmani, Juan Medrano, Oscar Martínez, Luis Pacheco.</i>	88
• La Residencia de Estudiantes. Garma, García Lorca y la homosexualidad. <i>Iñaki Markez.</i>	95
Actualizaciones	109
• Apuntes para una psicopatología basada en la relación. Vol. 3. Relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y “operatorias”. <i>Jorge L. Tizón.</i>	111
• Escuela de padres. Guía básica para familias y educadores. <i>Fernando Pérez del Río.</i>	112
• Verdades y mentiras de la Psiquiatría y la Psicoterapia. <i>Daniel Padró Moreno.</i>	113
Agenda	116

Summary

NORTE de salud mental 62. January 2020

Editorial	7
• Community and recovery: Terms or notions? <i>Francisco Rodríguez Pulido, María Ángeles Rodríguez García.</i>	9
Original and reviews articles	15
• Reflections about the Voice, Lacan and the (perfectionist) Speech in the Asperger Syndrome. <i>Nicolás Vucínovich Roca.</i>	17
• Let's not add suffering to suffering. <i>Lierni Irizar Lazpiur.</i>	22
• The sociodrama: the even promoters' resource in the prevention of the habit of smoking in the adolescence. <i>Iván Castillo Ledo, María Leyani Fuentes García, Dinorah Janet Torres Lugo, Iriam Rojas Díaz.</i>	33
• To think suicide beyond disease and diagnostics: a contextual-phenomenological approach. <i>Juan García-Haro, Henar García-Pascual, Marta González González, Sara Barrio-Martínez, Rocío García-Pascual.</i>	42
• Gender dysphoria: The “regressive Ideal” and its destinies. <i>José M^a Erroteta.</i>	52
Continuing Education	61
• Neurosyphilis. About a case. <i>Lorena Navarro Morejón, Raquel Calles Marbán, Miguel Alcántara Gutiérrez, Lucía Povedano García, Andrés Sánchez Pavesi, Carmen Rosa Morales García, María Rosario Cejas Méndez.</i>	63
• Pathological jealousy or Othello síndrome: a clinical case. <i>María Herrera Giménez, Carmen Llor Moreno.</i>	72
• Psychogenic excoriation: a disorder of the obsessive-compulsive spectrum. <i>María Fernández Rodríguez, Irene García Miranda, Ana Villaverde González.</i>	77
History	85
• Some time ago: Carlos Castilla del Pino. <i>Reda Rahmani, Juan Medrano, Oscar Martínez, Luis Pacheco.</i>	88
• The Student Residence. Garma, Garcia Lorca and homosexuality. <i>Iñaki Markez.</i>	95
Book reviews	109
• Apuntes para una psicopatología basada en la relación. Vol. 3. Relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y “operatorias”. <i>Jorge L. Tizón.</i>	111
• Escuela de padres. Guía básica para familias y educadores. <i>Fernando Pérez del Río.</i>	112
• Verdades y mentiras de la Psiquiatría y la Psicoterapia. <i>Daniel Padró Moreno.</i>	113
Calendar	116

Imagen de portada

Título obra: “*Camino y el árbol herido*”

Autor: *Sebastian*, Jose Mari Sebastián.

“*Camino y el árbol herido*”

Después supe que se llamaba “*Camino*”.
Yo, sentado dentro del ambulatorio,
esperando un resultado de escasa monta.
Calle arriba y calle abajo va una señora ya mayor,
buscando aparentemente nada.
Lleva, eso sí, un gran tumor en su cara.
Iba sola; me pareció que iba muy sola.
Seguramente pensando en que pase el tiempo,
olvidar su soledad, tapar su miedo.

Por una calle que frecuento a diario (R. Arias),
veo un pequeño abedul,
Con un tremendo hueco en la parte baja de su tronco.
En el hueco hay incrustada una piedra,
muy grande para el tamaño de su tronco.
Y a través del hueco se ve la acera al otro lado.
Dentro la madera está acorchada.
Camino y el abedul no se conocen de nada, pero algo tienen en común.
No encuentran razón que justifique lo que les está pasando.
Ellos piensan que el sufrimiento no tiene razón de ser,
y que a santo de qué esa enfermedad.
Sin embargo, *Camino* calla y camina, por hacer algo.

Cuando el dolor se introduce en tu vida,
el abedul parece que no dice nada,
pero *Camino*, por lo bajines, y sin querer oírse, maldice su suerte.
Camino pasa hoy junto al arbolito.
Se agacha, coge una cajetilla arrugada y vacía de tabaco,
que alguien ha tirado al suelo, y busca una papelera.
Hoy por lo menos ve que sus pasos tienen un sentido.
Muy tarde, aunque nunca en realidad lo sea,
para encontrar un cierto sentido a una vida tan dura y decepcionante.

Hoy paso por la calle R. Arias y el árbol herido ya no está.
Lo han dado por muerto. Un día de estos plantarán otro en su lugar y asunto acabado.
Hace tiempo que no veo a *Camino* por la calle.
¿Habrà acabado también su asunto?





EDITORIAL

Lo comunitario y la recuperación: ¿términos o nociones?

Community and recovery: Terms or notions?

Han pasado cuarenta años de la desigual transformación territorial de la asistencia psiquiátrica en nuestro país, y más de treinta años, desde que el término recuperación emergiera con fuerza en la literatura científica, con énfasis en diferentes denominaciones, y concepciones. Unos términos sensibles son utilizados en los documentos institucionales y en los debates entre colegas, pero cuyas significantes implícitos denotan en muchas ocasiones, vacíos en sus contenidos, y más un uso del término por moda, por lo bien visto o lo normativamente correcto. Uno de los términos más empleados es “comunitario”. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? (SESPAS, 2018), y no digamos si fuéramos a adentrarnos en delimitar la “salud psíquica”, que forma parte del escenario.

Lo comunitario, su noción, en nuestra forma de captarlo viene definido, por la posición o la relación o interacción significativa del sujeto con un lugar y por el vínculo que mantiene ese lugar con el sujeto. No implica sólo una acción individual, sino que también requiere la acción sinérgica con y del propio entorno. Implica una relación bidireccional. Acentuar las cualidades específicamente humanas, tales como la elección, la creatividad, la agencia de sí mismo, y lo gregario forma parte de la acción y la respuesta significativa de lo comunitario, lo opuesto a la concepción de los seres humanos en términos mecanicistas y reduccionistas, producto de un determinismo biológico o ambiental e individualista.

Lo comunitario, lo gregario, lo grupal, lo comunal, forma parte de la naturaleza humana frente a las lecturas interesadas de Darwin, de la supervivencia competitiva. Lo comunitario es considerado como un espacio relacional, incluso un no lugar, favorecedor, de los procesos subjetivos interdependientes de socialización, autorealización, sentido de pertenencia y individualización.

En los procesos de inclusión y recuperación subjetiva, estos ingredientes deben sustanciarse y esta presentes, superpuestos, y hacerse explícitos operativamente. La negación de comunitario lo representan espacios Institucionales o no que permiten, mantienen y contribuyen a la segregación, el aislamiento, la cosificación y la anomia de los sujetos. Lo reclamado hace años en la institución negada (Basaglia, 1970), la ausencia de libertad, estaría presente hoy en muchas de las unidades de hospitalización y en los soportes de apoyo alojativo, lo que requiere una mirada y su consideración.

En el campo de las ciencia sociales, el término socialización ha presentado dos acepciones diferentes.(St. Martin, 2007): la primera remite al proceso de conformación y organización de los grupos sociales en los cuales se ven implicados factores políticos, económicos, simbólicos y culturales, mientras que la segunda se focaliza generalmente en el individuo y remite al proceso por el cual se adquieren los valores, las actitudes y las creencias de una sociedad particular, e involucra tanto procesos intrapsíquicos como la relación entre el individuo y los diferentes agentes de socialización. En términos generales, el uso del término “socialización” por parte de sociólogos (tales como Simmel y Marx), en el siglo XIX, fue más cercano a la primera definición, mientras que en el siglo XX prevaleció el uso relacionado a la segunda acepción, por parte de autores referentes de la psicología y la sociológica (Morawski y St. Martins, 2011). Así mismo, en la teoría de aprendizaje social Bandura, 1976 aseveró que los humanos aprenden la mayor parte de su conducta a través de la observación de modelos: al observar a los demás nos hacemos una idea de cómo se efectúan las conductas nuevas y, posteriormente, esa información nos sirve como guía de acción. De esta forma, las personas adquie-

ren, sobre todo, representaciones simbólicas de las actividades representadas, que les sirven de guía para efectuar las acciones apropiadas, a esto es lo que se denomina también aprendizaje vicario. Bandura (1976, 2004) analiza la conducta humana dentro del marco teórico de la reciprocidad triádica: las interacciones recíprocas de conductas, variables ambientales y factores personales como las cogniciones. Según la postura cognoscitiva social, la gente no es impulsada por fuerzas internas ni controlada y moldeada automáticamente por estímulos externos.

La psicología del ser, está lejos de la psicología del llegar a ser y de la psicología de la deficiencia. Esta visión empíricamente normativa para la especie humana, está regida por determinismo biológico, más que por patrones culturales históricos arbitrarios, sentencio Maslow. En la búsqueda del hombre por encontrarse a sí mismo, no puede dejar de lado que sólo se encontrará si abre su existencia hacia los otros y mirándolos se reconoce. Sólo ayudando a las personas a encontrar sentido a su vida podremos ayudarlo a vivir mejor. Autotranscendiéndose se hará responsable de su vida y de lo que ésta espera de él. Y, aun así, podría no estar conforme con el deseo de su bienestar. Todas las personas tengan el poder para ser los motores de su propio desarrollo personal no significa que todas lo hagan o lo logren por diversas circunstancias instrumentales o no. Eso implica que para Maslow la personalidad está relacionada con los aspectos motivacionales que tienen que ver con los objetivos y las situaciones que vive cada ser humano.

La noción de sentido de pertenencia, como un sentimiento de identificación y vinculación de la persona con el grupo y con el ambiente donde desarrolla su vida. Destaca su relación con el bienestar de las personas. la satisfacción de una persona al sentirse parte integrante de un grupo. El sentido de pertenencia se ha definido como un sentimiento de arraigo e identificación de un individuo con un grupo o con un ambiente determinado. Su existencia genera en la persona un compromiso con la construcción de significados que a la larga formarán parte de la memoria personal y del grupo al que se siente pertenecer. La participación en la construcción de esta memoria es activa y continua e implica un compromiso con desarrollo tanto personal como del grupo y

del lugar. En la literatura, se vincula el sentido de pertenencia con el principio de membresía y afiliación, en cuanto ésta determina un nivel de integración y de identificación con un contexto particular que genera una respuesta afectiva y supone un sentimiento común a todos los miembros de un grupo en el que a todos les importa el otro y se comparte la creencia de que las necesidades de uno serán satisfechas en la medida en que permanezcan juntos. Para Habermas, y por decirlo con palabras de Honneth (1997) “los seres humanos son capaces de desarrollar identidades personales solo en la medida en que pueden crecer dentro de un mundo intersubjetivo compartido de un grupo social y moverse dentro de él”. Las identidades son fuentes de sentido para los propios actores y por ellos mismos son construidas mediante un proceso de individualización (Castell,1999). Se sitúa la pertenencia en un ámbito identitario que proporciona sentido y cobijo a las prácticas cotidianas en una especie de complicidad definida por lenguajes comunes. Se establecen entonces códigos específicos para la interpretación de la realidad, sistema de valores, patrones de conducta, estilos de vida y formas de pensar y de sentir que pautan las acciones del diario vivir en conjunto con los demás. De la identidad legitimadora, identidad de resistencia y de proyecto, se construyen en un contexto histórico definido, A ese respecto, el antropólogo Marc Augé (1994) plantea que no hay identidad sin la presencia de los otros. No hay identidad sin alteridad. Lo que quiere decir que la identidad individual se construye a través de relacionarse con los demás y compartir significados y experiencias, de la misma manera que la identidad grupal se construye a partir de las interrelaciones grupales. El concepto de persona puede rastrear desde los griegos, el término “individualismo” es mucho más reciente y responde a los procesos que se manifiestan de forma más evidente a partir del siglo XIX. El individualismo se expresa así en los valores, creencias y prescripciones normativas que enaltecen la defensa y dignidad de la persona con base en un conjunto de derechos, libertades y responsabilidades que exaltan la libertad, autonomía, el respeto mutuo y responsabilidad cívica.

La comunidad, lo comunitario, no solo es un espacio, sino un lugar o un no lugar. Pero sobre todo, una red de relaciones, de posibles vínculos

que en los que se construye y desarrolla las diferentes identidades de sujeto y sus oportunidades para el ejercicio de su libertad de decisión. En nuestro ámbito, la gestión del riesgo, es primordial pero no de manera defensiva, sino compartida. Los procesos de la práctica asistencial o de la toma de decisiones en la gestión deben favorecer el hacer individualidad desde lo comunitario y promover la socialización desde la individualidad. En este sentido, el ejercicio de la ciudadanía, de los propios equipos comunitarios, debe realizarse desde la movilización de los entornos, para hacer factible la igualdad de oportunidades, la inclusión y la construcción de comunidad, donde se desarrolla la vida.

Este proceso de intersubjetividad, es sustancial, para el reconocimiento como personas, lejos de las formulaciones identitarias, que suelen favorecer “ellos y nosotros” o “yo y los otros”. Es un proceso de reconocimiento más que identitario. Siguiendo los planteamientos de Sullivan (1962), la personalidad se forma mediante el traspaso de lo interpersonal a lo intrapsíquico. De este modo, como proceso humano, si las necesidades de una persona durante la infancia quedan cubiertas satisfactoriamente, logrará un sentido de autoconfianza y de seguridad; si no, desarrollará una tendencia a sentir inseguridad y ansiedad. Los modos en que experimentamos nuestro entorno físico y social cambian en función de la edad, del grado de dominio del lenguaje y de la correcta satisfacción de las necesidades. En este sentido Sullivan describió tres modos de experiencia: la prototáctica, la paratáctica y la sintáctica. Cada una de ellas se subordina a las que aparecen posteriormente. Los símbolos son validados a través del consenso con otras personas, lo cual da un sentido social al comportamiento. Desde una posición existencial, de acuerdo con Yalom, lo relevante es resolver aquello que preocupa y ocupa a todas las personas: la muerte, la soledad, la enfermedad, el dolor, y la propia existencia.

Los procesos de institucionalismo, no son solo genuinos de los manicomios, hoy llamados hospitales psiquiátricos, sino también pueden darse en los recursos de alojamientos alternativo o en “las acciones de las prácticas” de la llamada rehabilitación psicosocial. Probablemente en algunos lugares se realizan determinadas prácticas

y acciones comunitarias o rehabilitadoras donde no ha perdido toda su vigencia, incluso el término de transinstitucionalización. Ni tampoco lo comunitario es depositar la carga en las familias, haciendo que estas sean las responsables de los cuidados y soporte de las personas con trastornos mentales, ni las políticas oficiales del auto cuidado. La comunidad no es un espacio geográfico, un lugar de depósito, y de despropósito, sino, sobre todo, un espacio relacional y vincular que en los que se construye, se elabora y se desarrolla las diferentes identidades del sujeto. La red de apoyo social y la red de redes no es una suma de profesionales ni de recursos ni es una coordinación que nos satisface. La red de apoyo de redes es una experiencia vincular de corresponsabilidad desde una perspectiva clínica biográfica individual cuya función es resolver las necesidades del sujeto, desde el punto de vista de este, y no ocupar el protagonismo de su vida (Rodríguez Pulido, 2010).

La atención a las personas con trastornos mentales, aunque sea diversa y en diferentes espacios, debe tejerse en el interior de un conjunto de recursos dando sentido al cada uno de los espacios de la relación terapéutica. La red de soporte comunitario debe ser funcional y no fragmentada en áreas estancos, facilitando que prime la cooperación entre los actores de los distintos procesos. La construcción de comunidad como un entramado de vínculos en redes en los que madura y se desarrolla el sujeto. Reconocer a un sujeto suficientemente autónomo significa atribuirle nivel de capacidad en la construcción y formulación de pensamientos y acciones que parten de la conciencia de sí, y por ello, de la conciencia del otro como sujeto. Este significado es el que fundamenta la relación terapéutica y la clínica de la recuperación, saltando por encima de las palabras que encorsetan como “crónico” una temporalidad variable que debemos despojarla de su reduccionismo mítico vinculada al deterioro o “esquizofrenia” un constructor que la British Psychological Society Division of Clinical (2014) ha informado reiteradamente de los inconvenientes de su uso. Lo que sucede al que habla no deja impasible al que escucha.

La participación comunitaria desde el neoliberalismo se trata de disminuir cada vez los compromisos del estado de bienestar a favor de

umentar responsabilidad de personas en sus autocuidados. En los modelos comunes, centrados en la dimensión individual, la corrección de factores de riesgo modificables y la recomendación de estilos de vida y conductas saludables, ahondan en la victimización y la culpabilización de los sujetos, ajenos a sus contextos. Esta visión pretende responsabilizar al individuo de su estrecha dimensión comunitaria rebajando el compromiso que las “comuna” y del “estado” en sus acciones para que la sociedad ejerza su capacidad de garantizar la igualdad de oportunidades. Desde la Declaración de Alma Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986), diversos organismos internacionales han señalado la participación comunitaria como fundamental para aumentar el bienestar de las comunidades y mejorar la salud de las poblaciones. Sin embargo, aquí su aplicación no ha sido fácil y ha tenido diversos desarrollos. Existen leyes en la mayoría de las comunidades autónomas que incluyen la participación como parte fundamental del sistema sanitario, y órganos de participación como los consejos de salud están regulados desde la Ley General de Sanidad, la 14/1986. Pero estas leyes no están desarrolladas homogéneamente en los distintos territorios, quedando en su mayoría como algo puramente testimonial o convirtiendo estos órganos de participación en herramientas para trasladar información, con composiciones poco equilibradas y una tendencia a tratar mayoritariamente aspectos del ámbito asistencial sanitario, sin incorporar el enfoque comunitario. A la par han surgido organizaciones informales de participación, tanto de trabajo específico en salud como de incidencia sobre los determinantes sociales, en su mayoría vinculados a colectivos vecinales y sociales o centros de salud.

Los profesionales comunitarios, los de la mayoría social, apoyan mover los recursos sociales en su espacio de acción, para que sea factible y real a las personas sus derechos y su Libertad de decidir como ciudadano, aunque es cierto que esto requiere una conciencia social de los profesionales, como personas, no una conciencia de “cuerpo” en ninguno de sus sentidos. Promover e impulsar la «acción comunitaria» o «acciones para mejorar el bienestar de la comunidad» es mover el entorno para la igualdad de oportunidades y hacer factible los ingredientes antes descritos. Claro esto no se enseña en las facultades de me-

dicina actuales y menos aún en los programas de formación de residentes cuyo adoctrinamiento relativista y reduccionista viene estrechando las posibilidades para nuevos escenarios innovadores y creativos, y los que emergen sufre una “gettificación” con enormes obstáculos para romper los marcos en los que fueron generados. No sería comprensible una atención comunitaria en Salud sin una atención comunitaria en Salud mental. En nuestro ámbito podría adaptarse y tomar como ejemplo, para ordenar “un conjunto mínimo de acciones en la cartera de servicios orientada hacia la acción comunitaria” el modelo de acciones comunitarias propuesta desde la atención primaria de Asturias, al ámbito de la salud mental (Informe SESPAS, 2018), previa adaptación del modelo a nuestro medio, en los niveles: Nivel 1. Asistencia individual y familiar con orientación comunitaria: «pasar consulta mirando a la calle», Nivel 2. Trabajo grupal con orientación comunitaria: «educación grupal trabajando sobre las causas de las causas», Nivel 3. Acción comunitaria en salud o participación en procesos comunitarios: «el centro de salud no es el único centro de salud». En este sentido, puede resultar de utilidad o de referente categorizar los procesos comunitarios presentes en el territorio según algún criterio de acuerdo con un documento reciente de Public Health England (Shouth, 2015). En los Estados Unidos la brecha entre la ciencia y los servicios en el tratamiento en la esquizofrenia en el mundo real es el 95% (Drake et al., 2009). No digamos lo hondo de esta brecha en la cartera de los servicios de salud mental en nuestro país. Frente a los propagandistas de que la psiquiatría comunitaria no tiene más espacio para profundizar en su cultura organizacional y de acción comunitaria, decimos que podría caminarse sobre este híbrido.

Si realmente cuando decimos que «hacemos» psiquiatría comunitaria, lo que estamos queriendo decir es que «trabajamos en un proyecto para mejorar el estado de salud de una comunidad o un colectivo», no con aquellas otras que se desarrollan desde otros sectores (social, cultura, educación o justicia, empleo) y eludimos los determinantes socioeconómicos de la Salud. Reducido el sujeto a un cuerpo biológico, y la vida humana a categorías de la vida orgánica (científicamente acotadas) pero eso sí, a costa de perder la existencia y la significatividad biográfica,

entonces tendremos que afirmar, que no son las mismas nociones que entendemos nosotros, aunque usemos los mismos términos, y esto tendrá su reflejo en la cultura organizacional de los servicios públicos.

Franco Basaglia sentenció en su obra la institución negada que resultaba demasiado fácil para el establishment psiquiátrico definir nuestro trabajo como falto de seriedad y de respetabilidad científica. “Este juicio sólo puede halagarnos, puesto que a fin de cuentas nos asocia con toda

la falta de seriedad y de respetabilidad atribuida desde siempre al enfermo mental, así como a todos los excluidos”. Es otro grito con entrañas.

Francisco Rodríguez Pulido

Profesor Titular de Psiquiatría ULL, Responsable Programa Rehabilitación Psicosocial en Trastorno Mental Grave. Dirección Área de Salud Tenerife.

María Ángeles Rodríguez García

Profesora Asociada de Enfermería en la ULL.

Bibliografía

- ESPAS (2018). Informe ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? *Gaceta Sanitaria*, Volume 32, Supplement 1, October 2018, Pages 5-12.
- Basaglia F. (1970). *La institución negada Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Barcelona Barral Editores S.A.
- St. Martin, J. (2007). “Socialization”. The politics and History of a Psychological concept, 1900-1970. Tesis de maestría, Universidad de Wesleyan. Disponible en: <http://wescholar.wesleyan.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=etd_mas_theses> [7 de enero, 2013].
- Morawski J.; ST. Martin, J. (2011). *The evolving vocabulary of the social sciences: the case of “socialization”*. En: History of psychology, 14 (1): 1-25.
- Bandura, A. (1976). *Social Learning Theory*. Prentice Hall.
- Bandura, A. Elder, G.H. Flammer, A. et al. (2009). *Autoeficacia*. Desclée De Brouwer, Editorial S.A.; Biblioteca de Psicología. Bilbao.
- Maslow, A. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.
- Maslow, A. (2005). El hombre autorealizado. Hacia una psicología del ser. Editorial Kairos. Barcelona.
- Honneth, A., (1997). *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*, Crítica, Barcelona.
- Ovejero, A., (1999). *La nueva psicología social y la actual post-modernidad*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo, Oviedo.
- Castells M.(1999). *La era de la información. El poder de la identidad*. Vol II. Siglo XXI Editores.
- Augé, M. (1994). *El sentido de los otros*. Paidós, Barcelona.
- Sullivan, H. S. (1962). *Schizophrenia as a human process*. W W Norton & Co.
- Yalom, I. (2016). *Psicoterapia Existencial*, Herder. Barcelona.
- Rodríguez Pulido, F. (2010). *La recuperación de las personas con trastornos mentales graves: modelo de red de redes*. Fundación Salud y Sanidad. Cabildo Insular de Tenerife.2010.
- British Psychological Society Division of Clinical (2014). Understanding. Psychosis and Schizophrenia. Revised version 2017, originally published 2014
- South J. (2015). *A guide to community-centred approaches for health and wellbeing*. London: Public Health England.
- Drake R E, Essock S M. (2009). The science-to-service gap in real-world schizophrenia treatment: the 95% problem. *Schizophrenia bulletin*, 35(4), 677-678.



ORIGINALES Y REVISIONES

Reflexiones sobre la Voz, Lacan y el Discurso (perfeccionista) en el Síndrome de Asperger.

Reflections about the Voice, Lacan and the (perfectionist) Speech in the Asperger Syndrome.

Nicolás Vucínovich Roca.

Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Comunitaria "Oriente", Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

"Si el sordomudo está fascinado con las bellas manos de su interlocutor, no registrará el discurso vehiculizado por esas manos".

J. Lacan.

Resumen: A partir de un breve recorte del texto leído por una paciente diagnosticada de Síndrome De Asperger haremos un recorrido por el concepto de objeto voz a lo largo de los seminarios de Lacan.

Palabras Clave: Asperger, voz, psicoanálisis.

Summary: Supporting us in a brief text read by an Asperger Syndrome patient, we will try to develop the concept Voice as an object, worked up by Lacan along his psychoanalytic seminar.

Key words: Asperger, voice, psychoanalysis.

Introducción

Lacan agrega a la lista de objetos freudianos (pecho, heces, falo) dos objetos: la voz y la mirada. Este agregado obedece a una necesidad clínica: en la psicosis ambos objetos aparecen separados del cuerpo, en lo real del mundo exterior: los reconocemos en la vigilancia persecutoria y en la voz alucinada en el fenómeno de automatismo mental.

Introducir el objeto voz en este Seminario (1), analizando brevemente el recorrido que hace Lacan, forma parte de un esfuerzo por comprender la clínica nuestra de cada día. Este esfuerzo consistirá en buscar los rastros de la voz entre las alucinaciones del psicótico y las peculiaridades del discurso del Síndrome de Asperger. Ambos fenómenos serían el signo de anudamientos di-



ferentes de la estructura, en la relación entre el yo, el sujeto, el Otro del significante y el cuerpo. Pensé en esta posibilidad tras el encuentro con una paciente, diagnosticada desde la infancia como Síndrome de Asperger, que, en su primera entrevista en el equipo de salud mental, comenzó desplegando y leyendo un texto preparado para esa ocasión.

Recortes del texto

Citaré algunos recortes del texto leído por la paciente:

“Odio mi forma de hablar... mi comunicación escrita es buena, pero para comunicarme hablando soy demasiado inútil”; “muchas veces digo determinada cosa a alguien y después me arrepiento y pienso que no debí decir tal cosa, o debí haberlo dicho de otra forma”.

“Al hablar no hay vuelta atrás, lo que se ha dicho se ha dicho”; “no me gusta decir las cosas corto y resumido... creo que siendo muy detallada y explícita me explico mucho mejor... por eso me gusta ser perfeccionista: para que siempre me entiendan bien”.

“No soy capaz de mantener un tono normal... es un tono muy alto... mi voz es rara, me la escucho y es como voz de loca, no tengo nada de melodía al hablar, parezco un robot”, “me cuesta hablar, es un desafío para mí, y no es algo que esté en mi cabeza!”... “Me cuesta mantener conversaciones. O hablo lo justo, o la cago, porque al no saber qué decir no digo más que sandeces”. (2)

La voz en los seminarios de Lacan

Lacan introduce el objeto Voz en su Seminario 10, cuando comienza a desarrollar el objeto *a* e introducirlo en su enseñanza. La voz entra así en la lista de los objetos *a* (el pecho, las heces, la mirada y la voz). Todos cumplen con la condición fundamental: ser separables del cuerpo. La voz y la mirada se imponen al sujeto psicótico desde el mundo exterior.

En su primer Seminario (3), Lacan no habla de la voz, aunque si se intuye su desarrollo en la función que tiene para él la palabra en su rela-

ción con el llamado. En este Seminario, la palabra es el elemento que acerca un significante a un significado para darle un sentido al ser del sujeto. En este primer Seminario habla sobre el caso de Melanie Klein, el caso Dick: un autista que no habla, nunca ha llamado a su madre ni a su cuidadora. Sin embargo, conoce el lenguaje y lo emplea: cuando le piden que repita una frase o una palabra lo hace modificando algunos fonemas en una actitud que Lacan llama negativista. Dick, para Lacan, tiene acceso al lenguaje, pero no a la palabra: *“el sistema por el cual el sujeto llega a situarse en el lenguaje está interrumpido a nivel de la palabra. El lenguaje y la palabra no son lo mismo: este niño hasta cierto punto es dueño del lenguaje, pero no habla. Es un sujeto que está allí, y que, literalmente, no responde. La palabra no le ha llegado”* (3). No está enganchado en la cadena significante: el lazo que anuda su imagen, y la de los objetos especulares, al registro simbólico del significante: este operador que acerca ambos registros y que Lacan sitúa como la palabra, no se han inaugurado para este sujeto. Es a partir de la intervención de M. Klein (*“tú eres el tren pequeño, papá el grande y mamá la estación de tren”*), intervención que anuda el registro imaginario de los objetos al simbólico de las estructuras del parentesco y al triángulo edípico, cuando el niño, por primera vez, llama a su cuidadora. Este llamado es, creo, el antecedente en Lacan de la voz. Él diferencia dos planos en este capítulo: el del enunciado y el del llamado, forma elemental de la enunciación. Tras la intervención de la analista, Dick dirige por primera vez un llamado a otro, al que recibe, dice M. Klein, con los brazos abiertos. Que este Otro pueda o no responder es central en este caso: abre la dimensión para él de la dependencia del deseo del Otro, bajo la forma presencia/ ausencia, responde/ no responde. En su libro sobre el autismo, Maleval dice: *“No ceder su goce vocal para no enfrentarse al deseo del Otro, eso es lo que se encuentra en el origen del ser autístico”* (7). Es interesante que esta primera referencia de Lacan a la enunciación, precursora de la voz, se haga apoyándose en el caso de un niño autista.

En el Seminario 3 (4) sobre las psicosis, Lacan habla sobre la voz como alucinación. La alucinación, resalta, no debe abordarse por su carácter

sonoro: esta propiedad de sonoridad es consecuencia de la existencia de la cadena significativa (visual, escrita o hablada) cuando ésta se impone y sorprende al sujeto. Para Lacan, en este seminario, la alucinación es

- 1) Una cadena significativa rota, donde el lugar de la enunciación pasa de un sitio a Otro, en el lugar donde el enunciado se rompe: el ejemplo que da es el de “vengo del fiambrero/ marrana”: la primera frase se enuncia en la sujeto, se puede reconocer como pensamiento propio, y la segunda parte, “marrana”, le viene del Otro encarnado en el vecino. Es la palabra en forma de injuria que dice su ser de sujeto, sin equívocos, de forma contundente, anudando significado y significante, la que le viene del Otro. Separada de la primera proposición (“vengo del fiambrero”), proyectada al espacio real y apareciendo como una alucinación, una enunciación encarnada en el otro, una voz del otro. Una cadena significativa rota y dos lugares de la enunciación: el sujeto y el vecino.
- 2) Es la forma que adquiere, en ocasiones, el discurso interior en el psicótico. Es el extrañamiento y la proyección de este discurso interior (velado para el neurótico, registro significativo de nuestros actos), vivido como externo, desamarrado del sujeto. En este punto extraordinario Lacan nos explica por qué las voces en el psicótico adquieren esta forma tan peculiar de “comentar los actos” en el automatismo mental: los actos humanos están articulados por el significante, y esto es lo que se deja ver en la psicosis, a flor de piel, cuando las voces “comentan” los actos.

¿Qué es lo que amarra el dicho/ el pensamiento al sujeto? En este Seminario 3º es la función del “tú”, inherente al significante: su poder sugestivo, dice Lacan. Este Tú, cuerpo extraño que viene del Otro y que engancha al sujeto, con su poder sugestivo, desde el inicio, a la cadena significativa, es el precursor del objeto voz. Es primero el “tú” el que hace posible el “yo”, como lugar de la enunciación: la voz activa, la que dice el dicho.

Cuando desarrolla el grafo del deseo en su Seminario 5 (6), lacan introduce la voz, no como objeto, pero sí como resto separado, resto de la operación significativa - significación. La voz sería lo que del significante queda tras significar. La voz

es lo que resta del cruce de la intención de significar y el significante. Si pensamos la voz como el resto que queda después de que el significante precipite un significado, podemos volver al texto de nuestra paciente Asperger, y pensar en este esfuerzo de precisión que hace: esta dificultad para ser precisa hablando, hacerse entender, y no quedar como una tonta o una loca, ser exacta en los términos que usa, en su intención de significar. Es como si no pudiera existir resto alguno entre el significante y el significado: que todo el significante pasa al significado sería la fórmula del esfuerzo de esta sujeto. Que no existan equívocos para el Otro, esa es su ambición. Estos “equívocos” serían una versión de la falta de significante en el Otro (A tachado), y alude a la definición anterior de Maleval: “*No ceder su goce vocal para no enfrentarse al deseo del Otro, eso es lo que se encuentra en el origen del ser autístico*”. Es la forma que encuentra para, midiendo sus dichos (tomándose su tiempo para medir el alcance de sus enunciados) anular cualquier ambigüedad del significante y así minimizar la voz como resto.

Es en el Seminario 10 (7) cuando habla de la voz como objeto *a*, un resto, el goce vocal cedido al Otro, que “resuena en el espacio vacío del Otro”, dice Lacan, vacío porque no da garantías (recuerda a las garantías de respuesta al llamado de Dick y la dimensión del deseo del Otro). Este “ceder” el objeto voz entraña para el sujeto una pérdida de goce (castración), que al mismo tiempo lo sitúa en la cadena significativa, habilitando de esta manera la economía simbólica como amortiguador de goce. Este objeto perdido, la voz, cedido al Otro del significante, entraña una mortificación del goce del cuerpo a favor de una inscripción del sujeto en la cadena significativa.

Esta separación de la voz y su colocación en el vacío, no del espacio (no se trata de sonoridad) sino del significante, explica por qué nos extrañamos al escuchar nuestra voz grabada, devuelta a nosotros desde afuera, resonando en el espacio real. Esa extrañeza es la que siente nuestra sujeto, esa “voz de tonta, de retrasada, de drogada”, no frente a su voz grabada, sino cuando habla. Eso podría dar cuenta de que no hay para ella una separación de este objeto voz. El proceso por el cual este objeto se sacrifica a favor de situar al sujeto en la cadena significativa, esta



cesión de goce no se ha hecho. No hay una cesión del goce vocal que queda, para ella, ligado al cuerpo. Dice Maleval en “El Autista y su Voz”: *“el autista, por su parte, no es ajeno a su voz, lo cual obstaculiza que tome la palabra”* (7).

Para concluir, recapitulando

Vemos en el recorrido de Lacan cómo esta pregunta por el elemento que engancha al hablante con el significante cambia su enfoque articulándolo con el anterior:

1º, con la llamada en el Seminario 1 y el caso Dick;

2º, en el Seminario 3 con la enunciación y el “tú eres” como objeto extraño incorporado. Aquí la voz se distancia para Lacan de la sonoridad y pasa a ser un elemento que discurre en la cadena significante, elemento relacionado con la posición de la enunciación y que adquiere su sonoridad al ser proyectada;

3º, como resto, en el Seminario 5, de la operación significante – significado;

4º, en el Seminario 10 como este objeto *a*, objeto de goce que el sujeto cede, pierde, a favor de inscribirse en el registro simbólico.

Estos cuatro momentos parecen mostrar dos progresiones:

1º, la construcción progresiva de las características del objeto voz: su pérdida de sonoridad

primero, su estatuto de resto, y finalmente su relación con el goce del viviente;

2º, progresión entre los 3 registros (imaginario, simbólico y real), al apoyarse primero en el registro imaginario (el caso Dick y la importancia de constituirse como cuerpo especular, intercambiable con el tren pequeño, representable por lo imaginario de los objetos para acceder así a la palabra que lo represente y llamar a la cuidadora); en un registro simbólico (el “tú eres” significante primero que, al incorporarse, introduce al sujeto en la cadena); y por último el real, con la pérdida del objeto voz, pérdida de goce, mortificación de la pulsión vocal.

¿Cómo se hace presente la voz en el neurótico?

En la psicosis la voz se hace presente como objeto y dice la palabra del ser, lo significa (con la palabra injuriente): en la psicosis la voz dice lo que es indecible en la neurosis. *En la neurosis, la castración quiere decir que no oímos voces en lo real, que somos sordos a ellas*, dice Miller (8). Que el ser del sujeto es “indecible”, esa es la castración del neurótico. La voz, en este caso, es lo que localiza al hablante de esta cadena significante, hablante que rodea el agujero de esto que es indecible y que es el ser del sujeto. Es indecible de una vez y para siempre, al contrario que en la injuria psicótica.

Contacto

Nicolás Vucínovich ✉ comansemichave@yahoo.com
Calle Cueva de la Pileta s/n • Sevilla Este 41020
Unidad de Salud Mental Comunitaria “Oriente”
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Referencias

1. Trabajo presentado en el “Seminario de Manolo Conde”, seminario clínico del H.U.V. Rocío de Sevilla, 2018.
2. Otros sujetos clasificados con este mismo diagnóstico me han señalado también esta dificultad para hablar, no solo porque les resulta difícil suponer un tema de conversación común, sino por sentirse “ridículos” hablando.
3. Lacan, J. (2004). *El Seminario de Jacques Lacan: Libro 1: Los Escritos Técnicos de Freud*. Paidós, Buenos Aires.
4. Lacan, J. *El Seminario de Jacques Lacan: Libro 3: Las Psicosis*. Paidós, Buenos Aires, 2002.
5. Lacan, J. (2004). *El Seminario de Jacques Lacan: Libro 5: Las Formaciones del Inconscientes*. Paidós, Buenos Aires.
6. Lacan, J. (2006). *Seminario 10: La Angustia*. Paidós.
7. Maleval J.C. (2011). *El Autista y su Voz*. Gredos. Madrid.
8. Miller J.A., Jacques Lacan y la Voz. (1997). *Revista Freudiana* 21, Barcelona.

- Recibido: 9/10/2019.
- Aceptado: 26/12/2019.

No añadamos sufrimiento al sufrimiento.

Let's not add suffering to suffering.

Lierni Irizar Lazpiur.

Trabajadora social, DEA en Ciencia y Humanismo, doctorada en filosofía y máster en salud mental. Psicoanalista, miembro de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

Resumen: En este artículo se realiza un recorrido por una diversidad de temas relacionados con el modo en que nuestra época interpreta y trata el sufrimiento humano.

Se analiza el modo en que la medicina, la tecnociencia y el psicoanálisis tratan las dificultades humanas, el cuerpo y la subjetividad.

Palabras clave: Sufrimiento humano, subjetividad, cuerpo, medicina, psicoanálisis, lenguaje, escucha.

Summary: This article takes a tour of a variety of topics related to how our time interprets and treats human suffering.

It discusses how medicine, technology and psychoanalysis deal with human difficulties, the body and subjectivity.

Key words: Human suffering, subjectivity, body, medicine, psychoanalysis, language, listening.

A lo largo de los últimos años, y todavía hoy, me he sumergido en la reflexión y el análisis sobre el modo en que nuestra época interpreta y trata el sufrimiento humano. El sufrimiento subjetivo propio de la vida, el producido por la enfermedad, el de la pérdida, el cotidiano y el excepcional.

Este análisis resulta imposible sin pensar el modo en que en la actualidad entendemos lo humano. La visión que nuestra época tiene de ese ser que el psicoanálisis entiende como hablante, sexuado y mortal.

Estas reflexiones se han ido desplegando en diferentes publicaciones cuyo objetivo funda-

mental ha sido compartir, fundamentalmente con otros profesionales, mi visión de la situación actual con un deseo, no ingenuo, de abrir un posible diálogo fructífero entre diferentes enfoques y modos de entender la cuestión.

En mi primer libro¹, se analizan algunas de las visiones fundamentales que nuestra época tiene sobre lo humano y encontramos en él una gran presencia de cuestiones médicas fundamentales en nuestro tiempo.

¹ Irizar, L. (2014) *La pérdida del humano. El modo en que se trata el sufrimiento, la enfermedad y la diferencia*. Bilbao, Ediciones Beta III Milenio.

De su recorrido, podemos destacar que nuestra época científicista considera al humano como un animal equiparable a los otros o como mera vida, o como soporte de un texto genético. Lo reduce y explica según el modelo animal o maquina.

La idea del humano como animal o máquina supone interpretar el sufrimiento y la enfermedad como error o fallo en algún lugar del organismo o en el cerebro. Según este enfoque, si aplicado el remedio al error no se ha producido mejoría, estaríamos ante un problema de falta de voluntad del sujeto que no se esfuerza lo suficiente, con la consiguiente culpabilización y rechazo. Constatamos en nuestra época una extensión cada vez mayor de un furor de normalización e integración aun a costa del sujeto supuestamente salvado.

Asistimos también a la consolidación de la inseparable unión entre la tecnociencia y el capitalismo. En la actualidad todos los ámbitos de la vida humana están colonizados por un modo de hacer, ver y comprender que extiende lo cuantitativo, evaluable, medible, controlable, a cada rincón de lo que antes no formaba parte del imperio de la cuantificación. Hoy todo lo humano, su salud, su educación, su felicidad, su vida, forma parte de los cálculos de coste-beneficio y del control generalizado, eso sí, por su propio bien.

Subyace la creencia en un humano que, al igual que el resto de las cosas, es medible, cuantificable, controlable, objetivable.

Al comienzo del desarrollo científico, Galileo afirmó que el libro de la naturaleza está escrito en caracteres matemáticos y que si queremos leerlo, hay que hacerlo utilizando dicho lenguaje. Sin embargo, este principio no se aplicaba al ser humano. El descubrimiento del genoma ha llevado al desarrollo implícito de una nueva versión de la propuesta de Galileo: puesto que toda vida es un texto genético, hay que leerla como tal y además no sólo leerla, hay que modificarla, “mejorarla”, corregir sus defectos y limitaciones. Por tanto, el humano se reduce a un mero soporte más del código de la vida y como tal hay que entenderlo y tratarlo.

Este nuevo mandato implícito de nuestra época implica además que si cualquiera se atreve a ponerlo en cuestión, defendiendo por ejemplo la

radical singularidad humana en el ámbito de lo viviente, sea rápidamente tachado de defender algún tipo de antropocentrismo trasnochado. Es importante aclarar que defender la singularidad humana no implica ningún antropocentrismo o defensa de superioridad en la creación o nada que se le parezca. Consta simplemente una obviedad: somos los únicos seres cuya vida está atravesada por palabras, conceptos, por lo que los antiguos llamaban el *logos*.

Pensar la tecnociencia como una teoría de salvación, al igual que lo fueron otras a lo largo de la historia del pensamiento, puede ser el gran error de nuestra época. Considerar que todo es explicable y mejorable por la tecnociencia supone dejar de lado lo propiamente humano, que lejos de ser matematizable, medible y calculable, es singular, imprevisible, complejo e imposible de desentrañar en su totalidad.

Propongo entonces una idea del humano doblemente atrapado. Primero por su condición de hablante, habitando las tres dimensiones que plantea Lacan, Imaginaria, Simbólica y Real, en un anudamiento en el que pensamiento, cuerpo y lenguaje se articulan de modo complejo. Y en segundo lugar, por el contexto social, determinado en la actualidad por la íntima alianza entre el capitalismo y la tecnociencia. Contexto en el que tenemos que realizar nuestro proyecto de vida porque somos seres en falta obligados a elegir. Esta alianza propicia la cosificación del humano y lo convierte en objeto de consumo, extrañado de su propia condición.

En este sentido, uno de los motores de la redacción de este primer libro fue la preocupación por el modo en que en nuestra época se ha extendido el rechazo y la incompreensión de los imposibles, de los límites que plantea toda vida humana y por tanto todo conocimiento y toda terapéutica posible. Esta es una cuestión especialmente sensible en el campo médico en el que observamos que ante personas que tienen dificultades para cuidarse o cambiar de hábitos, que incumplen los tratamientos o son irregulares en la asistencia a sus citas, la respuesta médica es en muchas ocasiones de incompreensión y rechazo.

Si partimos de una visión del humano como un ser complejo, no armonioso sino dividido por su

condición de hablante. Si tenemos en cuenta la dificultad que supone para muchas personas la vida cotidiana y no reducimos lo que les ocurre a un error biológico o cognitivo, si escuchamos lo que cada sujeto tiene que decir sobre lo que le pasa, podemos abrir un camino hacia otro modo de trabajo y abordaje de las dificultades humanas.

Este abordaje resulta complicado en nuestra biomedicina actual ya que el modelo biomédico prima y en ocasiones se reduce a biología, a una medicina organicista. Es un modelo criticado desde muchos enfoques por su determinismo biológico que niega o deja de lado la importancia de los factores culturales, sociales y subjetivos involucrados en cualquier proceso de enfermedad. Aunque se hable teóricamente de la importancia de lo biopsicosocial en el ámbito sanitario, la realidad es que los profesionales son formados en una mentalidad que separa lo biológico del resto de factores, reduciendo al humano a un mero conjunto de órganos con un determinado funcionamiento. Esta visión se basa en una concepción positivista en la que se produce la separación entre mente (sujeto) y cuerpo y también entre dicha dualidad y el contexto sociocultural. Además, el cientificismo actual también presente en medicina, pretende reducir las dimensiones psíquica y social a parámetros organicistas.

Es en este contexto en el que se despliega la relación clínica en la actualidad. La relación clínica es fundamental porque en ella se concreta la actividad médica y su fin último: la atención a una persona que demanda a causa de una enfermedad o sufrimiento. Una relación determinada por una pluralidad de factores socioeconómicos, culturales, políticos, institucionales, grupales, familiares e individuales.

El médico se encuentra con un pie en el discurso de la ciencia que tiene un punto de vista universal, para todos, y otro pie en la clínica, que es siempre particular. El discurso de la ciencia le pone en el lugar del saber, saber científico y la clínica le enfrenta a un no saber que concierne al sujeto particular. Es necesario entonces escuchar cada caso como único.

Los médicos actuales, formados en un saber biomédico, tienen dificultades para asumir que además de los procesos orgánicos, hay un sen-

tido simbólico de los síntomas que es siempre particular y que por tanto, es fundamental la escucha de lo que para cada sujeto implica la enfermedad. Tal y como afirmaba Balint, el médico se convierte en el primer tratamiento cuando sabe escuchar, cuando no se precipita en su acción y dedica un tiempo a la sutil escucha de lo que el otro le dice. Esta recomendación de Balint ya no es tenida en cuenta y la tendencia contemporánea es la de silenciar inmediatamente el sufrimiento con fármacos o enviar al paciente a un peregrinaje de pruebas exploratorias cuyos efectos no son tenidos en cuenta. Se olvida que la palabra rescata al sujeto de la cosificación a la que le aboca la biomedicina.

Pero no todos los profesionales ni todos los enfoques médicos lo olvidan. En *La pérdida del humano* se exploran diversos enfoques en medicina. Hay quienes a partir de la bioética o la filosofía postulan una relación clínica ética que no solo sea curativa sino que se ocupe también del cuidado. Otros profesionales se centran en la dimensión narrativa de la enfermedad y la relación clínica y postulan que además de lo biológico es necesario tener en cuenta lo narrativo, las historias. Es una orientación que trata de dar cuenta de la complejidad de la enfermedad y el acto médico y que intenta no dejar al margen la subjetividad.

El psicoanálisis plantea también la necesidad de dar un lugar a la subjetividad, a la escucha del sufrimiento caso por caso, a la palabra del enfermo que es quien tiene el saber sobre su sufrimiento, pero va más allá de estas propuestas al afirmar que el sujeto está estructuralmente dividido. Que por su condición de hablante está atravesado por el inconsciente, por aspectos de sí mismo que desconoce y que aparecen de algún modo en su demanda y en el deseo que se desliza bajo lo que se demanda.

Nos dice además que esa doble condición de viviente y hablante del ser humano, complejiza mucho su relación con la satisfacción. Está afectado por lo que Freud llamó “pulsión” y Lacan “goce”, es decir, por una satisfacción que va contra su propio bien. El psicoanálisis muestra que el humano “goza” de forma paradójica y que muchas veces se puede aferrar a situaciones que le dañan.

Esto no es algo ajeno para los médicos. Rescato las palabras de Víctor von Weizsäcker² que sabía algo de esto: “*resulta difícil tomar conciencia de que el hombre se obstruye el camino a sí mismo; que esto pertenece a la verdadera esencia del ser humano, por la cual se diferencia de cualquier otra cosa que fuera solo cuerpo.*” Entender que el goce, la satisfacción pulsional no se modifica a través de la información o la educación es fundamental en la relación clínica. Es algo que se puede constatar claramente en el campo del VIH en el que la información, siendo imprescindible, no es suficiente para modificar prácticas de riesgo o hábitos de consumo. Muchas veces es necesario un trabajo previo para que un sujeto pueda cuidarse y cuidar a otros.

J. Lacan³ analizó algunos aspectos de la relación entre el psicoanálisis y la medicina. Considera que la ciencia y sus efectos se hallan presentes en la vida de todos y lo social queda condicionado por la aparición de un humano al servicio de las coordenadas de un mundo científico. Esto implica para el médico confrontarse con problemas nuevos y alejarse de su lugar tradicional. Cambia la posición del médico respecto a aquellos que se dirigen a él, es decir, cambia la posición de la demanda y se trataría de ver cómo tener en cuenta, cómo individualizar y valorizar la demanda original dirigida al médico. El desarrollo científico ha llevado a la idea de la salud como derecho y esto modifica la relación clínica en la medida en que alguien puede acudir al médico pidiendo “su cuota de beneficios”. En este sentido, es fundamental la dimensión de la demanda. Lacan afirma que es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo donde está la posibilidad de supervivencia de la posición médica.

Es importante para la medicina interesarse por la demanda ya que es un modo de no dejar fuera al sujeto y no ofrecer la misma salida protocolizada para todos los casos sino la necesaria a cada uno según su demanda y su deseo. Esto no supone dar a un sujeto todo lo que pide sino ayudarlo a comprender qué pide, por qué y a quién. Y eso requiere un tiempo de escucha.

En este sentido, considero que tanto el psicoanálisis como la medicina pueden encontrar un punto de interés común para pensar y conversar sobre estos seres tan extraños que somos los humanos y sobre las complejas cuestiones implicadas en la enfermedad.

Mi segundo libro⁴ es una continuación del primero pero en esta ocasión, tomo como eje de reflexión el cuerpo, cuerpo extraño, misterioso y complejo. Algo que aparece como Otro, como exceso, como desconocido en diferentes momentos de la vida. La pregunta que guía este trabajo es, ¿el cuerpo de la medicina y el del psicoanálisis son el mismo cuerpo? Y la respuesta es que no, no son el mismo cuerpo.

El discurso más eficaz en cuanto al modo en que nos representamos el cuerpo es el discurso tecnocientífico según el cual somos genes y neuronas y todo lo humano, no sólo su cuerpo, se explica a través de la biología.

Pero hay otras teorías en auge que lo consideran una construcción social. Teorías constructivistas herederas del pensamiento del filósofo M. Foucault que entiende el cuerpo como un producto del poder. O también las teorías, como la fenomenología, que lo consideran como punto cero de nuestras dimensiones del mundo de tal modo que además de ser penetrado por las relaciones de poder, el cuerpo moldea el lenguaje y las estructuras racionales. Habría entonces una influencia recíproca entre la acción de los cuerpos y la estructura que los condiciona. En consecuencia, se afirma que somos y tenemos un cuerpo.

El psicoanálisis tiene otro punto de vista sobre el cuerpo que desarrollaré más adelante.

Es importante tener en cuenta que aunque el cuerpo está hoy en el centro de interés tanto en la vida cotidiana, con el despliegue de técnicas de estética, con el deporte, la cirugía, etc., como también en diferentes saberes, en realidad se produce un rechazo radical del mismo. Tras la supuesta adoración contemporánea del cuerpo, subyace un rechazo que podemos pensar estructural y que

2 Viktor von Weizsäcker, (2009) *Escritos de Antropología médica*. Buenos Aires: libros del Zorzal.

3 Lacan, J. (2002) *Psicoanálisis y medicina*. En J. Lacan (ed.), *Intervenciones y textos I* (pp. 86-99). Buenos Aires: Manantial.

4 Irizar, L. (2016) *El cuerpo, extraño. Dos formas de entender el cuerpo: medicina y psicoanálisis*. Bilbao, Ediciones Beta III Milenio.

podemos rastrear desde la antigüedad. Por ejemplo, en Platón⁵: *“E indudablemente la ocasión en que (el alma) reflexiona mejor es cuando no la perturba ninguna de esas cosas, ni el oído, ni la vista, ni dolor, ni placer alguno, sino que, mandando a paseo el cuerpo, se queda en lo posible sola consigo misma y, sin tener en lo que puede comercio alguno ni contacto con él, aspira a alcanzar la realidad... ¿Y no siente en este momento el alma del filósofo un supremo desdén por el cuerpo, y se escapa de él, y busca quedarse a solas consigo misma?”* (p. 152)

El culto al cuerpo, mimado, moldeado, modificado, es hoy un modo de búsqueda de la salvación y un intento de velar la falta, la división, el inconsciente, lo pulsional, lo no controlable y es por tanto un modo velado de rechazo del cuerpo, del cuerpo verdadero que goza, se deteriora, enferma, envejece y muere.

Pero más allá de ese rechazo velado, encontramos un rechazo explícito en diferentes propuestas de nuestra época. El humano y sobre todo su cuerpo comienzan a ser considerados obsoletos para moverse en este nuevo mundo tecnológico. El cuerpo se percibe como limitado y perecedero, algo a superar.

El pensamiento transhumanista propugna el desarrollo de una nueva época protagonizada por un nuevo ser, no ya humano sino transhumano, e imagina un futuro inmaterial para la humanidad. Los cuerpos torpemente diseñados, resultan anticuados para moverse en el nuevo ambiente que se gesta a través de las tecnologías.

Consideran necesario aumentar nuestra capacidad física y mental, erradicar las enfermedades, el sufrimiento y la muerte, dotar al cuerpo de vigor y juventud indefinidamente.

Muchos creen en la compatibilidad de la mente humana con el hardware informático, lo que posibilitaría que algún día la conciencia pueda ser transferida a una base alternativa.

Además, la muerte es considerada una deficiencia fisiológica del organismo humano que puede ser suplida por la eternidad, cuando la concien-

cia sea libre en el chip de un ordenador o cuando el cuerpo sea criogenizado en espera de la existencia infinita.

También los cyborgs plantean superar el cuerpo humano. Kevin Warwick⁶ es un cyborg que plantea que nuestro cuerpo es sólo un estorbo para nuestro cerebro. Sus críticas se centran en parte en el lenguaje humano al que considera arcaico, ambiguo, impreciso, lento y primitivo. Su rechazo al lenguaje, es total. Lo considera un desperdicio patético de habla y escritura. Su ideal es el de la comunicación directa cerebro a cerebro.

Warwick considera que la vida se transformará totalmente y quedará dividida entre los humanos, que serán una subespecie y los cyborgs o humanos mejorados, que serán superiores. Los humanos quedarán reducidos a seres inferiores que “emitirán sonidos estúpidos”.

El caso de Steve Mann, también cyborg, es algo distinto. Lleva más de 20 años relacionándose con el mundo a través de una cámara. Afirma ver el mundo como una fotografía. El sistema que utiliza le permite modificar la realidad. Mann utiliza la expresión “realidad mediada” para referirse a su modo de ver el mundo ya que con sus gafas puede por ejemplo filtrar anuncios de la calle que no desea ver. Este caso se podría llamar “realidad disminuida” ya que elimina aspectos del entorno que no le interesan. Pero la aplicación más obvia de esta tecnología es la “realidad aumentada”, la adición de información al campo visual, una especie de memoria añadida. Considera que el humano dota a la máquina de una inteligencia que nunca tendrá la Inteligencia Artificial y la máquina proporciona al humano capacidades de manipulación intelectual de la información visual. Los dos forman un solo dispositivo en el que humano y máquina se retroalimentan. A este proceso es al que Mann denomina “Inteligencia Humanística”.

La tecnociencia contemporánea está habitada por un deseo de borrar todo límite e imposibilidad. Dicho deseo se revela con claridad en la búsqueda de la inmortalidad, presente en numerosas investigaciones contemporáneas.

⁵ Platón (1991), *Fedón*, Barcelona, Labor.

⁶ Entrevista en La Vanguardia, 19-11-2012. Entrevista en www.infonomia.com (visitado 14-1-2014).

Actualmente se realizan inversiones millonarias destinadas a retrasar el envejecimiento. A los adinerados tecnólogos que trabajan en este campo les llaman “los inmortales de Silicon Valley”. Este interés ha generado un importante negocio ya que las inversiones no dejan de crecer. Todo este esfuerzo millonario es fruto del rechazo de nuestra época hacia el cuerpo humano, misterioso, frágil, limitado y caduco. Ese cuerpo insostenible que se desea superar gracias a la tecnología. Una tecnología que de una vez para siempre permita someterlo, controlarlo, doblegarlo, manipularlo sin límite.

Ante este mundo que es y será cada vez más tecnológico, considero fundamental tomar una postura crítica pero no catastrofista ya que negarse a la tecnología es, además de una batalla perdida, algo absurdo. Creo que lo interesante es enfrentarse a los cambios que se producen, desde una mirada ni fascinada ni complaciente. Una mirada avisada también de lo que supone lo propiamente humano y de los efectos nefastos de su rechazo y olvido.

También en este trabajo la medicina tiene un lugar muy importante. La tecnociencia y también la biomedicina, se ocupan del organismo y no del cuerpo, ya que la idea de cuerpo es inseparable de su relación con el lenguaje.

El cuerpo de la tecnociencia es equiparable al de los animales. Los aspectos simbólicos, subjetivos y sociales son considerados dependientes de la genética y además, se espera que los cambios o supuestas mejoras en el ámbito humano se puedan producir con una intervención a nivel biológico, genético. Es una visión reduccionista que pretende explicar todo lo viviente a partir de la biología. Tal y como afirma R. Lewontin⁷ “*no hay aspecto de la vida social o individual que no sea reclamado para los genes*”.

El cuerpo en biomedicina es el organismo, valorizado y percibido como el lugar-receptáculo de la enfermedad.

El acceso al conocimiento en occidente pasa de manera privilegiada por la mirada, especialmen-

te en medicina. Esto es fundamental en la actualidad ya que el diagnóstico por imágenes se ha vuelto imprescindible. El lugar de la verdad lo ocupa la imagen que determina si el sujeto tiene o no un padecimiento independientemente de lo que éste diga o sienta. El deseo de saber de la medicina se expresa en un deseo de ver, de atravesar el interior invisible del cuerpo, registrar sus imágenes y no dejar nada en la sombra. Se considera que hay un ojo neutro capaz de corregir los errores subjetivos. La máquina pasa a ser símbolo de objetividad. Es la idea de una mirada libre de interpretación.

La imagen que proporcionan las nuevas tecnologías es la de un cuerpo fragmentado, objetivado, desmaterializado y separado del ambiente.

Hoy se habla del cuerpo transparente porque la imagen del cuerpo, es el cuerpo. El original y la copia se funden y el cuerpo es entonces real y virtual. Lo virtual ya no es lo opuesto a lo real sino su ampliación. Veamos un ejemplo actual que muestra claramente esta cuestión.

En primer lugar encontramos el proyecto conocido como “el hombre visible” que muestra la nueva anatomía virtual del siglo XXI. Gracias a la revolución digital que puede transformar la información en información digitalizada, ha podido desarrollarse una anatomía virtual. Es un proyecto que busca construir cuerpos virtuales a partir de cadáveres. En 1993, Joseph Paul Jernigan fue ejecutado con inyección letal. Decidió donar su cuerpo a cambio de sustituir la silla eléctrica por la inyección letal. Un año después “resucita” digitalmente en internet como “hombre visible”. Posteriormente se añadió a este proyecto el cuerpo de la “mujer visible” (fallecida por un infarto) que fue donado por su marido a la ciencia. Ambos representan de algún modo una nueva versión de Adán y Eva, la primera pareja virtual cuyos cuerpos han sido convertidos en datos digitales y bits de información. El proceso de creación de esta pareja virtual fue el siguiente. En primer lugar los cuerpos fueron totalmente escaneados por resonancia magnética y posteriormente congelados en gelatina. Los bloques creados fueron seccionados primero en cuatro partes y sometidos a tomografía y a resonancia magnética. Las partes fueron posteriormente milimétricamente recortadas en finas láminas

7 Lewontin, R. (2001) *El sueño del genoma humano y otras ilusiones*. Barcelona: Paidós ibérica.

y fotografiadas digitalmente: 1874 tiras en el caso de él y 5189 en el caso de ella. El proceso realizado ocupa quince gigabits de memoria. Dos cadáveres convertidos en cuerpos virtuales que pueden ser ilimitadamente manipulados, montados, desmontados e invadidos. La imagen tridimensional del cuerpo digitalizado se puede reconstruir en su totalidad o en partes una y otra vez. Es un cuerpo dócil, virtual, sobre el que se puede operar sin límites.

El uso de lo virtual se está extendiendo a todos los campos de la medicina, la cirugía, la pedagogía, el diagnóstico, etc.

Estamos en pleno proceso de cambio de una mirada sobre el cuerpo a una codificación del cuerpo. Los médicos van dejando de mirar a los cuerpos y cada vez más miran las pantallas⁸: gráficos, tomografías, resonancias. El cuerpo es cada vez más virtual: un cuerpo codificado que se transforma en imágenes.

La mirada del médico no busca ya penetrar la opacidad del organismo sino que busca interpretar la información recogida tecnológicamente.

Esta mirada a un cuerpo virtual plantea el riesgo de que se consolide la muerte de la clínica ya que la mirada del médico ante el paciente puede terminar reduciéndose a la mirada de la máquina, reduciendo la complejidad del enfermo a una imagen virtual de un fragmento del organismo.

El modelo de cuerpo de la medicina es el del cuerpo atomizado, fragmentado, objetivado, sin sujeto, sin deseo, sin goce.

Podemos plantear la hipótesis de tres momentos en el desarrollo de una medicina basada en un saber-mirada que se inaugura con *De humanis corporis fabrica*, escrito en 1543. El primero sería entonces el desarrollo, a partir de la obra de Vesalio, de una medicina que busca el saber en el interior del organismo. Un saber que privilegia lo visual y el cadáver como modelo del cuerpo. En un segundo momento de esa mirada al interior del organismo, se desarrolla la propuesta anato-

mológica del siglo XIX, con todos sus desarrollos posteriores. Un saber que pretende “ver” las lesiones en el organismo para relacionarlas con los signos clínicos y establecer así un saber científico seguro. En tercer lugar nos encontraríamos con la mirada contemporánea que se dirige a un cuerpo real y virtual, codificado, plasmado en imágenes, simulado. Una mirada que se dirige a una superficie de códigos, una imagen digitalizada.

A diferencia de estos enfoques, considero que la visión que el psicoanálisis ofrece sobre el cuerpo es fundamental para cuestionar el reduccionismo contemporáneo.

El cuerpo está presente desde el comienzo mismo del psicoanálisis. Freud desarrolló su teoría a partir de los síntomas corporales de la histeria, cegueras, parálisis y otros síntomas que investigó para concluir que no se podían explicar desde la anatomía. De hecho, Freud constata que los síntomas en la histeria se manifiestan como si la anatomía no existiese o como si se desconociera. Lo que está en juego es la concepción vulgar de los órganos y no el organismo. Esto implica que la subjetividad está en juego en dichos síntomas.

La teoría de Freud supuso un gran cambio en la concepción del humano que él mismo califica (junto al heliocentrismo de Copérnico y el reconocimiento de la naturaleza animal del humano como resultado de la teoría de la evolución de Darwin) como la tercera y más grave mortificación a la megalomanía humana al demostrar que el yo ni siquiera es dueño y señor en su propia casa.⁹

El cuerpo es para Freud: sexuado, pulsional y por tanto fragmentado en zonas erógenas, marcado por su historia, un cuerpo que habla y se satisface a través de sus síntomas, que es fuente de sufrimiento y placer, cuerpo mortal.

Por su parte, Lacan parte de la idea de que no nacemos con un cuerpo sino que el cuerpo se hace. El cuerpo es ante todo una imagen, una construcción a través de la imagen especular. En el *Estadio del Espejo*¹⁰ plantea que para que haya

⁸ Algo constatable también en la experiencia cotidiana en cualquier consulta médica. Los profesionales dedican cada vez más tiempo a mirar la pantalla y cada vez menos a mirar, ya no digamos escuchar, a sus pacientes.

⁹ Freud, S. (1981) *Lección XVIII. Lecciones introductorias al psicoanálisis*. (1917) Madrid: Biblioteca Nueva.

¹⁰ Lacan, J. (2000) *El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. En “Escritos 1”. Madrid: siglo XXI.

un cuerpo tiene que haber un organismo viviente más una imagen. Hay una discordancia entre lo real del organismo considerado prematuro y vivido como cuerpo fragmentado, y el cuerpo como forma global total, como imagen del organismo. La experiencia del espejo le devuelve una imagen unificada y se produce una identificación con esa imagen, una imagen que le presta el otro, una imagen total del cuerpo. Antes de dicha identificación el niño tiene sensaciones múltiples sin unidad, sensaciones orgánicas que Lacan llama “*cuerpo fragmentado*”.¹¹ La unidad del cuerpo proviene entonces de la imagen que el niño encuentra en el espejo o en el otro y que es una imagen al principio exterior. Cuando se produce la identificación a la imagen, ésta recubre el cuerpo fragmentado, le da una unidad que no tiene.

Cuando la imagen se representa como propia, eso produce una Gestalt que apacigua y el sujeto se regocija de su relación con la imagen especular.

El cuerpo es una forma. Pero para tener un cuerpo se tiene que dar una operación de atribución y un anudamiento. Entramos en la dimensión simbólica, necesaria para anudar el cuerpo.

El cuerpo es capturado entonces por la función significante y por tanto es organizado y al mismo tiempo alterado por lo simbólico.

El cuerpo es mortificado por el significante. Es lo que J. A. Miller¹² llama la operación de significantización: el cuerpo es significantizado, simbolizado, mortificado.

En la última enseñanza de Lacan, el significante no tiene sólo efecto mortificante sino que es causa de goce. El significante no solo tiene efectos de significado sino que produce efectos de afecto en el cuerpo, produce goce, perturba y deja huellas en el cuerpo Tal y como afirma A. Aromí: “...*las palabras colisionan con los cuerpos de una forma que es traumática. Aquí no se trata del infans recibiendo un tranquilizador baño de lenguaje, es más bien como recibir el impacto de una pedrada. Es la idea de que al nacer cada uno*

*se encuentra con unas palabras que no quieren decir nada y recibe esto como choque traumático. El choque con unos significantes sin sentido, que no hacen cadena, impactando en el cuerpo y haciéndolo gozar. Este es el acontecimiento traumático con el que empieza la vida de un ser hablante.”*¹³

Podemos considerar entonces al sujeto, afectado, enfermo por las palabras del Otro a partir de un encuentro original con el lenguaje que escribe marcas en el cuerpo que producen un modo de gozar que se repetirá.

La operación ya no es la significantización sino la corporización. Es el significante que entra en el cuerpo y se vuelve cuerpo.

Para que un cuerpo se constituya tiene que haber un viviente, un otro (semejante) y el Otro simbólico, el lenguaje, para que en una compleja dialéctica pueda construirse el cuerpo. El lenguaje marca y moldea al sujeto y al cuerpo. El lenguaje es nuestro hábitat.

El cuerpo en Lacan es entonces imaginario, simbólico y real, sustancia gozante marcada por la lengua, un tener no dado de entrada y que no siempre se logra, que es a construir. Algo enigmático para el sujeto.

No hay unidad ni identidad, el cuerpo es siempre Otro, extraño.

En mi tercer libro¹⁴, retomo las cuestiones que me preocupan desde otro ángulo. Mi hipótesis de partida es que nuestra época banaliza aspectos fundamentales de lo humano como el lenguaje, el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, y que es para nosotros crucial pensar sobre ello. Tomo como referencia para pensarlas, algunas características del concepto de banalidad del mal de H. Arendt: superficialidad, incapacidad para pensar, burocratización, rutinas y protocolos que eliminan el acto individual, protección contra las palabras y los otros, renuncia a la responsabilidad personal.

11 Brousse, M. H. (2014) *Cuerpos lacanianos*. Granada: EUG.

12 Miller, J. (2002) *Biología lacaniana*. Buenos Aires: Colección Diva.

13 Anna Aromí, Paradojas en el ADN. *Revista El Psicoanálisis* nº 24.

14 Irizar, L. (2018) *Banalizaciones contemporáneas: lenguaje, sufrimiento, enfermedad y muerte*. Bilbao, Ediciones Beta III Milenio.

La banalización de estos aspectos invisibiliza la fragilidad y el sufrimiento y nos vuelve incapaces de percibir el sufrimiento que se interpreta como manipulación, mala intención, falta de voluntad, déficit, etc. ya que el sufrimiento suele presentarse de diversos modos, algunos no muy amables.

La banalización del lenguaje es un tema de gran importancia. El lenguaje es considerado hoy un mero instrumento de comunicación y por tanto, se banaliza el peso del silencio sufriente cuando no se puede compartir ni decir, se olvida el alivio que supone hablar a otro, se desvaloriza la emoción de contar historias y se ignora la importancia de las palabras que marcaron nuestra vida y nuestro cuerpo.

Se descuida también el saber transmitido por quienes dedicaron su tiempo y su vida a contar sus hallazgos, sus pensamientos y preocupaciones.

Sin el lenguaje, sin la palabra, no hay vida humana posible. No se trata solo de comunicar, se trata de vivir humanamente, de habitar la vida. Y eso es posible porque hablamos, por nuestro lenguaje conceptual.

Entre los rasgos que caracterizan el concepto de banalidad del mal encontramos lo que H. Arendt llama la protección contra las palabras, rasgo que podemos reconocer en la actualidad.

La palabra deja cada vez más espacio a la imagen, a un mundo visual y virtual. Pero ese olvido de la palabra y su banalización no son sin consecuencias. El silencio del *logos* es mortífero para la vida humana. Nos aísla y nos extraña de nosotros mismos.

Eliminar el reconocimiento del humano como ser de lenguaje es también eliminar su historia. El sujeto actual es sin historia y por eso, hay cada vez menos lugares donde poder relatar la propia desgracia, donde poder alojar la precariedad y el sufrimiento de algunas vidas contemporáneas.

Pero no sólo el sujeto, también el saber tecnocientífico se convierte en ahistórico. Hoy nos protegemos de las palabras y lo hacemos negando su particularidad y su valor. Platón¹⁵ afirmaba:

¹⁵ Platón (2008), *Fedón*, Diálogos III, Gredos.

“No vayamos a hacernos “misólogos” -dijo él- como los que se hacen misántropos.” (89-d)

Misólogos son los que odian el *logos*, la palabra, y es por tanto un concepto no aplicable al psicoanálisis que se caracteriza por dar un valor fundamental al lenguaje.

Para el psicoanálisis, la palabra nos constituye, nos atraviesa. Vivimos, habitamos el lenguaje y construimos un mundo a través de las palabras.

Por otra parte, encontramos también hoy la banalización de la enfermedad y del sufrimiento que no son aceptados como parte de lo propiamente humano y por eso, junto a la cuestión de la muerte, podemos pensarlos como tres nombres de lo insoportable para el mundo tecnológico contemporáneo.

El modo de respuesta a lo insoportable es actuar como si no existiera o tratar de eliminarlo o dominarlo a través de la tecnociencia.

El sufrimiento se reduce en la actualidad a diversos factores.

Por un lado se hace desaparecer al sujeto y su complejidad bajo siglas que lo diagnostican, reduciéndolo a una mera categoría: ser un TOC, un TDAH o un Bipolar.

Por otro, se produce un reduccionismo biológico que va de la mano de otro tipo de reducción: la de la cifra. Reducción que responde a la expansión de la ideología de la evaluación a todos los ámbitos de la vida.

Además, éste reduccionismo se acompaña del discurso de la educación. Se pretende reeducar a todos aquellos fuera de la norma, adaptarlos como sea a un entorno que por otro lado no parece muy dispuesto a acoger las diferencias. El discurso actual no busca modificar el entorno para que sea más amable con los sujetos sino que se dirige a experimentar, investigar y modificar los cerebros a fin de que marchen como el amo manda. Silenciosos y sin aspavientos, dopados, vigilados, diagnosticados, etiquetados.

Se abandona el cuidado en favor de la educación y no se tiene en cuenta el sufrimiento psíquico, el miedo y la angustia que subyace al funciona-

miento de un sujeto. Lo único que se busca es la obediencia.

Podemos aplicar algunas de las características de la banalización del mal a este campo. Por un lado, encontramos lo que Arendt llamaba la superficialidad. Cada vez es más patente la superficialidad en los análisis sobre las dificultades humanas. No hay una reflexión sobre lo que es un ser humano, sobre su fragilidad y dificultad para vivir.

En segundo lugar, la falta de mala intención. Obviamente, los profesionales no quieren hacer daño a las personas a su cargo pero muchas veces resultan dañadas por prácticas que no atienden a su singularidad.

Un tercer y cuarto aspecto es el establecimiento de rutinas y protocolos que en este caso llevan a la eliminación del acto que apela siempre a la responsabilidad del profesional en la toma de decisiones.

El resultado de esta banalización del sufrimiento lo soportan los más frágiles y desamparados, aquellos que no pueden marchar al ritmo que nuestra época ordena.

Es fundamental dar un lugar al sufrimiento y una vez más, encontramos que el psicoanálisis es un discurso que le hace un lugar, que parte de ese sufrimiento para trabajar.

En último lugar, encontramos la cuestión de la muerte que más que banalizada es radicalmente rechazada. Tomo una cita de M. Kundera¹⁶ que refleja bien esta cuestión: “...ser mortal es la experiencia más esencial y sin embargo el hombre nunca fue capaz de aceptarla, comprenderla y comportarse de acuerdo con ella. El hombre no sabe ser mortal.”

Realmente, el humano no sabe ser mortal. Es una afirmación que pone de manifiesto la radicalidad de ese real que es para nosotros la muerte. Podemos domesticarla, rechazarla, ignorarla, banalizarla, pero su potencia rasga todo velo y revela nuestra fragilidad.

P. Ariès¹⁷ considera que la muerte es hoy algo a ocultar y produce vergüenza a consecuencia de la retirada definitiva del mal al que estaba asociada en épocas anteriores. Veamos qué quiere decir con ésto.

El desarrollo de la sociedad de vigilancia y control supuso la idea de que una adecuada organización de la vida nos llevaría a la felicidad, al buen funcionamiento individual y colectivo, y si algo funcionaba mal, entonces era un error de la sociedad, un fallo en el sistema. Por tanto, dado que si se hacen las cosas bien, todo funcionará bien, la enfermedad y la muerte se convierten en un obstáculo importante porque muestran de modo tozudo e irremediable que no todo depende de la voluntad y organización humana.

El desarrollo científico y médico pareció confirmar que el mal ya no era algo que acompañaba al ser humano. Si existía era en espacios marginales considerados desviaciones como las guerras, los crímenes, la disconformidad, etc. Fenómenos que serían eliminados por la sociedad, al igual que la enfermedad y el sufrimiento, controlados por la medicina.

Es decir, se elimina el mal y queda el error y la vergüenza. Por tanto, para Ariès, la creencia en el mal resultaba necesaria para domar la muerte y su supresión ha convertido a la muerte en salvaje.

Nos topamos así con la cuestión del mal con la que comenzaba el trabajo y constatamos que a pesar del interés del concepto de la banalidad del mal planteado por H. Arendt, hay un mal nada banal en lo humano.

Eliminarlo o negarlo trasladando a la disciplina, la educación y la gestión la capacidad de controlar y organizar todo y de hacer que todo funcione bien, provoca que no se reconozca el mal donde realmente habita. Su hábitat no son esos restos, supuestas desviaciones aún no controladas ni sometidas al imperio de la razón. Somos nosotros.

Se trata en definitiva de no olvidar la zona de sombra que nos constituye. Su desconocimiento y negación produce estragos en nuestra vida.

¹⁶ Kundera, M. (2014) *La inmortalidad*, Barcelona, Tusquets.

¹⁷ Ariès, P. (1987) *El hombre ante la muerte*, Madrid, Taurus.

He tratado de reflejar, a lo largo de este recorrido, algunas de las cuestiones que considero cruciales en nuestra época. Son muchas cuestiones a pensar y tener en cuenta para quienes nos dedicamos a escuchar el sufrimiento humano. Sigo indagando y tratando de hacer llegar a quien pueda escuchar, la necesidad, hoy más que nunca, de reivindicar la existencia de lo que falla, de lo imposible, como oportunidad para una vida más humana y para, como reza el título de este

trabajo, no añadir con nuestros actos, más sufrimiento al sufrimiento, en un afán insensato de poder y control.

El psicoanálisis es un discurso que excluye la dominación ya que no organiza un mundo. Se aparta de lo universal, no tiene la fórmula de la buena vida para todos. Es del orden de lo singular. Por eso, me dejo orientar por lo que enseña.

Contacto

Lierni Irizar Lazpiur ✉ liernirizar@gmail.com ☎ 650 654 209
Eusko Gudariak 44, 2^ºF • 20810 Orio • Gipuzkoa

Bibliografía

- Ariès, P. (1987) *El hombre ante la muerte*, Madrid: Taurus.
- Aromí, A. Paradojas en el ADN. *Revista digital El Psicoanálisis* nº 24.
- Brousse, M. H. (2014) *Cuerpos lacanianos*. Granada: EUG.
- Freud, S. (1981) *Lección XVIII. Lecciones introductorias al psicoanálisis*. (1917) Madrid: Biblioteca Nueva.
- Irizar, L. (2014) *La pérdida del humano. El modo en que se trata el sufrimiento, la enfermedad y la diferencia*. Bilbao: Ediciones Beta III Milenio.
- Irizar, L. (2016) *El cuerpo, extraño. Dos formas de entender el cuerpo: medicina y psicoanálisis*. Bilbao: Ediciones Beta III Milenio.
- Irizar, L. (2018) *Banalizaciones contemporáneas: lenguaje, sufrimiento, enfermedad y muerte*. Bilbao: Ediciones Beta III Milenio.
- Kundera, M. (2014) *La inmortalidad*, Barcelona: Tusquets.
- Lacan, J. (2000) *El estadio del espejo como formador de la función del yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. En “Escritos 1”. Madrid: siglo XXI.
- Lacan, J. (2002) *Psicoanálisis y medicina*. En J. Lacan (ed.), *Intervenciones y textos I* (pp. 86-99). Buenos Aires: Manantial.
- Lewontin, R. (2001) *El sueño del genoma humano y otras ilusiones*. Barcelona: Paidós ibérica.
- Miller, J. (2002) *Biología lacaniana*. Buenos Aires: Colección Diva.
- Platón (1991), *Fedón*, Barcelona: Ed. Labor.
- Viktor von Weizsäcker, (2009) *Escritos de Antropología médica*. Buenos Aires: libros del Zorzal.

• Recibido: 20/8/2019.

• Aceptado: 15/11/2019.

El sociodrama: recurso de los promotores pares en la prevención del tabaquismo en la adolescencia.

The sociodrama: the even promoters' resource in the prevention of the habit of smoking in the adolescence.

Iván Castillo Ledo (1), María Leyani Fuentes García (2),
Dinorah Janet Torres Lugo (3), Iriam Rojas Diaz (4).

(1) Doctor en Medicina. Psiquiatra Infantil. Máster en Medicina Bioenergética. Máster en Bioética. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Policlínico "Raúl Suárez Martínez". Rodas. Cienfuegos.

(2) Doctora en Medicina. Psiquiatra Infantil. Profesora Asistente. Policlínico Área VII. Cienfuegos.

(3) Doctora en Medicina. Psiquiatra. Máster en Educación Médica Superior. Profesora Asistente. Policlínico "Raúl Suárez Martínez". Rodas. Cienfuegos.

(4) Licenciada en Psicología de la Salud. Máster en Psicología de la Salud. Profesora Asistente. Policlínico "Raúl Suárez Martínez". Rodas. Cienfuegos.

Resumen: La educación para la salud constituye un instrumento imprescindible en las tareas de prevención y promoción de salud para modificar conocimientos, actitudes y estilos de vida en temas priorizados. Actualmente se hace decisiva en los adolescentes la intervención educativa, con el fin de proporcionar en ellos información y herramientas para ayudarles a tomar decisiones saludables, y se conviertan en promotores de salud de su escuela y de la comunidad.

La intervención educativa en adolescentes, con la utilización del sociodrama y desde la formación de promotores pares, favorece preservar y desarrollar su salud integral encaminada a la prevención del tabaquismo en la adolescencia.

El presente trabajo expone los resultados de encuentros grupales de participación con adolescentes en los centros estudiantiles del municipio de Rodas, una experiencia dialógica, a través del sociodrama, donde se tuvo en cuenta los recursos con los que cuenta esta técnica grupal donde afloran emociones, convicciones y saberes utilizados como forma de prevención con la adquisición de competencias que se pueden aplicar a una multiplicidad de situaciones que conllevan a conductas de riesgo en adolescentes, dentro de ellas el tabaquismo.

Palabras claves: adolescentes, promotores pares, sociodrama.

Summary: The education for the health constitutes an indispensable instrument in the tasks of prevention and promotion of health to modify knowledge, attitudes and life-



styles in prioritized topics. At the moment it becomes decisive in the adolescents the educational intervention, with the purpose of providing in them information and tools to help them to make healthy decisions, and become promoters of health of their school and of the community.

The educational intervention in adolescents, with the use of the sociodrama and from the formation of even promoters, it favors to preserve and to develop their integral health guided to the prevention of the habit of smoking in the adolescence.

The present work exposes the results of encounters participation with adolescents in the student centers of the municipality of Rodas, a talking experience, through the sociodrama, where one kept in mind the resources with those that it counts this grupal technical where they appear emotions, convictions and knowledge used as form of prevention with the acquisition of competitions that you/they can be applied to a multiplicity of situations that you/they bear to behaviors of risk in adolescents, inside them the habit of smoking.

Key words: adolescents, even promoters, sociodrama.

Introducción

La Educación para la Salud, considerada en el nuevo sistema educativo como una de las líneas transversales del currículo escolar, ha estado presente, con mayor o menor intensidad, en la innovación educativa, especialmente en el área de las Ciencias de la Naturaleza. Ya Linville, en 1909, sugería que en los cursos de Biología se debía incluir la higiene, la sexualidad, los efectos del alcohol y los narcóticos, la prevención de enfermedades, etc.

Pero, tanto el concepto de salud, como el de Educación para la Salud han evolucionado. La salud hoy se entiende como *“el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades e invalideces”*, según Organización Mundial de la Salud (OMS) (1949), y la Educación para la Salud ya no trata únicamente de ofrecer información, sino de capacitar a las personas para que puedan ejercer su libertad de elegir las pautas de conducta que más le interesen para mejorar su calidad de vida.

Este interés por el aspecto conductual sin forzar la libertad, se basa en el desarrollo de actitudes positivas hacia la salud, cimentadas en una escala de valores con el atractivo suficiente como

para ser asumida libremente por el individuo. Recogiendo esta tendencia la OMS (1983) indica que la Educación para la Salud es *“cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en que la gente desee estar sana, sepa cómo alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite”*.

La promoción de la salud integral del adolescente se basa en fortalecer los factores de protección y prevenir los de riesgo que modifican positiva o negativamente las características que definen la adolescencia como la búsqueda de la identidad, la búsqueda de la independencia y desarrollo de la creatividad, sensibilidad, proyecto de vida, sexualidad y la educación.

La salud integral es un enfoque que parte de la concepción de salud como un proceso de construcción social, en donde se consideran los diversos determinantes del proceso de salud-enfermedad en los ámbitos biológico, económico, ecológico y psicosocial de los diferentes grupos sociales cuyas metas son: fomentar la capacidad de autocuidado, incrementar el número de líderes juveniles, proteger los ambientes de los adolescentes y promover estilos de vida saludables.

Desarrollo

1. La prevención de salud. Una visión actualizada

Hablar de prevención siempre es difícil a pesar de que los hechos históricos y los refranes más antiguos indican que “es mejor prevenir que curar”.

La OMS. (1946) en su Carta Magna definió salud como “estado de completo bienestar físico, mental y social”. El concepto de salud se amplía incluyendo la salud mental y pública. Este hecho se repite evidentemente en las Ciencias Sociales, en las que se han dedicado grandes cantidades económicas para el desarrollo de proyectos de intervención y aumento de prestaciones que pretenden paliar situaciones de desajuste y cumplir con la filosofía del binomio necesidad-recurso, sin mayor éxito que la dependencia de la asistencia social.

Diversas teorías indican que existen diferentes concepciones sobre la prevención. Si se echara un vistazo atrás se vería cómo en Psicología surgió “el refuerzo de la normalidad” como forma de interiorizar las normas y la estabilidad social; prevención, por tanto, como refuerzo del estado de normalidad todavía existente. La Pedagogía distingue diferentes niveles de prevención. Caplan (1964) define tres niveles: un nivel primario, en el que se debe evitar la aparición del desorden; un nivel secundario, que consiste en impedir que ciertas conductas se consoliden y se conviertan en una forma de ver la vida del sujeto; y un nivel terciario, que se acerca más al tratamiento de un desorden ya establecido. Se debe actuar desde el nivel primario y secundario para evitar la perpetuidad de un desorden que lleve, sin quererlo, a intervenir de una manera más asistencial y curativa. Esta clasificación de prevención que da Caplan la reiteró diez años más tarde la OMS.

2. El uso del tiempo libre en la adolescencia: aspecto a tener en cuenta en las acciones preventivas

Muchas de estas problemáticas sociales de los jóvenes surgen por una mala utilización del tiempo libre, ya que la sociedad actual ha abocado a un ocio pasivo. En la utilización del ocio de forma desorganizada aparecen en los adolescentes, como grupo vulnerable, conductas de riesgo,

dentro de las que más prolifera el tabaquismo, lo que ocupa la motivación del presente trabajo.

Se entiende, pues, que el ocio y el tiempo libre es un espacio adecuado para canalizar los trabajos de prevención. La Educación en el Tiempo Libre, se conforma claramente como un ámbito de prevención y tratamiento de inadaptación social de menores.

Es tarea, por tanto, utilizar en el tiempo libre técnicas preventivas específicas. Estas son útiles para el conocimiento, la cohesión grupal, etc., siempre que se guíen por criterios de participación, información y libertad.

Se piensa por ello que por medio de la técnica del sociodrama se pueden ir recogiendo análisis sobre grupos de población en riesgo, a la vez que se realiza un trabajo en grupo preventivo, de información y participación, con escasos recursos económicos, lo que hace más atractivo este diseño de acción-investigación.

Una de las áreas fundamentales de la prevención, es el trabajo con grupos. Esta unión entre prevención y grupo se hace fundamental y bidireccional. En efecto, el ser humano se socializa gracias a los grupos en los que está adscrito o bien a los que “libremente” se une.

Se parte, pues, de la premisa de que para una buena política preventiva se hace necesaria una intervención comunitaria con proyectos que traten de evitar la aparición posterior de conductas disruptivas, de inadaptaciones sociales y de fracasos personales/sociales. Estas estrategias de intervención intentarán trabajar sobre los factores de alteración de las estructuras y redes comunitarias para reducir o eliminar su posible influencia. Así, una parte fundamental de la intervención comunitaria se debe enfocar desde el trabajo con grupos, instrumento y medio con el que se trate de llegar a ese estado de bienestar de individuos y comunidades.

3. El sociodrama un recurso en la prevención de salud en adolescentes

En el presente trabajo se hace referencia al uso de una técnica como el sociodrama que vincula de manera vital la prevención y el trabajo con grupos, haciéndose posible un cambio de actitudes y



de esquemas cognitivos en la estructura del grupo que va tan encaminada a la deseada prevención comunitaria del tabaquismo como práctica nociva en los adolescentes de hoy.

La persona que interviene con grupos debe darse cuenta de la riqueza con la que está trabajando, ya que los grupos no son sólo la suma de los individuos que lo componen, sino que además tienen una finalidad y están comunicados entre sí, con lo que la acción colectiva brindará infinidad de oportunidades/posibilidades que se escapan de lo individual.

El coordinador será parte fundamental para la consecución de objetivos planteados, y considerará los criterios democráticos al grupo con el que se trabaja.

De esta manera, el que coordina el sociodrama, deberá conocer:

- El programa en el que está enmarcado: fundamentación, objetivos, recursos, planteamientos ideológicos, planificación, etc.
- El grupo con el que se va a trabajar: características, expectativas, roles dentro de la dinámica del grupo, etc.
- Su propia historia personal: motivaciones, experiencia, valores, recursos personales, etc.

Es importante que a la hora de aplicar el sociodrama como técnica de intervención con grupos se erradique, en la medida de lo posible, el aprendizaje bancario que conceptualiza Freire, intentando buscar aprendizajes significativos y experienciales para el grupo (miembros y coordinador) que favorezcan un proceso de crecimiento y desarrollo personal y colectivo.

Esto conlleva una necesaria formación multidisciplinar por parte del que dirige el grupo (pedagogía, técnicas grupales, psicología social...); junto a esto, también es fundamental la actitud y la ideología desde la que se parte.

En el caso del sociodrama, si se quiere que el grupo avance, se debe de tener una mentalidad abierta y una actitud positiva al cambio. Se tiene que ser consciente de que el laboratorio no está compuesto por objetos inertes y con reacciones predecibles sino que se está interviniendo con

personas, sujetos dinámicos que obligan al que actúa a una continua adaptación y aclimatación que posibilite el desarrollo integral de todos los que en esta obra (teatro de la vida) participan.

El presente trabajo constituye un apéndice del proyecto institucional Taller Esperanza, haciendo énfasis en el sociodrama como técnica que contribuya a la formación de promotores pares en la prevención de conductas de riesgo en la adolescencia.

Objetivos

El equipo de trabajo se trazó los siguientes objetivos.

General

- Contribuir a la prevención del tabaquismo a través de la formación de promotores pares con la utilización del sociodrama.

Específicos

- Promover estilos de vida saludable, desde la experiencia sociodramática.
- Contribuir a modificar los factores de riesgo que inciden en la salud del adolescente.

Técnicas y procedimiento

La dinámica de trabajo se organizó en varias etapas en su ejecución. La primera etapa correspondió a la entrevista con el Asesor de Salud Escolar del municipio y el Director del centro que correspondía, solicitándole su autorización y consentimiento para la realización del estudio (Anexo 1).

En la segunda etapa se conformó el equipo de trabajo, integrado por el Psiquiatra Infantil, un Psicólogo, la Educadora para la Salud, un representante de la Dirección Municipal de Educación y un Instructor de Arte. Luego se invitó a los estudiantes promotores de salud del centro estudiantil, formando un grupo de composición heterogénea y de esta forma se comenzaron las sesiones de trabajo grupal. Durante el primer encuentro los estudiantes propusieron los temas de su interés, conformándose el programa de actividades grupales con las dinámicas de participación que se seleccionaron de acuerdo a los mismos, siendo esta la tercera etapa y última en el proceso de organización del trabajo.

Los temas a tratar guardaron relación con las necesidades expresadas por los adolescentes y por los objetivos del equipo de trabajo, en este caso relacionado con la utilización del sociodrama con promotores pares en la prevención del tabaquismo como conductas de riesgo en la adolescencia (Anexo 3).

Las sesiones de trabajo se realizaron en horario vespertino, con una hora de duración aproximadamente, con frecuencia mensual, utilizándose los propios espacios educativos de los centros de estudio, siendo autorizados y supervisados por el director de la institución.

Todos los integrantes del equipo trabajaron directamente en cada sesión, correspondiéndole la organización de las dinámicas al Psiquiatra Infantil, la ejecución de las mismas a las Psicólogas y Educadora para la Salud, y la organización desde el aspecto dramático, al Instructor de Arte.

Para el desarrollo de la investigación los padres o tutores de los adolescentes que participaron dieron su consentimiento (Anexo 2) el cual quedó plasmado por escrito según el Consentimiento Informado de la investigación, donde se explica el propósito de la investigación, dejando clara la confidencialidad de todos los datos que aportan para el proceso, cumpliendo la privacidad en cada caso, los datos obtenidos no serán

revelados ni usados en otro propósito que no se contemple en los objetivos de la investigación. La aplicación y desarrollo de esta investigación fue avalada por el Comité de Ética Médica del municipio y aprobado por el Consejo Científico.

Conclusiones

En respuesta a las actividades propuestas en el Proyecto Taller Esperanza, se llevó a cabo la realización de una experiencia de trabajo grupal con adolescentes en los centros educativos del municipio de Rodas, con el objetivo de contribuir a la prevención del tabaquismo a través de la formación de promotores pares con la utilización del sociodrama.

Se desarrolló un programa en forma de trabajo grupal con una estructura en temas según la dinámica del sociodrama, propiciándoles el debate y la apropiación de conocimientos en relación al tema, estrechando sus relaciones interpersonales y desarrollándoles la capacidad de ser promotores de acciones de salud en su grupo de pares, contribuyó además al disfrute; lo que conllevó a que se convirtiese en una experiencia cognoscitiva, afectiva y recreativa para los adolescentes y al mismo tiempo contribuir al bienestar emocional a través de cambios actitudinales en la prevención de comportamientos de riesgo.

Contacto

Iván Castillo Ledo ✉ ledo14@nauta.cu ☎ 53 43 549326
Servicio de Salud Mental • Independencia No. 57 B. Rodas. Cienfuegos • Cuba

Bibliografía

- Achiong Alemany M. Intervención Educativa en VIH/SIDA a adolescentes del Instituto Preuniversitario Vocacional de Ciencias Exactas “Carlos Marx” de Matanzas. Años 2008-2009 [tesis]. Matanzas: Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Gener; 2009.
- Alemany. 3. y Fernández, L. “El sociodrama con la técnica de presenciamiento de las drogodependencias”. *Revista de Treball Social*. nº 83, págs. 73-80. 2014.
- Alfaro A, Roche R, Santana I, Valdés J, Soto R. Metodología para la prevención de las ITS- VIH/ SIDA en adolescentes y jóvenes. La Habana: Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/ SIDA; 2016.
- Alonso. J. M. y Ferrer i Pérez, x. (2014). El sociodrama y otras técnicas dramáticas en la prevención del abuso de drogas. Madrid, I Conferencia Europea de Educación para la Salud.

- Blanco Pereira ME, Jordán Padrón M, Pachón González L, Sánchez Hernández TB, Medina Robainas RE. Educación para la salud integral del adolescente a través de promotores pares. *Rev Med Electrón* [seriada en línea] 2011;33(3). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol3%202011/tema12.htm> [consulta: 22 de abril de 2017]
- Blanco Pereira ME. Sistema de actividades educativas para contribuir a la prevención preconcepcional de cardiopatías congénitas en el policlínico “Carlos Verdugo” [tesis]. Matanzas: Facultad de Ciencias Médicas Dr. Juan Guiteras Gener; 2009.
- Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes colombianos. *Terapia psicológica* [serie en Internet]. 2007 [citado 16 abril 2017];21(1):39-50. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=78525103&iCveNum=6614>
- Cruz Acosta A. Relación de lo biológico y lo social. En: Toledo Curbelo GL. *Fundamentos de Salud Pública*. Tomo I. Cap. 3. Cuidad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 47.
- De la Garza, F. y OTROS (2014), *Sociodrama, Marginalidad y Drogas*, Madrid, Ministerio de Asuntos Sociales.
- Duque Santana I. ¿Cómo es el proceso de formación de promotores de salud en ITS/VIH/Sida? Bases conceptuales de la promoción y educación para la Salud. [CD-ROM]. En: *Maestrías en Ciencias de la Salud*; 2013
- Fonseca, AM. (2016), *Sociodrama Constructivista da Abs*, Sao Paulo, Psy.
- Freire, P. (2016). *Una educación para el desarrollo*. La Animación Sociocultural, Buenos Aires, Humanitas.
- González Valcárcel B. La detección de las necesidades de aprendizaje para el diseño de programas de educación para la salud [CD-ROM]. La Habana: Escuela Nacional Salud Pública; 2005.
- Guevara Cosme JA, Marcos Fernández SG, Montero Hechavarría E, Rodríguez Leyva BA, Fernández Miralles RM. Educación sanitaria sobre embarazo y aborto a alumnas de décimo grado del Instituto Preuniversitario Urbano “Ramón Campa Delgado”. *Medisan*. [serie en Internet]. 2010 [citado 16 abril 2017];14(1). Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_1_10/san11110.htm.
- Luna Morales C, Oliva Rivero T. Riesgo reproductivo preconcepcional en el Policlínico Universitario “Antonio Maceo”. *Rev Elect Inf*. [serie en Internet]. 2007 [citado 16 abril 2017]; [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/publicaciones/EEAVZVZFyWQQPXJR.php#>
- Marcos Fernández SG, Aquin Roll C, Alarcón Marcos G, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez M. Intervención educativa sobre hepatitis viral A en escolares de séptimo grado. *Medisan* [serie en Internet]. 2008 [citado 16 abril 2017]; 12(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_2_08/san10208.htm
- Ministerio Nacional de Educación / Ministerio Nacional de Salud Pública. Resolución Conjunta 1/97. Indicaciones para el trabajo conjunto entre el MINED y el MINSAP. La Habana: MINED / MINSAP; 1997.
- Montañes, M. (2014) “Los efectos perversos de los programas de prevención juvenil”, *Revista de estudios sociales y de sociología aplicada*, n. 95
- Ochoa Soto R. Educación para la salud. En: Toledo Curbelo GL. *Fundamentos de Salud Pública*. Tomo II. Cap. 22. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 554-62.
- Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: seguimiento de la Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Consejo Ejecutivo b117/11; 117ª reunión 16 de enero de 2006. Disponible en: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB117/B117_11-sp.pdf [citado 16 abril 2017].
- Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicio de Salud del Adolescente. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2005. p. 267-71.
- Peña Zacca E. Prevención de las enfermedades y otros daños a la salud. En: Toledo Curbelo GL.

Fundamentos de Salud Pública. Tomo II. Cap. 20. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 541-46.

- Real Infante AB. Acercamiento a la problemática de las ITS en la adolescencia. Santiago. 2006 [citado 16 abril 2017]; 111. Disponible en: <http://www.uo.edu.cu/ojs/index.php/stgo/article/viewFile/14506306/27>
- Sigarreta Reyes M, Garrido García RJ. Promoción de salud. En: Toledo Curbelo GL. Fundamentos de Salud Pública. Tomo II. Cap. 21. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 547-53.
- Soria Esojo MC, Velasco Garrido JL, Hidalgo Sanjuán MV, De Luiz Martínez G, Fernández Aguirre C, Rosales Jaldo M. Intervención sobre tabaquismo en estudiantes de enseñanza secundaria de la provincia de Málaga. *Arch Bronconeumol.* 2005 [citado 16 abril 2017]; 41:654-8. Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1387839.

- Recibido: 28/10/2019.
- Aceptado: 20/12/2019.



ANEXO 1

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS
POLICLÍNICO DOCENTE UNIVERSITARIO DE RODAS
RAÚL SUÁREZ MARTÍNEZ**

CONSENTIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente, se autoriza al Dr. Iván Castillo Ledo para la realización de la investigación titulada “El sociodrama: recurso de los promotores pares en la prevención del tabaquismo en la adolescencia”, previa explicación del método e importancia del mismo, así como la aprobación del Consejo Científico de la Institución. Todo ello en aras de contribuir a la investigación científica del país y a la relevancia de este problema de salud en el área de Rodas.

.....
Investigador

.....
Director de salud

ANEXO 2

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE CIENFUEGOS
POLICLÍNICO DOCENTE UNIVERSITARIO DE RODAS
RAÚL SUÁREZ MARTÍNEZ**

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Paciente, de años de edad y con CI n°
....., hijo(a) de y de

..... que ha sido informado/a sobre los beneficios que podría suponer la investigación con el fin de contribuir a modificar actitudes en relación a las conductas de riesgo en la adolescencia.

Ha sido también informado/a de que sus datos personales serán protegidos y se garantiza la confidencialidad, eso quiere decir que siempre se guardará el anonimato de los mismos. Por eso los resultados del estudio se almacenarán en archivos específicos creados especialmente para este fin y estarán protegidos con las medidas de seguridad exigidas en la legislación vigente. Estos datos no se incluirán en su historia clínica.

Tomando ello en consideración, OTORGAMOS EL CONSENTIMIENTO INFORMADO para la participación en la impartición de los temas para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

.....
Firma del padre o tutor

ANEXO 3

Plan del Sociodrama

Tema: Prevención del tabaquismo en los adolescentes.

Tiempo para el Sociodrama y la discusión: 1 (una) hora.

Objetivos

- Ayudar a los adolescentes a desarrollar un enfoque sistemático en la solución de problemas.
- Desarrollar la capacidad del enfoque de riesgos y las consecuencias posteriores para la salud.
- Ganar experiencia en la promoción y prevención de salud en relación al tabaquismo en su comunidad de pares.

Actores

- Madre
- Padre
- Dos adolescentes
- Adolescente promotor de salud

Materiales

- Simuladores de cigarrillos.

Preparación

- Se simula una escena familiar, donde intervienen los padres de un adolescente, el amigo de este y otro que hace la función de promotor de salud.

Presentación

1. La escena comienza en la casa donde los padres se percatan de que su hijo está fumando a escondidas, le preguntan y este se niega, saliendo de la escena.
2. Luego aparece este adolescente con otro amigo, el cual le incita continuar fumando porque “todos lo hacen, se usa y causa admiración en el resto”.
3. Aparecen estos muchachos y otro que le viene a saludar se percatan del inicio del mal hábito por estos y trata de persuadirlos con acciones de salud ya conocidas por este, al comienzo se retractan, pero queda en suspenso la decisión.
4. La escena final. Los padres notan que ha dejado de fumar y el hijo le comenta que un amigo le embulló, pero al encontrarse con otro notó que tenía razón de lo que le comentaba, lo pensó y luego dejó el hábito. Todos aparecen en una fiesta familiar donde los padres invitan a los muchachos.

Preguntas para la discusión en grupo después del sociodrama

1. Reconocer los participantes en las escenas.
2. Evaluar la actitud de cada uno de ellos.
3. ¿Qué acciones provocaron que el adolescente dejara de fumar?
4. El otro amigo también dejó de fumar, ¿qué lo provocó?
5. ¿Qué otras acciones propones?

Para pensar el suicidio más allá de la enfermedad y los diagnósticos: un enfoque contextual-fenomenológico.

To think suicide beyond disease and diagnostics: a contextual-phenomenological approach.

Juan García-Haro ⁽¹⁾, Henar García-Pascual ⁽²⁾, Marta González González ⁽³⁾, Sara Barrio-Martínez ⁽⁴⁾ y Rocío García-Pascual ⁽⁵⁾.

(1) FEA Psicología Clínica. Centro de Salud Mental de Adultos. Pola de Siero. Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Asturias. España.

(2) Enfermera Especialista en Salud Mental. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

(3) Psicóloga Interna Residente. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

(4) Psicóloga General Sanitaria.

(5) Psicóloga. Profesora Asociada Área Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de León.

Resumen: El objetivo de este artículo es presentar una alternativa conceptual al enfoque diagnóstico-céntrico del suicidio, así como esbozar una propuesta de análisis no dualista del dato que dice que el 90% de los suicidios se deben a un trastorno mental. Se concluye que un enfoque diagnosticocéntrico es limitado respecto a la explicación-comprensión y ayuda-prevención del suicidio. Se sugiere un cambio radical en el modo de pensar el suicidio. Pasar de una lógica que prioriza la idea de enfermedad, diagnóstico y sintomatología clínica, a un enfoque que sitúe a la persona y su circunstancia, con su subjetividad, sufrimiento, problemas y dramas, en el centro de comprensión del fenómeno suicida.

Palabras clave: diagnóstico, enfoque contextual-fenomenológico, factores de riesgo, intento de suicidio, psicopatología, prevención del suicidio, suicidio.

Abstract: The objective of this article is to present a conceptual alternative to the diagnostic-centric approach to suicide and present a non-dualistic proposal of analysis the data that says that 90% of suicides are due to a mental disorder. It is concluded that a diagnostic-centric approach is limited regarding the explanation-understanding and help-prevention of suicide. A radical change in the way of thinking about suicide is suggested. Move from a logic that prioritizes the idea of disease, diagnosis and clinical symptomatology, to an approach that places the person and his circumstance, with his subjectivity, suffering, problems and dramas, at the core of understanding of the suicidal phenomenon.

Key words: diagnosis, contextual-phenomenological approach, risk factors, suicide prevention, psychopathology, suicide attempt, suicide.

Introducción

Es común encontrar en la literatura científica la cita que dice que el 90% de los suicidios se deben a un trastorno mental (WHO, 2014). Se insiste en este dato para resaltar la influencia “decisiva” que tienen los trastornos mentales en el suicidio y las conductas suicidas (Bobes García, *et al.*, 2004). También, para justificar que la mejor estrategia de prevención del suicidio es la vía indirecta, a través de la reducción del factor diagnóstico: detección precoz y tratamiento de los trastornos mentales. Se partiría de un enfoque diagnosticocéntrico, que coloca las ideas de “enfermedad-diagnóstico-medicación” en el centro de la explicación-comprensión y tratamiento-prevención del suicidio. Este enfoque está profundamente instalado, cual programa informático, en nuestras instituciones sociales (sociedades científicas, sistemas sanitarios, universidades, etc.), teorías, prácticas, e incluso en la vida cotidiana de la población general. Desde este modo de pensar se llega a conclusiones parciales, o inciertas, sobre la relación suicidio-trastorno mental, como la idea de una causalidad psiquiátrica del suicidio.

Habría al menos 7 argumentos guardianes de esta supuesta causalidad psiquiátrica del suicidio. Para verlos, imagine el lector estar ante la noticia en televisión del suicidio de un personaje famoso. Los 7 argumentos serían los siguientes: 1) se empezaría por resaltar, por encima o en detrimento de otras circunstancias, el hecho de que la persona en cuestión padecía un diagnóstico de una enfermedad mental. Con ello se apuntaría a que el diagnóstico psiquiátrico es “la” explicación del acto-decisión suicida. 2) Si no existiera un diagnóstico oficial, se apuntará a ciertas características anormales de la persona que ya-estaban-ahí y que encajarían con un trastorno mental sin diagnosticar. 3) Si la persona no seguía un tratamiento farmacológico, se indicará que esa es “la” explicación del suicidio; la ausencia de un tratamiento farmacológico. 4) Si la persona seguía un tratamiento farmacológico, se apuntará que quizás el seguimiento no era el adecuado, porque podría estar con un médico de atención primaria y no con un psiquiatra. 5) Si la persona realizaba un correcto seguimiento con un psiquiatra, se indicará que quizás, la persona no tomaba la medicación según la pauta indica-

da, o que la había dejado justo unos días antes. 6) Si la persona tomaba la medicación según la indicación, se dirá que, quizás, esa medicación no era la adecuada y que habría otras combinaciones mucho mejores. 7) Si falla lo anterior, se acabará diciendo que, ¡bueno!, un % de las personas con ese diagnóstico tienen esa evolución fatal hacia el suicidio y que no se podía haber evitado de ninguna manera. Conclusión: 7 argumentos para mantener, a capa y espada, el postulado de que el suicidio es siempre cosa de padecer un trastorno mental.

Se ha realizado ya una crítica al enfoque diagnosticocéntrico y a la falacia de la causalidad psiquiátrica (García-Haro *et al.*, 2019 en prensa).

El objetivo de este artículo es presentar una alternativa conceptual al enfoque diagnóstico-céntrico del suicidio, así como esbozar una propuesta de análisis no dualista del dato que dice que el 90% de los suicidios se deben a un trastorno mental. Se cierra el trabajo con las principales conclusiones.

Más allá de la enfermedad y los diagnósticos: un enfoque contextual-fenomenológico del suicidio

Partir del factor diagnóstico como explicación del suicidio y de las conductas suicidas no satisface ni la explicación, ni la comprensión del fenómeno; significaría dejar en la sombra las siguientes preguntas: ¿Qué es esa cosa que llamamos trastorno mental? ¿A través de qué mecanismos produce el trastorno mental las ideas y conductas suicidas? ¿De dónde viene el trastorno mental?

1. Las conductas y experiencias que catalogamos, desde un *a priori* biomédico, como “síndrome-trastorno-enfermedad mental”, pueden ser vistas desde otras perspectivas más ajustadas incluso a la evidencia y a la justicia social; véase a modo de ejemplo la propuesta de la *División de Psicología Clínica* de la *Sociedad Británica de Psicología*. Propone entender las quejas y el sufrimiento psico(pato)lógico como respuestas-estrategias de supervivencia-afrontamiento, con una función-sentido esencialmente adaptativa-autoprotectora (frecuentemente de comunicación del sufrimiento, de búsqueda de ayuda



y de regulación emocional, de control del self, la identidad y la autoestima, etc.), ante amenazas de contextos vitales problemáticos (de invalidación, rechazo, conflicto, trauma, confusión, etc.) (Johnstone y Boyle, 2018).

2. Interesa señalar que, dentro del modelo biomédico, los mecanismos por los cuales un determinado diagnóstico incide en el comportamiento suicida no han sido suficientemente estudiados. Se dice tautológicamente que el “suicidio patológico” es aquél que es “causado” por una “enfermedad mental”, sin discriminar los modos o vías a través de la cuales cada diagnóstico “produce” la conducta suicida.
3. Desacreditadas las opciones genética y cerebral como explicaciones etiológicas del suicidio (no hay ninguna evidencia causal por más que exista sobreabundancia de correlatos biológicos), desde un punto de vista contextual-fenomenológico (García-Haro *et al.*, 2018; González González *et al.*, 2019), se entiende que, lo que llamamos “trastorno”, sería el emergente clínico de una situación vital de lucha o intento de salir de un mar contextos problemáticos y dramáticos en los que ha caído el sujeto (la circunstancia adversa: social, relacional, existencial y hasta biológica) y en los cuales bracea sin encontrar solución, sentido o esperanza. El resultado es ese naufragio que llamamos suicidio. Véase la monografía de Rendueles (2018) y de Estruch y Cardús (1982) para visualizar algunas de estas problemáticas biográficas que ahogan existencialmente al sujeto.

Desde esta perspectiva contextual-biográfica, cabe pensar que las personas con diagnóstico de trastorno mental que se suicidan, lo hacen por el drama de sus mundos existenciales individuales, no por el diagnóstico o la enfermedad mental. En efecto, la mayoría de personas con diagnóstico psiquiátrico no se suicidan (Hjelmeland, 2016; O'Connor y Nock, 2014). Los diagnósticos psiquiátricos al uso (véase los sistemas DSM/CIE), cuestionados además científicamente (Allsopp *et al.*, 2019; Deacon, 2013; Timimi, 2012, 2013, 2014), por más individualizados que sean, no valen para explicar-comprender el suicidio de una persona concreta individual. Son categorías abs-

tractas-descriptivas-genéricas-estadísticas. En cambio, si mediante una “autopsia psicológica” (Martin-Fumado y Gómez-Durán, 2017), podemos inferir los motivos concretos que incidieron en el suicidio del sujeto A, esos motivos concretos no nos valdrán para entender el suicidio del sujeto B. Para entender el suicidio de un sujeto particular, habría que ir de lo general-nomotético (partiendo de una teoría general del suicidio) a lo individual, y de lo individual-idiográfico (conjunto de motivos biográficos personales) a lo general. Se trataría de partir desde un enfoque idiográfico a partir del cual establecer generalizaciones nomotéticas válidas para otros sujetos, y lo contrario: apoyarse en conocimientos nomotéticos para indagar asuntos individuales. ¿Permite el modelo diagnosticocéntrico del CIE/DSM ir de lo general-diagnóstico a lo particular-idiográfico?

La etiqueta diagnóstica funcionaría como una pseudoexplicación del suicidio; desorienta más que explica. Se sabe que el factor diagnóstico es un mal predictor del suicidio (O'Connor y Nock, 2014). Habría que ir, entonces, más allá del diagnóstico, a los factores psicológicos; véase la desesperanza, los estilos y sesgos cognitivos (O'Connor y Nock, 2014), o mejor aún: al drama individual de esa persona que es su “mundo vital” (García-Haro *et al.*, 2018), o “situación vital” (Lewin, 1978), para encontrar la explicación-comprensión de una crisis y el paso al acto suicida.

En nuestra experiencia clínica, a menudo nos sucede que, cuando descendemos el análisis desde los pisos superiores de los síntomas y los trastornos mentales, al nivel del suelo de la biografía individual (los conflictos, carencias, dilemas, adversidades, amenazas y pérdidas, las relaciones interpersonales, las experiencias vividas, los significados, los valores, las estrategias de afrontamiento, los estilos y modos de ser y de pensar, etc.), la importancia de los diagnósticos se nos difuminan a la luz de un nuevo sentido clínico: *el drama existencial de la vida humana individual*.

Sin embargo, la estrategia biomédica de prevención del suicidio se dedica a elaborar rankings de qué diagnóstico psiquiátrico está más asociado, y cuánto de asociado lo está, con la conducta suicida. Se parte de la premisa de que lo

importante es comprender el suicidio dentro de la psicosis, dentro de la depresión, etc. Así, es común en la literatura biomédica del suicidio hacer recuentos de porcentajes de muertes asociados a cada categoría diagnóstica, para estimar el riesgo asociado a cada trastorno. Así, se dice que la depresión es el diagnóstico más relacionado con el suicidio y que, el riesgo de suicidio en la depresión, es 20 veces superior al esperado en población general; en la esquizofrenia es 8-13 veces superior, etc. (Ayuso-Mateos *et al.*, 2012; Chesney *et al.*, 2014). Del mismo modo, los manuales (Bobes García, *et al.*, 2004) y congresos de suicidiología se estructuran en torno a los diagnósticos. Con ello, se estaría buscando en el diagnóstico psiquiátrico una esencia explicativa del suicidio o de la conducta suicida, como si ahí “dentro” estuviera la causa “etiología” del fenómeno o la comprensión del mismo. Sin embargo, esta esencia intra-diagnóstica no existe. La esencia del suicidio (si la hay) puede estar más en lo que comparte con otros diagnósticos (comunalidad), que en lo que hay de diferente dentro de cada uno de ellos (distintividad). No en vano, el suicidio y las conductas suicidas aparecen en muchos diagnósticos psiquiátricos de muy diferente topografía (prácticamente puede aparecer en todos), e incluso aparece asociado a discapacidades físicas y a enfermedades médicas. Sería como buscar en cada pueblo de la costa asturiana la explicación de su clima lluvioso y vientos galerna, en lugar de hacerlo mirando las características climáticas del mar Cantábrico. Se estaría buscando en lo particular de cada trastorno, la explicación de un problema que no estaría-ahí, sino en lo común o transversal (transdiagnóstico) a todos ellos. Es decir, habría, a nuestro juicio, una tercera variable o hilo invisible en la relación trastorno-suicidio que pasaría desapercibida, y que convendría explicitar. Esta tercera variable se refiere al sufrimiento o dolor psicológico (Sheideman); eso sí, no se trataría de cualquier sufrimiento psicológico (condición necesaria pero no suficiente), sino aquél que tendría unas características distintivas; aquel que es vívido de forma “intolerable, inescapable e interminable” (Chiles, Strosahl y Roberts, 2019), y donde la persona siente que no tiene la capacidad para regular este dolor experimentado (Verrocchio *et al.*, 2016). Se trataría pues de un sufrimiento, cualitativa y existencialmente,

diferente del sufrimiento clínico. Este sufrimiento tendría su piedra de toque en las experiencias y significados de pérdida, vacío y desesperanza (París, 2007). Es por ello que, no resulta una casualidad que sea precisamente la “depresión por desesperanza” una de las condiciones clínicas (y existenciales) más relacionadas con el suicidio (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Beck *et al.*, 1990; Dyer y Kreitman, 1984).

Como decía Shneidman (1993), “Todos nuestros esfuerzos pasados para relacionar el suicidio con variables no psicológicas simplistas, como sexo, edad, raza, nivel socioeconómico, elementos del historial del caso, categorías psiquiátricas, estaban condenados a fallar precisamente porque ignoraban la única variable que se relaciona centralmente con el suicidio, a saber, el dolor psicológico intolerable”.

En realidad, puede que el diagnóstico psiquiátrico y la sintomatología clínica no sean más que un correlato clínico de contextos biográficos asociados al estrés y al sufrimiento. Siendo así, en lugar de decir que los trastornos mentales están en la base de la conducta suicida, habría que concluir que los trastornos mentales dibujan la dovela de múltiples nervios de sufrimiento vital-psicológico. Como dijo una paciente: “el sufrimiento vital es la causa de la depresión”.

En contra de lo que se dice, mientras no se asuma que la gente no se suicida porque está deprimida, tenga alcoholismo, o un trastorno límite de personalidad, sino porque vive atrapada en la cárcel de contextos vitales problemáticos de sufrimiento-límite, ellos mismos causantes de sintomatología clínica (desmoralización, consumo de alcohol, vivencias de vacío e impulsividad, etc., incluyendo las conductas suicidas), puede estar lejos la prevención. En palabras de Shneidman: “La depresión nunca causa el suicidio, sino que merece tratamiento por sí misma, y afirmar que el suicidio es causado por presentar depresión es un error lógico, una confusión conceptual” (Shneidman 1993).

Las políticas sanitarias de prevención deberían tener en cuenta este enfoque contextual-fenomenológico si realmente se quiere hacer una prevención integral del suicidio. De acuerdo con esta perspectiva, se trataría de abordar y solucionar



los contextos vitales problemáticos, agujeros por donde se infiltra el sufrimiento psicológico, y no sólo achicar los síntomas que inundan el barco de la vida.

Desvelando una posición dualista del suicidio

Con todo, quizás, lo más importante de la cita del 90%, sea lo no dicho. Se refiere a que desde el mismo enfoque biomédico se admitiría que, hasta un 10% de las personas que se suicidan, estarían libres de determinación psiquiátrica. De este 10%, que según algunos estudios sería mucho más (Hjelmeland, *et al.*, 2012; Hjelmeland y Knizek, 2016, 2017) ni se habla ni se teoriza. ¿Por qué? Porque hacerlo llevaría a formular una compleja red de argumentos en ataurique, que colisionarían frontalmente con la casuística del 90%. Por eso, cuando se trata el asunto, el modelo biomédico sale por la tangente: se dice que ese 10% (de los adolescentes que se suicidan, de los homicidas-suicidas “machistas”, de los suicidas ante desahucios, de los suicidas que enfrentan una enfermedad terminal inminente, etc.) no corresponde a suicidios patológicos. En efecto, la mayoría de defensores del modelo biomédico, explican las tentativas y suicidios consumados de los adolescentes como una dificultad para solucionar estresores vitales. “En estos casos no detectamos patología mental. Es simplemente que tienen dificultad para solucionar los problemas y reaccionan de una forma inadecuada. La solución que se aplica es un entrenamiento psicoterapéutico con un psicólogo y la familia para que aprendan que se puede actuar de otra manera ante la frustración” (Palao Vidal, 2018). Con este modo de pensar, se llega a una posición dualista respecto del suicidio: libertad-determinismo, problema-enfermedad, decisión-síntoma, biografía-biología, sociogénesis-biogénesis, político-patológico (DSM-5), desarrollo-proceso (en sentido de Jaspers), etc. Se acabaría concluyendo que unos (el 90%) se suicidan porque tienen una “enfermedad mental” (por tanto, sin ninguna “libertad”), y otros (el 10%), porque tienen problemas que no saben afrontar o que sobrepasan sus recursos, pero son responsables, en definitiva. Como si los primeros no tuvieran problemas vitales atascados por el hecho de estar “enfermos” (y manejaran cierta capacidad de responsabilidad), y los se-

gundos estuvieran inoculados frente a la psicopatología por el hecho de enfrentar problemas de la vida (y no sufrieran por ello cierta limitación en su capacidad de libertad). Se trata de una falsa dicotomía: patología-normalidad. Todas las experiencias y conductas usualmente llamadas “síntomas” las tienen, y tenemos, las personas sin diagnóstico formal, porque en realidad no son “déficits” o “trastornos” sino, como dice el *Marco de Poder, Amenaza y Significado* (Johnstone y Boyle, 2018), respuestas-estrategias de supervivencia-afrontamiento, con un sentido básicamente adaptativo-protector que se activan ante contextos problemáticos (de invalidación, rechazo, conflicto, trauma, confusión, etc.). No en vano, hay estudios de autopsia psicológica que revelan que las persona que se suicidan sin trastorno mental aparente también tienen síntomas clínicos y características de personalidad similares a las de los sujetos diagnosticados con trastorno mental que han realizado actos suicidas (Hawton y Heeringen, 2009). Nada extraño hay en ello; pues siempre hay una continuidad dinámica entre sufrimiento psicológico normal y clínica mental. Es por ello que proponemos hablar de “psico(pato)logía” de los suicidios. Y es que el riesgo de suicidio asociado a los trastornos adaptativos (los que padecemos todos en algún momento) es 14 veces superior al de la población general (Harris y Barraclough, 1997). Es decir, que el riesgo de suicidio asociado a la vida humana misma es ya de 14. El suicidio sería entonces, antes que un problema clínico, un fenómeno inherente a la condición humana, esto es, a su vulnerabilidad existencial y empírica dadas unas circunstancias determinadas.

En esta línea de ampliar el cedazo del modelo biomédico y diagnosticocéntrico de salud mental, centrado en la presencia o no de “enfermedad mental” como condición para la asistencia de la ayuda sanitaria, se sitúa: 1) la *Guía breve de diagnóstico psiquiátrico*, elaborada por la Organización *Mental Health Europe* (2019) y especialmente 2) la propuesta *Marco de Poder, Amenaza y Significado*, elaborada por la *División de Psicología Clínica de la Sociedad de Psicología Británica* (Johnstone y Boyle, 2018). Esta última propuesta, aboga por el abandono definitivo del modelo de “enfermedad-diagnóstico-medicalización” en los sistemas de atención a la salud

mental. Propone una reorientación sustancial y existencial del sufrimiento psicológico en su contexto vital, y donde las experiencias y conductas que usualmente llamamos “síntomas”, se pueden entender mejor (con más evidencia y justicia social), como respuestas-estrategias de supervivencia-afrontamiento con un sentido-función básicamente adaptativo-protector, frente a contextos problemáticos (sociales, relacionales, existenciales, biológicos), amenazantes o invalidantes, en lugar de verlos como “síndromes-trastornos-enfermedades mentales” a “tratar” o “curar”.

Para superar el dualismo

Frente a este modelo dualista, y tautológico (son suicidios patológicos los que están causados por enfermedades mentales y son suicidios racionales los que no), se precisaría un enfoque alternativo que sirva para la comprensión y ayuda (cuando sea el caso) del 100% de las personas que presentan crisis suicidas.

El comportamiento humano es siempre multi-determinado. No se puede hablar sin ingenuidad en Psicología Clínica ni en Psiquiatría de unicausalidad ni de linealidad, sino de complejidad (Morin, 1994, 2005). En un acto de conducta singular, idiosincrásico, personal (véase aquí la conducta suicida), convergen múltiples y laberínticos factores, tanto optativos como condicionados. Entre los factores optativos destacarían las razones para actuar (individuales y sociales). Entre los condicionados estarían los coeficientes de adversidad y de contingencia, incluyendo los contextos sociales (pobreza), familiares (abuso), relacionales (falta de apoyo) y biológicos (enfermedad física), que inciden en la subjetividad y el comportamiento.

En clínica, como en el resto de la vida humana, las cosas no son nunca todo o nada. Siempre hay una franja gris o campo procesual. Se precisa un enfoque de la complejidad, dimensional, dinámico y multifactorial. Las crisis, ideas y conductas suicidas ni son pura enfermedad, sintomatología, irracionalidad o locura; ni tampoco pura decisión, libertad indeterminada o racionalidad (epitomizado este extremo por el suicidio de los estoicos o de los románticos), sino que hunde su lógica y sentido existencial en la tensión im-

bricada entre ambos polos. “Pseudosuicidio” (suicidios sin implicación intencional, véase el acto suicida en plena crisis psicótica) y “suicidio racional” (suicidios comprensibles psicobiográficamente, véase la persona con diagnóstico de cáncer terminal) serían los extremos imaginarios de un campo dinámico siempre en tensión. Ni hay decisiones libres puras, ni deja de existir siempre un coeficiente, siquiera mínimo, de acción-decisión. Los suicidas del subgrupo del 10%, se situarían, de acuerdo a las coordenadas anteriores, más cerca del polo de la libertad decisiva que del polo del trastorno mental, eso sí, sin exclusión de elementos de adversidad y sufrimiento (incluyendo el azar), pues estos siempre están presentes en más/menos. Y lo contrario: los suicidas del 90%, se situarían más cerca del polo del estado mental disfuncional (que no “enfermedad mental”), sin exclusión de elementos de acción y libertad, pues, como se dijo antes, siempre hay, incluso en las situaciones más límites, grados de decisión-acción. Invertiendo el dicho existencialista: *En el peor de los casos, y cuando la existencia pareciera reducida a una única y trágica salida, siempre se puede elegir seguir adelante con la vida.* Esta idea, de coeficiente de acción-decisión, invalidaría cualquier determinismo o causalidad biológica o psicológica. Las dimensiones de la libertad y la fatalidad son como las fibras invisibles que, entrelazadas, enhebran la cuerda de la vida humana.

Frente al enfoque esbozado, habría líderes de opinión del modelo biomédico, que afirmarían que las “enfermedades mentales son enfermedades de la libertad” (Suárez, 2010). Bajo esta afirmación, funcionaría una reducción de la conducta suicida a pura irracionalidad o pura fisiopatología. Sin embargo, para aliviar a los supervivientes de la vivencia de culpa postsuicidio, se defenderá la idea del coeficiente de libertad antes referido. Se conjugaría así (y acaso sin conciencia de ello) dos ideas incompatibles sobre el suicidio (elección o enfermedad) sin problematizar la cuestión de fondo.

Sea como fuere, no queda claro qué se entiende desde el modelo biomédico por “libertad”, y lo más importante: cuáles son los criterios para reconocerla. Invocar la idea de que los trastornos mentales (sin más matices) anulan la “libertad”, tiene sus riesgos. Es importante



establecer controles de garantía sobre el modo en el que debe determinarse esta cuestión, pues conlleva el peligro de abrir la puerta a vulneraciones de derechos humanos fundamentales como el derecho a decidir morir. Cuando estos autores usan la palabra “libertad” (contexto de uso), parece que piensan en un estado mental alterado (se pone el ejemplo prototípico de la depresión grave melancólica), que distorsiona la percepción de la realidad (se habla de lógica suicida: sesgos, distorsiones, visión túnel, etc.), y que, por tanto, según ellos, comprometería la capacidad para tomar decisiones “racionales” y “razonables”, eso sí, según los parámetros del consenso social.

El problema está en que, si *a priori* se define y acepta, que el trastorno mental (véase depresión) es por definición una entidad patológica que compromete la “libertad” del sujeto, luego, *a posteriori*, resulta imposible saber si la decisión de morir de un sujeto diagnosticado de depresión es voluntaria (atribuible a su yo “puro” con independencia del trastorno), o es dependiente del trastorno mental y es acaso hasta uno de sus “síntomas”. Caemos presos de la trampa de nuestro pensamiento, que es disyuntivo y, además, tiende a ser reduccionista, cuando la cosa es más compleja.

Pero insistimos, ¿cuáles son los límites-fronteras y los criterios de demarcación entre tener un estado mental alterado, una enfermedad mental y una incapacidad para tomar decisiones? Se estaría confundiendo peligrosamente la condición del sufrimiento psico(pato)lógico con la incapacidad para la toma de decisiones. Ahora bien, comprometer no es anular. Se podría pensar, por los mismos motivos, que una persona que acaba de recibir la noticia de la muerte trágica de un ser querido tiene también una “enfermedad de la libertad”. El amor y el desamor serían también ejemplos de lo que aquí se quiere referir. Véase la persona que ha sido aceptada tras una larga espera por la persona amada y vive en un limbo de felicidad o lo contrario, la persona que ha sido rechazada. Acaso existan millones de personas en el mundo que, sin saberlo, padezcan “enfermedades de la libertad”.

Al igual que sucede en la ciencia, donde no hay criterios de verificabilidad de las hipótesis, sino de refutabilidad (teoría de Popper), en la evalua-

ción psico(pato)lógica de la imputabilidad en el ámbito forense, no se trataría tanto de verificar si la persona está capacitada para tomar decisiones, sino, si no lo está y hasta qué punto no lo está; y el criterio establecido oficialmente por los expertos para decidir si no lo está, es cuando o bien la persona no sabe lo que hace o no puede impedir(se) hacer lo que hace. Como si, una persona diagnosticada de depresión grave, que intentara suicidarse, por el hecho de hacerlo, fuera un mero autómatas que no comprendiera lo que hace o estuviera poseída por un impulso suicida descontrolado.

Con esta manera de pensar el suicidio (reducción fisiopatológica, sin subjetividad, ni contexto), se abona el terreno a prácticas de vigilancia de la intimidad (propagación de escalas de detección y estimación del riesgo en los diferentes servicios, códigos de alarma, etc.), tratamientos farmacológicos preventivos, y en última instancia, a intervenciones restrictivas, sino directamente perjudiciales, como los ingresos involuntarios, la contención mecánica o la terapia electroconvulsiva; que de paso, aumentarían el estigma y la discriminación.

Para terminar, el peligro de bascular demasiado la definición del suicidio hacia el polo de la enfermedad mental, es caer en un reduccionismo materialista infra-sujeto (Pérez-Álvarez, 2017, 2018). El suicidio quedaría reducido a un mero epi-fenómeno de mecanismos cerebrales, bioquímicos o genéticos-hereditarios anómalos que anulan la capacidad de ser-sujeto y, por tanto, de ser así, paradójicamente nada tendría que ver con la capacidad de decisión-acción-acto de una persona-en-contexto. Entonces, no tendría sentido en términos existenciales hablar de suicidio como un fenómeno intencional-comportamental-contextual, a no ser que admitamos que los genes, los polimorfismos, la serotonina, el colesterol, etc., encierren un yo psicológico en su interior al estilo de los genes “egoístas” de Dawkins (1993) que pilotan la vida humana hacia la muerte. No faltarían por lo demás autores que navegarían con remos ideológicos más que científicos en esta dirección.

A modo de conclusión

Se concluye que un enfoque diagnosticocéntrico es limitado respecto a la explicación-comprensión

y ayuda-prevención del suicidio. 1. Deja fuera del análisis y de la ayuda a una cantidad de personas en riesgo considerable, bajo el comentario lapidario de que no son suicidios patológicos. 2. Cae en un dualismo según el cual el suicidio patológico quedaría reducido a un mero epi-fenómeno de una enfermedad-como-cualquier-otra que en última instancia anularía la capacidad de ser-sujeto. 3. Abona el terreno a prácticas de vigilancia de la intimidad.

Se sugiere entonces un cambio radical en el modo de pensar el suicidio. Pasar de una lógica que prioriza la idea de enfermedad, diagnóstico y sintomatología clínica, a un enfoque que sitúe a la persona y su circunstancia, con su su-

frimiento, problemas y dramas, en el centro de comprensión del fenómeno suicida. Desde el punto de vista de la ayuda y prevención, se precisaría orientar la ayuda profesional no sólo hacia el control de “síntomas clínicos”, sino hacia el abordaje de los contextos vitales problemáticos y dramáticos que ahogan la existencia de la persona, lo cual remite no sólo a cuestiones individuales sino también sociales, culturales y existenciales. Se precisaría un enfoque contextual-fenomenológico que permita “volver a las cosas mismas”, que en nuestro campo son las personas-ahí-en-el-mundo-haciendo-su-vida.

Contacto

Juan García-Haro ✉ juanmanuel.garciah@sespa.es ☎ 687 215 167
C/ Alonso Ojeda, 9, 6º B • 33208 Gijón • Asturias, España

Referencias

- Abramson, L.Y., Metalsky, G.I. y Alloy, L.B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96(2), 358-372. doi:10.1037/0033-295X.96.2.358
- American Psychiatric Association, APA (2013). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (5th Edition)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Ayuso-Mateos, J.L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P.A. y Saiz Ruiz, J. (2012). Recommendations for the prevention and management of suicidal behaviour. *Rev Psiquiatr Salud Ment*, 5(1), 8-23. doi:10.1016/j.rpsm.2012.01.001
- Beck, A.T., Brown, G., Berchick, R.J., Stewart, B.L. y Steer, R.A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatry outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
- Bobes García, J., Sáiz Martínez, P.A., García-Portilla, M.A., Bascarán Fernández, M.T. y Bousoño García, M. (2004). *Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento*. Barcelona: Ars Medica.
- Chesney, E., Goodwin, G.M. y Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*, 13(2),153-60. doi:10.1002/wps.20128
- Chiles, J.A., Strosahl, K.D. y Roberts, L.W. (2019). *Clinical for assessment and treatment of suicidal patients*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Dawkins, R. (1993). *El gen egoísta. Las bases biológicas de nuestra conducta*. Barcelona: Salvat.
- Dyer, J.A., Kreitman, N. (1984). Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide. *Br J Psychiatry*, 144,127-33.DOI: 10.1192/bjp.144.2.127



- Estruch, J. y Cardús, S. (1982). *Los suicidios*. Barcelona: Herder.
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. (2018). Un enfoque contextual-fenomenológico sobre el suicidio. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 38(134), 381-400. doi: 10.4321/S0211-57352018000200003
- García-Haro, J., García-Pascual, H. y González González, M. Suicidio y trastorno mental. Una crítica necesaria. *Papeles del Psicólogo*, en prensa.
- González González, M., García-Haro, J. y García-Pascual, H. (2019). Evaluación contextual-fenomenológica de las conductas suicidas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 39 (135), 15-31. DOI: 10.4321/S0211-57352019000100002
- González Pardo, H. y Pérez Álvarez, M. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Harris, E. C. y Barraclough, B. (1997) Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 170, 205-228. DOI:10.1192/bjp.170.3.205
- Hawton, K. y van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 18; 373(9672),1372-1381. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60372-X
- Hjelmeland, H. y Knizek, B.L. (2016). Qualitative evidence in suicide: Findings from qualitative psychological autopsy studies. En K. Olson, R.A. Young, y I.Z. Schultz (Eds.), *Handbook of qualitative health research for evidence-based practice* (pp. 355-371). New York: Springer Science + Business Media.
- Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B.L. y Leenaars, A.A. (2012). Psychological autopsy studies as diagnostic tools: are they methodologically flawed? *Death Studies*, 36 (7), 605-626. doi: 10.1080/07481187.2011.584015
- Hjelmeland, H.M. y Knizek, B.L. (2017). Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests. *Death Studies*, 41(8), 481-492. doi:10.1080/07481187.2017.1332905
- Johnstone, L. y Boyle, M. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society.
- Lewin, K. (1978). *La teoría del campo en la ciencia social*. Buenos Aires: Paidós.
- López, E. y Costa, M. (2014). *Los problemas psicológicos no son enfermedades. Una crítica radical de la psicopatología*. Madrid: Pirámide.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 26;294(16), 2064-74. DOI: 10.1001/jama.294.16.2064
- Martín-Fumado, C. y Gómez-Durán, E.L. (2017). Investigación del suicidio: autopsia psicológica. *Rev Esp Med Legal*, 43 (4), 135-137.
- Mental Health Europe (2019). Short guide to psychiatric diagnosis. UK: Mental Health Europe (enlace: www.infocop.es/pdf/ashortguidetopsychiatricdiagnosis.pdf).
- Morin, E. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morin, E. (2005). Epistemología de la complejidad. En D. Fried Schnitman, *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad* (pp. 421-442). Buenos Aires: Paidós.
- NavíoAcosta, M. (2015). Prevenir el suicidio. Disponible en https://elpais.com/elpais/2015/04/14/opinion/1429023309_274169.html (Consultado el 30 de junio de 2019).
- O'Connor, R.C. y Nock, M.K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*.

- Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Palao Vidal, D. (2018). “El suicidio hay que entenderlo como una enfermedad, como un problema de salud”. Disponible en <http://sietediasjumilla.es/diego-palao-vidal-suicidio-entenderlo-una-enfermedad-problema-salud/> (Consultado el 28 de marzo de 2019).
 - Paris, J. (2007). *Half in love with death. Managing the chronically suicidal patient*. New York: Routledge.
 - Pérez-Álvarez, M. (2017). Psicología y filosofía del cubo de Necker: para superar el dualismo con el materialismo filosófico. *Abaco. Revista de Cultura y Ciencias Sociales*, 3 (93), 68-74.
 - Pérez-Álvarez, M. (2018). Psychology as a Science of Subject and Comportment, beyond the Mind and Behavior. *Integr Psychol Behav Sci*. 52(1), 25-51. doi:10.1007/s12124-017-9408-4
 - Rendueles, G. (2018). *Suicidio(s)*. Madrid: Grupo 5.
 - Shneidman, E. S. (2003). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181 (3), 145-147. doi:10.1097/00005053-1993030000-00001
 - Siegel, K. (1986). Psychological aspects of rational suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 40 (3), 405-418.
 - Suárez, G. (7 de marzo de 2010). Suicidio, una epidemia silenciosa. *La Razón*. Recuperado de https://www.quironsalud.es › press-releases › 17374-fichero_pdf
 - Verrocchio, M.C., Carrozzino, D., Marchetti, D., Andreasson, K., Fulcheri, M. y Bech, P. (2016). Mental Pain and Suicide: A Systematic Review of the Literature. *Frontiers in Psychiatry*, 7 (108). doi: 10.3389/fpsy.2016.00108
 - World Health Organization, WHO (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Ginebra: World Health Organization.

- Recibido: 28/10/2019.
- Aceptado: 20/12/2019.

Disforia¹ de género: (El «Ideal regresivo» y sus destinos).

Gender dysphoria: The “regressive Ideal” and its destinies.

José M^a Erroteta.

Psiquiatra y Psicoanalista. Hospital Universitario de Cruces, Osakidetza. Bizkaia.

Resumen: Este texto realiza un recorrido conceptual sobre sexo, género, identidad de género y disforia de género. Reflexión sobre los criterios del DSM-5 para el diagnóstico de la Disforia de Género tratando de comprender ese proceso. Con detenimiento en el «Ideal», el «Ideal» en Psicoanálisis como progresivo o regresivo, donde la Disforia de género se identifica como Ideal regresivo.

Palabras clave: Género, Identidad de género, disforia de género, Ideal, psicoanálisis.

Abstract: This paper takes a conceptual tour about sex, gender, gender identity and gender dysphoria. Reflection on the criteria of the DSM-5 for the diagnosis of Gender Dysphoria trying to understand this process. In the Ideal, the Ideal in Psychoanalysis is stopped as progressive or regressive, where gender dysphoria is identified as regressive Ideal.

Keywords: Gender, gender identity, gender dysphoria, Ideal, psychoanalysis.

Sexo, Género e Identidad de género

Comencemos por estos tres conceptos que, a menudo, se confunden en nuestro lenguaje y que conviene aclarar antes de continuar:

- **Sexo:** Componente biológico determinista observable en el momento del nacimiento. Clasifica (anomalías aparte) a las personas en mujer y hombre. Etimológicamente, proviene del latín *secare* (seccionar, cortar en dos).
- **Género:** Conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que la cultura desarrolla desde la diferencia anatómica

entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es «propio de los hombres» (lo masculino) y «propio de las mujeres» (lo femenino). La palabra género proviene del latín *genus* y se refiere al género gramatical, estrechamente relacionado con el lenguaje; en cambio, el término anglonormando *gender* se aplica a los determinantes socioculturales de los roles masculino o femenino.

El género que, según el sexo cromosómico o anatómico, es asignado por el entorno desde el comienzo de la vida (“es un niño”, “es una niña”), deberá ser posteriormente corroborado por el propio sujeto, dando lugar a su identidad y sentimiento de pertenecer a uno u otro género.

- **Identidad de género:** Percepción propia, única y persistente de la individualidad masculina o

¹ Disforia: Emoción desagradable (tristeza, ansiedad, irritabilidad, inquietud) etimológicamente opuesta a la euforia. El término no está recogido en el diccionario de la lengua española (RAE).

femenina. La identidad estaría relacionada con la percepción que cada uno tiene de sí mismo, refiriéndose al género, independientemente del sexo biológico.

Hay quienes sostienen que la identidad de género es algo aprendido paulatinamente a lo largo del desarrollo; sin embargo, otros señalan que es algo que se construye en los primeros tiempos de vida y que, por tanto, no es susceptible de una gran influencia social.

A modo de resumen, el sexo supone la división de la sociedad en hombres y mujeres atendiendo a lo que biológicamente corresponde a cada uno; el género, es la construcción cultural de los roles y funciones que socialmente se atribuyen a cada sexo y, por último, la identidad de género corresponde a la percepción que cada uno tiene de sí mismo, independientemente de lo biológico y/o cultural.

Identidad, Identidad de género y diagnóstico de «Disforia de género»

Definiremos el concepto de «Identidad» como el conjunto de características individuales que conforman el ser de una persona, mediante las cuales se identifica y se distingue del resto de seres. La conformación de la identidad permite además, encontrar similitudes y diferencias entre los que nos rodean, condicionando nuestras relaciones. Una parte de esa identidad global del sujeto sería la identidad de género.

El concepto y la formación de la identidad de género se ha ido construyendo y matizando con los años y así, mientras unos definen la identidad de género como cuanto hace y dice una persona para indicar a los demás y a sí mismo el grado de varón o mujer que es,² otros, matizan y la definen como el sentido individual básico de hombre o mujer, implicando una conciencia y aceptación del sexo biológico.³

La visión más general actualmente, define la identidad de género como un proceso inconcluso que comienza en la infancia, se consolida en la adolescencia y puede variar el resto de la vida,

condicionado por las múltiples influencias que ejercen los diferentes marcos de acción, dentro de los cuales se desenvuelve el sujeto (apoyándose en que la base de la identidad sexual es el dimorfismo anatómico-fisiológico) y posteriormente, de manera fundamental, el ejercicio reflexivo que se produce dentro de una sociedad y de un espacio determinados.

La conformación de la identidad de género comienza a raíz de las relaciones que se establecen con el cuidador principal (objeto primario) durante los primeros años de la infancia: la crianza del niño parte generalmente de un progenitor que establece relaciones diferentes con él dependiendo de si es varón o hembra y, como consecuencia, se desarrollan diferentes patrones y características, dependientes del tipo de relación. Hay quien sugiere⁴ que, conforme los niños crecen como hombres, elaboran una identidad que define sus valores y vidas en términos de independencia, en tanto las niñas, al crecer como mujeres, elaboran su identidad en conexión con los demás, forjando sus valores y sus vidas en términos de relaciones interpersonales.

Sea como fuere, en conclusión, podríamos decir que en el inicio se produce supuestamente una aceptación del sexo al que pertenecemos, en relación con las similitudes y/o diferencias que encontramos con el cuidador principal y, a partir de aquí, construiríamos nuestra identidad. Las personas con disforia de género, sin embargo, tienen una incongruencia entre la identidad de género que adquieren (o intentan adquirir) y el sexo biológico. Ante la convicción de pertenecer al sexo opuesto y de tener un cuerpo que no les corresponde, asumen roles y patrones que, socialmente hablando, corresponden al género opuesto.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la DSM-5 elabora el siguiente algoritmo diagnóstico para la disforia de género:

Criterios DSM-5 para el diagnóstico de «Disforia de Género»

Criterio A: Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el biológico-anatómico, de una duración mínima de seis

² Money & Ehrhardt, (1972).

³ Rathus, (1993).

⁴ Wood, (1997).

meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y los caracteres sexuales primarios o secundarios (o en los adolescentes jóvenes, los caracteres sexuales secundarios previstos).
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios y secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o expresa (o en adolescentes jóvenes, un deseo de impedir el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios previstos).
3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto al asignado).
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto al asignado).
6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo (o de un sexo alternativo distinto al asignado).

Criterio B: El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Comprensión de la «Disforia de género»

Resumiendo todo lo anterior, el malestar o «distrés» significativo por la discordancia entre la identidad de género sentida y el sexo objetivo al nacer es lo que conocemos como «Disforia de género», término acuñado en 1972⁵ y que ha quedado ampliamente consolidado en el mencionado manual DSM-5.⁶

A mi juicio, conviene recordar que, previamente, han existido otros conceptos no precisamente comparables, pero sí precursores:

- La Homosexualidad, tan vieja como el ser humano, definida por el deseo sexual hacia las personas del propio sexo.
- El Travestismo, concepto surgido a comienzos del siglo XX⁷ para definir a quienes vestían ropa del sexo opuesto (hábito considerado como perversión clínica).
- La Transexualidad,⁸ cuya definición más precisa señala a quienes no se identifican con el género que les fue asignado al nacer, teniendo en cambio sentimiento de pertenencia al sexo opuesto.

La transexualidad, el travestismo y la homosexualidad, fueron considerados sin ambages como una desviación moral, e incluidos (1954) en la «Ley de vagos y maleantes», no siendo hasta 1979, cuando pasaron a considerarse trastornos mentales (lo que, en su momento histórico, fue un gran logro).

Hubo de llegar el año 2012 para que, en el País Vasco, se aprobase la ley de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales. Con toda esta confusión entre la moral, la patología y las complejas diferencias humanas, no es de extrañar que la lucha actual en los diversos colectivos afectados, se centre en conseguir una despatologización completa de la disforia de género y que resulte políticamente incorrecto plantear cualquier cuestión de raíz «psicopatológica» respecto al origen y significado de esta realidad.

Hoy, en plena lucha por liberarse de diagnósticos, es muy difícil plantear a este colectivo que la evaluación psicológica y/o psiquiátrica no tiene por objeto estigmatizar a las personas que padecen la disforia, sino tratar de discriminar su estatus, descartar o evidenciar posibles trastornos psiquiátricos subyacentes o concomitantes y acompañar a cada persona en lo real, para ayudar a asimilar que la terapia completa de cambio de género (con hormonación y cirugía de reasignación sexual) es, no sólo un proceso largo y complejo, sino además irreversible.

⁵ Money & Ehrhart, *ibid* (1972).

⁶ DSM-5 (2015).

⁷ Hirschfeld, (1910).

⁸ Benjamin, (1953).

Dicho lo anterior y tratando en lo posible de evitar la fácil y jugosa ideologización del asunto, reivindicó el derecho de cualquier estudioso del psiquismo humano a seguir investigando, planteando hipótesis y buscando caminos por los que transitar sin dogmas, intentando encontrar sentido a estos desarrollos singulares y dolorosos, que nos interpelan sin descanso sobre su origen.

Algunos datos estadísticos

Aunque, en el momento actual, en el Hospital Universitario de Cruces superamos los 342 sujetos adultos y 140 menores de 16 años diagnosticados como «Disforia de género», quiero presentar algunos datos de un estudio realizado con 181 pacientes que consultaron entre 2009 y 2016:

- El 48,62% de las consultas fueron mujeres transexuales y el 45,30% fueron hombres transexuales. El resto (6,08%) fueron hombres, mujeres o sujetos ambiguos.

Se objetivó por consiguiente un mayor porcentaje de hombres biológicos en la Disforia de género. Actualmente la proporción es prácticamente del 50%.

- Un 58% presentaba antecedentes psiquiátricos, de los cuales el 66,67% correspondía a Trastornos de Personalidad y el 14,29% a Trastornos de Ansiedad. La Psicosis franca sólo aparecía en el 4,76% de los sujetos. Finalmente, llamaba la atención que el 8,70% de casos (todos ellos en mujeres transexuales) se dedicase a la prostitución.

Respecto a los factores de Distocia social, se objetivó la abundante presencia de estructuras familiares disruptivas: padres abandonantes del núcleo familiar, divorcios con migraciones posteriores, historias de violencia de género en el hogar, etc.

Y algunas conclusiones

- Las personas con disforia de género se encuentran en una posición más vulnerable frente a situaciones sociales adversas, especialmente frente a conductas de rechazo.
- La distocia social, guarda una amplia relación con la comorbilidad psiquiátrica que aparece.

- El trastorno psiquiátrico co-mórbido más frecuente es el trastorno de la personalidad.
- Tanto la distocia social como la comorbilidad psiquiátrica están estadísticamente relacionadas con conductas de abuso de sustancias.
- Una temprana atención en las unidades de Disforia de Género disminuye el riesgo de padecer distocia social y comorbilidad psiquiátrica.
- La proyección social, mediante la concienciación de que se debe acabar con las conductas de exclusión y rechazo, es esencial para terminar con parte de la problemática respecto a la disforia de género.
- La comorbilidad psiquiátrica no excluye (salvo en casos muy excepcionales) el acceso a los siguientes escalones de la terapia de cambio de género.
- A pesar de existir una identificación y posterior valoración psicopatológica, siguen existiendo abandonos del tratamiento.
- El apoyo psico-emocional del psiquiatra puede ser en muchos casos determinante para lograr el éxito de la terapia.

La pregunta que siempre permanece abierta entre nosotros es: la Disforia de género, por su propia entidad, ¿produce síntomas y clínica manifiestos? O por el contrario, ¿la clínica que observamos es previa y da lugar al diagnóstico de Disforia de género?

Pasemos pues, a partir de este momento, al núcleo más genuino de nuestra exposición: la búsqueda de posibles significados y correlaciones entre la disforia de género y los ideales. Para ello, antes de abordar el terreno propio de lo psicológico y, con más precisión, el específicamente psicoanalítico, me parece adecuado comenzar recordando el significado conceptual de «Ideal» en el diccionario:⁹

Definición de «Ideal»

El concepto «Ideal» muestra diversas acepciones, como sustantivo y como adjetivo.

⁹ Diccionario de la lengua española (RAE).

Sustantivo:

- Modelo de perfección que sirve de norma (canon).
- Meta u objetivo a alcanzar en el conjunto de ideas o creencias de alguien (aspiración).

Adjetivo:

- Perteneciente al mundo de las ideas, de la imaginación o del pensamiento (Filosofía).
- Que está muy próximo a un modelo o arquetipo de perfección (excelente, modélico).
- Que es adecuado para un fin determinado (óptimo).

En realidad, cualquiera de estos significados, usado en diferentes contextos, permite una aproximación adecuada al concepto de Ideal en Psicoanálisis.

El «Ideal» en Psicoanálisis

¿Qué es, de dónde procede el concepto, a dónde se encamina y qué significa psicoanalíticamente «Ideal»?

Reproduzco una cita freudiana¹⁰ esencial para entrar en materia:

(...) Hay tres factores en la causación de las neurosis que cobran relieve para nuestro entendimiento: uno biológico, uno filogenético y uno puramente psicológico.

El biológico es el prolongado desvalimiento y dependencia de la criatura humana. La existencia intrauterina del hombre se presenta abreviada con relación a la de la mayoría de los animales; es dado a luz más inacabado que estos. Ello refuerza el influjo del mundo real, (...), eleva la significatividad de los peligros del mundo exterior e incrementa enormemente el valor del único objeto que puede proteger de estos peligros y sustituir la vida intrauterina perdida. Así, este factor biológico produce las primeras situaciones de peligro y crea la necesidad de ser amado, de la que el hombre no se librará jamás (...)

Los seres humanos nacemos prematuramente. La prematuridad nos hace extremadamente desvalidos. El desvalimiento nos acompaña toda la vida. Nacemos prematuramente para hacernos cargo del mundo. No podemos cuidar de nosotros mismos ni de nuestras fuentes de provisión. No sabemos discernir dentro de nosotros qué supone un riesgo vital y qué puede admitir demora. No podemos comprender ni aceptar el no serlo todo y el centro del universo...

Si el ambiente nos fuerza a «saber» prematuramente, algo se romperá en nosotros, en nuestra autoestima en vías de construirse y desarrollaremos sistemas enfermos de defensa e idealización regresiva. No podremos soportar la realidad que ha sido intrusiva y, según un amplio abanico de posibilidades, desarrollaremos una patología personal más o menos paralizante.

Si tenemos un tiempo de gracia y de ignorancia protectora, «crearemos» un mundo de relación (que por supuesto nos habrá sido dado) y una imagen propia viva y satisfactoria. Saldremos al mundo con avidez de conquistadores y podremos tolerar la desilusión paulatina, hasta lograr mirar a la vida (¡y a la muerte!) de frente y comprender que no podemos perder el tiempo y que debemos andar el camino tratando de lograr nuestros sueños... Entre un relato y otro de aquellos seres humanos que acuden a visitarnos, nos movemos en nuestro quehacer cotidiano los psicoanalistas.

En definitiva, es seguro que cuanto más prematura sea la vivencia del desamparo inicial –nuestra «Hilflosigkeit»–, más allanado estará el camino para reactivarla y más probablemente lo «traumático» eclosionará en el sujeto.¹¹ De ahí en adelante, ni la autoestima se constituirá satisfactoriamente, ni la instancia Ideal se organizará evolutivamente, sino que procurará precisamente involucionar, atajar hacia atrás, simplificarse de forma «fanática», impidiendo que lo que verdaderamente debería ser complejo, se organice complejamente, única garantía de que pueda conseguir resolverse.

En la perspectiva psicoanalítica, habrá un momento mítico del desarrollo incipiente en el cual,

¹⁰ Freud, (1925 [1926]), pag.145-146.

¹¹ Erroteta, (2008).

cada bebé humano percibirá la realidad circundante y comprobará (antes o después) que no es autosuficiente... Un momento que, desgraciadamente para algunos, podrá ser vivido demasiado precozmente y resultar insoportablemente doloroso, o –por el contrario, en otros– eclosionará adecuadamente en tiempo e intensidad, posibilitando a partir de él proyectar la pretendida omnipotencia en las figuras parentales, dotándolas en la fantasía de todas las riquezas y capacidades deseadas. Ahí, en ese preciso momento, y dependiendo de la adecuación temporal a la realidad del pequeño ser humano, comenzará la existencia y andadura del Ideal progresivo o se enquistará malignamente el Ideal regresivo...

Ideal progresivo e Ideal regresivo

Lo que estoy tratando de subrayar es que el destino de los Ideales dependerá de su comienzo:

- Si la prueba de la realidad es excesivamente precoz, exigiendo al recién nacido saber de su desvalimiento («Hilflosigkeit») demasiado pronto para tolerar semejante afrenta, el pequeño ser humano negará la realidad, se dirá a sí mismo que es el mundo en su totalidad quien está mal hecho y perseguirá un Ideal regresivo fusional (al objeto primario) en el que no falte nada ni nada deba ser buscado y alcanzado... el relato psíquico se organizará sobre la premisa de que, en el origen, el bebé era perfecto y «algo» descarriló... por consiguiente, la solución se encaminará a recuperar lo perdido, lo fallido, lo estropeado... ¡Si hubo un error tras el nacimiento, *regresemos* al origen para subsanarlo y recuperar la completud!

Ideales surgidos de la insoportabilidad del desamparo, tratarán de negar y desmentir el horror de lo percibido y buscarán soluciones «mágicas», absolutas y totalitarias a su catástrofe interior.

- En el otro polo de la observación, si la verdad de nuestra enorme impotencia llegó atenuada por un período de ignorancia feliz y protegida, los Ideales nacerán adecuados al momento de desarrollo y, darán lugar a un camino jalonado de búsquedas, de sueños y de alicientes, para lograr ese «plus» maravilloso que el ser humano infantil ve reflejado en sus modelos grandes («grandiosos») de referencia y que, por consiguiente, anhela y busca *por delante* de sí mismo...

Y aquí surge una pregunta abierta: ¿Resulta suficiente con un traumatismo precoz para que el destino del Ideal se decante por un camino regresivo o progresivo?

Es una pregunta crucial, puesto que, según la respuesta, podremos suponer una vía mentalizable de desarrollo o sentenciaremos que tan sólo existirá un árido camino en lo real.

Como no quiero mantener una tensión artificial en nuestro encuentro, me voy a permitir dar una respuesta inmediata (mí respuesta): En mi opinión, además de que la realidad pueda resultar traumática por excesivamente precoz, es imprescindible que exista un foco «atractor» hacia el origen, de manera que el camino evolutivo quede cerrado y que ese foco irradie una luz, cegadora e hipnótica, que proponga el regreso al punto cero... Sin duda me decanto por pensar que es ahí donde el inconsciente parental habita y obtura el proceso.

Comprensión de la Disforia de género como Ideal regresivo

Mi propuesta para la reflexión y eventual discusión, se basa en que la Disforia de género supone una de esas situaciones mencionadas más arriba, en las que el pequeño ser humano ha tropezado con la cruda realidad demasiado precozmente y ello ha producido un anhelo involutivo, un ideal de regresión al origen, partiendo de una conclusión (aparentemente) no revisable e inamovible, que además ha sido refrendada por la(s) figura(s) parental(es): la naturaleza se ha confundido y ha construido un cuerpo equivocado para el sujeto que lo habita.

Ese ideal, (exigido desde diversos frentes) de retorno al origen, por su propia estructura acusatoria de «fallo en lo real» totalmente ajeno al sujeto, no resulta simbolizable «per se», es decir, no es modificable ni transformable mediante posibles metáforas, de manera que, inevitablemente, trata de forzar una respuesta radical: la «solución» anatómica. Es decir, ante lo «primario» del problema y debido a su aparentemente imposible fantasmaticación, será preciso cambiar ese cuerpo y «recuperar» el estatus que el torpe destino equivocó. Sólo así se restablecerá el equilibrio roto.

Pensemos detenidamente: ¿Cuál ha podido ser esa realidad insoportable...? ¿Cuál es el fallo que la naturaleza ha cometido...? ¿Cuál es el anhelo al que no se puede renunciar...? ¿Cuál es la solución que lo repara todo...? ¿En qué medida todo lo anterior está mediatizado por el momento histórico actual?

Vayamos punto por punto:

- ¿Por qué el propio cuerpo puede resultar insoportable?
- ¿Por qué nacer varón o mujer llega a ser considerado un error?
- ¿Por qué se tendrá por irrenunciable conseguir el otro sexo?
- ¿Por qué la solución ha de suponer amputaciones y «correcciones»?
- Y, finalmente, ¿por qué todo lo anterior, aun siendo ciertamente complicado, no puede ser vivido en el mundo psíquico y debe ser «actuado»?

Intolerancia a la complejidad mental y al dolor

Comenzaré por el final, porque pienso que así respondo a las otras preguntas... No creo que el choque con la realidad precoz sea irreversible, por muy intensa que haya sido su acción traumatizante. Reitero que para que el Ideal regresivo se vuelva inamovible e impida el posible camino de progresión (y «curación» en ese sentido), deben coincidir circunstancias inequívocas: Que el entorno (familiar y social) se «alíe» con el deseo involutivo, por ejemplo... En este sentido, me sorprende una y otra vez comprobar lo «comprensivas» que resultan algunas figuras parentales y lo dispuesto que está el medio social para acompañar a quien sufre la disforia de género por el camino que no tiene retorno.

Creo que si todo lo expuesto hasta ahora se ha organizado (y aglutinado, diría yo) para generar el «remedio médico» que estamos ofreciendo actualmente, es debido además al hecho de que la medicina actual puede «realizar» los deseos de las personas transgénero... y reitero que, con mucha frecuencia y salvo contadas excepciones, compruebo que quienes rodean al sujeto con dis-

foria de género, también se adhieren al «fallo original» y evitan así cualquier inquietante pregunta interna del tipo «¿qué responsabilidad puedo tener yo en este penoso sufrimiento de mi hija/o».

No se trata de que estos sujetos no hayan existido en otras épocas de la historia próxima y remota... pero la realidad les exigía una solución menos fáctica y, por consiguiente, mucho más costosa (y dolorosa!) –y rica mentalmente!–: vivir la contradicción en la fantasía, producir síntomas psíquicos, buscar posibles remedios paliativos, mantener la esperanza de encontrar parejas de sesgo similar, sufrir una gran soledad en las familias de origen... sentir, sentir, isentir... ! Soñar, soñar, isoñar...!

En definitiva, la imposibilidad de la «solución» radical, obligaba a realizar permanentes rodeos... y los rodeos, paradójicamente, exigían un camino hacia adelante, como el que he conceptualizado para los ideales progresivos.

Aunque no resulte políticamente correcto, pienso que los avances de la medicina pueden usarse –como cualquier logro humano– también en un sentido involutivo y que, en este sentido, «construir» neo-vaginas o neo-penes no tiene por qué resultar más progresista ni más saludable para el ser humano que acompañarle a buscar en el mundo interno la manera de resolver (o paliar) las supuestas carencias –o los supuestos «excesos»– anatómicos por la vía mental.

Nacer con un pene y sentirse mujer (o nacer con vagina y sentirse varón) pueden ser el comienzo de extraordinarias historias humanas, sumamente complejas, jalonadas de anhelos, expectativas, desilusiones, dolor, sueños realizados o rotos... como lo es siempre la historia humana, pero con las vicisitudes idiosincrásicas de la transexualidad añadidas al conjunto. Resolver la cuestión con hormonas y un «corta-pegar» quirúrgico no tiene por qué ser el mejor de los sistemas, aunque sea el que nos ha tocado vivir y «recomendar» en este momento de la historia.

Tener síntomas mentales (angustia, rituales, conversiones, disociaciones, fobias o parafilias sexuales...) no es un destino peor que quedar «restringido a» y «prisionero de» un cuerpo «standard», pero artificial.

Mi impresión es que, los sujetos con disforia de género, sufren otra disforia más clandestina, mucho más silenciosa: la insoportabilidad de sentirse y saberse humanos-limitados, susceptibles de percibir un mundo interior bien repleto y cuajado de «problemas». Creo que es ese y no otro el genuino «Ideal» regresivo latente: El anhelo de un mundo psíquico «puro», desprovisto de conflictos, de ambigüedad y de ambivalencia, en el que reine «por decreto» un cierto orden «Ideal» y enigmático (tal vez, presuntamente, instaurado desde mucho antes del nacimiento...).

Una de las cuestiones que más me impactan en las entrevistas exploratorias con quienes acuden a la Unidad de Identidad de Género del Hospital, es su intolerancia y aversión a percibirse como homosexuales... ¡Todos/as son heterosexuales, puesto que es la (madre) naturaleza quien se equivocó!

No deja de ser una irónica paradoja que, en el siglo XXI, liberados del estigma del vicio, la perversión y la «ley de vagos y maleantes», haya tal horror a mantener una inquietante (pero rica) complejidad mental y a saber –y a decir– por ejemplo que un varón, puede sentirse extremadamente femenino y anhelar el recio, posesivo y penetrante abrazo de otro varón o que una, mujer, puede percibirse extraordinariamente masculina y desear cubrir y dominar a otra mujer... Ciertamente, el mundo del deseo humano, en muy gran medida inconsciente, no es políticamente correcto, como nos recordaba en Bilbao (hace ya más de un año) un colega de la Sociedad Psicoanalítica de Francia.¹²

Algunas reflexiones propias (y otras prestadas)¹³

La existencia de sujetos con una biología determinada y un sentimiento de pertenencia al género opuesto, pone en entredicho la afirmación de Freud de que «la anatomía es un destino»¹⁴. Para los transexuales, parece que otras cuestiones diferentes a la anatomía y demás factores biológicos han tenido más fuerza a la hora de consolidar su identidad de género.

Merece la pena estudiar el proceso de construcción de la identidad en la infancia, partiendo de la acción psíquica necesaria para la instauración del sentido de «sí mismo» (self), es decir, la función de espejo materno. En este sentido, es muy importante señalar la bi-direccionalidad del proceso identificatorio, ya que en el proceso de identificación se incluye tanto el «identificarse con» como el «ser identificado por». Y no olvidemos que, desde el comienzo, somos identificados como varón o mujer...

La madre, lo queramos o no, es el testigo constitutivo del verdadero self, porque el ser humano sólo puede comenzar a mirar si primero se ve a sí mismo y, para verse, necesita ser mirado. La percepción es un agregado, una consecuencia de la apercepción, y ésta no puede desarrollarse sin la premisa de ser percibido. La madre es necesariamente el espejo en el que el hijo puede mirarse¹⁵ (y conocerse) y debe devolver al niño su propio sentimiento de que existe y de que es libre para seguir mirando. El self se hace real a través del reconocimiento.

Resulta fundamental en este punto plantear la cuestión de los «significantes enigmáticos», implantados por el adulto en el inmaduro psiquismo del bebé... (Por ejemplo, aquellos sujetos a los que se les atribuyó intra-útero una identidad de género determinada, incluyendo un nombre, que no se correspondería ulteriormente con el sexo al nacer).

No podemos obviar la repercusión de estos procesos en la construcción de la identidad básica y de la identidad de género, ya que los primeros pasos sitúan al feto y al neonato en una posición pasiva, tanto en lo que respecta a la asignación de género como a la implantación de otros significantes por parte de los objetos primarios.

Lo que no pudo ser mentalizado en los padres (por intolerancia a saber del propio conflicto), pasará en cualquier caso a los hijos de manera traumática, con la imposibilidad absoluta de ser representado y, mucho menos, de poder ser dicho.¹⁶

¹² André, (2018).

¹³ Betancor, (2017).

¹⁴ Freud, (1924).

¹⁵ Winnicott, (1967).

¹⁶ Duña (2015).

Nota final

Quiero hacer constar que todas mis dudas, preguntas e hipótesis, con respuestas más o menos pertinentes (y siempre transitorias), no han obstaculizado ni mucho menos impedido mi acompañamiento sereno y afectivo a cada una de las personas que se han acercado a la «Unidad de Identidad de género» para realizar el cambio transgénero.

Cuando he percibido que mi interlocutor podía, deseaba y necesitaba pensar, le he propuesto preguntas con respuesta abierta... Pero cuando su decisión estaba tomada y cerrada, no me he sentido con autoridad para desacreditar su demanda y, sencillamente, –ilo que no es sencillo en absoluto!– he aceptado acompañarle en su camino...

Contacto

José M^a Erroteta ✉ JOSEMARIA.ERROTETAPALACIO@osakidetza.eus

Bibliografía

- André, J. (2018) Jornada sobre Identidad de género e infancia. Una perspectiva psicoanalítica. Bilbao, febrero 2018.
- Benjamin, H. (1953). <https://es.wikipedia.org/wiki/HarryBenjamin>
- Betancor, D. (2017) *Estudio sobre identidad de género y representaciones parentales*. Tesis doctoral-Universidad del País Vasco (Director: Artaloytia, J.F.)
- DSM-5 (2015). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Real Academia Española de la Lengua. *Diccionario de la lengua española*.
- Duña, E. (2014). Lo fallido y desligado (el objeto fantasma). *Revista de Psicoanálisis de la APM* n^o 72. 2014.
- Erroteta, J. M. (2008). Hilflosigkeit. El proceso de duelo por el desvalimiento humano. *Revista de Psicoanálisis de la APM* n^o 54.
- Freud, S. (1984). El sepultamiento del complejo de Edipo (1924). En *El Yo y el Ello y otras obras* (1923-1925) (2^a Ed., vol. XIX, 177-188). BBAA. Amorrortu Ed.
- Freud, S. (1926 [1925]) Inhibición, síntoma y angustia. pp. 145-146. (2^a Ed., vol. XX pp. 177-188). BBAA. Amorrortu Ed.
- Hirschfeld, M. (1910). Die Transvestiten: eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb. Clare L Taylor (2003) *Women, writing and fetishism, 1890-1950 female cross-gendering*. Oxford University Press.
- Money J., Ehrdhart A. (1972) *Man and woman, boy and girl: the differentiation and dimorphism of gender identity from conception to maturity*. Baltimore. Johns Hopkins University Press, 1972.
- Rathus S. (1993). *Sexualidad humana* (2005). Madrid. Pearson Educación S.A.
- Winnicott, D. W. (1967). *Papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño*. En "Realidad y juego". Gedisa, Barcelona, 1979.
- Wood W. (1997). Habit in Personality and Social Psychology. *Personality and Social Psychology Review* (2017).

- Recibido: 15/11/2019.
- Aceptado: 30/12/2019.



FORMACIÓN CONTINUADA

Neurosífilis. A propósito de un caso.

Neurosyphilis. About a case.

Lorena Navarro Morejón (1); Raquel Calles Marbán (1); Miguel Alcántara Gutiérrez (2); Lucía Povedano García (1); Andrés Sánchez Pavesi (1); Carmen Rosa Morales García (2); María Rosario Cejas Méndez (3).

(1) MIR. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

(2) FEA. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

(3) Jefa de Servicio. Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias, Tenerife, España.

Resumen: La incidencia de la sífilis, una enfermedad de transmisión sexual presente en la humanidad desde hace más de 500 años, ha tenido un aumento considerable en Europa en las últimas décadas, inclusive en España. Esto sugiere en la necesidad de fomentar las campañas de prevención y concienciación para promover el uso de métodos anticonceptivos de barrera. Exponemos el caso de un varón de 63 años que ingresa en la planta de hospitalización de psiquiatría por presentar clínica psiquiátrica inespecífica consistente principalmente en mutismo y alteración de la conducta. Tras realizar múltiples pruebas complementarias, se llega al diagnóstico de neurosífilis, una forma de sífilis terciaria que puede manifestarse de múltiples maneras, lo que dificulta su diagnóstico inicial.

Palabras clave: lúes, neurosífilis, penicilina, sífilis, treponema.

Abstract: The incidence of syphilis, a sexually transmitted disease present in humanity for more than 500 years, has seen a substantial increase in Europe in recent decades, including Spain. This makes us think about the need to promote prevention and awareness campaigns in our society to foster the use of barrier contraceptive methods. We present the case of a 63-year-old male admitted to the psychiatric hospitalization ward for presenting a unspecified psychiatric symptoms consisting mainly of mutism and behavior disorder. After performing multiple complementary tests, we reach diagnosis of neurosyphilis, a form of tertiary syphilis that can emerge in multiple ways, making it difficult to make an initial diagnosis.

Keywords: lues, neurosyphilis, penicillin, syphilis, treponema.



Introducción

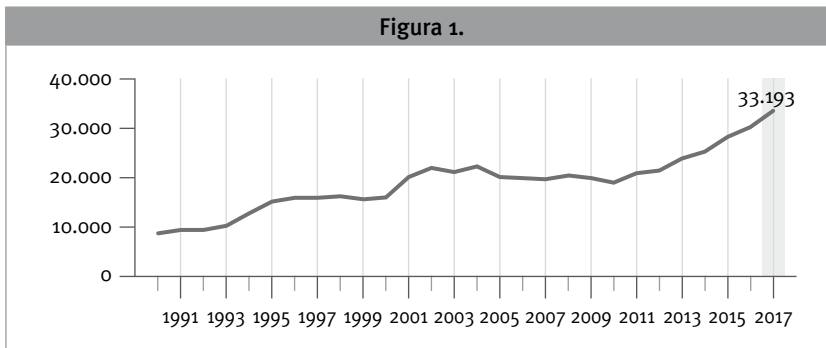
La sífilis es una enfermedad sistémica, infecciosa, crónica y de transmisión sexual o transplacentaria que afecta a la humanidad desde hace más de 500 años y está presente en todos los países del mundo.

Históricamente ha recibido diversos nombres (*morbus gallicus*, *sífilis* o *lúes*), de los que se conservan los dos últimos. En sus orígenes se confundían sus manifestaciones clínicas con las de otras enfermedades de la época, considerándose un castigo divino. Su estudio se ha dado de forma escalonada en los últimos 130 años, desde que se describió su cuadro clínico, sus fases, su etiología y se perfeccionaron los métodos diagnósticos y terapéuticos, pasando de la aplicación de mercurio al uso adecuado y justificado de antibióticos¹. La sífilis, junto con la tuberculosis, son consideradas como las grandes simuladoras, ya que pueden simular cualquier tipo de en-

fermedad, siendo fácilmente confundidas por los médicos en la práctica clínica^{2,3}.

Causada por el *Treponema Pallidum*, del grupo de bacterias *Treponemataceae* que consta de tres géneros: *Leptospira*, *Borrelia* y *Treponema*. Posee una virulencia muy elevada, ya que 57 bacterias son suficientes para infectar, transmitiéndose en cada contacto infectante entre 500 a 1000 bacterias^{4,5}.

En los últimos años se ha producido un aumento considerable en la incidencia de esta entidad, junto con otras enfermedades de transmisión sexual, en Europa Occidental; objetivándose un aumento de más del 50% en Bélgica, Francia, Alemania, Islandia, Irlanda, Luxemburgo, Malta, Noruega, Portugal y Reino Unido, según se recogen en los datos aportados por el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC)⁶. El ECDC recoge, en el año 2017, un total de 33.193 nuevos casos en toda Europa (*figura 1*), de ellos, 4.813 casos se diagnosticaron en España (*figura 2*).



En 2017, 33.193 nuevos casos en Europa.

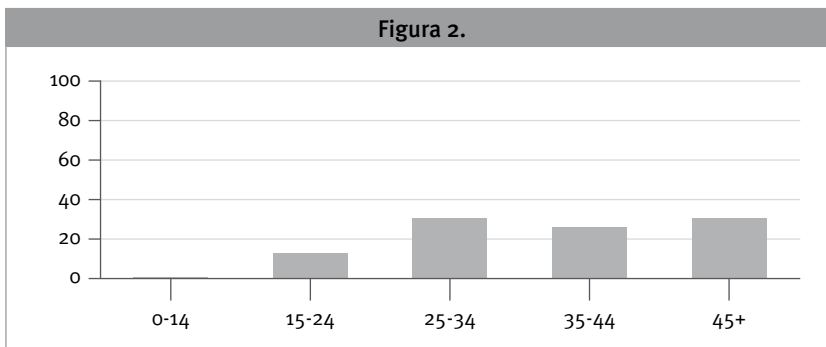


Figura 2. Incidencia y distribución por edad de la sífilis en Europa hasta el año 2017 según los datos recogidos por la ECDC.

Sífilis. Fases

El período de incubación varía entre 9 y 90 días, siendo lo más frecuente 14 y 21 días^{1,6}.

- **Sífilis primaria:** Aparece el chancro duro en el sitio de contacto, sin tratamiento dura de 3 a 6 semanas hasta que se resuelve de manera espontánea. Se acompaña de adenopatías linfáticas regionales^{1,7}.
- **Sífilis secundaria:** Tras fase asintomática de 4 a 10 semanas^{7,8}. Bacteriemia secundaria con manifestaciones clínicas muy variadas. El exantema máculo-papular o pustular en palmas de manos y planta de pie sugiere el diagnóstico, acompañado de sintomatología sistémica con febrícula, faringitis, anorexia, artralgias y linfadenopatías generalizadas. Cualquier órgano del cuerpo puede estar afectado^{2,7}.
- **Sífilis latente:** Ausencia de manifestaciones clínicas:
 - **Temprana:** un año desde la sífilis primaria.
 - **Tardía:** más de un año.
- **Sífilis terciaria:** Progresión lenta del proceso infeccioso. Reacción inmune muy intensa contra un número bajo de bacterias, produciendo daño en los tejidos por la producción de mediadores inflamatorios. Las afecciones más frecuentes son: cardiovascular, sífilis tardía benigna y neurosífilis^{1,8}. Nos centraremos especialmente en esta última entidad.
 - **Cardiovascular:** Endoarteritis obliterante. Los vasos afectados son, principalmente, los vasa vasorum que irrigan a la aorta, produciendo una aortitis sífilítica, pudiendo causar aneurismas, insuficiencia aórtica y estenosis del orificio de salida coronario^{1,2,7}.
 - **Sífilis tardía benigna:** se produce acumulo de tejido tipo goma, presentando focos de inflamación granulomatosa de tamaño variable^{2,7}.
 - **Neurosífilis:** Es una superposición de alteraciones meningo-vasculares parenquimatosas que puede manifestarse de múltiples maneras.

La neurosífilis requiere hacer un diagnóstico diferencial con otras entidades (*Tabla 1*)².

Dada la presentación variable, el diagnóstico puede ser difícil, aunque la demostración de anticuerpos treponémicos específicos en el líquido cefalorraquídeo (LCR) ayuda al diagnóstico. Se confirma el diagnóstico si:

- Prueba VDRL en LCR positiva.
- Prueba PCR en LCR positiva.

También conviene tener en cuenta lo siguiente^{2,7}:

- El diagnóstico de neurosífilis no puede hacerse sin una prueba treponémica específica, excepto si existe una inmunodepresión grave.
- Cualquier anomalía en el líquido cefalorraquídeo con manifestaciones clínicas compatibles sugiere una neurosífilis activa.
- La presencia de anticuerpos anti-treponémicos en el líquido cefalorraquídeo es muy sugestiva de este diagnóstico^{10,11}.

Neurosífilis. Clasificación

- **Neurosífilis asintomática.** Un 40% de los pacientes presentan infección del LCR, y de estos el 70% de los casos se resuelve sin tratamiento. Los pacientes con neurosífilis asintomática tienen un 20% de probabilidad de desarrollar la forma sintomática durante los primeros 10 años, especialmente si presentan pleocitosis elevada¹.
- **Neurosífilis meníngea.** Puede afectar tanto al encéfalo como la médula espinal, siendo la forma más temprana de las fases de la afección nerviosa. Se instaura aproximadamente un año después de la infección y puede presentarse como la manifestación inicial de lúes en el 25% de los pacientes¹. Tiene dos formas clínicas:
 - Meningitis aguda: tiene 3 posibles cursos: con hidrocefalia aguda (cefalea intensa, náuseas, edema papilar), con compromiso del vértice, que cursa con alteraciones corticales (convulsiones, afasia y hemiplejía) y con compromiso basilar, afectándose el III, VII, VIII y IX par craneal (tinnitus, sordera y parálisis de Bell).
 - Parenquimeningitis espinal: se produce un engrosamiento de la duramadre, lo cual se manifiesta con cervicalgia, atrofia muscular, déficit sensitivo y paraplejías.



- **Neurosífilis meningovascular.** Es la forma más frecuente de neurosífilis, llegándose a producir del 10-54,5% de todos los casos, con una afectación vascular tipo arteritis sifilítica que involucra a los vasos meníngeos de la corteza y el tallo cerebral. Tiene dos presentaciones clínicas, la cerebrovascular en la que se lesionan los vasos de gran y mediano calibre (arteritis de Hübner) o las arterias de pequeño calibre y las arteriolas (arteritis de Nissl). Transcurre con un pródromo encefalítico subagudo (cefalea, vértigo, insomnio y alteraciones psicológicas) hasta instaurarse un síndrome vascular generalizado que conlleva a secuelas neurológicas como hemiparesia, hemiplejía, afasia e inclusive eventos cerebrovasculares isquémicos^{11,12}.

La presentación **espinal**, tiene dos fases:

- Meningomielitis: se presenta varias décadas después de la infección y cursa con paresia, debilidad sensitiva en miembros inferiores y trastorno de esfínteres¹³.
 - Meningitis transversa aguda: se caracteriza por paraplejía flácida, hemiparesia y pérdida sensitiva.
- **Neurosífilis parenquimatosa.** Se caracteriza por afectación difusa de la sustancia gris y blanca cerebral. Llevando a un síndrome con alteración óptica, motriz, sensitiva y psiquiátrica. Existe una nemotecnia en inglés PARE-SIS: P personalidad, A afecto, R reflejos, E ojos (pupilas de Argyll Robertson), S sensorio (alucinaciones, delirio), I intelecto (reducción de memoria a corto plazo, orientación y capacidad de cálculo) y S lenguaje con alteraciones para articular las palabras¹⁴. Cuenta con tres formas clínicas: tabes dorsal, sífilis parética y atrofia ocular.
- **Neurosífilis gomata.** Posee dos formas clínicas: la cerebral y la espinal. Ocurre un acumulo de material granulomatoso nodular que aparece en cualquier órgano del cuerpo, específicamente en el encéfalo se adhieren a la piamadre, produciendo síntomas de lesión espacio ocupante, aunque la afectación medular es la más frecuente. El paciente asocia un deterioro cognoscitivo progresivo que puede evolucionar a una demencia, representando la neurosífilis sólo el 0,5% de todas las demencias¹.

Tratamiento de la neurosífilis

Según la guía para el tratamiento de la neurosífilis de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC), los regímenes de tratamiento indicados son^{15,16,17}:

- Como primera línea, la administración intravenosa de penicilina G cristalina acuosa en dosis de $18-24 \times 10^6$ U/día, administradas a $3-4 \times 10^6$ U cada 4 horas, o la administración de 24×10^6 U/día en infusión continua durante 10-14 días.
- La administración intramuscular de penicilina G procaínica en dosis de $2,4 \times 10^6$ U/día, más probenecid oral 500 mg, 4 veces al día, ambas durante 10-14 días.

Ante la alergia a la penicilina, otras alternativas incluyen la administración endovenosa o intramuscular de ceftriaxona 2g/día y doxiciclina oral a dosis altas (200 mg 2 veces/día durante 21-28 días). *Tabla 2.*

Caso clínico

Varón de 63 años, natural de Alemania que reside en Tenerife desde hace más de una década en condiciones de indigencia, sin pareja, y/o hijos conocidos, que acude al servicio de urgencias por alteración de la conducta en la vía pública.

Entre los **antecedentes personales**, destacamos:

- Sin alergias medicamentosas o alimentarias conocidas.
- Posible enolismo crónico según refieren sus vecinos.
- Fibrilación auricular que no ha recibido tratamiento médico.
- Diagnóstico de sífilis hace 10 años que no recibió tratamiento médico adecuado dadas las condiciones sociales del paciente. Sífilis terciaria con aortitis sifilítica, por lo que es portador de prótesis aórtica tras operación tipo Bentall con tubo valvulado St. Jude.
- Probable cardiopatía alcohólica o isquémica con ventrículo izquierdo no dilatado, hipertrofia ventricular izquierda ligera y fracción de eyección superior al 65%.

- Ingreso hospitalario hace 10 años para intervención quirúrgica por fractura-luxación de tobillo izquierdo tras atropello. En ese ingreso presentó síndrome isquémico coronario agudo con edema de pulmón y tromboembolismo pulmonar.
- No presenta antecedentes psiquiátricos previos conocidos.

Enfermedad actual

El paciente acude trasladado en ambulancia al servicio de urgencias, tras alertar sus vecinos al 112, por alteración de conducta en la vía pública en el contexto de posible clínica psicótica con abandono completo del autocuidado en las últimas semanas que coincide con el atropello reciente de su mascota. No hay familiares u otros conocidos que aporten mayor información del estado premórbido del paciente.

Exploración física, neurológica y psicopatológica

En la exploración física general destaca rigidez de nuca que no impresiona de signos meníngeos sino de anquilosis, presentando cicatriz de esternotomía media.

En la auscultación cardiopulmonar presenta ruidos cardíacos rítmicos con click metálico de válvula aórtica.

En la exploración neurológica destaca mutismo, obedeciendo órdenes por imitación. Destaca dificultad en la movilización de la mano izquierda por posible lesión del nervio radial. Presenta discreta rueda dentada en la muñeca derecha con leve bradicinesia con marcha a pasos cortos, tronco en ligera anteflexión y discreto aumento de la base de sustentación. No se objetiva temblor ni disimetría. Los reflejos osteotendinosos están presentes y vivos con cutáneoplantares dudosamente extensores.

En la exploración psicopatológica inicial está consciente, orientado en persona y espacio, desorientado en tiempo, colaborador, aunque con importante inhibición y enlentecimiento psicomotriz con dificultad para iniciar la deambulaci3n. No presenta datos de intoxicaci3n o abstinencia a sustancias t3xicas. Hipopros3xico. Impresiona de deterioro cognitivo presentando

fallos mnésicos, con afectaci3n de la memoria reciente. Mantiene contacto visual. Inicialmente, presenta lenguaje coherente, totalmente inducido y de escaso contenido empleando palabras únicamente para saludar, decir su nombre y responder a las preguntas realizadas. Posteriormente, en la entrevista realizada en su idioma presenta un discurso ligeramente m3s fluido, verbalizando alucinaciones auditivas de larga evoluci3n consistentes en voces en tercera persona, de las que realiza crítica adecuada, expresándolo con escasa repercusi3n emocional predominando en la entrevista el aplanamiento y la escasa resonancia afectiva. A la entrevista dirigida niega clínica afectiva mayor previa a su ingreso. Niega ideaci3n autolítica. Sueño y apetito conservados.

Pruebas complementarias

- En la primera analítica, se objetivó anemia y aumento de la proteína C reactiva. Hormonas solicitadas (vitamina B12, ácido fólico, TSH basal, T4 libre y PSA total) dentro de los parámetros de la normalidad.
- Destaca serología negativa para VHB, VHC y VIH pero POSITIVO para lúes:
- Prueba no treponémica 1/16.
- Prueba treponémica positiva.
- En el TAC de cráneo se observan áreas sugestivas de corresponder a infartos lacunares antiguos, así como leucoencefalopatía microangiopática y discreta atrofia global con ensanchamiento del sistema ventricular, sin otras alteraciones.
- En la resonancia magnética se muestran varias lesiones isquémicas antiguas y la angiioresonancia del polígono de Willis muestra irregularidades en ambas cerebrales medias y posteriores, con múltiples estenosis en el sistema vertebrobasilar, hallazgos sugestivos, dada la historia clínica, de **sífilis meningovascular**.
- Dados los resultados serológicos, se realizó punción lumbar, confirmándose diagnóstico de neurosífilis: Prueba no treponémica en LCR positivo 1/4. Prueba treponémica en LCR positivo.



Diagnóstico definitivo

CIE 10 - A52.1 - Sífilis cerebral meningovascular.

Evolución

Inicialmente, el paciente se mostró semi-mutista en relación con barrera idiomática, dado que no pudimos obtener datos de su estado premórbido al estar en situación de indigencia sin poder contactar con familiares o conocidos previos de éste, no podemos descartar que la sintomatología psicótica estuviese presente previa al diagnóstico de neurosífilis. Una vez instaurado tratamiento con antibioterapia endovenosa mediante penicilina y antipsicótico mediante olanzapina, el paciente presentó ligera mejoría clínica en la deambulación, en comparación con el aumento en la base de sustentación que presentaba durante al inicio del ingreso; así como a nivel afectivo, mostrando menor aplanamiento afectivo con mejor resonancia, estando sonriente por momentos, además de remitir las alteraciones senso-perceptivas. Al alta clínica, seguía destacando el deterioro cognitivo previamente mencionado que podría ser multifactorial, dado que el paciente presentaba otro factor de riesgo según mencionaron sus vecinos, el enolismo.

Discusión

Debido a las múltiples formas clínicas de presentación y a su particularidad para imitar casi cualquier escenario clínico, el diagnóstico de neurosífilis sigue siendo un reto clínico. Dichas variantes se pueden manifestar como una gran variedad de síndromes, tales como psicosis, manía, demencia e incluso epilepsia¹⁸.

El interés del caso se encuentra en la dificultad diagnóstica. El cuadro psicopatológico que motivó el ingreso del paciente en nuestra unidad y que podría corresponder con un cuadro de características psicóticas o incluso depresivas, por la presencia de un desencadenante emocional aparente, nos hace replantear el diagnóstico con

la aparición, a los pocos días, de síntomas neurológicos: ataxia, marcado deterioro de funciones cognitivas superiores: orientación temporal, alteraciones mnésicas, concentración. Por lo que, ante nuestras sospechas, tras llegar los resultados de VDRL, ampliamos las pruebas diagnósticas llegando al diagnóstico de neurosífilis. Este caso clínico, nos recuerda que no debemos olvidar las manifestaciones neuropsiquiátricas con posible etiología infecciosa.

Conclusiones

La neurosífilis puede dar lugar a cualquier tipo de trastorno psiquiátrico, por ello es necesario descartarla ante cualquier cuadro psicopatológico de evolución tórpida o atípica, y ante la aparición de deterioro neuropsicológico. Por ello, las pruebas serológicas frente a la lúes deberían seguir formando parte de la evaluación general de cualquier paciente psiquiátrico.

Pese a que ha acompañado a la humanidad durante más de 500 años, sin embargo, aún hoy con los avances en el campo de las pruebas diagnósticas y la disponibilidad de tratamientos persiste la incapacidad de erradicar esta enfermedad. El gran aumento de la incidencia de la sífilis, así como de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) en los últimos años, se debe a los cambios del comportamiento sexual en la población actual, influenciado en gran medida por la pérdida del miedo inicial que se le tuvo al VIH cuyo tratamiento actual hace que se considere prácticamente una enfermedad crónica. El incremento de la incidencia, así como las secuelas que pueden ocasionar estas ETS, destacando entre ellas la neurosífilis, hace plantear la necesidad de incrementar las campañas de concienciación para favorecer el uso de los métodos anticonceptivos de barrera.

*“Por una noche con Venus,
una vida con Mercurio”*

Contacto

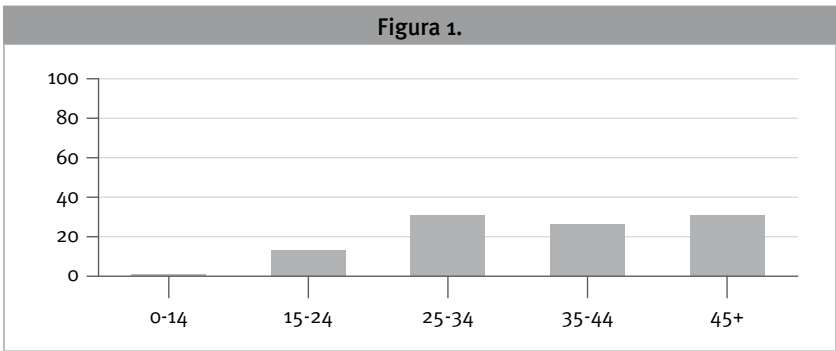
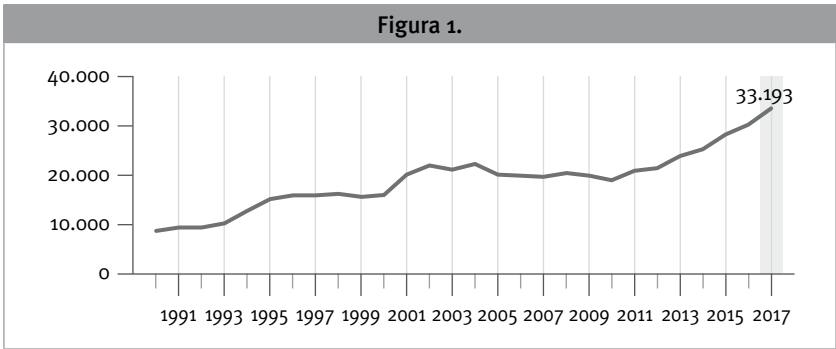
Lorena Navarro Morejón ✉ lorenavarro.m@gmail.com ☎ 696 323 903
Carretera de Ofra S/N • 38320 San Cristóbal de La Laguna • Santa Cruz de Tenerife, España

Bibliografía

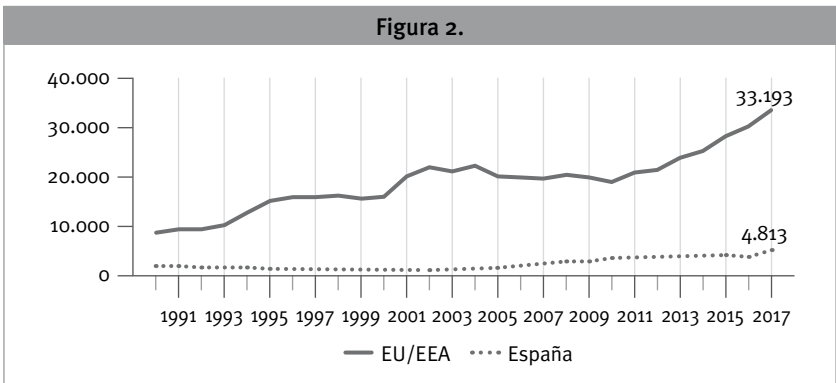
1. Murillo-Varela R. Neurosífilis: revisión bibliográfica. *Acta Académica*. 2014; 54: 223-246.
2. Lewin L. Sexually transmitted infections in preadolescent children. *J Pediatr Health Care*. 2007; 21: 153-161.
3. Carrada T. Cardiovascular syphilis: diagnosis, treatment. *Arch Cardiol Mex*. 2006; 76(4): 189-196.
4. Contreras E, Zuluaga SX, Ocampo V. Sífilis: la gran simuladora. *Asociación Colombiana de Infectología*. 2008; 12(2): 340-347.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance Atlas of Infectious Diseases. [Internet]. Disponible en: <http://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx> [consultado 04 Abril 2019].
6. Brown TJ, Yen-Moore A, Tying SK. An overview of sexually transmitted diseases. *Part I. J Am Acad Dermatol*. 1999; 41: 511-532.
7. López-Hontangas JL, Frasquet Artes J. Sífilis: una revisión actual. Control Calidad SEI-MC. [Internet]. Disponible en: <http://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/sifilis.pdf> [consultado 04 Abril 2019]
8. Torrell Vallespín G, Masferrer i Niubò E. Sífilis. A propósito de un caso. *AMF*. 2010; 6(6): 330-337.
9. Armijo J, Sepúlveda A, Bahamondes R, Moscoso J. Manifestaciones neuropsiquiátricas de la neurolúes: presentación de un caso de parálisis general neurosifilítica. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*. 2013; 51(3): 191-197.
10. French P. Syphilis. *BMJ*. 2007; 334: 143-147.
11. Duong M. The rash of secondary syphilis. *CMAJ*. 2007; 176: 33-35.
12. Jiménez J, Ladino L, Uribe C, Guerra A, Ciro J, Hernández O, et al. Neurosífilis meningovascular con trombosis de la arteria basilar. *Biomédica*. 2012; 32(1): 7-12.
13. Jalón MA, San Martín Blanco A, García RJ, Martín Benito J, Rodríguez FO, González AR, et al. Neurosífilis y disfunción vesical. *Archivos Españoles de Urología*. 2006; 59(2): 189-192.
14. Aziz T, Holman R. The Argyll-Robertson pupil. *American Journal of Medicine*. 2010; 123(2): 120-121.
15. Rosen T, Vandergriff T, Harting M. Antibiotic use in sexually transmissible diseases. *Dermatologic Clinics*. 2009; 27(1): 49-61.
16. Galindo J, Mier JF, Miranda CA, Rivas JC. Neurosyphilis: an age-old problema that is still relevant today. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2017; 46(1): 69-76.
17. Workowski KA, Bolan GA. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR Recomm Rep*. 2015; 64: 1-137.
18. Pichot P. *Un siglo de psiquiatría*. París: Roger Dacosta; 1983.

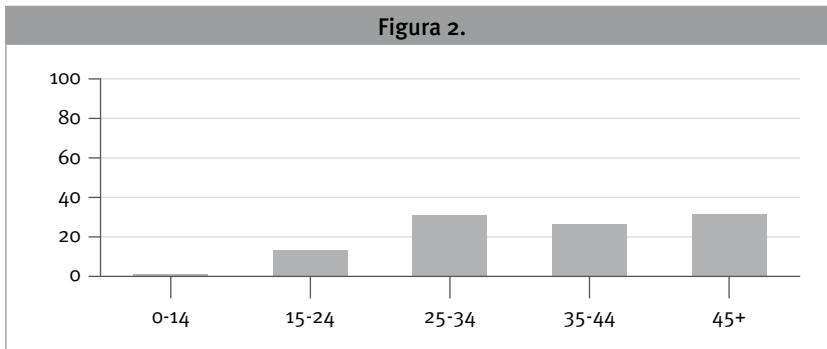
- Recibido: 16/8/2019.
- Aceptado: 24/11/2019.

Anexo



Incidencia y distribución por edad de la sífilis en Europa hasta el año 2017 según los datos recogidos por la ECDC.





Incidenia y distribución por edad de la sífilis en España hasta el año 2017 según los datos recogidos por la ECDC.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la neurosífilis

Afectaciones del sistema nervioso central:
Infecciones micóticas
Tumores
Hematomas subdurales
Alcoholismo crónico
Etc.

Tabla 2. Líneas de tratamiento para la neurosífilis según las guías de los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC)

Fármaco	Dosis y posología
Penicilina G cristalina acuosa	Dosis: 18-24x10 ⁶ U/día Administrar: 3-4x10 ⁶ U cada 4 h i.v. o 24x10 ⁶ U/día en infusión continua durante 10-14 días
Penicilina G procaínica Probenecid	Dosis: 2,4x10 ⁶ U/día 2g/día Administrar: 2,4x10 ⁶ U/día en una sola aplicación i.m. y probenecid oral 500 mg 4 veces/día durante 10-14 días
Ceftriaxona	Dosis: 2 g/día Administrar: 2 g/día, i.v. o i.m., durante 10-14 días
Doxiciclina	Dosis: 400 mg/día Administrar: 200 mg/12 h durante 21-28 días

Celopatia o síndrome de Otelo: a propósito de un caso.

Pathological jealousy or Othello syndrome: a clinical case.

María Herrera Giménez (1); Carmen Llor Moreno (2).

(1) F.E.A. Psiquiatría. Hospital Psiquiátrico Román Alberca, Murcia.

(2) F.E.A. Psiquiatría. C.S.M. San Andrés. Murcia.

Resumen:

Objetivos: Presentamos el caso de una celopatía o síndrome de Otelo, 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 desarrolla el delirio de que la pareja le es infiel.

Metodología: A partir de la exposición de un caso clínico realizamos una revisión bibliográfica de la celopatía o síndrome de Otelo.

Resultados: Por definición es una patología muy compleja en la que los pacientes desarrollan una psicosis pasional muy intensa. El delirio pasional puede darse de una forma pura o en el marco de una psicosis previa. Cuando aparece en una forma pura puede considerarse una variedad de la paranoia, en especial de la paranoia verdadera de Kraepelin o un ejemplo de los estados delirantes monosintomáticos.

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: Síndrome de Otelo, ideas delirantes, delirio celotípico, paranoia.

Abstract:

Objectives: We present here a case of pathological jealousy or Othello syndrome, which illustrates the psychopathological complexity which professionals usually face in their clinical practice in Mental Health. Our objective was to understand in a more in-depth

way the dynamics of this curious condition, whose main clinical characteristic is that the patients have the delusion that their partner is unfaithful to them.

Methodology: From a clinical case report, we carry out a review of the literature on pathological jealousy or Othello syndrome.

Results: By definition, it is a very complex disorder in which patients develop a very intense passionate psychosis. This passionate delusion may present on its own or within the context of a previous psychotic disease. When it presents on its own, it may be considered a type of paranoia, particularly of true Kraepelinian paranoia or an example of monosymptomatic delusional disorders.

Conclusions: Early identification, a balanced management plan and a proper approach can significantly reduce the complications that the patient may face.

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: Othello syndrome, delusions, delusional jealousy, paranoia.

Introducción

Este cuadro ha recibido diversas denominaciones incluida: celotipia sexual (Kraepelin, 1910), síndrome de celotipia erótica (Langfeldt, 1961), celotipia patológica (Ey, 1950) y celotipia paranoide o celotipia delirante.

En la narrativa abundan descripciones de celotipia patológica. La situación típica en la que se presenta el delirio celotípico es el “eterno triángulo” en el que se basan algunas de las grandes obras de escritores famosos. En la literatura psiquiátrica y en los textos psiquiátricos clásicos son frecuentes las referencias a los celos patológicos (1).

Hasta final del siglo XIX se consideró que este trastorno se asociaba al alcohol. Fue entonces cuando Von Kraft Ebing y Kretschmer (1942) defendieron que la celotipia de tipo paranoide podía darse en otras enfermedades tanto funcionales como orgánicas. En fechas más recientes se han aportado descripciones más detalladas de la celotipia psicótica (Jaspers, 1910, Langfeldt, 1951, Muller, 1990)

La escasa mención a este síndrome en los textos sugiere que es un síndrome raro, aunque en rea-

lidad no tan infrecuentes en la práctica clínica ya que podemos encontrarlo muchas veces no solo en pacientes sino también en familiares (2).

Caso clínico

Se trata de un varón de 55 años, casado desde los 25, padre de tres hijos, dedicado al ejercicio de la abogacía terreno en el que goza de un gran prestigio profesional. Es detenido en la vía pública por escándalo y agitación siendo trasladado al servicio de urgencias para valoración psiquiátrica acompañado por su familia donde su mujer relata que desde hace años insinúa que ella lo traiciona, que lo engaña con otro. Apenas puede visitar a sus amistades o hacer vida independiente. Cada vez son más frecuentes los episodios de violencia contra ella basados en sus celos infundados. La somete de manera continua a interrogatorios exhaustivos sobre su actividad diaria en busca de evidencia de su infidelidad. Muchas veces se ve sometida a relaciones sexuales con él forzada por el miedo a que el rechazo lo tome como una infidelidad.

A la exploración psicopatológica se muestra abordable y colaborador, con adecuado modo de comportamiento y lenguaje según su profesión y



formación académica. Minimiza en todo momento el episodio de agresividad en la vía pública que provoca su traslado al servicio de urgencias psiquiátrico.

Tras seis meses de tratamiento reconoce que siente celos que lo remuerden y que llega a pensar que su pareja lo engaña, aunque no encuentra una evidencia firme de infidelidad. Nos encontramos ante un paciente con ideas delirantes celotípicas, con sueños vividos muy angustiantes, recibiendo el diagnóstico de síndrome de Otelos y pautándose tratamiento con risperidona 6 mg, apreciándose en seis semanas una notable mejoría corroborada por su pareja que relata una mejor convivencia en el hogar.

Discusión

El cuadro que puede darse aislado o como síntoma de otro trastorno psicótico muestra las siguientes características clínicas:

- El rasgo central es el delirio de infidelidad de la pareja. La importancia del componente sexual en la naturaleza del delirio es obvia, así como el hecho de que siempre se refiere a la pareja sexual.
- Son signos asociados la irritabilidad y el desánimo, así como la agresividad.
- Existe en los dos sexos, aunque parece que en la práctica clínica se ve más afectado el sexo masculino que el femenino.
- Se presenta generalmente en la cuarta década de la vida, sin historia previa de enfermedad mental, aunque pueden existir antecedentes de episodios prodrómicos menores de celos.
- Habitualmente el inicio parece agudo, pero un examen más exhaustivo suele revelar unos meses de suspicacia creciente.
- Se utilizan indicios mínimos para confirmar el delirio. El paciente realiza esfuerzos ímprobos para poner a prueba a su pareja y para pillarle: someter a comprobación y siempre comprobar.
- La celotipia psicótica es la excepción a la norma de que la mayoría de enfermedades psíquicas no necesariamente provocan conductas violentas. Aquí sí existe un elevado riesgo de violencia dirigida a la pareja.

Las conductas de comprobación pueden por intensidad llegar a dominar el cuadro clínico. Los pacientes dan enrevesadas explicaciones de cómo determinados hechos confirman sus sospechas, aunque los argumentos no resistan un análisis directo. En raras ocasiones el rival es identificado y en consecuencia puede estar en riesgo (3).

Lo que el paciente llama "evidencia" resulta con frecuencia contradictorio e insostenible sin esto llegar a evitar que el paciente lleve a cabo investigaciones más exhaustivas. Como consecuencia de todo ello se produce un progresivo nivel de conflicto y enfrentamiento e incluso violencia.

La celotipia mórbida hace surgir habitualmente sentimientos y conductas contradictorias: el deseo del celoso es exponer y castigar la supuesta infidelidad y al mismo tiempo quiere conservar y restaurar la relación. Su anhelo es el amor, pero también amar y ser amado.

Al estar centrado en el delirio, irritable, tenso y deprimido el paciente suele ser incapaz de llevar a cabo actividades rutinarias como su trabajo. La vida se convierte en un auténtico infierno tanto para él como para su familia. Los deseos, sentimientos y conductas se sitúan bajo el control de sus delirios de infidelidad. Es frecuente que existan diferencias intelectuales, educacionales o sociales del nivel del paciente y su pareja, el paciente incapaz de ubicarse en su vida, se siente gris e inferior (4).

Es habitual que la figura paterna sea fría, con poco interés en los hijos, mientras que la figura materna suele ser sumisa y sobreprotectora. La personalidad del paciente puede mostrar rasgos obsesivos marcados, rigidez y tendencia a la suspicacia. Existe una relación probada con el abuso de alcohol.

Se ha considerado que la celotipia patológica emerge en un marco psicodinámico donde el acento se pone en la presencia de un sentimiento de insuficiencia nuclear, al que se asocia la sensación de inseguridad. En fechas más actuales la atención se ha centrado en detectar las posibles bases orgánicas del delirio y se han ensayado acercamientos cognitivos-conductuales con la finalidad de desarrollar la comprensión de la psicopatología (5).

Emerge la posibilidad de un componente genético en la etiología, pero en ninguno de los estudios más importantes se ha podido establecer diferencias entre las influencias hereditarias y del entorno (6).

Un determinado acontecimiento puede activar estos sentimientos de inferioridad que a su vez pueden acompañarse siempre de ansiedad, inseguridad e hipersensibilidad. La amenaza al yo se puede hacer real, la defensa debe establecerse a toda costa, y la celotipia tiende a manifestarse. El manejo se realiza mediante la proyección y la insuficiencia se proyecta sobre la pareja que es acusada de infidelidad.

Los sentimientos de insuficiencia pueden asociarse específicamente a: vivencia de amenaza a la posición y prestigio del paciente, la propia infidelidad, homosexualidad e incapacidad de amar.

Es frecuente que la celotipia patológica se asocie a déficits en la esfera sexual, aunque resulta complicado establecer si se trata de un fenómeno primario o secundario.

Los principios de abordaje y tratamiento de este cuadro son:

1. hacer el diagnóstico preciso (si se trata de un síndrome primario o de un cuadro secundario a otro trastorno) e iniciar un tratamiento adecuado.
2. Evaluar el riesgo para la pareja y para otros (niños) y actuar en consecuencia (procedimiento de ingreso involuntario, indicando orden de alejamiento o establecer medidas de acompañamiento).

3. Proporcionar apoyo psicológico a los miembros de la pareja.

4. Abordar cualquier elemento de agravamiento: como abuso de alcohol, disfunción sexual u otros factores orgánicos.

El uso de medicación antipsicótica cuando se produce el delirio de infidelidad es fundamental para su correcta evolución y buen pronóstico, muchos autores abogan por el *pimocida* como fármaco de elección en los trastornos delirantes monosintomáticos, incluida la celotipia paranoide.

Langfeldt comunicó que el 56% de pacientes estudiados mejoran con el tratamiento. El pronóstico era especialmente malo en los pacientes con un grave trastorno de la personalidad o un trastorno psicótico. La experiencia clínica demuestra que la celotipia patológica tiende a reaparecer una vez resuelta. Esto ocurre incluso en aquellos casos en los que la relación original ha sido sustituida por una relación de pareja distinta, la nueva pareja se convierte entonces en foco de celotipia patológica (7).

Aunque sigue representando un complejo desafío para los psiquiatras el conocimiento que tenemos ahora sugiere que un abordaje multidisciplinar que incluya psicofármacos, técnicas conductistas, psicoterapia individual y de pareja puede permitir una perspectiva menos pesimista que la que se ha adoptado clásicamente.

Contacto

María Herrera Giménez ✉ mariapsiqui@hotmail.com ☎ 968 365 800
Hospital Psiquiátrico Román Alberca • Avenida Libertad 6, bloque 2, 1 A • Murcia



Bibliografía

1. Marmol Bernal F. *Trastorno delirante: estudio descriptivo de un registro de casos*. (tesis doctoral). España: Universidad de Córdoba; 2016.
2. Zuleta E. Otelo o de los celos. *Revista Universidad de Antioquía* 319.pp:26-33.
3. Espárrago Llorca G, Carrión Expósito L, Baena Baldomero A, Ruiz Doblado S, López Garzón E. Síndrome de Otelo (delirio celotípico monosintomático) inducido por agonistas dopaminérgicos. *Psiquiatría Biológica*. 18(2): 68-71. 2011.
4. Esteban Jiménez O, Navarro Pemán C, González Rubio F. Síndrome de Otelo. *Semergen: revista española de medicina de familia*. 42(1): 63-65.
5. Román Avezuela N, Esteve Díaz N, Domarco Manrique L, Domínguez Longás A, Miguélez Fernández C, de Portugal y Fernández Rivero E. Diferencias de género en el trastorno delirante. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* 35(125): 37-51. 2015.
6. Pérez Mora G, Guilabert Vidal M, Quintanilla López MA. Síndrome de Otelo (delirio celotípico) inducido por agonistas dopaminérgicos. *Actas Españolas e Psiquiatría* 43(1): 32-34. 2015.
7. Brunton L. Goodman & Gilman. *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 12 edición. México: McGraw-Hill Interamericana editores; 2012.

- Recibido: 21/11/2019.
- Aceptado: 27/12/2019.

La excoriación psicógena: un trastorno del espectro obsesivo-compulsivo.

Psychogenic excoriation: a disorder of the obsessive-compulsive spectrum.

María Fernández Rodríguez ⁽¹⁾; Irene García Miranda ⁽²⁾ y Ana Villaverde González ⁽³⁾.

(1) Doctora en Psicología por la Universidad de Oviedo. Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental I “La Magdalena”. Área sanitaria III (Asturias, España).

(2) Máster en Psicología General Sanitaria, Facultad de Psicología (Universidad de Oviedo).

(3) Psicóloga Interna Residente. Hospital Universitario San Agustín de Avilés. Área sanitaria III (Asturias, España).

Resumen: En el presente artículo se hace un recorrido histórico del Trastorno de Excoriación. Se comienza por su aparición en la literatura médica hasta su inclusión en las clasificaciones diagnósticas internacionales. Se describe su paso por las taxonomías, donde era considerado un trastorno del control de los impulsos, hasta su consolidación como un trastorno dentro del espectro obsesivo compulsivo.

Palabras clave: excoriación; dermatilomanía; pellizcarse la piel; CIE; DSM.

Abstract: The present article makes a historical review of the Excoriation Disorder. It begins with its appearance in the medical literature until its inclusion in international diagnostic classifications. It describes its passage through taxonomies, where it was considered a disorder of impulse control, until its consolidation as a disorder within the obsessive-compulsive spectrum.

Key words: excoriation; dermatilomania; skin-picking; ICD; DSM.

Origen en la literatura médica

El Trastorno de Excoriación (TE), también denominado excoriación psicógena, dermatilomanía o síndrome de pellizcarse la piel, aparece por primera vez en la literatura médica en 1875. Fue el dermatólogo inglés Erasmus Wilson quien acuñó

el término “excoriación neurótica” para describir comportamientos en pacientes neuróticos que consistían en autoprovocarse repetidas y excesivas excoriaciones extremadamente difíciles de controlar¹. En 1898 el dermatólogo francés Louis Brocq, describe el caso de una paciente adolescente con rascado incontrolado de acné.



La paciente de 24 años padecía una dermatosis desde los 16 años. Casi desde el comienzo de su enfermedad llevaba a cabo conductas de rascado con una aguja o con las propias uñas, sin que ello fuera desencadenado por una sensación de picor. Así mismo, describe este autor el perfil de estos pacientes: la mayoría son mujeres de entre 16 y 30 años de edad, extremadamente neuropáticas o neuroartríticas, obsesionadas por su afección cutánea. Tan pronto como se levantan exploran sus caras con cuidado, y con distintos objetos, (aguja, alicates, tijeras o con las propias uñas), comienzan el rascado y no cesan hasta provocar en sus rostros sangre o llegar al agotamiento. Además, hace referencia a la dificultad para controlar este impulso, definiéndolo como un acto inconsciente que llevan a cabo, incluso tras la firme determinación de dejar de usar sus manos en la cara².

Antecedentes a las clasificaciones diagnósticas

La excoriación ya era considerada un trastorno del espectro obsesivo antes de ser incluida en las clasificaciones diagnósticas internacionales (CIE y DSM). El rascado cutáneo compulsivo al igual que la tricotilomanía, la hipocondría monosintomática, el trastorno dismórfico corporal (TDC), el globo histérico, las obsesiones intestinales o las obsesiones urinarias son síndromes cuyos síntomas mantienen similitud con el TOC³. Muchos de los pacientes con excoriación psicógena, al igual que los que sufren tricotilomanía, presentan comportamientos impulsivos y compulsivos. En la tricotilomanía suelen ser más frecuentes las conductas compulsivas⁴, mientras que la excoriación psicógena presenta un abanico de síntomas que van desde lo obsesivo compulsivo hasta la alteración en el control de impulsos⁵. Hay sujetos con TE que refieren síntomas propios del trastorno de control de impulsos, experimentando elevación de tensión antes de realizar el acto de excoriación y el consiguiente alivio posterior. Otros experimentan síntomas propios del TOC, donde el rascado puede seguir un ritual, un patrón que se repite y que lleva a la reducción de tensión, lo mismo que sucede con las compulsiones. Además, del mismo modo que en el TOC, los síntomas suelen ser egodistónicos, los pacientes suelen reconocer que la necesidad

de rascarse es irracional e intrusiva⁶. Cuando también presenta una preocupación excesiva por la apariencia física puede llegar a cumplir criterios para el diagnóstico de TDC. El TDC en el DSM-IV y su versión revisada estaba incluido en la sección correspondiente a los Trastorno somatomorfos^{7, 8} y en el DSM-5 ha pasado a formar parte de los trastornos obsesivos compulsivos y trastornos relacionados⁹.

Antes de la aparición del TE en las clasificaciones diagnósticas internacionales, profesionales de la salud mental de Estados Unidos¹⁰ proponen tres subtipos de este trastorno en un espectro de compulsividad-impulsividad: tipo compulsivo, tipo impulsivo y tipo mixto. En el tipo compulsivo, la excoriación de la piel se realiza para evitar el aumento de la ansiedad o para prevenir un evento o situación temida como, por ejemplo, obsesión por la contaminación de la piel. El acto se realiza con plena conciencia y se asocia con cierta resistencia a realizar el comportamiento. En el tipo impulsivo, la excoriación de la piel está asociada con la excitación, el placer o la reducción de la tensión. Se realiza a veces con una conciencia mínima; se asocia con poca resistencia a la realización del comportamiento. Y, por último, el tipo mixto, donde la excoriación de la piel tiene características compulsivas e impulsivas. Estos autores, también proponen tres criterios diagnósticos:

- A. Excoriación de la piel no adaptativa (p. ej., ras-car, escarbar, raspar, presionar/pinchar, cavar, frotar o apretar la piel) o preocupación desadaptativa con la excoriación de la piel según lo indicado por al menos una de las siguientes características:
 - Preocupación por la excoriación de la piel y/o los impulsos recurrentes para excoriar la piel, que se experimenta como irresistible, intrusivo y/o sin sentido.
 - Excoriación recurrente de la piel que produce un daño notable en la piel.
- B. La preocupación, los impulsos o los comportamientos asociados con la excoriación de la piel causan una angustia marcada, consumen mucho tiempo, interfieren significativamente en las actividades sociales u ocupacionales, o dan como resultado problemas médicos.

C. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental y no se debe a una condición médica general.

El trastorno de excoriación en las clasificaciones diagnósticas

Los comportamientos relacionados con los TE se incluían dentro de los trastornos del control de impulsos. La CIE 10, el DSM IV y el DSM IV -TR no incluyen este trastorno propiamente dicho. En la CIE 10¹¹, el TE no aparece explícitamente en las categorías de trastornos mentales, si bien el clínico podría filiarlo en la sección de los “Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos”, concretamente en “Otros trastornos de los hábitos y del control de los impulsos” (F63.8). La excoriación neurótica está contemplada en la CIE 10 en el apartado “Otros procesos del CIE 10 frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento”, en el capítulo XII dedicado a las “Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo” donde se incluye la excoriación neurótica (L98.1). En el DSM IV⁷ y DSM IV-TR⁸, el TE estaría dentro de los trastornos del control de los impulsos, concretamente en la sección de los “Trastornos del control de impulsos no clasificados en otros apartados” donde se menciona como ejemplo de “Trastornos del control de los impulsos no especificado”, el pellizcarse la piel (F63.9).

Este trastorno aparece por primera vez, con esta terminología, en la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales (DSM-5)⁹. Además, es en esta última versión del manual, donde ya se incluye en los “Trastornos obsesivos compulsivos y trastornos relacionados”. Concretamente este apartado incluye el TE al mismo nivel que el TOC y que otros trastornos del espectro como el TDC, la tricotilomanía, etc. (Tabla 1)

El TE se caracteriza por rascado recurrente de la piel, conllevando lesiones en la piel y repetidos intentos de reducir o parar este rascado. Los comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo que caracterizan este trastorno no son desencadenados por obsesiones o preocupaciones; aunque, ellos pueden ir precedidos o acompañados de varios estados emocionales, como sentimientos de ansiedad o aburrimiento.

También pueden ir precedidos por un incremento de sensación de tensión o pueden conducir a la gratificación, placer o un sentido de alivio cuando la piel es arrancada. Los individuos con este trastorno pueden tener grados de variación en el nivel de consciencia acerca del comportamiento mientras están involucrados en él, con algunos individuos centrando su atención en el comportamiento (precedido de tensión y con el consecuente alivio) y otros individuos realizan el comportamiento de forma más automática (con los comportamientos que parecen ocurrir sin plena consciencia)¹².

El DSM-5⁹ establece como necesarios para su diagnóstico, los siguientes criterios:

- A. Dañarse la piel de forma recurrente hasta producirse lesiones cutáneas.
- B. Intentos repetidos de disminuir o dejar de rasarse la piel.
- C. Rasarse la piel causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. El daño de la piel no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., cocaína) u otra afección médica (p. ej., sarna).
- E. El hecho de rasarse la piel no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental (p. ej., delirios o alucinaciones táctiles en un trastorno psicótico, intentos de mejorar un defecto o imperfección percibida en el aspecto como en el TDC, estereotipias como en el trastorno de movimientos estereotipados o el intento de dañarse uno mismo en la autolesión no suicida).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye por primera vez el TE en sus manuales en la CIE 11¹², dentro del capítulo “Trastornos obsesivos-compulsivos o relacionados”. A diferencia del DSM-5, no está al mismo nivel que el TOC sino que es un subtipo de un apartado más amplio denominado “Trastornos de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo” (ver tabla 1).

Los trastornos conductuales repetitivos centrados en el cuerpo (6B25) se caracterizan por acciones recurrentes y habituales dirigidas a la



piel (p. ej. arrancar el pelo, arrancarse la piel, morderse los labios), generalmente acompañadas de intentos fallidos de disminuir o detener esta conducta, y que conducen a secuelas dermatológicas (p. ej., pérdida de cabello, lesiones cutáneas, abrasiones de labios). El comportamiento puede ocurrir en episodios breves dispersos a lo largo del día o en períodos menos frecuentes pero más sostenidos. Los síntomas dan como resultado una angustia significativa o un deterioro significativo en las áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

Concretamente, el TE se caracteriza por el rasgado recurrente de la propia piel provocando lesiones. Las partes del cuerpo que rascan con mayor frecuencia son la cara, los brazos y las manos, aunque hay personas que se rascan varias partes del cuerpo.

La CIE 11 establece como criterios de exclusión para el diagnóstico de TE el trastorno del movimiento estereotipado (6A06), la excoriación aguda de la piel (ME62.9) y la excoriación crónica de la piel (ME63.7). El trastorno del movimiento estereotipado (6A06) se caracteriza por movimientos voluntarios, repetitivos, estereotipados, aparentemente sin propósito (y con frecuencia rítmicos) que surgen durante el período de desarrollo temprano, no son causados por los efectos fisiológicos directos de una sustancia o medicamento (incluida la abstinencia) e interfieren notablemente con actividades normales o provocan lesiones corporales autoinfligidas. Está incluido dentro de los “Trastornos del neurodesarrollo” en el capítulo 6 de los trastornos mentales. La excoriación aguda y la excoriación crónica de la piel aparecen dentro del Capítulo 21 “Síntomas, signos o hallazgos clínicos no clasificados en otra parte”. Concretamente la excoriación aguda de la piel (ME62.9) está incluida en el apartado “Erupción aguda de la piel de naturaleza no especificada” (ME62) y la excoriación crónica de la piel (ME63.7) está incluida en el apartado “Trastorno crónico de la piel de naturaleza no especificada” (ME63) (Tabla 2). Este manual establece que la excoriación aguda de la piel es un diagnóstico provisional para una erupción cutánea de naturaleza desconocida o incierta que surge bruscamente y con-

siste en múltiples excoriaciones. En la mayoría de los casos, la excoriación es secundaria a un prurito intenso que surge de un trastorno sistémico o de una enfermedad cutánea como el ecema. También señala que en algunos casos los factores psicógenos pueden ser responsables. Para la excoriación crónica de la piel añade un criterio temporal de al menos seis semanas de duración del trastorno.

Conclusiones

Desde las primeras descripciones en el siglo XIX, el TE ha estado vinculado de alguna manera a las conductas obsesivas². Son los dermatólogos y no los especialistas en salud mental los pioneros en detectar y describir este trastorno. Posteriormente en el siglo XX este trastorno es descrito en la literatura médica dentro de un espectro de impulsividad-compulsividad inclinándose más hacia los comportamientos obsesivos compulsivos⁵.

Las conductas propias del TE, hasta la puesta en vigor del DSM-5, son consideradas dentro de los trastornos de control de impulsos. Solo se hace mención a este trastorno en el DSM IV, cuando se incluye el ejemplo de pellizcarse la piel. Por tanto, este trastorno pasa de puntillas por los trastornos del control de impulsos en las clasificaciones diagnósticas internacionales.

Solo recientemente y tras publicación del DSM-5, el TE empieza a formar parte de las clasificaciones diagnósticas internacionales al incluirse por primera vez en el capítulo de trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados. En esta misma línea, aunque con algunas variaciones, la CIE 11 también contempla el TE dentro del capítulo de los trastornos obsesivos.

Contacto

María Fernández Rodríguez ✉ maria.fernandezr@sespa.es ☎ 985 549 219
Centro de Salud Mental I “La Magdalena” • Área sanitaria III (Asturias, España)

Irene García Miranda ✉ irenegm91@gmail.com
Facultad de Psicología (Universidad de Oviedo) • Plaza Feijoo s/n • 33003 Oviedo (Asturias, España)

Ana Villaverde González ✉ ana.villaverdeg@sespa.es
Hospital Universitario San Agustín de Avilés • Área sanitaria III (Asturias, España)

Referencias

1. Grant JE, Mancebo MC, Pinto A, Eisen JL, Rasmussen SA. Impulse control disorders in adults with obsessive compulsive disorder. *J Psychiatry Res.* 2006; 40:494–501.
2. Brocq L. L’Acné excořiée des jeunes filles et son traitement. En: *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique. Journal Des Praticiens.* Ediciones: Paris (Francia): Imprimerie Charles Schlaeber; 1898.
3. Jenike MA, Wilhem S. *Enfermedades relacionadas con el trastorno obsesivo-compulsivo: introducción.* En Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. *Trastorno obsesivo compulsivo: manejo práctico.* Madrid (España): Ediciones Harcourt; 2001. p. 121-139.
4. Stein DJ, Mullen L, Islam MN, Cohen L, DeCaria CM, Hollander E. Compulsive and impulsive symptomatology in trichotillomania. *Psychopathology.* 1995; 28: 208-13.
5. Arnold LM, McElroy SL, Mutasim DF, Dwight MM, Lamerson CL, Morris EM. Characteristics of 34 adults with psychogenic excoriation. *J Clin Psychiatry.* 1998; 59: 509-14.
6. Stein DJ, Hollander E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Dermatol.* 1992; 26: 237-42.
7. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.* 4ª ed. Washington, DC: APA, 1994. (trad. cast. Barcelona: Masson, 1998).
8. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales.* 4ª ed. Revisada. Washington, DC: APA. (trad. cast. Barcelona: Masson, 2002).
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5.* Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
10. Arnold LM, Auchenbach MB, McElroy SL. *Psychogenic excoriation clinical features, proposed Diagnostic Criteria, Epidemiology and Approaches to treatment.* CNS Drugs. 2001; 15: 351-359.
11. Organización Mundial de la Salud, OMS. *Clasificación internacional de las enfermedades (10ª revisión): Trastornos mentales y del comportamiento.* Descripción clínica y pautas para el diagnóstico, Madrid: Méditor; 1992.
12. World Health Organization, WHO [Internet]. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2018.* Disponible en <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

• Recibido: 22/10/2019.

• Aceptado: 23/12/2019.



Tabla 1. Comparativa DSM-5 y CIE 11	
DSM 5	CIE 11
Sección 2 - Criterios diagnósticos y códigos	Capítulo 6 - Trastornos mentales, de comportamiento y del neurodesarrollo
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados	Obsesivo-compulsivo o trastornos relacionados (Bloque L1-6B2)
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno obsesivo-compulsivo 300.3 (F42) 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno obsesivo-compulsivo 6B20 <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno obsesivo-compulsivo con insight justo o bueno 6B20.0 - Trastorno obsesivo-compulsivo con pobre o ausente insight 6B20.1 - Trastorno obsesivo-compulsivo, no especificado 6B20.Z
<ul style="list-style-type: none"> • Trast. dismórfico corporal 300.7 (F45.22) 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno dismórfico corporal 6B21 <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno dismórfico corporal con insight justo o bueno 6B21.0 - Trastorno dismórfico corporal con pobre o ausente insight 6B21.1 - Trastorno dismórfico corporal, no especificado 6B21.Z
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de acumulación 300.3 (F42) 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de acumulación 6B24 <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de acumulación con insight justo o bueno 6B24.0 - Trastorno de acumulación con pobre o ausente insight 6B24.1 - Trastorno de acumulación, no especificado 6B24.Z
<ul style="list-style-type: none"> • Tricotilomanía (tr. de arrancarse el cabello/ trast. de arrancarse el pelo) 312.39 (F63.3) 	
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de excoriación (dañarse la piel/ rascarse la piel) 698.4 (L98.1) 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo 6B25 <ul style="list-style-type: none"> - Tricotilomanía 6B25.0 - Trastorno de excoriación 6B25.1 - Otros trastornos especificados de comportamiento repetitivos enfocados en el cuerpo 6B25.Y - Trastornos de comportamiento repetitivo enfocados en el cuerpo, no especificado 6B25.Z
<ul style="list-style-type: none"> • Trast. obsesivo-compulsivo y relacionados inducidos por sustancias/ medicamentos 	
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados debido a otra afección médica 294.8 (F06.8) <ul style="list-style-type: none"> - p. Ej: Infarto cerebral. Se codificaría así: 438.89 [I69.398] infarto cerebral; 294.8 [F06.8] trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados 	

DSM 5	CIE 11
<ul style="list-style-type: none"> • Otro trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados especificados 300.3 (F42) <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno del tipo dismórfico corporal con imperfecciones reales - Trastorno del tipo dismórfico corporal sin comportamientos repetitivos - Trastorno de comportamientos repetitivos centrados en el cuerpo - Celos obsesivos - Shubo-kyofu - Koro - Jikoshu-kyofu o síndrome de referencia olfatorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Otro trastorno obsesivo-compulsivo especificado o trastornos relacionados 6B2Y
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de referencia olfativo 6B22 <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de referencia olfativo con insight justo o bueno 6B22.0 - Trastorno de referencia olfativo con pobre o ausente insight 6B22.1 - Trastorno de referencia olfativo, no especificado 6B22.Z 	
<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados 300.3 (F42): <ul style="list-style-type: none"> - Ej: utilizado en servicios de urgencias cuando no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Obsesivo-compulsivo o otros trastornos relacionados, no especificado 6B2Z
	<ul style="list-style-type: none"> • Hipocondriasis 6B23 <ul style="list-style-type: none"> - Hipocondriasis con insight justo o bueno 6B23.0 - Hipocondriasis con pobre o ausente insight 6B23.1 - Hipocondriasis no especificado 6B23.

Tabla 2. Excoriación aguda y excoriación crónica en la CIE 11
Capítulo 21 – Síntomas, signos o hallazgos clínicos, no clasificados en otra parte
• Síntomas, signos o hallazgos clínicos relativos a la piel (BlockL1 ME6)
• Síntomas o signos relativos a la piel (BlockL2 ME6)
- ME62 - Erupción aguda de la piel de naturaleza incierta o inespecífica
ME62.9 – Excoriación aguda de la piel
- ME63 - Trastorno crónico de la piel de naturaleza incierta o inespecífica
ME63.7 – Excoriación crónica de la piel



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

Esperemos que sea un nuevo motivo de valor añadido, y que contribuya a la mejor imagen profesional y humana de nuestra asociación.



HISTORIA

Presentación de la serie “Hace ya algún tiempo...” de la revista NORTE de salud mental.

La Red de Salud Mental de Bizkaia edita mensualmente y desde mayo de 2012, un boletín electrónico (www.lmental.net) en el que se discuten aspectos profesionales de la misma. Al margen de estos temas, también se incluyen en dicho boletín otras secciones relacionadas con la salud mental.

Una de las mismas es la denominada “*Hace ya algún tiempo...*” y tiene como objeto el rescate y rememoración de aspectos históricos de nuestra especialidad. Desde diciembre de 2014, los abajo firmantes comenzamos a escribir en esta sección la biografía de diversos personajes de la Psiquiatría, tomando como referencia un antiguo apartado que se publicaba en la *Revista de la AEN*, titulado “*Clásicos de la Psiquiatría Española*”, si bien en nuestro caso no hemos limitado el ámbito a nuestro país.

La idea es adaptar algunas de las biografías para una sección de esta revista, con el objetivo principal de que sus lectores - especialmente los más jóvenes- conozcan mejor quienes fueron los maestros de nuestra especialidad y en este amplio campo de la Salud mental.

La primera de ellas es la dedicada al profesor Carlos Castilla del Pino. Esperamos que resulte de interés a quienes nos sigan en la lectura.

Reda Rahmani, Juan Medrano, Oscar Martínez A. y Luis Pacheco.



Hace ya algún tiempo: Carlos Castilla del Pino.

Some time ago: Carlos Castilla del Pino.

Reda Rahmani (1), Juan Medrano (2), Oscar Martínez (3) y Luis Pacheco (4).

(1) Psiquiatra. Hospital de Zaldibar. Red de Salud Mental de Bizkaia. Osakidetza.

(2) Psiquiatra. Comarca Ezkerraldea. Red de Salud Mental de Bizkaia & Instituto de Investigación Sanitaria BioCruces. Osakidetza.

(3) Psiquiatra. Comarca Interior. Red de Salud Mental de Bizkaia & Instituto de Investigación Sanitaria BioCruces. Osakidetza.

(4) Psiquiatra. Comarca Bilbao. Red de Salud Mental de Bizkaia & Instituto de Investigación Sanitaria BioCruces. Osakidetza.

Resumen: Carlos Castilla del Pino fue un psiquiatra andaluz, fallecido en 2009, que comenzó a ser conocido fuera del ámbito de la Psiquiatría gracias a sus investigaciones sobre la incomunicación y la depresión, a finales de los años 60. Fue también un prolífico escritor que llegó a ocupar el sillón “Q” de la Real Academia Española de la Lengua.

De excepcional rendimiento en su actividad clínica -él mismo calculaba que atendió a más de 100.000 pacientes a lo largo de su vida-, su prestigio público aumentó a medida que, por su ideología política, le denegaban la cátedra de Psiquiatría, a cuyas oposiciones se presentó varias veces y que solo consiguió unos años antes de jubilarse, cuando el primer gobierno socialista de Felipe González se la concedió mediante un decreto, en el que también se premió a otros intelectuales.

Palabras clave: Castilla del Pino, psiquiatras españoles, Real Academia Española de la Lengua, Catedráticos de Psiquiatría.

Abstract: Carlos Castilla del Pino was an Andalusian psychiatrist who died in 2009. He began to be well-known beyond the field of Psychiatry thanks to his research on isolation and depression in the late 60s. He was also an exhaustive writer who came to occupy the armchair “Q” of the Royal Spanish Academy.

His clinical activity performances were outstanding - he himself estimated that he attended more than 100,000 patients throughout his life -, and he became increasingly highly regarded as, due to his political ideology, he was denied for several times the chair of Psychiatry, until he got it, a few years before he retired, by a decree of the first socialist government of Felipe Gonzalez that also granted other intellectuals of that time.

Key words: Castilla del Pino, spanish psychiatrists, Spanish Royal Academy, professors of psychiatry.

Carlos Castilla del Pino (CCP) nació el 15 de octubre de 1922, en el nº 18 de la calle Colón del gaditano pueblo de San Roque, a escasos kilómetros del peñón de Gibraltar. Era hijo de Dña. Emilia del Pino Álvarez y D. Pedro Castilla Delgado; este último alcalde del pueblo y dueño de una fábrica de harinas en la época en que nació nuestro personaje, fallecido cuando CCP contaba poco más de 10 años. Tuvo tres hermanas mayores que él: Sara, Victoria y Elvira¹.

Comenzó los estudios con 6 años de edad, en la escuela de un maestro particular, llamado D. Gabriel, realizando posteriormente el Bachiller entre el internado de los Salesianos de Ronda, el instituto de la Línea de la Concepción y los Escolapios de Sevilla, lugar este último de donde fue expulsado en 1938 por “soberbia con reincidencia”².

No obstante, el propio Castilla señala que la mejor formación intelectual durante su infancia y juventud la recibió gracias a su relación extraacadémica con D. Federico Ruiz Castilla, un exmilitar al que conoció en 1933 cuando este tenía unos 61 años y que, habiendo sido discípulo directo de Don Francisco Giner de los Ríos (el fundador de la Institución Libre de Enseñanza), pasaba entonces por ser la persona más culta de San Roque³. Don Federico le inició desde la infancia en la lectura, prestándole libros de su propia biblioteca, siendo el primero de ellos el texto de S. Ramón y Cajal “*Recuerdos de mi vida*”. La lectura de las obras del premio Nobel marcaron hasta tal punto al joven Carlos que no solo decidió por ello estudiar Medicina sino que, tras leer “*Reglas y consejos para la investigación científica*” - obra en la que D. Santiago señalaba que podía tenerse un laboratorio de Histología casero por un precio asequible -, organizó a los 12 años en su propia casa un laboratorio al cual denominó “Instituto de Biología Animal”, a la par que comenzó a asistir a las autopsias que realizaba D. Francisco Bermejo, un médico de San Roque, antiguo alumno de Ramón y Cajal. También gracias a D. Federico leyó, a partir de los 15 años, los diecisiete volúmenes de las obras completas de Freud y los acabó resumiendo en un cuaderno⁴.

La guerra civil marcó profundamente a nuestro protagonista, a quien el inicio de la misma le sorprendió en San Roque sin haber cumplido los 14

años y le obligó a ser testigo involuntario de los fusilamientos a que fueron sometidos muchos de los habitantes del pueblo, entre ellos dos tíos y un primo suyos, cuyos cadáveres llegó a contemplar in situ, desangrándose, a la vez que pudo ver a otro de sus tíos, en este caso además tutor suyo, minutos antes de fallecer. Parece que las crónicas relatan unas 250 personas asesinadas en San Roque en tan solo un día, el 27 de julio, casi todos ellos republicanos, salvo los mencionados familiares de CCP y dos personas más. A estos episodios dedica un detallado capítulo, en su primer tomo de memorias “*Pretérito imperfecto*” (págs. 171-277)⁵.

En octubre de 1940 inició la carrera de Medicina en Madrid. En sus memorias se quejaba de la decepción sufrida ante la baja calidad del plantel de profesores que le dieron clases, destacando entre las excepciones los catedráticos de Patología Médica, D. Agustín del Cañizo y D. Carlos Jiménez Díaz⁶.

Al iniciar cuarto curso en 1943, e interesado en el estudio de la Neuropsiquiatría (las especialidades todavía no estaban separadas en Neurología y Psiquiatría), decidió presentarse en el servicio de Juan José López Ibor, entonces ya catedrático de Medicina Legal desde 1932 con tan solo 26 años, y a su vez encargado de la asignatura de Neuropsiquiatría de la cual obtendría la cátedra más tarde, en 1952. Merece la pena transcribir literalmente la primera conversación de CCP con quien, a la postre, hubo de ser su mentor, si bien muchos años después, tras una “encerrona” de López Ibor en las oposiciones a cátedra a las que concurría CCP, este le negó a aquél su condición de “maestro” y le dispensó de llamarle “discípulo” (pero de eso nos ocuparemos más tarde). Cuenta CCP, en “*Pretérito imperfecto*” (pág. 356)⁷, su primera conversación:

“...¿Y usted que ha leído de Psiquiatría?...” (le preguntó López Ibor).

“El *Tratado de las enfermedades mentales* de Bumke, la *Psiquiatría* de Lange y todos los tomos de Freud”. Y la respuesta del profesor fue “*pues olvide a Freud...*”.

Así se incorporó Castilla al servicio donde en los siguientes años iba a conocer a algunos de los neuropsiquiatras con más saber de la época,

asistentes también al servicio de López Ibor, como eran Eugenio Olivares, Manuel Peraita y Bartolomé Llopis. Hacia 1945, CCP era el único alumno que trabajaba en el departamento de López Ibor ya que los demás eran psiquiatras formados. En aquellas fechas también se incorporó brevemente como médico D. Mariano Bustamante, quien posteriormente llegaría a ser Jefe de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación Provincial de Vizcaya y el primer director del hospital de Zamudio². Igualmente, por entonces CCP comenzó a frecuentar el Instituto Cajal, para formarse en Neurohistología. Allí conoció a dos de los principales discípulos de Ramón y Cajal que estaban represaliados políticamente: Fernando de Castro, desposeído de su cátedra hasta 1950, y Francisco Tello, sucesor de Cajal en la cátedra y dirección del Instituto, y que también había sido despedido de ambos cargos¹.

CCP acabó la carrera en junio de 1946, a los 23 años de edad. Así mismo y según su propio testimonio, tras llevar cuatro años en el departamento de López Ibor era también “Neuropsiquiatra”, ya que entonces no existía una regulación de la especialidad. Al curso siguiente de acabar la licenciatura se matriculó por libre de las asignaturas del “Doctorado”, y en la de Psiquiatría fue examinado por Antonio Vallejo Nájera -primer catedrático oficial de la Psiquiatría española un año más tarde-, a la par que comenzó a trabajar en el sanatorio psiquiátrico privado “*Dr. Esquerdo*”, fundado por los herederos de un famoso psiquiatra y político del siglo XIX (Jose M^a Esquerdo Zaragoza) y dirigido por López Ibor. CCP permaneció allí hasta 1949, fecha en que se trasladó definitivamente a Córdoba¹.

Leyó la tesis doctoral en mayo de 1949, realizada en torno a las agnosias ópticas bajo la dirección del catedrático de Oftalmología D. Buenaventura Carrera, y titulada “*Fisiología y Patología de la percepción óptica del movimiento*”. López Ibor no pudo ser su director, ya que para ello era obligado ser catedrático en activo (como se ha dicho, López lo era de Medicina Legal, pero estaba en excedencia) y le recomendó a B. Carrera. Como curiosidad cabe decir que este director no intervino en absoluto en el proceso, pues, como señala el propio CCP en sus memorias, aquel le dijo: “...Yo, del ojo para atrás no sé nada. De manera que usted hace la tesis, se la firmo y se acabó...”¹

En junio de 1949 se presentó a las oposiciones de Directores de Dispensarios de Higiene Mental y Toxicomanías. En el tribunal estaban Vallejo Nájera y López Ibor entre otros. Obtuvo plaza y pudiendo elegir entre La Coruña y Córdoba, eligió esta última ciudad, a la que llegó el 12 de octubre de 1949, tres días antes de cumplir 27 años, y de la cual prácticamente no salió más, profesionalmente hablando^{1,3}.

Conoció a su primera mujer, Encar Plaza, hacia mayo de 1942, aunque no iniciaron una relación de noviazgo hasta 1947. Encar era hermana de un compañero suyo de curso. Se casaron en junio de 1950, en Madrid, y tuvieron siete hijos^{1,3}. Lamentablemente cinco de ellos (María, Álvaro, Carlos, Gonzalo y María Fernanda) murieron, algunos en trágicas circunstancias, como el suicidio, el sida o un accidente de tráfico³. CCP siempre consideró que había sido malinterpretado en las declaraciones que hizo a Arcadi Espada en una entrevista (2002), a propósito de las preguntas del periodista sobre la muerte de sus hijos y su propia reacción, en relación a como intentó paliar su sucesivo dolor. En cualquier caso, el lector interesado puede profundizar en dicha entrevista⁴ e interpretaciones, así como en otros dos artículos que abordan la cuestión, publicados también por el diario “El País” (2002 y 2004)⁵⁻⁶ y en las propias memorias del autor (Casa del Olivo, págs. 441-452)³.

En 1983, durante un curso en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo de Santander, conoció a la que luego sería su segunda mujer, Celia Fernández, profesora de Literatura, con la que inició una convivencia en 1989, definitivamente asentada más tarde en la casa común del pueblo cordobés Castro del Río, que CCP retrata en su segundo tomo de memorias como “Casa del Olivo”³. Creemos de interés reseñar detalladamente las diversas oposiciones a cátedra de Psiquiatría que realizó CCP, ya que las mismas fueron el auténtico *leitmotiv* de la vida de nuestro protagonista desde su juventud hasta que asumió, a finales de los años 60⁷, que nunca la obtendría de la manera tradicional^{1,3}.

En 1952 se convocó la cátedra de Salamanca. López Ibor se iba a presentar, pero también le aconsejó a Castilla que se presentase para ir “fo-gueándose”. En el tribunal estaban Laín Entralgo

como presidente y los catedráticos de Psiquiatría Vallejo Nájera, Sarró y Alberca, como vocales. Según el propio CCP ("*Casa del Olivo*", pág. 154)³, en diciembre de ese año se presentaron siete opositores, aunque la nómina que señala muestra un total de ocho, incluyéndole a él mismo (Borreguero, Velasco Escassi, Pelaz, Rey Ardid, Rojas Ballesteros, Pérez-López Villamil y López Ibor; estos dos últimos ya catedráticos de Psiquiatría Legal), por lo que quizás alguno de los nombres esté equivocado y no concurriese al concurso, o bien se trató de un error de CCP en la enumeración de los personajes. El caso es que nuestro personaje no debió desarrollar mal los ejercicios, pero Laín le llamó aparte para explicarle que le iban a eliminar tras el tercero de ellos, porque iban a darle la cátedra a su "maestro" López Ibor y que no convenía que compitiera con él.

En 1956 se convocó de nuevo la cátedra de Salamanca, que había quedado vacante tras trasladarse López Ibor desde la misma a Madrid, así como la de Granada. CCP se presentó a la primera, junto con Luis Martín Santos y otros opositores. El tribunal lo formaban Laín Entralgo, López Ibor, Sarró, Alberca y Vallejo Nájera. La cátedra acabó quedando desierta, pero CCP obtuvo dos de los tres votos necesarios, mientras que Martín Santos obtuvo un solo voto³.

La misma cátedra se volvió a convocar en 1959. También se presentó Martín Santos; este con el agravante de que estaba detenido por su ideología política pero, dado que cuando había firmado su solicitud no se había producido aún la detención, no podía negársele el derecho a presentarse, si bien acudió a los ejercicios custodiado por la policía. A finales de diciembre comenzaron los ejercicios, ante un tribunal presidido por un influyente obstetra apellidado García Orcoyen, a la sazón decano y catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid, Director General de Sanidad y partero de la hija de Franco. Entre los vocales estaban al menos López Ibor, Sarró y Rojas³.

Castilla iba desarrollando bien los ejercicios, hasta el punto de que Vallejo Nájera, ya jubilado - motivo por el cual no estaba en el tribunal -, le mandó llamar para decirle que tenía noticias veraces de que se pensaba en él para otorgarle la plaza, si todo continuaba normalmente³. En este contexto, y con CCP encantado por la confiden-

cia, López Ibor le pidió a este el favor de que los dos últimos ejercicios, de carácter clínico y con pacientes, se celebrasen a puerta cerrada (a las oposiciones podía acudir el público) porque Llaverro, otro de los opositores en liza, era una persona mayor y poco experimentada en la exploración de los enfermos. CCP accedió a la petición, convencido de que no habría problemas, tal y como le prometió López Ibor, pero la sorpresa llegó cuando, al relatarse ya públicamente el resultado de las votaciones, Llaverro obtuvo la plaza. El neurocirujano Sixto Obrador, de gran prestigio, increpó e insultó al tribunal, sobre todo a López Ibor, y tras recibir la orden de desalojar la sala, arrojó un pedrusco contra el cristal de la puerta principal. Al día siguiente, D. Carlos Jiménez Díaz reprendió la actitud de Obrador, pero manifestó su apoyo a CCP y también reprochó la conducta de López Ibor³. Este, a través de López de Lerma, un adjunto suyo, llamó a CCP para explicarle personalmente la situación, la cual intentó justificar debido a las presiones que había recibido a favor de Llaverro desde altos cargos e instituciones. Castilla le respondió que, si se sentía presionado, lo que tenía que haber hecho es dimitir, y le preguntó por la trampa que le había tendido en el último ejercicio. A continuación, se marchó de la reunión dando un portazo, sin esperar la respuesta³. Meses después, López Ibor intentó la reconciliación enviándole una separata dedicada de un artículo. Esta fue la ocasión, a la que nos hemos referido con anterioridad y en la que CCP responde a la misiva -al margen de criticar ácidamente la actitud del catedrático, al que niega su papel de "maestro"- indicándole que le dispense de que le siga considerando "discípulo"³.

Finalmente, la última oposición a la que se presentó fue en 1969, convocadas las plazas de Santiago y de Sevilla y animado por la insistencia del catedrático de Ética José Luis López-Aranguren (quién a su vez había sido expulsado de la universidad española en 1965, junto a los profesores Tierno Galván y García Calvo, por participar en una marcha de protesta por la falta de libertad de asociación). El tribunal estaba compuesto por López Ibor, enemistado definitivamente con CCP desde las anteriores oposiciones, y los catedráticos de Psiquiatría Rey Ardid, Rojas Ballesteros y Llaverro, presididos por el catedrático de Patología General, Fernández Cruz³.



C. Castilla con Eudoxia Gay y Jorge Luis Tizón, en el XXIII Congreso de la AEN. Bilbao, 2006. (Fotografía cedida por Oscar Martínez Azumendi).

CPP fue eliminado tras el segundo ejercicio y, en el momento que empezaba la tercera prueba, se levantó hacia el centro de la sala y en voz alta exclamó “...*doy las gracias al tribunal que me ha permitido exponer los dos primeros ejercicios. Ahora que he sido suspendido y no puedo dar la lección preparada para el tercero, les dejo las fichas para que aprendan Psiquiatría...*”. Y, a continuación, arrojó doscientas fichas al tribunal. Cuando López Ibor le recriminó la acción, CCP le recordó que este había hecho algo similar en su oposición frente a Vallejo Nájera, a propósito del concurso para la cátedra madrileña³.

Años después regresó a la docencia oficial, al ser contratado en 1977 como profesor interino, sucesivamente con diversos cargos, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba. Finalmente, en 1983, con el primer gobierno socialista de la democracia presidido por Felipe González, fue nombrado, por orden ministerial, “Catedrático de Psiquiatría dinámica y social” de la misma facultad, puesto en que permaneció hasta su jubilación en 1987⁷.

Al final de su vida profesional CCP obtuvo lo deseado y perseguido, si bien no por el procedimiento por el que había esperado hacerlo. Cabe señalar que, en 1954, un comisionado de una universidad canadiense se desplazó hasta el Instituto de Investigaciones Médicas de la clínica de la Concepción de Madrid -fundado y dirigido por el profesor Carlos Jiménez Díaz-, con objeto de contratar un neuropsiquiatra para la docencia y la dirección de un servicio hospita-

lario en Canadá. Jiménez Díaz, a través del neurcirujano Sixto Obrador, trasladó la propuesta a CCP, pero este rechazó el ofrecimiento, confiando todavía en aquel entonces en alcanzar la cátedra en España³.

El caso es que las circunstancias acabaron por condicionar el que CCP acabase desarrollando la mayor parte de su vida profesional en Córdoba, lo cual no fue obstáculo para que en dicha ciudad acabase formando una cierta escuela, con cientos de discípulos -fundamentalmente médicos y psicólogos- que progresivamente fueron acercándose a su figura, no solo procedentes de España, sino algunos también del extranjero. De ellos destacan J. M. Valls, E. Gay, R. Luque, A. Díez Patricio, V. Sánchez, T. Guijarro, E. Tapia, C. Prada y C. Albert, entre otros³.

Dentro del mundo de la Psiquiatría una de las relaciones más estrechas de CCP fue la que mantuvo con el psiquiatra y escritor Luis Martín Santos, hasta el punto de que, a la muerte de este, el padre de Luis nombró a CCP albacea de su obra psiquiátrica⁸. Martín Santos empezó a frecuentar también el departamento de López Ibor unos años después de Castilla, desde 1947-1948, e incluso, como hemos referido, se presentó un par de veces a las oposiciones a cátedras junto a CCP^{1,3}, pero fue más conocido por su novela “*Tiempo de silencio*”, publicada cuando su autor tenía menos de 40 años de edad; si bien su temprana muerte impidió conocer hasta donde hubiera podido llegar, como psiquiatra y como escritor⁸.

En su vertiente como clínico se ha reseñado que CCP atendió profesionalmente a más de 100.000 personas. Su obra escrita abarca cerca de una veintena de libros y cerca de 200 trabajos -principalmente del ámbito de la Psiquiatría, la Psicología y la Neurología-, entre artículos, críticas y traducciones de libros⁹⁻¹⁰.

Entre sus textos psico(pato)lógicos sobresalen “*Un estudio de la depresión*” (1966), sus dos tomos de la “*Introducción a la Psiquiatría*” (1978 y 1980)¹¹, “*Vieja y nueva Psiquiatría*” (1971), “*Teoría de la alucinación*” (1984), “*El delirio. Un error necesario*” (1998) -por el que recibió el premio internacional de ensayo Jovellanos- y “*Teoría de los sentimientos*” (2000)¹².

En otros ámbitos destacan *“Psicoanálisis y marxismo”* (1969), *“La incomunicación”* (1970), *“Cuatro ensayos sobre la mujer”* (1971), etc. Asimismo, fueron muy celebrados sus dos tomos de memorias *“Pretérito imperfecto”* (1997), por el que recibió el IX premio Comillas de Biografía, y *“Casa del Olivo”* (2004). También fue autor de varias novelas como *“Discurso de Onofre”* (1977) o *“Una alacena tapiada”* (1991), estas con menos éxito de público⁹⁻¹⁰.

Paralelamente a su actividad como escritor fue un notable conferenciante, con más de 400 intervenciones, así como un notable ensayista (*De la intimidad*, 1989; *El silencio*, 1992; *La obscenidad*, 1993; *La envidia*, 1994; *La extravagancia*, 1995; *La sospecha*, 1998; *El odio*, 2002, etc.)⁹, actividad que culminó en 2004, con su ingreso en la Real Academia Española de la Lengua con el discurso titulado *“Reflexión, reflexionar, reflexivo”*¹³.

Además, CCP fue miembro, entre otras, de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, de la Sociedad Española de Psiquiatría, de la Sociedad Española de Psicología y de la Sociedad Española de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría. Perteneció también a las más importantes sociedades de profesionales de la salud mental de Argentina, Perú y Colombia, entre otros países. En 1981 fue nombrado *“Doctor honoris causa”* por la Universidad de San Marcos de Lima, en 1999 recibió el mismo honor por la Universidad Autónoma de Madrid y en 2004 por la de Cádiz. Fue nombrado *“Andaluz Universal”* en 1983, *“Hijo predilecto de Andalucía”* en 1985, *“Hijo adoptivo”* de Córdoba en 1989 y galardonado con el premio María Zambrano en 2000; con la Medalla de Honor de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo

en 2002 y la Medalla de Oro del Círculo de Bellas Artes de Madrid (2004). En su recuerdo, la ciudad de Córdoba dio también su nombre a un centro médico. Asimismo, parece que fue propuesto cuatro veces al Premio Príncipe de Asturias de Ciencias Sociales (1988, 1989, 1990 y 1991)^{10,14}.

Durante los últimos años desarrolló la mayor parte de su labor profesional en la Fundación Castilla del Pino⁹, creada en 1993 para estudios, investigaciones y actividades relacionadas con la Psicopatología. Sin embargo y lamentablemente, parece que la mayor parte de los profesionales actuales de la salud mental conocen mucho más a Castilla del Pino por lo que supuso social y culturalmente su figura -especialmente por su militancia política en el partido comunista español y su oposición al franquismo-, que por sus aportaciones a la psicopatología y la psiquiatría¹⁵. Una cierta contradicción que, probablemente, no fue buscada por nuestro autor, quién dedicó toda su vida profesional a ser *“psiquiatra”*, aunando la asistencia y la enseñanza de dicha especialidad.

Mencionemos finalmente que nuestro protagonista asistió al XXIII congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría celebrado en Bilbao del 10 al 13 de mayo de 2006, y donde pronunció la conferencia de clausura del congreso, titulada *Historia crítica de la psiquiatría en el siglo XX. Una mirada biográfica*¹⁶. Una colaboración entre otras muchas con la AEN.

Carlos Castilla del Pino falleció en el hospital San Juan de Dios de Córdoba, el 15 de mayo de 2009, al parecer víctima de un cáncer. El Ayuntamiento de San Roque, su lugar de nacimiento, decretó tres días de luto oficial por su muerte¹⁴.

Contacto

Luis Pacheco ✉ LUIS.PACHECOYANEZ@osakidetza.eus
Red de Salud Mental de Bizkaia • María Díaz de Haro 58 • 48010 Bilbao



Bibliografía

1. Castilla del Pino C. *Pretérito imperfecto*. Barcelona: Tusquets Editores, S.A. Colección Andanzas. 2ª ed. 1997.
2. Markez I. *El Dr. Mariano Bustamante, un neuropsiquiatra de la generación del 27*. Norte de Salud Mental. 2005; 24: 63-68. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830104>
3. Castilla del Pino C. *Casa del olivo. Autobiografía (1949-2003)*. Barcelona: Tusquets Editores, S.A. 2ª ed. 2004.
4. Espada A. *Entrevista a Castilla del Pino*. El País Semanal. 22 de septiembre de 2002. Disponible en: <https://elsurcodeltiempo.blogspot.com/2009/07/arcadi-espana-entrevista-castilla-del.html>
5. M.M. *El solitario falso y el tabú familiar*. El País. 16 de octubre de 2002. Disponible en: https://elpais.com/diario/2002/10/16/cultura/1034719210_850215.html
6. Mora M. *El gran fracaso es no poder realizarse. Entrevista con C. Castilla del Pino*. El País. 15-11-2004. Disponible en: https://elpais.com/diario/2004/11/15/cultura/1100473201_850215.html
7. BOE. *Orden de 31 de julio de 1984 del Ministerio de Educación y Ciencia*. 17 de septiembre de 1984. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1984/09/17/pdfs/A26923-26923.pdf>
8. Pacheco L, Muñoz P. *A modo de fichas sobre clásicos de la Psiquiatría: Luis Martín-Santos Ribera*. *lmentala*. N°40. Marzo. 2016. Disponible en: http://lmentala.net/admin/archivos/boletin/Luis_Martin_2.pdf
9. Fundación Carlos Castilla del Pino. *Proyecto de edición de las obras completas de Carlos Castilla del Pino*.
10. Lázaro J. *Carlos Castilla del Pino*. Real Academia de la Historia. Disponible en: <http://dbe.rah.es/biografias/11553/carlos-castilla-del-pino>
11. Castilla del Pino C. *Introducción a la psiquiatría. Tomo I. Problemas generales. Psicopatología*. Madrid: Alianza Editorial S.A. Alianza Universidad. Textos. 1978. *Tomo II. Psiquiatría general. Psiquiatría clínica*. Madrid: Alianza Editorial S.A. Alianza Universidad. Textos. 1980.
12. Castilla del Pino C. *Teoría de los sentimientos*. Barcelona: Tusquets Editores, S.A. Colección Ensayos. 6ª ed. 2001.
13. Castilla del Pino C. *Reflexión, reflexionar, reflexivo*. Discurso leído el día 7 de marzo de 2004 en su recepción pública como académico. Madrid: Real Academia Española, 2004. Disponible en: http://www.rae.es/sites/default/files/media/Discurso_Ingreso_Carlos_Castilla_del_Pino.pdf
14. El País. *Necrológica: Fallece el psiquiatra Carlos Castilla del Pino, investigador de la depresión y la incomunicación*. 15 de mayo de 2009. Disponible en: https://elpais.com/cultura/2009/05/15/actualidad/1242338403_850215.html
15. Rendueles Olmedo G. *Coger cita: Castilla del Pino y López Ibor*. Norte de Salud Mental. 2009; 34: 139-156. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830213>
16. Castilla del Pino C. *Historia crítica de la psiquiatría en el s. XX. Una mirada biográfica*. Conferencia de clausura del XXIII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Bilbao, 13 de mayo de 2006. Accesible en: https://www.youtube.com/watch?v=YGwscCWSj_w

- Recibido: 24/11/2019.
- Aceptado: 27/12/2019.

La Residencia de Estudiantes. Garma, García Lorca y la homosexualidad.

The Student Residence. Garma, Garcia Lorca and homosexuality.

Iñaki Markez.

Médico Psiquiatra. Zubiok, Instituto Vasco de Psicoterapia. Bilbao.

Resumen: La Residencia de Estudiantes acogió desde 1910 a un amplio alumnado que, en su mayoría, llegarían a destacar en todo tipo de especialidades de las ciencias. En el derecho, la salud, las artes o cualquier rama de interés científico tuvo su acogida en la Residencia. Allí coincidió Federico García Lorca, en su grupo de amistad, con quienes serían ilustres de la pintura, la literatura, el cine, periodismo, el psicoanálisis, el derecho... Entre ellos destacó una amistad escasamente divulgada, la de Ángel Garma y García Lorca y que ahora se ofrecen algunas aportaciones. Como también existe cierto desconocimiento sobre los amores del gran poeta.

Palabras clave: Residencia de Estudiantes, García Lorca, Ángel Garma, amistades ilustres, homosexualidad, amores y asesinato de Federico.

Summary: The Student Residence hosted from 1910 many students who, for the most part, would come to stand out in all kinds of science specialties. In law, health, the arts or any branch of scientific interest was welcomed in the Residence. There Federico García Lorca, in his friendship group, met those who would be illustrious of painting, literature, film, journalism, psychoanalysis, law... He highlighted a sparsely disclosed friendship, that of Angel Garma and García Lorca and here some contributions are offered. As there is also some ignorance about the loves of the great poet.

Keywords: Student Residence, García Lorca, Angel Garma, illustrious friends, homosexuality, loves and murder of Federico.

No es difícil encontrar relaciones entre quienes llegaron a convivir en la Residencia de Estudiantes, con los idearios de la institución y los comportamientos y obras de aquellas personalidades que llegarían a ser tan ilustres que, en número tan inverosímil, fueron germinando. De la generación del 14 a la Generación del 27, en la literatura, en las ciencias, humanidades, pintura, cine y tantas áreas culturales.

La Residencia de Estudiantes

La Residencia de Estudiantes, “la resi” para quienes allí acudían, abrió sus puertas en 1910 bajo la dirección de Alberto Jiménez Fraud, quien la dirigió durante muchos años. Era un profesor empeñado en lograr para España un alto nivel científico y cultural, y para eso, junto con otro grupo de profesores y mecenas culturales, desarrollaron

este proyecto que era dependiente de la Institución Libre de Enseñanza creada en 1876. Jiménez Fraud había pasado un tiempo en Inglaterra para ver el funcionamiento del sistema tutorial de Oxford y Cambridge, donde tomó muchos modelos para estimular a los más capaces, con gran éxito. Acusada de elitista siempre le caracterizó su impulso por la educación y la investigación.

La primera Residencia de Estudiantes estuvo en la calle Fortuny, cerca del paseo de La Castellana en su extremo norte. Tenía quince dormitorios y, aunque eran pocos para los estudiantes de toda España que concurrían en Madrid, fue el comienzo de este ensayo de fomentar la interinfluencia entre estudiantes de distintas disciplinas científicas, humanísticas, y artísticas. Fue creciendo su capacidad añadiéndose también la biblioteca, editorial, campos de deportes, etc. Los alumnos eran seleccionados cuidadosamente por su capacidad con la intención de lograr una mixtura adecuada entre todas las especialidades. Había un gran estímulo para el esfuerzo comunitario y la responsabilidad personal, siendo los mismos estudiantes quienes cooperaban en la instalación del establecimiento, habitualmente decorado con austeridad, donde los dormitorios tenían cierto aire monástico.

La Residencia fue apoyada por el joven Alfonso XIII, algo contradictorio, pues en la institución había muchos republicanos “de antes de la República”, enemigos tradicionales de la monarquía. Miguel de Unamuno era un habitual, José

Ortega y Gasset era uno de los directores y Juan Ramón Jiménez vivió allí hasta su casamiento en 1919 y participó en el diseño y planificación de los jardines en cuanto a árboles, arbustos y flores.

El éxito del intento fue contundente y hubo que buscar otro lugar. Para ello, se utilizaron terrenos que entonces estaban en la periferia de Madrid, aunque a 20 minutos de tranvía del centro. En Cerro del Viento que estaba en un descampado y viraba a la Sierra de Guadarrama, en los Altos del Hipódromo (popularizado como la «Colina los Chopos» por Juan Ramón Jiménez). El primer arquitecto de la obra fue un ex alumno de la Institución Libre de Enseñanza y se eligió un estilo neomodéjar para el grupo de edificios. Tenía dormitorios, oficinas administrativas, comedor y un amplio salón donde en la época de máximo esplendor, los años 20, se darían numerosas conferencias y conciertos por parte de las personalidades científicas, literarias, artísticas, etc., más importantes del mundo.

El edificio, con los cinco cuerpos, se terminó de levantar entre 1915/16. El cuarto edificio era llamado el transatlántico debido a una balastrada de madera que lo rodeaba, albergaba en su sótano y planta baja a los laboratorios que iban a tener prestigio universal debido a la dirección de Severo Ochoa, futuro premio Nobel de Medicina. Juan Ramón Jiménez, que vivió en la Residencia hasta 1919, participó en el diseño y planificación de los jardines en cuanto a árboles, arbustos y flores. Los dormitorios tenían un aire monástico y eran muy limpios, a lo cual contribuían los propios estudiantes.

En su época de máxima capacidad, con los cinco edificios, llegaron a convivir en la residencia 150 estudiantes, esas eran sus plazas, llegando a pasar por allí 900 estudiantes hasta 1936. Un decreto de los militares alzados de 19 de mayo de 1938, disolvió la Junta para Ampliación de Estudios (JAE), institución científica española vinculada a la Residencia de Estudiantes, presidida por Ramón y Cajal, estuvo activa durante toda la guerra civil española (1936-39) en los territorios republicanos de Madrid, Valencia y Barcelona.

Finalizó con el advenimiento de la dictadura franquista. El mayor porcentaje eran estudiantes de



La Residencia de Estudiantes en Pinar, Madrid, vista desde el canalillo.

medicina, y desde el punto de vista social la mayoría era de clase media. La junta directiva, sin embargo, se ocupaba de que hubiera plazas para la gente de posición económica más baja.

En una época en la que la Residencia estaba encuadrada en el liberalismo del momento, fue una institución pedagógica de élite, laica, progresista y republicana, claramente antimonárquica, aunque permitía diversificar opciones políticas, culturales, estéticas o vitales. Alberto Jiménez Fraud se ocupaba de que concurrieran conferenciantes de renombre internacional, entre ellos, el novelista Herbert G. Wells, el economista John Keynes, Pierre Janet, el escritor Keith Chesterton, el fisiólogo Walter B. Cannon, el astrónomo Arthur S. Eddington, los científicos Albert Einstein y Marie Curie, el escritor Paul Valery¹, Howard Carter (descubridor de la tumba de Tutankamon), Louis Aragón, el diplomático y escritor Paul Claudel, Henri Bergson o el arquitecto Le Corbusier, quien dijera que lo que más le había gustado de España era la frase de “dar una estocada”. García Lorca explicaría ese comentario de Le Corbusier como expresión de una intención profunda de ir al tema y el ansia de dominarlo rápidamente, sin detenerse en lo accesorio y decorativo. En el salón principal también se ejecutaba música y entre compositores e intérpretes estuvieron Manuel de Falla, Andrés Segovia, Wanda Landowska, Igor Stravinski y Maurice Ravel. Garma pudo escuchar un buen número de conferencias aquellos grandes ilustres.

En esta Residencia de Estudiantes cabían unos surrealistas en un futuro próximo como Buñuel y Dalí, o más cercanos al espíritu de la casa, de creación, como Garma o García Lorca entre otros muchos. Aragonés, catalán, vasco, andaluz conviviendo en un mismo grupo junto a otros asturianos, leoneses y de todos lados.

El principal objetivo de la institución era despertar la curiosidad y acicatear el deseo de aprender y la facultad de formar juicios personales en vez de aceptar lo que dicen los demás (algo extraño en una España acostumbrada a obedecer las voces de la autoridad). Imperaba un espíritu laico y liberal, había católicos y no católicos, y Jiménez Fraud no toleraba de que se hablara de la religión

de cada uno de los integrantes. De acuerdo con eso, la Residencia no tenía capilla lo que trajo la furia de algunos sectores más fundamentalistas en lo religioso, sobre todo de la ultraconservadora Iglesia Católica.

Había presente un notorio espíritu deportivo en torno al fútbol, tenis, atletismo, etc. Se consumía mucho te, expresión de la influencia inglesa, y estaba prohibido el alcohol. Lorca, cuando pasó por la Residencia en 1919 dijo: “El año que viene si no me vengo aquí me tiro por el cubo de la Alhambra”. Dentro del círculo literario con el cual empezó a conectar Lorca debido a la intermediación de Juan Ramón Jiménez, figuraba Guillermo de Torre, joven poeta de diecinueve años, líder del movimiento vanguardista llamado ultraísmo. Dentro de este grupo estuvieron también Rafael Cansinos y Ramón Gómez de la Serna en lo que respecta a la literatura, así como Picasso y Juan Gris en la pintura.

El manifiesto de los ultraístas, movimiento cultural y literario, fue escrito por Guillermo de Torre, quien años después se carteo con Garma (al menos entre 30/10/40 y 24/6/53). Compañero de este grupo ultraísta de De Torre y De la Serna, era Jorge Luis Borges, quien en aquel entonces vivía en Madrid y ser quien introdujo el ultraísmo en Argentina, movimiento del cual acabó renegando. Con Guillermo de Torre se reencontró en Buenos Aires, donde había emigrado al igual que muchos intelectuales españoles republicanos y librepensadores tras el golpe militar. Algunos de ellos coincidían en una tertulia en la librería de Francisco Ayala y su hermano, también exiliados. De Torre fundó la prestigiosa editorial Losada. Con Ramón Gómez de la Serna, tras su exilio en Buenos Aires, Garma mantuvo una afectuosa amistad. Le admiraba y comentaba que reunía lo técnico junto a un más allá espiritual y artístico que daba emoción a sus escritos.

Ángel Garma, estudios de medicina

Ángel Garma, a los 17 años inició sus estudios de Medicina en la Universidad Central (actual Universidad Complutense) de Madrid y ya desde el comienzo pensó en dedicarse a la psiquiatría. Tuvo insignes profesores como Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) quien, en unos años de ingente investigación sobre la teoría neuronal,

¹ Garma recordaba que habló sobre Baudelaire y el futuro.

en 1925 centró sus estudios en las neuroglías y demostró fotográficamente los fenómenos de regeneración del nervio, reforzando los descubrimientos de Pío del Río Ortega, también su profesor, como lo fueron Juan Negrín en fisiología, Juan Madinaveitia, en patología general y, estando durante cuatro años, como alumno interno en la cátedra de fisiología de Gregorio Marañón, muy interesado este por el psicoanálisis, que en 1923 desarrolló una precursora teoría cognitiva de las emociones. Marañón editó en 1926 *Tres Ensayos sobre la Vida Sexual*, en la editorial Biblioteca Nueva de Madrid, impulsada por Ortega y Gasset. Un trabajo muy biologicista a pesar de su gran formación humanística. Aquel año Garma trabó amistad con el gran maestro de la medicina del momento, y mantendría un intercambio epistolar sostenido durante varias décadas. Con Marañón estuvo en el Servicio de Patología Médica del Hospital General de Madrid en el curso 1926-1927, año en el que publicó diversos trabajos, solo o con Marañón, en la revista *Medicina Ibero* y también en el libro de su maestro “Trabajos del Servicio de Patología Médica”.

Marañón, Cajal y otros profesores, por algún motivo, adoraban a Garma que era un alumno muy apreciado en los diferentes cursos, solía decir Betty Garma.

Allí se graduó en 1927. *Estudié Medicina en una época muy interesante en España, la época anterior a la República. Esos inicios de los años 20, fue un tiempo de gran efervescencia política y social, e importante desarrollo en los ambientes culturales y científicos.* Con Marañón mantuvo una importante relación epistolar durante tres décadas. En 1956, estando Gregorio Marañón elaborando el libro “El Greco y Toledo”, Garma le comentó:

he revisado todas mis revistas psicoanalíticas, que son prácticamente todas, para encontrar algo sobre el Greco. No hay ningún artículo referente a él. Sólo en un libro, de alguien que no pertenece al ambiente propiamente psicoanalítico, he encontrado una interpretación psicoanalítica sobre el “Entierro del conde Orgaz”.

Marañón lo agradecería en el libro: “debo esta referencia a mi amigo y antiguo discípulo el conocido y culto psicoanalista argentino Ángel Garma”.

Trabajó con el Dr. Miguel Sacristán en el Servicio de mujeres del Hospital Psiquiátrico de Ciempozuelos, viviendo junto a su hermano menor, José María, en la Residencia de Estudiantes, en plena época de esplendor, buque insignia de la Institución Libre de Enseñanza, fundada por Francisco Giner de los Ríos en cuyo lugar y ambiente estuvieron presentes muchas de las personalidades de las nuevas tendencias y movimientos culturales de Europa, muchos de los cuales, pocos años después, tendrían que marchar al exilio o se verían condenados al silencio del exilio interior.

Residentes y amigos en la Residencia

Buñuel salió de la Residencia en la época en que Garma entró, allá por finales de 1924. Era considerado por Gregorio Marañón como un espécimen perfecto del género humano por su gusto por los deportes y por mantener el estado físico. Admiraba profundamente a Gómez de la Serna (carta en noviembre, 1948).

Apenas entró Lorca se hicieron grandes amigos, aunque Buñuel, quien alardeaba de aporrear a los homosexuales y de su machismo, con su homofobia franca, así como de sus visitas a los burdeles (“los de Madrid, los mejores del mundo”, decía), guardaba un comportamiento más medido frente a Federico. Aragonés toscó y andaluz refinado, cuando, por un chisme, Buñuel se enteró de la homosexualidad de Lorca, le preguntó abiertamente si era cierto: *¿es verdad que eres maricón?* Y el poeta se levantó, herido en lo más vivo, y le dijo: *Tú y yo hemos terminado.* Y se fue, aunque se reconciliaron aquella misma noche. Guiños de enemistad a través de los títulos de sus obras, poemas que se repitieron durante casi una década, piezas teatrales o películas (*Un perro andaluz, Diálogo con Buñuel, Viaje a la luna, Un paseo de Buster Keaton...*). Son conocidos las rudezas e insultos, así como que el hermano menor de Buñuel era un homosexual reconocido en una época de intolerancia y persecución a los homosexuales. Así no es difícil concluir que el cineasta tuviera escasa seguridad sobre su propia sexualidad.

Garma se unió al ambiente creativo e interdisciplinar de la Residencia de Estudiantes, durante sus estudios de Medicina. No solo coincidió con Federico García Lorca, Salvador Dalí y Luis Bu-

ñuel, trío que ha trascendido por su numerosa correspondencia, encuentros y fotografías entre sí.

Dalí y Garma eran de la misma edad, seis años más jóvenes que García Lorca. Todos ellos verdaderos dandis, con sus encantos personales y profundamente anticlericales. También coincidieron con *Pepín* Bello Lasierra, Pedro Garfias, José M^a Hinojosa, Severo Ochoa, García Valdecasas, Mariano Bustamante y otros jóvenes tan cargados de iniciativas, todos ellos nada famosos aun en esa época, con quienes se generó una importante complicidad intelectual, y que evocan la eclosión de nuevas formas y desarrollos del arte y la cultura de aquellos años. Y que acabaron jugando un papel preeminente en un período de gran riqueza de la intelectualidad en todos los ámbitos culturales.

Prácticamente me encontraba todos los días con ellos, comía y conversaba con ellos. Esa convivencia me dio ideas muy interesantes que luego me sirvieron mucho y que formaron mi espíritu, decía Garma.



1925. Ángel Garma (segundo por la derecha en la fila superior) y otros compañeros en el edificio Transatlántico de la Residencia de Estudiantes. Federico García Lorca y Salvador Dalí sentados en la primera fila, a la derecha. Foto cedida por la Residencia de Estudiantes, Madrid.

Entre los grandes atractivos de La Residencia estaban las tertulias nocturnas, a las que acudía la “*intelligentzia*” residente en Madrid.

El Ateneo, el Café Gijón y la Residencia de Estudiantes fueron lugares de encuentro de maestros consagrados y futuros artistas de la Generación del 27. A García Lorca, a quien conoció siendo este universitario en Madrid, y de quien fue gran amigo, aunque fuera seis años mayor, le recordaba *como un ser encantador, simpático, brillante y algo neurótico que podía ser muy cruel con las personas que le querían* y, a menudo, también recitando poemas con su matizada voz durante sus paseos o tocando el piano e incluso preparando alguna conferencia. Pero Lorca amó mucho y sufrió por amor. Garma acudió en algunas ocasiones a esquiar a Sierra Nevada, coincidiendo con Lorca en la casa de este en Granada. Una de ellas fue al retorno de Barcelona donde Lorca recibió un homenaje en un restaurante. Fue en 1925 y en un libro firmó: “Presidiario en potencia, ¡Visca Catalunya lliure!” tras tener prohibido cantar en catalán por el dictador Primo de Rivera. Tiempos de persecución social y lingüística ya conocidos en aquellos años.

Le recordaba con aquella torpeza en la marcha, pies planos, que condujo a un peculiar caminar, por una enfermedad infantil que le impidió caminar hasta los cuatro años, y después le incapacitó para correr. Posiblemente aquello le llevó a tener sentimientos de vergüenza e inferioridad, un trauma narcisista que, seguro, espoleó su creatividad. Federico tardó mucho en asumir su homosexualidad por más que fuera evidente para sus amistades y entorno, “soltándose” a partir de sus viajes a EE.UU. y Cuba. No obstante, en un regreso de EE.UU., Lorca se sintió traicionado emocionalmente quedando estupefacto al conocer que Dalí vive junto a Gala, habiendo sido una pasión en su época de la Residencia de Estudiantes. No obstante, la correspondencia entre ambos se mantuvo un tiempo prolongado, entre 1923 y 1936.

Se implicó con los ideales de la República participando, al igual que otros muchos jóvenes intelectuales, en actividades impulsadas desde la Agrupación al Servicio de la República. Fue nombrado director de “La barraca”, el nuevo teatro de la universidad de Madrid. Así viajó por toda

España favoreciendo la difusión del teatro entre las clases trabajadoras y en el medio rural. Mientras, Dalí quedó admirado por el fascismo lo que provocó propuestas de expulsión del movimiento surrealista.

A Salvador Dalí, Garma le definió como *un autista*², aludiendo a su comportamiento retraído y apocado, de enorme timidez que disimulaba con excentricidades, cierta insolencia y organizando escándalos académicos³ que llegaban a situaciones comprometedoras para el grupo, que no logró moderarle y por ello le expulsaron del mismo. Tras descubrir la masturbación fue su único modo de lograr el orgasmo y posiblemente no tuvo relaciones sexuales completas con ninguna persona, mujer u hombre, salvo incursiones de *voyerismo* y su eterna masturbación. Siempre estuvo presente el pánico a las enfermedades venéreas, a la impotencia y, en ocasiones incluso, a las consecuencias de la masturbación. Posiblemente no fuera homosexual ni heterosexual, su identidad sexual no se expresó, el sexo con otras personas le interesó muy poco.

Garma decía que la supuesta locura era un simple recurso defensivo para llamar la atención de quien repetía “yo soy residente de estudiantes” en alusión a la Residencia.

Curiosamente quizá fuera el estafalario Dalí quien le diera el impulso inicial para acercarse al psicoanálisis cuando este leía en voz alta o comentaba fragmentos de “La interpretación de los Sueños” de Freud, obra que le apasionó y sobre la cual siguió investigando. Quedó fascinado ante la publicación de las Obras Completas de Sigmund Freud. *¡Antes que en Francia!*, comentaba. Otras obras freudianas también circularon entre ellos: “Ensayo sobre sexualidad infantil”, “La interpretación de los sueños”, “Tótem y tabú”... Se *analizaban* mientras avanzaban las lecturas en sesiones de noches sin fin, Lorca y Garma entre ellos. Forjaron gran amistad, se

profesaban aprecio mutuo, coqueteos con el surrealismo, cartas seductoras una tras otra, temporadas de esquí primitivo por Sierra Nevada en escapadas a su ciudad, Granada, desde la Residencia de Estudiantes, una afición para espantar fantasmas, decían.



García Lorca y Dalí, dos jóvenes en la Residencia de Estudiantes.

Todo ello fomentaba las inquietudes conectadas con la modernidad que, con el golpe militar años más tarde, serían aniquiladas por el odio. Con Buñuel coincidió poco pues dejó la Residencia en 1925, acudiendo a alguna conferencia en 1928, ya ausente Garma. En esos últimos años de la década, en Dalí y Buñuel estuvo muy presente la muerte, con notorio distanciamiento de Lorca. El guion para la película “Un perro andaluz” es un ejemplo, dedicado aparentemente a García Lorca. Y junto a ella, el erotismo, el sexo y la culpa que llegó a contagiar a Ángel Garma a su regreso.

Muchos de ellos cambiaron su aspecto, su peinado desordenado siguiendo la moda de Rodolfo Valentino. Dalí cambió su aspecto y tomó un aire refinado; Lorca aparecerá con similar peinado en

2 Entrevista en *Cambio* 16, 1989.2

3 Salvador Dalí, llegó a la Residencia en septiembre del 22 antes del examen de ingreso a la Escuela Especial de Pintura, Escultura y Grabado de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando, y se hizo echar de ella en el examen final por decir que los profesores no tenían altura suficiente para hacerle un examen a él. Fue en octubre de 1926 yendo meses después al Servicio Militar de “cuota” durante nueve meses.

distintas oportunidades y encontramos a Garma con esa imagen en el Congreso Internacional de Psicoanálisis de Wiesbaden en 1932, junto a Anna Freud y Marie Bonaparte, con quienes mantuvo debates y correspondencia sobre lo psicosomático en años posteriores.

Y estuvo con Severo Ochoa que dirigía un bien equipado laboratorio en los sótanos de la Residencia y con el cual aprendió mucho, como se lo recordaría cuando en los años cincuenta coincidieron en los Estados Unidos en sus exilios voluntarios. Coincidieron también en el laboratorio con García Valdecasas y Francisco Grande Covián, todos ellos formados bajo el estímulo de Juan Negrín. También, años más tarde, estando en Buenos Aires añoró aquel grupo, hablaba de ellos con frecuencia, comentaba opiniones y correrías de aquella época. O recordaba algunas confidencias, siempre con absoluto respeto.

Posteriormente, tras consejo de Sacristán, su profesor de psiquiatría, gran conocedor de la obra de Kraepelin y difusor del pensamiento freudiano, con quien discutía frecuentemente los historiales clínicos y del cual Garma dijo que tenía un diván en la consulta para tratar “psicoanalíticamente” a algunos pacientes, se orientó hacia la neurología y la psiquiatría, yendo a Alemania a especializarse en 1927. Marchó con una ayuda económica de la Junta de Ampliación de Estudios (JAE) de la Residencia de Estudiantes, al igual que otros muchos de la llamada generación de 1914-27, artífices todos ellos de la renovación cultural española lograrían poner en marcha el pensamiento racional. La JAE, la gran institución científica española, presidida por Ramón y Cajal, estuvo activa, también durante toda la guerra civil española (1936-39) en los territorios republicanos de Madrid, Valencia y Barcelona, y finalizó con la derrota de la República el 1 de abril de 1939. Al año siguiente sintió no poder acudir a la Reunión de la AEN, la asociación española de neuropsiquiatría, que se celebró en Bilbao y donde intervinieron sus profesores Sanchís Banús y Sacristán. Obtuvo el diploma de Psiquiatra en la Universidad de Tübingen, en 1929 tras trabajar un año con el profesor Gaupp. Solía comentar que fue una experiencia decepcionante pues la psiquiatría clásica no satisfacía sus deseos de investigar en el campo de las enfermedades mentales, pero descubrió la existencia del psi-

coanálisis. A mediados de la década de los años 20, el psicoanálisis como disciplina se hallaba en auge, Alemania era el centro más importante de las investigaciones psicoanalíticas y él estaba en ese país.

Más tarde, Garma desarrolló estudios de perfeccionamiento médico y psiquiátrico en Berlín para lo cual volvió a solicitar otra ayuda a la JAE, acordando desde esta institución concederle la consideración de pensionista para estudiar psiquiatría y psicoanálisis en Alemania en marzo de 1929.

En esos años, José Ortega y Gasset, catedrático de Metafísica de la Universidad de Madrid desde 1916 y vinculado a la Institución Libre de Enseñanza, muy crítico frente a la España tradicional de la “Restauración”, heredero del ideal europeizante de la generación del 98, fue el introductor de las corrientes filosóficas alemanas del primer cuarto de siglo en los países de habla castellana y su devastadora crítica al positivismo tuvo gran acogida entre las nuevas generaciones de filósofos. Fue el responsable de haberse editado en 1922 la primera y excelente traducción al castellano de las, entonces, *Obras completas* de Freud, realizada por Luis López Ballesteros, con prólogo del propio Ortega pues tras leer este a Freud en alemán quedó tan entusiasmado que recomendó a su amigo Ruiz Castillo, propietario de la editorial Biblioteca Nueva, su publicación ya que los trabajos de Freud eran muy apreciados y su lectura era creciente en Europa. Esta cuestión no tuvo parangón en otras lenguas pues hasta ese momento sólo se conocía la obra de Sigmund Freud en alemán, lo cual puede orientar sobre la atención que se daba a los fenómenos culturales en los círculos intelectuales. Además, la *Revista de Occidente*, dirigida por Ortega, publicó numerosos artículos sobre psicoanálisis entre los años 1923 y 1925 y con trabajos sobre la teoría psicosocial del llamado “hombre-masa”, o con reseñas de trabajos freudianos realizadas por García Morente, Sacristán o Rodríguez Lafora. En los siguientes años, Freud prácticamente desapareció de sus páginas pasando a ser Jung un colaborador habitual, siguiendo los vaivenes de las corrientes dominantes en el psicoanálisis europeo.

Recordemos que Ortega y Gasset quien había contribuido a la caída de Alfonso XIII, una vez

instaurada la IIª República, en su discurso de 6 de diciembre de 1931 le daría la espalda. En su “Rectificación de la República” propone una República sin pluralismo político ni partidos políticos, contrario a la reforma agraria, los estatutos de autonomía y la separación Iglesia-Estado, en suma, rechazaba una gran parte de los logros sociales y democráticos republicanos.

Amores en el alma de Lorca

Ya con 18 años Lorca apuntaba que la cuestión sexual “no iba como debería ir. Sus amigos se iban con prostitutas y disfrutaban, pero él no. Para él fue una tragedia cuando se dio cuenta” como dijera Francisco Umbral en *Lorca, poeta maldito* (2012). El, en aquellos años de juventud, pensaba más en sí mismo, recordemos su primer libro en 1918, *Impresiones y paisajes*, donde en un pequeño alarde de narcisismo se lo dedicó a sí mismo: “A mi queridísimo Federico García Lorca, único que me conoce y sabe ahondar todo el encanto de tristezas que tiene mi corazón. Su propio corazón”.

Son conocidos unos primeros sentimientos de atracción hacia María Luisa Egea, una muchacha de la Vega granadina, si bien son otras muchas sus grandes pasiones, “todos hombres”, aunque su vínculo con mujeres de la escena teatral, propia de sus obras, fuera considerable. Federico siempre tuvo interiorizada la moral sexual católica, dominante en intolerante sociedad de su época. Decía que “lo normal es el amor sin límites, porque el amor es más y mejor que la moral de un dogma, la moral católica. No hay quien mande, no hay quien domine, no hay sometimiento. Se necesita una verdadera revolución; una moral nueva, una moral de libertad entera”.

Las relaciones homosexuales de Federico García Lorca son un misterio del que sólo se conocen algunos testimonios y escasos documentos, aunque sepamos que era muy celoso de su intimidad. Ciertamente sentía verdadera pasión por las personas a las que amó, aunque rara vez fue correspondido y, por ello, sufrió mucho. **Rafael Rodríguez Rapún**, a quien llamaban “el tres erres”, compañero en La Barraca, sin ser homosexual quizá fue el hombre que más fascinado estuvo por García Lorca. Hombre de clara

constitución atlética, buen futbolista y socialista apasionado. Fue su secretario y su permanente acompañante. Federico le correspondió y renunció a México por estar junto a él. Otro caso fue el del escultor **Emilio Aladrén**, despreciado en su círculo como artista, que consideraba que tenía una influencia adversa sobre Lorca. En 1928, tras romper con Aladrén y caer en un cuadro depresivo, escribió una carta a José Antonio Rubio Sacristán, uno de sus amigos de los tiempos de la Residencia de Estudiantes, donde le decía: «Ahora me doy cuenta de qué es eso del fuego del amor del que hablan los poetas eróticos y me doy cuenta, cuando tengo necesariamente que cortarlo de mi vida para no sucumbir». También quiso al pintor **Salvador Dalí**, más que un amigo, un amor que no pudo ser pues Dalí no aceptaba su homosexualidad, con miedo a ser señalado como gay, posiblemente influido por un padre muy severo. Sobre todo, con **Sánchez Mejías** hubo mucha cercanía, aunque es sabido de otros enamoramientos del gran poeta de personas que, en algunos casos, terminaron en la consulta y el diván de su amigo y joven psicoanalista Ángel Garma. Con **Eduardo Rodríguez Valdivieso** tuvo algo más cercano que la amistad, se intercambiaron cartas amorosas, fue su último amante antes de que los falangistas le fusilaran en agosto de 1936. “Me asalta la idea de si tú no me querrás como yo a ti”, le escribió Federico.

Es muy posible que el último gran amor de García Lorca fuera **Juan Ramírez de Lucas**, un ilustre periodista que falleció en 2010 a los 93 años, que en 1936 era un joven y apuesto “rubio de Albacete” de 20 años, según opinaba García Lorca. Este, estudiaba administración pública, aspiraba a poeta y hablaba cuatro idiomas. Se separaron en julio de 1936 días después del golpe militar, para ver a sus familias, en Albacete y Granada, antes de exiliarse probablemente a México. Hubo quienes recomendaron a Lorca que saliera del país, como fue el caso de Rafael Alberti o Margarita Xirgu y algunas autoridades de varias naciones latinoamericanas, todo ello un mes antes de ser fusilado. Juan Ramírez, que tras la guerra civil y su participación en la división Azul, años después se fue significando en el periodismo, siempre sin mencionar su cercanía con Lorca. En su último año de vida, al darse cuenta

que se lo llevaba a la tumba, legó a su hermana una cajita para hacer público su contenido donde había cartas, poemas, dibujos y un diario que confirmaba que Juan era el triste protagonista de los *Sonetos del amor oscuro* que Lorca escribiría antes de morir.

No obstante, en el teatro, los grandes personajes fueron mujeres (Bernarda Alba, Yerma, Mariana Pineda...), tratándoles como personas, con sus virtudes y errores, quizá por conocer de cerca el sufrimiento común ante comportamientos rechazados socialmente en aquellos años de patriarcalismo extremo donde la figura femenina era la de alguien para dar placer y realizar las tareas de la casa. Recordemos que con las artistas principales de sus obras (Margarita Xirgu, la Argentinita, Lola Membrives...) tuvo una excelente amistad y colaboración. Con todo, también quedó estimulada su creatividad y es fácil sacar una conclusión: necesita escribir más poesía.

Lo cual no quitaba para que pudiera ser desagradable hacia algunas mujeres de Granada en algunas ocasiones. Recojo un breve párrafo de la "Elegía a María Blanchard", una breve conferencia pronunciada en el Ateneo de Madrid, tras la muerte de María Blanchard, en 1932: "...Quien ha vivido como yo y en aquella época en una ciudad tan bárbara bajo el punto de vista social como Granada, cree que las mujeres o son imposibles o son tontas. Un miedo frenético a lo sexual y un terror al "que dirán" convertían a las muchachas en autómatas paseantes, bajo las miradas de esas mamás fondonas que llevaban zapatos de hombre y unos pelitos en el lado de la barba..."", para terminar deshaciéndose en elogios de la pintora, de su obra, su vida y su físico con aquellos hermosos ojos que se llenaban de lágrimas, sus manos magistrales o la mata de pelo tan generosa y bella.

En sus libros y en los diferentes seminarios de formación a lo largo de la vida, Ángel Garma se refirió en ocasiones a Lorca. En 1947 publicó "Morfología y fisiología genitales en sueños" y en el sueño nº 48 sobre la tranquera y una mujer a caballo, le volvería a referenciar: ... El ir a caballo, representando el coito, ocurre con frecuencia. Como ejemplo literario se puede citar la poesía de García Lorca: *La casada infiel (Romancero*

gitano), en que un hombre describe del siguiente modo su unión genital con una mujer:

*Aquella noche corrí
el mejor de los caminos
montando en potra de nácar,
sin bridas y sin estribos*

Lorca, cantor del pueblo, comunista, militante republicano, homosexual y anticlerical, todos los calificativos para ser odiado mientras era considerado un "rojo peligrosísimo" y por ello execrado por la Iglesia Católica y la derecha partidaria. *Dieu, le tracas que fait un poète que l'on tue...*⁴, exclamó el poeta Luis Aragón al conocer que los fascistas habían asesinado a Lorca tras llevarle a "dar el paseílo". Debemos recordar que fueran precisos 80 años tras su asesinato para celebrar un homenaje al poeta Federico García Lorca con el lema "orgullo con memoria, memoria con orgullo", mientras los medios de comunicación ninguneaban al personaje.

Garma tras obtener el diploma de Psiquiatra en la Universidad de Tübingen, en 1929, y haberse formado y diplomado en psicoanálisis en Berlín. Alemania era el centro más importante de las investigaciones psicoanalíticas y él estaba en ese país. Regresó a Madrid en 1931, y se integró en el ambiente cultural y científico dominante en los años previos a la guerra civil, años del sueño republicano de quienes creían en una España fuerte coexistiendo con las singularidades de Galicia, Euskadi y Catalunya. Encontró una fuerte oposición para expandir el psicoanálisis por parte de los psiquiatras. Él era el primer psicoanalista español, nacido en Bilbao, miembro de la Asociación Psicoanalítica de Alemania y la Asociación Psicoanalítica Internacional (API), aquella asociación que fundara en 1910 el mismo Freud, y comenzaba a ejercer en Madrid.

Ángel Garma tuvo controvertidas opiniones sobre la homosexualidad en algunos de sus trabajos y en algunas intervenciones públicas. Su primer artículo sobre el tema que conocemos fue "Paranoia y homosexualidad", editado en 1935, y poco después, "Psicoanálisis de una fantasía. Rasgos de psicología homosexual. Una característica de la psicología cotidiana homosexual".

4 "Dios, el ruido que hace un poeta al que se mata".

En época más tardía, en 1968, valorando diferentes trabajos sobre las enfermedades psicósomáticas, publicó “El desplazamiento de la enfermedad psicósomática. De obesidad a jaqueca, a úlcera gástrica y a infarto de miocardio en el homosexual manifiesto” así como otras opiniones insertas en artículos y libros.

Entre diciembre de 1931 y diciembre del año siguiente, ya terminada su formación psicoanalítica en Berlín y estando en Madrid, trató entre otros a un artista que estaba muy enamorado de García Lorca, sin que éste le hiciese mucho caso sino más bien cierto distanciamiento que le provocaba celos intensos al sospechar o comprobar relaciones amorosas con muchachos jóvenes. Aunque esto era la versión del paciente, Garma no tuvo conocimiento de la existencia de malos tratos por García Lorca hacia sus enamorados. Cuando ese joven enamorado de García Lorca tuvo que alejarse de su madre al conseguir una beca de estudios en el exterior, comenzó a padecer intensos conflictos psíquicos y una úlcera duodenal. Ángel Garma descubrió que la inestabilidad psíquica de este paciente fue lo que provocó la úlcera. Su interés en el psicoanálisis de los ulcerosos y, por extensión de los trastornos psicósomáticos, posiblemente se inicie con este tratamiento. Sus estudios acerca de los pacientes ulcerosos tuvieron tanta difusión que algunos colegas norteamericanos le llamaban “the ulcer man”.

En la II República aumentó la difusión de las ideas psicoanalíticas que se plasmaron en eventos dispares: organización de semanas sobre Higiene Mental, celebración de Jornadas Eugénicas, proyecto de ley sobre el divorcio, etc. Se ha llegado a visualizar la correspondencia entre las posturas psiquiátricas que se manifestaban sobre el Psicoanálisis y los posicionamientos ideológicos y políticos. Había quienes eran muy conservadores, como José M^a Villaverde (1888-1936), López Ibor y Antonio Vallejo Nájera (1888-1960), con matices entre unos y otros, que rechazaban las formulaciones freudianas. Los últimos, posteriormente, serían grandes colaboradores del Régimen franquista. Pero la aceptación mayoritaria del psicoanálisis y los mayores entusiasmos coinciden en psiquiatras con idearios de izquierdas: posiciones liberales de izquierda de Ro-

dríguez Lafora o de Sacristán; socialistas como Sanchís Banús o César Juarros; o comunistas como Mira i López.

Significativo sería que el acontecer de la guerra civil y con el acceso al poder del franquismo, el único exponente del psicoanálisis -Ángel Garma- tuviera que exiliarse. Aquel verano de 1936 resultó trágico para muchos millones en aquella España que comenzó a romperse y a sufrir durante una larga dictadura. Un detalle poco conocido es que Lorca había sufrido dos tiroteos antes de aquel año, uno en la Taberna de los Gabrieles y otro en su casa en la calle de Alcalá. En los primeros días de agosto había sopesado otras opciones como llegar a la zona republicana o acomodarse en la casa del compositor Manuel de Falla, cuyo renombre internacional entendía que podía ofrecerle protección.

Estaba en Granada, ciudad sumida en el terror y tomada ya casi tres semanas. Amedrentado en la Huerta de San Vicente, optó por refugiarse en la casa de los padres del poeta Luis Rosales, un poeta *amigo* de ideario falangista, que ingresaría en Falange el mismo día de la sublevación, y que falleció en 1992, y había dado cobijo a Lorca en su casa hasta el día de su detención. La familia Rosales estaba compuesta por cuatro hermanos, José, Luis, Miguel y Gerardo Rosales. José, el falangista más significado de los hermanos, y el mismo Jefe de Falange Primo de Rivera le nombró jefe provincial de Falange.

La tarde del 16 de agosto, fue denunciado y detenido por Ramón Ruiz Alonso, ex diputado de la CEDA, liderado por el derechista Gil Robles, que sentía un profundo odio hacia Fernando de los Ríos, mentor de Lorca, quien acudió con un amplio grupo de falangistas y guardias civiles. Según Ian Gibson, en aquella denuncia diría de Federico que “había hecho más daño con la pluma que otros con la pistola”. Dos personajes ordenaron su detención: Nicolás Velasco Simarro que estaba retirado al inicio de la sublevación, tras el alzamiento militar, fue nombrado por el nuevo gobernador civil de Granada, Valdés Guzmán, su secretario particular. Valdés sembró de muerte la ciudad, ordenando el fusilamiento casi 4.000 personas, algo que podemos comprobar en el registro del cementerio municipal entre julio del 36 y marzo del 37.

Aquella noche Luis Rosales fue al Gobierno Civil para interesarse por su amigo el poeta, junto a sus hermanos José y Miguel, teniendo una importante discusión con el gobernador Velasco Simarro, un desencuentro que estuvo a punto de costarle la vida tras exigirle que se quitara la camisa azul, paso previo a la detención. Simarro tuvo en sus manos el destino de Lorca durante casi dos días, pero optó por permitir la participación de miembros de las Escuadras Negras falangistas en el asesinato con la participación de un siniestro personaje, el falangista Trescastro, a quien se atribuye haberse vanagloriado de su muerte: “Yo mismo le he metido dos tiros por el culo”.

Dos días después de la detención, le dieron el “paseillo”, desconocemos con exactitud lo que ocurrió, fue conducido en un coche al término de Viznar (Granada), en un lugar conocido como Fuente Grande, junto a otros detenidos. Enterrados en aquel paraje, en un barranco a unos dos kilómetros a la derecha de Fuente Grande. Fue fusilado, por aplicación de bando de guerra, en la madrugada del 18 al 19 de agosto de 1936. Acabaran con la vida de Federico García Lorca a la edad de 38 años”, aquel que, por cantar a la libertad, a la vida, a su erotismo y estar apegado a los marginados, le llevó a la muerte.

Asesinaron a Federico García Lorca en los barrancos entre Víznar y Alfacar, todo un territorio sagrado, muy cerca de su querida Granada. Se habla de los más de 1.000 republicanos ajusticiados en esa zona tras el golpe militar. Asesinado junto a otros amigos: el maestro de escuela Dióscoro Galindo y los toreros anarquistas Francisco Galadí y Joaquín Arcollas. Siguen en alguna fosa que las autoridades no deciden localizar y desenterrar por no se sabe qué extrañas razones. Hay datos que apuntan a las rencillas familiares y a las disputas entre terratenientes de la Vega de Granada. Algunas disputas alimentaron deseos de venganza contra el poeta y su padre. También conocemos el significado de su obra literaria y su repercusión social en el primer tercio del siglo XX. Ser republicano, comunista, defensor de la cultura y los derechos sociales, homosexual e intelectual comprometido, en suma, para los falangistas, patriotas que decían defender los valores y la vida moral, eran sinónimos de “rojo” y, por tanto, candidato a ser eliminado. Algún día

sabremos lo que allí realmente ocurrió, permaciendo la pena por las pérdidas, las vidas de Lorca y sus amigos, y carecer de aquellas obras del artista que hubieran podido llegarnos en años posteriores y que no pudimos disfrutar. El mundo entero perdió a Federico García Lorca, el poeta español más universal, a quien en medios internacionales del teatro y la literatura llamaban el “Homero español”. Es más, en 2018, varios cientos de intelectuales y literatos llegaron a solicitar la concesión del premio Nobel de Literatura para Federico García Lorca a título póstumo, algo imposible pues debieran modificar las normas de concesión del Nobel.

Aquellos terrenos, jugosos para especuladores, se teme que se conviertan en una urbanización de lujo. Un campo de fútbol se quiso construir hace unos años. Fue muy sensata la propuesta que hizo la familia García Lorca: declarar la zona como cementerio y que, tras descubrir las fosas allí existentes, se queden allí, convirtiéndose en un espacio protegido, un lugar de memoria histórica en recuerdo de todas las víctimas de la guerra.

Como dijera Leonard Cohen, gran lorquiano:

“No entiendo como España no ha excavado con sus manos todo el campo de Granada, para recuperar el cuerpo de su poeta. No entiendo una nación que no le haya dado un castigo histórico a sus asesinos...”

Tras la victoria franquista, los vencidos y de izquierda, muchos intelectuales e investigadores que habían dado su apoyo al gobierno republicano, o simplemente implicados en la defensa de los valores democráticos de la República, se exiliaron o emigraron; mientras, los del bando vencedor y de derechas que había dado un golpe de Estado a la electa República, provocando una guerra civil, coparían los cargos en las instituciones oficiales, universitarias, científicas, asistenciales y profesionales. Ángel Garma, tras haber estado en el exilio francés, en Burdeos y París, y antes de terminar la guerra española marchó a Buenos Aires, coincidió con un buen número de amigos de la “Resi”. Recordemos a algunas de aquellas ilustres personalidades: Severo Ochoa, Guillermo de Torre, Francisco Ayala, Ramón Gómez de la Serna, Luis Jiménez de Asúa, María Teresa de León, Rafael Alberti y otros muchos.

Hay una anécdota que, por lo curioso del momento, merece la pena recordar. Los Alberti (Rafael y María Teresa de León), los Jiménez de Asúa, los Garma (Betty y Ángel) se solían reunir algunos sábados con Sofía Lubarsky, a tomar un té, merendar y debatir sobre el panorama español. El hermano menor de Sofía, Moisés, solía tomar Coca Cola lo que molestaba mucho a Alberti. Un día, este apareció con un papel con una poesía manuscrita dedicada a la Coca Cola, y se lo obsequió a Moisés por “infiel que se bebe ese pis imperial”. Betty Garma tuvo una fotocopia del texto de aquella poesía y comentaba que lo había escrito Alberti en una servilleta un día que había sido invitado a la quinta de los Garma en Pilar, provincia de Buenos Aires. Este es el texto del Sonsonete a la Coca Cola:

Me basta ver la Coca-Cola,
ese vomito inductor,
para morirme de dolor
lejos de mi tierra española.
Cuando bebida tan extraña
veo orinar de una botella
grito alto: ¡Me cago en ella!
¿Qué hago yo aquí, lejos de España?
Y si en la farra disoluta
llego a beberla alguna vez
grito alto: ¡Hijo de puta!
¿Qué hago tan lejos de Jerez?
Me basta ver la Coca-Cola,
ese pis norteamericano
para correr, fusil en mano,
a salvar mi tierra española.

Aquella carta de Garma sobre Lorca

Ian Gibson, autor de un libro sobre el asesinato de Lorca y la represión franquista en Granada, escribió *Vida, Pasión y Muerte de Federico García Lorca*, para el cual consultó, entre otros, a Ángel Garma. Los antiguos compañeros de Lorca se mostraron reticentes en suministrar a Gibson⁵ información acerca de la homosexualidad del granadino.

⁵ Carta manuscrita realizada por su secretario y firmada por Ángel Garma. En ella le expresó a Ian Gibson sus opiniones sobre Federico García Lorca y sobre la homosexualidad, finalizando con su satisfacción por poder contactar deseándole felicidad y enviándole saludos cordiales.

Fue Garma, en carta de 31/julio/1987 quien le escribió

siguiendo indicaciones del profesor Martínez Cuitiño como eximio biógrafo de García Lorca, le preguntó acerca de una entrevista que me habían hecho en una revista que creo se llama “Cambio 16” y que no conozco, en la que yo afirmarí que García Lorca era muy cruel con sus amantes. Solamente hace dos días pude leer esta entrevista, en la que no aparece lo anterior.

“Yo viví con García Lorca en la Residencia de Estudiantes de Madrid a partir del año 1925. Él era una persona que yo apreciaba mucho, como poeta y como persona. Su comportamiento amoroso no se mencionaba entre los otros estudiantes. Años después (diciembre de 1931 a diciembre de 1932) siendo ya yo médico psicoanalista, traté a un profesional que estaba muy enamorado de García Lorca, sin que este le hiciese el menor caso, sino más bien provocándole una situación de envidia muy intensa mediante relaciones amorosas con muchachos jóvenes, acompañadas de rechazo de él. Una situación muy terrible que provocó conflictos psíquicos intensos y una úlcera duodenal, cuando a lo anterior mi paciente tuvo que alejarse de su madre por haber conseguido una beca de estudios en el exterior. Puedo comunicarle esto porque nadie se ha enterado de la identidad de este paciente y por lo tanto el secreto profesional lo sigo conservando. Aparte de esto no tengo conocimiento alguno de maltratos de García Lorca hacia sus enamorados.

El stress emocional de este paciente fue lo que provocó la úlcera, y diagnosticado entonces por el doctor Giménez Díaz que, buscando tranquilizarle, le dijo que era solamente una ulcerita. Le envió fotocopias de un artículo mío donde describo como el factor emocional puede llevar a la úlcera.

A partir de ese paciente me interesé mucho por el psicoanálisis de los ulcerosos y realicé con ellos tratamientos psicoanalíticos de varios años de duración a cinco sesiones semanales. En una época fui el psicoanalista que mejor conocía los contenidos inconsciente del psíquis-

mo de los ulcerosos, tanto es así que los colegas norteamericanos me designaban a veces “The ulcer man” y en Buenos Aires se decía cómicamente: el escritor Zunzunegui, que escribió una novela titulada “La úlcera”, que nació en la ciudad de Bilbao, que es vasco como yo, y cuyo apellido tiene dos zetas como el materno mío Zubizarreta, no existía realmente sino que era un seudónimo mío (del libro úlcera de Zunzunegui he hecho un estudio psicoanalítico detallado que aparece en mi libro “Génesis psicósomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales”⁶. Yo apreciaba mucho a García Lorca y esta carta larga dirigida a usted es consecuencia de valorarle por el estudio biográfico que usted está haciendo de él.

La poesía de García Lorca me entusiasmó. En sus recitales las mujeres se interesaban mucho por La Casada Infiel que él no consideraba muy valiosa. En la Residencia de Estudiantes había lirios que fueron los que seguramente pusieron el verso “con el aire se batían las espadas de los lirios”. En aquella época se empezó a prescindir de la corbata lo que no era tolerado en reuniones de un cierto nivel. Por ejemplo, en un recital de García Lorca fue él solo a quien se toleraba estar con camisa de sport, que él impuso, pero todos los demás tenían que llevar corbata. Él era muy amigo de Dalí, o Dalí de la voz aceitunada, de Moreno Villa⁷. Aquel

José Moreno Villa, que escribió “Vida en claro”, memorias que permiten conocer la vida en la Colina de los Chopos, como también hizo Rafael Alberti en “La arboleda perdida”.

Para ser homosexual es necesario tener un masoquismo intenso que fue seguramente el que le hizo ir a Granada, poco antes del comienzo de la Guerra Civil, añadía.

A pesar de ser denominados “gays”, los homosexuales son personas muy frustradas y tristes: tristes como Platón, se decía en la Edad Media. El amor homosexual tiene que ser triste porque hay una imposibilidad anatómica de realizarlo bien. El recto no puede albergar al pene como la vagina. El coito anal es mucho menos frecuente en homosexuales de lo que la gente supone, aunque en la fantasía es muy frecuente. Los contactos homosexuales son inhibidos habitualmente. La obra de Lorca, “Yerma”, debe tener como contenido importante la falta de descendencia filial de los homosexuales, aunque la homosexualidad puede dar muchos frutos de otro tipo (Véase el estudio de Freud sobre Leonardo da Vinci). “La casa de Bernarda Alba” ya en el título señala desarmonía de la homosexualidad.

Garma quedó entusiasmado con el relato que hizo Ian Gibson de la “Resi”. Llegó a tener la fantasía de que era una parte de su propia biografía pues, fuera de la Residencia de Estudiantes, el café Lyon y su sótano La Ballena Alegre, eran espacios donde había concurrido habitualmente junto con sus compañeros con quienes tantos y tan grandes vínculos tuvo.

6 Ángel Garma. “Génesis psicósomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales”. Nova, 1954, Buenos Aires. Publicado también en inglés y en francés, pero sin el estudio del libro de Zunzunegui.

7 José Moreno Villa, pintor y poeta andaluz, brazo derecho de Jiménez Fraud, director de la Residencia.

Contacto

Iñaki Markez ✉ imarkezalonso@gmail.com ☎ +34 696 968 567

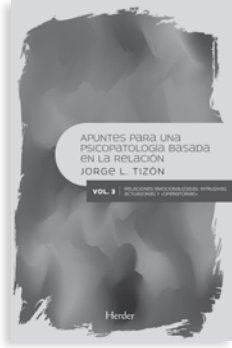
Bibliografía

- De Frutos A. (1994). Ángel Garma en el Instituto Psicoanalítico de Berlín. *Rev. de Historia de la Psicología*, Vol. 15, n11-2: 199-208.
- Garma A. (1954). Génesis psicósomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales”. Buenos Aires: Ed. Nova.
- Gibson I. (2004). *Lorca-Dalí: el amor que no pudo ser*. Barcelona: Ed. De Bolsillo.
- Gibson I. (1979). *Vida, Pasión y Muerte de Federico García Lorca*. DeBolsillo.
- Markez I. (2005). *El bilbaíno Ángel Garma (1904-1993) fundador del psicoanálisis argentino*. Bilbao: Temas Vizcaínos, Ed. Fundación BBK.
- Markez I. (2006). El joven Garma: de Madrid, a la organización del psicoanálisis argentino. *Revista de la AEN*. Nº 99. Noviembre, 2006.
- Markez I. (2011). El legado documental de Ángel Garma. En O. Martínez Azumendi, N. Sagasti, O. Villasante (Eds.). *Del Pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*. Madrid: Edita AEN, Colección Estudios, 45.
- Markez I. (2015). *Religión y Psicoanálisis en la obra de Ángel Garma*. Bilbao: Ekimen Edit.
- Markez I. (2018). *José Guimón. Historias de un arquitecto de la psiquiatría y psicología vascas*. Bilbao: Ekimen Edit.
- Moreno Villa J. (1944). *Vida en claro, Autobiografía*. El Colegio de México.
- Sánchez Vidal A. (1988). *Buñuel, Lorca, Dalí: El enigma sin fin*. Barcelona: Ed. Planeta.
- Serrano M. (2016). Los captores y asesinos de García Lorca. *Público*, 17/08/2016.
- Umbral F. (2012). *Lorca, poeta maldito*. Barcelona: Ed. Planeta.

- Recibido: 20/5/2019.
- Aceptado: 26/9/2019.



ACTUALIZACIONES



Apuntes para una psicopatología basada en la relación.

Vol. 3. Relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y “operatorias”.

Autor: Jorge L. Tizón.

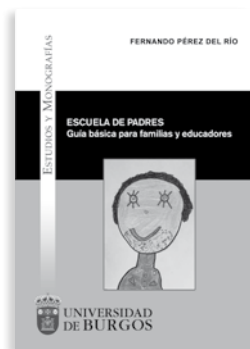
Edita: Herder Editorial • 2019.

ISBN: 978-84-25440-90-8

Actualmente la psicopatología se encuentra en una encrucijada. TDAH, TEA, TLP, depresión, esquizofrenia, etc., son conceptos fundamentales de la psicopatología clásica y, al mismo tiempo, muestras de su grave crisis teórica y epistemológica. ¿Hay que entender esos y otros conceptos de la forma habitual o podemos pensar en otras formas de comprender el sufrimiento psicológico y psicosocial humano? ¿Existen bases suficientes como para desarrollar una psicopatología basada en las relaciones interpersonales, en las emociones, en la comunidad, en la solidaridad?

Apuntes para una psicopatología basada en la relación se ha dividido en cuatro volúmenes: 1: Psicopatología general; 2: Relaciones dramatizadas, atemorizadas y racionalizadoras; 3: Relaciones emocionalizadas, intrusivas, actuadoras y “operatorias”; y 4: Las relaciones paranoides, la desintegración psicótica y la inestabilidad emocional “límite”. Se mencionan como “Apuntes”, y se trata de ideas generales para un posterior desarrollo tal y como ocurrió en los dos volúmenes anteriores. Se trata de primar el valor de una *psicopatología basada en la relación*, es decir, una psicopatología basada en la “psicología basada en la relación”, a modo de autocita del autor.

Es la aplicación al ámbito psicopatológico de los *Apuntes para una psicología basada en la relación*, que tuvo amplio reconocimiento académico hace algunos años. En este tercer volumen se redefinen los modos y organizaciones de la relación que en la psicopatología tradicional y en la psicopatología “biocomercial” se suelen denominar «trastornos bipolares», «psicopatía» y «trastornos psicósomáticos». Con fuerte apoyo bibliográfico, así como muy importante fundamentación de los textos expuestos en un mundo donde domina la comercialización más cortoplacista.



Escuela de padres. Guía básica para familias y educadores.

Autor: Fernando Pérez del Río.

Edita: Universidad de Burgos • 2019.

ISBN: 978-16283-74-3 (Edición impresa); 978-84-16283-0 (E-book).

Parece que, desde hace décadas, todo sea cuestionado en una realidad social cambiante, donde lo de ayer no vale para hoy y las maneras de educar de antaño están profundamente devaluadas o se han vuelto obsoletas.

El rol de padre se desvanece sin remisión por la inevitable tendencia de cada progenitor a preponderar su personalidad y sus particulares puntos de vista, y, sobre todo, la reducción numérica de las familias dificulta extraordinariamente la transmisión de información y valores de una generación a otra; además, por todo lo cual las relaciones humanas actuales destilan un aire de cierto desconcierto, un poso inequívoco de soledad y aislamiento. De ahí que las escuelas de padres se nos muestren, en no pocos casos, esenciales para el ejercicio de la educación.

Hoy en día conviven concepciones de escuelas de padres y madres muy diversas, cada una de ellas definida en función de sus objetivos, de las personas que las componen, de la metodología de trabajo que utilizan e incluso del contexto donde se desarrollan.

Por esto está dirigido a padres y madres que tienen hijos e hijas pequeñas y/o adolescentes y, también está enfocado hacia profesionales de la educación social, pedagogía, magisterios, etc., a quienes van a tener contacto con menores y jóvenes. Porque ofrece información básica sobre variados temas, (comunicación, sexualidad, estilos educativos, etc.) para proporcionar una mayor capacitación para ejercer su función educativa. Es un buen recurso educativo para promover actitudes, valores, habilidades personales y sociales sanas que les permitan afrontar, de manera responsable, la realidad de su vida.

Estamos, ya desde hace décadas, en una sociedad donde se cuestiona casi todo, en una realidad social muy cambiante, también las maneras de educar de antaño están profundamente devaluadas o parecen obsoletas.

El rol de padre y madre se desvanece sin remisión por la inevitable tendencia de cada progenitor a preponderar su personalidad y sus particulares puntos de vista, o también a delegar en el profesorado, cuando este dice no dar abasto con las materias académicas. También, la reducción numérica de las familias dificulta extraordinariamente la transmisión de información y valores de una generación a otra; por todo lo cual las relaciones humanas actuales destilan un aire de cierto desconcierto, un poso inequívoco de soledad y aislamiento. De ahí que las escuelas de progenitores se muestren, con frecuencia, esenciales para el ejercicio de la educación. Hoy en día conviven concepciones de escuelas de padres y madres muy diversas, definidas en función de sus objetivos, de las personas que las componen, de la metodología de trabajo que utilizan e incluso del contexto donde se desarrollan.

Estamos ante un libro a caballo entre la teoría y la práctica. Digna de señalar muy especialmente es la infrecuencia de encontrar un libro de psicología ameno como este y con tantos guiños y referencias a otros saberes, bien sean la filosofía, la antropología, la neurociencia o el análisis social.

Un libro de corte humanista que favorece el propósito de hablar de educación, de lo que les ocurre en realidad a los padres y a los hijos y de cómo podemos formar a los padres, por un lado, y por otro, ayudarlos en la búsqueda de sus propias soluciones.

Iñaki Markez



Verdades y mentiras de la Psiquiatría y la Psicoterapia.

Autor: Daniel Padró Moreno.

Edita: Rigden Institut Gestalt • Móstoles (Madrid) • 2019.

ISBN: 978-84-949984-2-3.

Daniel Padró Moreno (Bilbao, 1955), es doctor en Medicina y Cirugía, especialista en Psiquiatría en el hospital de Basurto (Bilbao) y tiene un peculiar interés en la Antropología y la Filosofía. En 2007 publicó “Cartas a un aprendiz de brujo”, su primer texto fuera del ámbito estrictamente profesional y ahora, de la mano de la editorial Rigden Institut Gestalt, publica el segundo, titulado “Verdades y mentiras de la Psiquiatría y la Psicoterapia”, cuyo significativo subtítulo es “De la danza del chamán a las vergüenzas de Afrodita”, nombre este último de la diosa griega con el que denomina en su relato a la “Psiquiatría” y a quien personifica, convirtiéndola en una especie de “guía” para el lector a lo largo del texto.

Con un ameno lenguaje y dirigido inicialmente a un público no especializado en Psiquiatría o Psicología, el autor divide el libro en siete capítulos. En realidad, se trata de una peculiar manera de relatar una historia (hiper)crítica de la Psiquiatría a lo largo de los siglos, centrada básicamente en las dos principales figuras de la misma: Freud y Kraepelin - nacidos el mismo año (1856), tan antagónicos y quizás tan cercanos a la vez -, quienes originaron las dos principales escuelas sobre las que vienen desarrollándose la Psiquiatría y la Psicología desde los inicios del siglo XX.

En la “Introducción” el autor plantea una cuestión que da origen al título del libro y pivotará continuamente a lo largo del mismo, cuyo núcleo reproducimos literalmente (págs. 18-19): “...Así, la psiquiatría, amparada por su éxito en el tratamiento de las enfermedades mentales graves - una de las “grandes verdades de la psiquiatría” -, ha pretendido trasplantar dichos resultados al resto de las dolencias psíquicas. Estas, en mu-

chas ocasiones también llamadas enfermedades o trastornos, no dejan de ser, en mi opinión, meros acontecimientos humanos en los que el sufrimiento juega un papel estelar. Acuciada por las demandas sociales, la psiquiatría ha ido adentrándose paulatinamente en la medicalización del sufrimiento existencial, intentando dar satisfacción a dichas demandas. Es en este campo donde podemos hablar de las “grandes mentiras de la psiquiatría...”.

Padró desarrolla a lo largo de todo el texto numerosas referencias sobre el devenir histórico de la Psiquiatría (Afrodita), la cual, desde la antigua figura del “chamán” -pasando por Platón, Aristóteles, Pinel, Mesmer, Brown, Battey, Krafft-Ebing, Charcot, Breuer, Freud, Kraepelin, etc.-, llega finalmente a su “puesta de largo”, situada por el autor en 1980, con la aparición de la tercera revisión de la clasificación americana de los trastornos mentales, conocida como “DSM-III”; máximo símbolo de unas clasificaciones que merecen un relato de sus propias “verdades” y “mentiras”, por ejemplo de como se llegó a la exclusión de la homosexualidad en las mismas (*cap. 2*). En este sentido resulta relevante la posición de las escuelas psicoanalíticas, resistiéndose a su eliminación, frente a la labor en sentido contrario desarrollada fundamentalmente por R. Spitzer, “padre” del DSM-III. Pero también se reseñan después las contradicciones del propio Spitzer quien, *mutatis mutandis*, se desmarca del asunto en 2003, con la publicación de un artículo “científico” sobre doscientas personas en el que señala que la mayoría de ellas consiguieron “revertir” la homosexualidad hacia la heterosexualidad, tras la terapia “adecuada”, si bien Spitzer



tuvo el valor de pedir disculpas públicas años más tarde por este trabajo.

En el medio nos gusta especialmente el apartado dedicado a “*El Medievo y la locura de amor*” donde, tras referirse a la novela “La Celestina” y el “mal de amores”, detalla la idea imperante en la época de que el enamoramiento provoca una “discrasia de los humores” dando lugar a un “desarreglo cerebral” y a la pérdida del juicio de realidad; teoría que el autor considera que no está tan alejada de algunas hipótesis actuales sobre ciertas patologías mentales.

También dedica un extenso análisis a los psicofármacos y la influencia de los grupos de poder -especialmente de la “industria” farmacéutica, pero no solo de ella- en la sobreimplantación de los mismos dentro de la Medicina actual (*cap. 5*). En este sentido resulta muy interesante la visión del tratamiento farmacológico de los conocidos como trastornos “minor” psiquiátricos, que son los que principalmente ocupan hoy en día gran parte de nuestras consultas. Como decíamos antes, Padró considera que, la mayor parte de las veces, lo que subyace es una medicalización del “sufrimiento existencial”, la cuál encontró en la llamada psicofarmacología “cosmética” -desde finales de los años 80, con la aparición de la fluoxetina- su principal valedora.

En este capítulo el autor hace también un interesante recorrido histórico, tanto del desarrollo de la moderna psicofarmacología. Reseña tanto el descubrimiento de la clorpromazina y del litio -donde resulta interesante leer el cruel acoso por parte de la psiquiatría inglesa a M. Schou, el principal introductor del producto en la clínica-, como el de los principales tratamientos “biológicos” de la primera mitad del siglo XX, entre los que incluye detalladas referencias al descubrimiento de la malarioterapia por W. Von Jauregg, la insulino-terapia de Sakel, las curas de alcanfor de Von Meduna, la lobotomía de Moniz y Freeman y, finalmente, al electroshock de Cerletti y Bini; extendiéndose en el auge, caída y posterior resurrección de esta última técnica.

Pero, como se expone a lo largo de todo el texto, no solo hay “grandes mentiras” en el uso de los fármacos y las terapias “biológicas”. Padró también dedica una crítica similar a la Psicoterapia.

Con un detallado análisis histórico, desmenuza los principales pacientes que mostraron en su origen los representantes del Psicoanálisis. Así, el caso “Anna O”, tratada por Breuer y Freud y su difundida -y falsa- curación “catártica”; o el recuerdo del no menos famoso “Hombre de los lobos”, con un pormenorizado análisis del caso de Serguéi Pankejeff, detallando sus tratamientos por parte de Krapelin y de Freud -quienes llegaron a distintas conclusiones diagnósticas-, y que fue declarado oficialmente “curado” por este último en 1914, si bien el propio paciente acudió posteriormente a una colega de los dos primeros y declaró que nunca estuvo “curado”.

Y, dentro de la Psicoterapia, no solo las escuelas psicoanalíticas son objeto de crítica. El texto nos hace viajar simbólicamente por los descubrimientos del premio Nobel Ivan Pávlov, que sentaron las bases del conductismo; o por el origen oficial de esta escuela en América gracias a Watson -muy curioso el affaire de este con su alumna Rosalie, finalmente su pareja, pero que le supuso el final de su exitosa vida académica-; o al relevante trabajo publicado por Hans Eysenck en 1952, en el cual -resucitando el efecto “Dodo” señalado previamente por Rosenzweig, en 1936- concluía que los pacientes que no recibían tratamiento mejoraban con el tiempo en mayor proporción que aquellos sometidos a diversas psicoterapias. También se analizan las aportaciones de Albert Ellis y de Aaraon Beck (“padres” de la Terapia racional emotiva), de Carl Rogers (fundador de la Psicoterapia Humanista) y de Martin Seligman (Psicología positiva), con el concepto de resiliencia, los libros de autoayuda y el “be happy” como lema casi obligatorio de vida.

Finalmente, en el capítulo 7 (“*Verdades y mentiras*”), sintetiza lo previamente expuesto; declarando su convicción de que el abordaje de las patologías mentales graves es una “gran verdad” de la Psiquiatría, en detrimento de una de las “grandes mentiras”, como es el fracaso de la misma en el tratamiento de los trastornos menores. El autor finaliza con una intrigante reflexión a propósito de esto (pág.:179) “...*El antiguo chamán sabía de las necesidades del hombre, y la tribu sabía de la necesidad del chamán. Actualmente renegamos del chamán, y muerto Dios, olvidadas las plegarias y sus oficiantes, recurri-*

mos al terapeuta. Las pócimas y los salmos son sustituidos por drogas y discursos, cuya eficacia en las enfermedades minor, tal como hemos comentado, son harto cuestionables; no olvidemos que son estas las que presentan una mayor demanda hoy en día. Tal vez al final del periplo podemos descubrir la verdadera gran mentira de la psiquiatría, que es habernos hecho creer que la praxis actual está a años luz de la de nuestros antepasados, los chamanes...”

Decíamos, al principio de la reseña, que el texto estaba inicialmente dirigido a un público no especializado en Psiquiatría o Psicología. No es un exhaustivo estudio de la historia de la Psiquiatría pero, a pesar de ello, creemos que también resultará muy interesante para los profesionales de la Salud Mental, especialmente para aquellos que comienzan su formación en estas materias y también para aquellos que, ya oficialmente formados, desconozcan cómo se ha desarrollado la Historia de estas materias.

Luis Pacheco Yáñez

Psiquiatra. Expresidente de la Sociedad Vasco-Navarra de Psiquiatría y miembro de OME-AEN.

Agenda

- 30 y 31 de enero • Zaragoza
**XI Jornadas Sociedad Aragonesa de Salud Mental–AEN:
“El amor y el odio en la clínica y en lo social”**
Contacto: secretaria.aasmaen@yahoo.es

 - 21 y 22 de febrero • Murcia
**VI Jornadas Sección de Hospitales de Día de la AEN:
“Los trastornos de la personalidad desde el Hospital de Día”**
Contacto: jornadashd2020@gmail.com; aen@aen.es

 - 28 febrero • Segovia
10º Seminario de Neurociencia Clínica. “Neurociencia Clínica en el envejecimiento”
Inscripción: gincs@gincsegovia.com

 - 13 de marzo • Albacete
XVI Jornadas de la Asociación Manchega de Neuropsiquiatría y Salud Mental
Contacto: jornadasacmns@gmail.com

 - 28 al 31 de marzo • Madrid
EPA 2020. 28th European Congress of Psychiatry
Secretariat: Geneva; Tel: +41 22 908 0488
www.epa-congress.org

 - 5 al 7 de mayo • San Petesburgo
World Psychiatric Association Regional Congress
www.wpanet.org

 - 11, 12 y 13 de junio 2020 • Segovia
XXIX Jornadas Nacionales de la AEN, “Vida dañada”
<http://aen.es/blog/2020/01/07/xxix-jornadas-nacionales-aen/?preview=true>
- 10 al 12 de junio de 2021 • Barcelona
XXVIII Congreso de la AEN-PSM
Contacto: aen@aen.org; www.aen.org

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*: revistanorte@ome-aen.org

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; 1995. *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

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 Castellano Manchega
de Neuropsiquiatría
y Salud Mental

Asociación Extremeña
de Neuropsiquiatría
(AExN)

