

32. B. MORENO KÜSTNER, *El registro de casos de esquizofrenia de Granada*, 2005.
33. A. REY, E. JORDÁ, F. DUALDE y J. M. BERTOLÍN (eds.), *Tres siglos de psiquiatría en España (1736-1975)*, 2006.
34. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA, *La práctica analítica en las instituciones de Salud Mental*, 2005.
35. J. LEAL RUBIO, A. ESCUDERO NARS (eds.), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*, 2006.
36. F. PÉREZ (ed.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*, 2006.
37. A. DIEZ PATRICIO, R. LUQUE LUQUE (eds.), *Psicopatología de los síntomas psicóticos*, 2006.
38. A. DIEZ PATRICIO, *Análisis del discurso psicótico*, 2006.
39. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA (eds.), *La integración del psicoanálisis en la sociedad de nuestro tiempo*, 2007.
40. J. M. COMELLES, M. BERNAL (eds.), *Salud mental, diversidad y cultura*, 2008.
41. A. RETOLAZA (ed.), *Trastornos mentales comunes: manual de orientación*, 2009.
42. I. MARKEZ ALONSO, A. FERNÁNDEZ LIRIA, P. PÉREZ-SALES (eds.), *Violencia y salud mental. Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva*, 2009.
43. J. CARMONA, F. DEL RÍO NORIEGA (eds.), *Gestión clínica en salud mental*, 2009.
44. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA (eds.), *El psicoanálisis en lo social y en lo político*, 2009.
45. Ó. MARTÍNEZ AZUMENDI, N. SAGASTI, O. VILLASANTE (eds.), *Del Pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*, 2011.
47. M. DESVIAT, A. MORENO (eds.), *Acciones de Salud Mental Comunitaria*, 2012.
48. E. MOLLEJO APARICIO (coord.), *Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia*, 2012.
49. A. ESPINO GRANADO (coord.), *Vida laboral, estrés y salud mental*, 2012.
50. Ó. MARTÍNEZ AZUMENDI, I. GONZÁLEZ LLONA (comps.), *Escenarios*, 2013.
51. D. SIMÓN LORDA, C. GÓMEZ RODRÍGUEZ, A. CIBEIRA VÁZQUEZ, O. VILLASANTE (eds.), *Razón, locura y sociedad. Una mirada a la historia desde el siglo XXI*, 2013.
52. J. SALOMÓN MARTÍNEZ, H. D. SIMOND (eds.), *Grupos de terapia multifamiliar. ¿Qué son, cómo funcionan, qué ventajas ofrecen?*, 2013.
53. E. RIVAS PADILLA, A. CEVERINO DOMÍNGUEZ (eds.), *Teoría y Práctica psicoanalítica de las psicosis*, 2014.
54. G. THÖRNICROFT, M. TANSSELLA, *La mejora de la atención de salud mental*, 2014.
55. B. SARACENO, *El fin del entretenimiento. Manual de rehabilitación psiquiátrica*, 2014.
56. I. MARKEZ (coord.), *Adicciones: conocimiento, atención integrada y acción preventiva*, 2015.
57. E. GAY PAMOS, J. CARMONA CALVO, F. DEL RÍO NORIEGA (coords.), *El sujeto. El sujeto de la conducta, el sujeto de la relación, el sujeto en la sociedad actual*, 2015.
58. V. APARICIO BASAURI, T. ANGOSTO SAURA (coords.), *El componente de salud mental en el hospital general*, 2015.

ISBN: 978-84-95287-76-2



A. E. N. ESTUDIOS / 57

EL SUJETO: El sujeto de la conducta, el sujeto de la relación, el sujeto en la sociedad actual.

A. E. N. / ESTUDIOS

57

EUDOXIA GAY PAMOS, JOSÉ CARMONA CALVO,
FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA
(Coords.)

EL SUJETO:

El sujeto de la conducta, el sujeto de la relación,
el sujeto en la sociedad actual.



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS

Colección Estudios

1. M. GONZÁLEZ CHÁVEZ (ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, 1980.
2. A. PORTERA, F. BERMEJO (eds.), *Demencias*, 1980.
3. S. MASCARELL (ed.), *Aproximación a la histeria*, 1980.
4. T. SUÁREZ, C. F. ROJERO (eds.), *Paradigma sistémico y terapia familiar*, 1983.
5. V. CORCÉS (ed.), *Aproximación dinámica a las psicosis*, 1983.
6. J. ESPINOSA (ed.), *Cronicidad en psiquiatría*, 1986.
7. J. L. PEDREIRA MASSA (ed.), *Gravedad psíquica en la infancia*, 1986.
8. J. A. FERNÁNDEZ SANABRIA, J. MAURA ABRIL, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ (eds.), *I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N.*, 1986.
9. R. INGLOTT (ed.), *El quehacer en salud mental*, 1989.
10. C. CASTILLA DEL PINO (ed.), *Criterios de objetivación en psicopatología*, 1989.
11. A. BAULEO, J. C. DURO, R. VIGNALE (eds.), *La concepción operativa de grupo*, 1990.
12. R. FERNÁNDEZ, M. A. GARCÍA CARBAJOSA, J. L. PEDREIRA MASSA (eds.), *La contención*, 1990.
13. M. DESVIAT (ed.), *Epistemología y práctica psiquiátrica*, 1990.
14. A. INGALA, R. GÓMEZ, J. FRÈRE, A. GONZÁLEZ, *II y III Jornadas de la Sección de Psicoanálisis, «El malestar en la cultura»*, 1992.
15. P. SANROMÁN VILLALÓN (ed.), *Jornadas sobre salud mental y ley. Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios*, 1993.
16. C. F. ROJERO, T. SUÁREZ (eds.), *Psicosis de la infancia y la adolescencia*, 1993.
17. V. APARICIO BASAURI (ed.), *Evaluación de servicios en salud mental*, 1993.
18. J. MAS HESSE, A. TESORO AMATE (eds.), *Mujer y salud mental. Mitos y realidades*, 1993.
19. A. FERNÁNDEZ LIRIA, M. HERNÁNDEZ MONSALVE, B. RODRÍGUEZ VEGA (eds.), *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*, 1997.
20. R. GÓMEZ ESTEBAN (ed.), *Grupos terapéuticos y asistencia pública*, 1997.
21. J. LEAL RUBIO (ed.), *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, 1997.
22. C. POLO, *Crónica del manicomio*, 1999.
23. F. SANTANDER (ed.), *Ética y praxis psiquiátrica*, 2000.
24. F. RIVAS (ed.), *La psicosis en la comunidad*, 2000.
25. E. GONZÁLEZ, J. M. COMELLES (eds.), *Psiquiatría transcultural*, 2000.
26. F. CARLES, I. MUÑOZ, C. LLOR, P. MARSET, *Psicoanálisis en España (1893-1968)*, 2000.
27. T. ANGOSTO, A. RODRÍGUEZ, D. SIMÓN (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría*, 2001.
28. C. GISBERT (ed.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental*, 2003.
29. A. ESPINO, B. OLABARRÍA (eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España*, 2003.
30. M. HERNÁNDEZ MONSALVE, R. HERRERA VALENCIA, *La atención a la salud mental de la población reclusa*, 2003.
31. J. M. ÁLVAREZ, R. ESTEBAN (eds.), *Crimen y locura*, 2005.

EL SUJETO
EL SUJETO DE LA CONDUCTA,
EL SUJETO DE LA RELACIÓN,
EL SUJETO EN LA SOCIEDAD ACTUAL

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
ESTUDIOS / 57

EUDOXIA GAY PAMOS, FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA
Y JOSÉ CARMONA CALVO
(Coords.)

EL SUJETO
EL SUJETO DE LA CONDUCTA,
EL SUJETO DE LA RELACIÓN,
EL SUJETO EN LA SOCIEDAD ACTUAL

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
MADRID
2015

Textos de la Ponencia “El Sujeto. El sujeto de la conducta, el sujeto de la relación, el sujeto en la sociedad actual” presentada en el XXVI Congreso de Salud Mental de la AEN
Valencia, 11-13 junio de 2015

© Los autores

© Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de Salud Mental. 2015

Ilustraciones de portada e interior:

Pedro Carmona Ortégón (<http://cargocollective.com/pco>)



Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
C/ Magallanes, 1, sótano 2, local 4 / 28015 Madrid /
Tel. 636 725 599. www.aen.es

Derechos: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2015

C/ Magallanes, 1, sótano 2, local 4 / 28015 Madrid / Tel. 636 725 599

ISBN: 978-84-95287-76-2

Depósito Legal: BI-745-2015

Impreso en España. Unión Europea

Impresión: Imprenta Arenas, S.L. Ezequiel Aguirre, 15 bajo, 48930 Las Arenas-Getxo. Bizkaia.

Distribución: LATORRE LITERARIA. Camino Boca Alta, 8-9. Polígono El Malvar.

28500 Arganda del Rey (Madrid)

Disponible a la venta en: www.tienda-aen.es

Director de la edición: Óscar Martínez Azumendi.

Índice

Introducción. *Eudoxia Gay Pamos, Francisco del Río Noriega, José Carmona Calvo* 11

Parte I.- El sujeto de la conducta:

- La justificación y sostenimiento epistemológico de una concepción del sujeto. Modelo biopsicosocial, epistemología y psicopatología: ¿Es posible construir modelos asistenciales integradores sin una Psico(pato)logía basada en la relación? *Jorge L. Tizón García* 29
- Psicopatología e historia de la subjetividad. *Enric Novella* 53
- El modelo de sujeto en C. Castilla del Pino. Una propuesta integradora. *Eudoxia Gay, Francisco del Río, José Carmona* 75
- El cuerpo del sujeto discursivo (o de cómo la carne se hace verbo): identidad, mismidad, ipseidad y otredad. *Fabio Rivas* 99
- La intersubjetividad o los estados mentales compartidos. *Beatriz Rodríguez Vega, Alberto Fernández Liria* 137
- Hacia una teoría relacional del sujeto: bases para la terapia individual sistémica. *Rafael Matas Vázquez* 159

Parte II.- Sujeto versus persona

- El sujeto, la psicopatología y la clínica
 - El Sujeto de la Melancolía. *Fernando Colina y José María Álvarez* 173
 - Un acercamiento al sujeto desde la práctica asistencial. *Felipe Vallejo Jiménez*..... 193
 - El loco y el profesional. Los dos sujetos de la psiquiatría. *Laura Martín López Andrade. Nuria Alcaraz Álvarez. Juan Carlos Álvarez Pérez. Jesús Barunque Sanz. Pedro Cid Rodríguez. Carlos Íñiguez de la Torre. Guillermo Pastor Sobrino. José Carlos Rodríguez Meca.* 211
- La institución del Sujeto, el Sujeto de la institución. *José Leal* 237
- El sujeto en el contexto social. Voluntad y libertad. *Fernando Márquez y Manuel G. Beneyto*..... 263

Esta ponencia está dedicada al Prof. Carlos Castilla del Pino. Maestro de psiquiatras.

..... *“Si bien es cierto que a mí me interesan muchas cosas, demasiadas quizás para lo que yo puedo abarcar, cabe decir que mi mundo, mi universo, ha sido el universo psiquiátrico, o para ser más exacto, el psico(pato)lógico, que incluye al psiquiátrico pero que contiene muchos más. Todo lo demás han sido, por decirlo así, escarceos, excursiones, paseos. Algo parecido le ocurría a Nabokov: cazaba mariposas, las estudiaba y describía, e incluso algunas veces añadía alguna especie, género o familia a las ya clasificadas por los lepidopterólogos. Pero, sobre todo, escribía, porque Nabokov, antes que cualquier otra cosa, era escritor. Y yo, salvando todas las diferencias con Nabokov, soy ante todo psiquiatra”* . . .

Conferencia de clausura del XXIII Congreso AEN-PSM. Bilbao, 2006

COORDINADORES

- EUDOXIA GAY PAMOS
- FRANCISCO DEL RÍO NORIEGA
- JOSÉ CARMONA CALVO

PARTICIPANTES

- JORGE L. TIZÓN GARCÍA
- ENRIC NOVELLA.
- FABIO RIVAS
- BEATRIZ RODRÍGUEZ VEGA
- ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA
- RAFAEL MATAS VÁZQUEZ
- FERNANDO COLINA
- JOSÉ MARÍA ÁLVAREZ
- FELIPE VALLEJO JIMÉNEZ
- LAURA MARTÍN LÓPEZ ANDRADE
- NURIA ALCARAZ ÁLVAREZ
- JUAN CARLOS ÁLVAREZ PÉREZ
- JESÚS BARUQUE SANZ
- PEDRO CID RODRÍGUEZ
- CARLOS ÍÑIGUEZ DE LA TORRE
- GUILLERMO PASTOR SOBRINO
- JOSÉ CARLOS RODRÍGUEZ MECA
- JOSÉ LEAL
- FERNANDO MÁRQUEZ
- MANUEL G. BENEYTO

INTRODUCCIÓN

EUDOXIA GAY PAMOS

FRANCISCO DEL RIO NORIEGA

JOSÉ CARMONA CALVO

COORDINADORES

Hace 3 años nos animamos a plantear una ponencia sobre el modelo de sujeto por varias razones. Una de ellas fue que nos brinda la oportunidad de reflexionar y actualizar conocimientos sobre esta materia en muy diversos ámbitos, desde las aportaciones novedosas que se vienen produciendo en las neurociencias, las propuestas de la psicología experimental, la clínica, los modelos sistémicos, el psicoanálisis, la antropología, la sociología y un largo etc.

A pesar de la intensa producción en las ciencias psi venimos advirtiendo una escotomización de los saberes. Se investiga y publica mucho sobre aspectos parciales pero casi ha desaparecido el objeto de nuestro trabajo: el sujeto y su malestar, su sufrimiento psíquico, su trastorno o su enfermedad. La salud mental, nos parece más que nunca, una practica carente de teoria, que puede diluirse entre una amplia variedad de amenazas.

Consideramos que como señala M Desviat: *“No hay una psiquiatría ateórica y ni mucho menos abistórica. Para conocer una teoría científica es preciso frecuentar su historia, rastrear en los orígenes de sus elementos constituyentes, en el contexto donde crecieron sus descubrimientos científicos. Es preciso conocer dónde se estancaron o fueron reemplazados sus programas de investigación, dónde eclosionaron sus paradigmas, las rupturas epistemológicas que usara Kubn para la matemática y la física y que se han generalizado para conceptualizar la evolución de buena parte de los desarrollos científicos. Verdades siempre provisionales, inconclusas; pues la razón científica, al contrario que la razón ideológica, es siempre una razón abierta”* (1).

Con algunos matices, conclusiones similares pueden aplicarse a una psiquiatría cuya caracterización actual ha de considerar los aspectos teóricos, prácticos e

institucionales que implica la “medicalización”. A nivel teórico, nos encontramos con una hegemonía creciente de las orientaciones biológicas, avaladas, por un lado, por el prometedor desarrollo alcanzado por las neurociencias y, por el otro, por la irrupción del neokraepelinismo, la corriente que ha inspirado las recientes conceptualizaciones nosológicas, presuntamente ateóricas y no orientadas etiológicamente, expuestas en los distintos sistemas actuales de clasificación de los trastornos mentales. Los elementos centrales de esta aproximación neokraepeliniana suelen describirse como sigue: a) la psiquiatría es una rama de la medicina que se sirve de la misma metodología científica que ésta; b) existe una delimitación clara entre los estados morbosos y aquellos que no lo son; c) existen enfermedades mentales discretas; d) la psiquiatría debería focalizar primordialmente atención en los aspectos biológicos de la enfermedad mental; e) debería existir un interés explícito e intencionado por el diagnóstico y la clasificación (2).

En este mismo sentido resulta muy útil e interesante la definición de psiquiatría que incluye Castilla del Pino en su manual de psiquiatría, destinado, fundamentalmente a los estudiantes de medicina: *“la Psiquiatría se define como aquel ámbito del saber, institucionalmente médico en el actual momento histórico, que se ocupa de las consideradas alteraciones psíquicas (mentales o de la conducta) cualquiera sea su génesis, en lo que concierne a la dilucidación de su naturaleza, en lo que concierne a la interpretación de las mismas y a su posible terapéutica”* (3). Al decir «en el actual momento histórico» se quiere resaltar su movilidad, dependiente de muchos factores, unos, inherentes al progreso en conocimientos científicos respecto de los problemas que conciernen al saber psiquiátrico, psicológico y psicopatológico y otros, derivados de la evolución de la concepción del mundo imperante en el momento y, por tanto, conectados con la ideología. De hecho el saber psi ha tenido un devenir histórico abigarrado debido a las diferentes visiones interpretativas de lo que es un ser humano.

Pero principalmente, nos ha motivado para realizar esta ponencia la necesidad de recuperar una forma de entender la psicopatología y la clínica centradas en la persona, como se propone desde diversos ámbitos de la neurociencia, psiquiatría y la psicología en el mundo, pero también desde las Ciencias de Salud en general, rompiendo una tendencia en las últimas décadas en las que había desaparecido este interés debido a la preponderancia de lo “biológico”, en el sentido de órgano, cerebro, y no entendido como “cuerpo” que incluye mente, identidad, subjetividad y valores.

El sueño reduccionista de equiparar la mente al cerebro ha sido una tentación a lo largo de la historia de nuestras disciplinas. Se remonta a Freud que llego a

escribir... "En una activa noche de la semana pasada, con ese grado de molestia dolorosa que establece el óptimo para mi actividad cerebral, se alzaron de pronto las barreras, cayeron los velos y se pudo penetrar con la mirada desde los detalles de las neurosis hasta las condiciones de la conciencia. Todo parecía ensamblarse el engranaje encajaba y se tenía la impresión de que ahora la cosa era en verdad una máquina, que pronto empezaría a andar por sí sola. Los tres sistemas de neuronas, el estado libre y ligado de cantidad, el proceso primario y el secundario, la tendencia principal y la de compromiso del sistema nervioso, las dos reglas biológicas de la atención y de la defensa, los signos de cualidad, realidad y pensamiento, el estado del grupo psicosexual el condicionamiento de la represión por la sexualidad, finalmente las condiciones de la conciencia como función receptiva-, itodo esto concordaba y sigue concordando!" (4) Poco tiempo más tarde y con menos pasión hubo de reconocer que "la investigación científica ha demostrado irrefutablemente que la actividad psíquica está vinculada a la función del cerebro más que a la de ningún otro órgano. La comprobación de la desigual importancia que tienen las distintas partes del cerebro y de sus relaciones particulares con determinadas partes del cuerpo y con determinadas actividades psíquicas nos lleva un paso más adelante, aunque no podríamos decir si este paso es grande. Pero todos los intentos realizados para deducir de estos hechos una localización de los procesos psíquicos, es decir, todos los intentos de concebir las ideas como almacenadas en las células nerviosas y las excitaciones como siguiendo el curso de las fibras nerviosas, han fracasado por completo" (5)

John von Neumann (1903-1957) fue uno de los mayores genios matemáticos del siglo XX, realizó contribuciones fundamentales a la matemática aplicada, física teórica, ciencias de la computación económica (con su teoría de juegos). A principios de 1955, von Neumann fue invitado por la Universidad de Yale a dictar las prestigiosas Conferencias Silliman, las correspondientes a la primavera de 1956. Aceptó, eligiendo como tema "El ordenador y el cerebro". No pudo, en cualquier caso, completarlo, pero incompleto fue publicado en 1958 con el título de *The Computer and the Brain*. Su propósito en el texto que deseaba completar era el que muchos otros, antes y después que él, se han planteado: en qué medida se parece el cerebro humano a un ordenador. En el sueño, o programa, de von Neumann primaban fundamentalmente los aspectos matemáticos: eran la lógica (el dominio de las comunicaciones de órdenes) y la aritmética (el de las comunicaciones de números) los protagonistas principales de su análisis, que incluso aplicaba al lenguaje

(6). Parece claro que el sueño de von Neumann era un sueño reduccionista, que buscaba explicar la realidad cerebral y mental en base a elementos específicos y a reglas de relaciones entre ellos claramente definidas.

El sueño de von Neuman permanece hasta hoy y el intento de comparación de la mente humana con la máquina le ha precedido Penrose (“la mente del emperador”) y otras sin gran éxito.

Pero sin duda el reduccionismo más arraigado y más peligroso en este momento, y que supone un poder hegemónico en las ciencias psi es el que identifica al sujeto y su conducta con la actividad bioquímica neuronal, los neurotransmisores y sus correspondiente rectores, sobre los que se establecen hipótesis escasamente fundamentadas y se proponen tratamientos farmacológicos supuestamente basados en la evidencia. En su nombre se cometen excesos terapéuticos, económicos y sociales. Nos parece que esta hegemonía no es ajena tampoco a la falta de conocimiento e investigación que permita la crítica de estas posiciones y establezca algunos planteamientos sobre quién es el sujeto que tratamos y qué es lo que tratamos.

Pero también desde el ámbito opuesto, que denominaremos “sociológico”, y desde el que tanto las explicaciones como las soluciones, empiezan y terminan en las condiciones en las que se mueve cotidianamente la persona, está desapareciendo la subjetividad-individualidad de quien, siendo cuerpo, va construyendo una historia social a través de sus interrelaciones con el mundo y con el mundo de los otros.

No obstante, y a pesar de este cambio y precisamente por él, nos parece que sigue teniendo un peso importante otra manera de entender el sufrimiento mental o la experiencia de enfermar. Que no podemos basarlo exclusivamente en la taxonomía, la clasificación y concebir el enfermar mental al modo de la medicina de órganos ni de la alteración de las emociones. Así, por ejemplo, entendemos que se consagra el concepto de “comorbilidad”, como coartada que oculta a la persona. La persona desaparece, se borra, detrás de un amplio e interesado espectro de trastornos, cada cual con su etiqueta diagnóstica, “guía”, su “psi” y, por supuesto, su “fármaco” específicos. Por estas razones hemos querido construir esta ponencia, como una manera, aunque limitada e incompleta, de recuperar al sujeto.

No es por azar que hayamos elegido trabajar sobre la idea del sujeto. Consideramos que el Modelo de Sujeto ha sido el hilo conductor del trabajo de investigación y reflexión que el Prof Castilla del Pino siguió a lo largo de toda su obra, desarrollado muchas veces en el marco de la AEN, y que le brindó posibilidades de exposición y debate. Los coordinadores de esta ponencia partimos de una historia profesional-personal y un vínculo especial con el Prof. Carlos Castilla del Pino. Con

él realizamos nuestra formación especializada y hemos seguido sus aportaciones a la psicopatología y la clínica a lo largo de su vida, incluso cuando hemos bebido de otras fuentes. Durante este tiempo a través de su Fundación hemos seguido trabajando en el mantenimiento de diferentes actividades, Cursos monográficos, Simposium, Cátedra Castilla del Pino de la UIMP, seminarios provinciales y, en especial, la reedición de sus Obras Completas. Pero, al margen de esta actividad, y por la estrecha relación que siempre existió entre D. Carlos y la AEN-Profesionales de Salud Mental, la propia Fundación y nuestra asociación, así como la pertenencia de muchos socios de la AEN-Profesionales de Salud Mental al Patronato de la Fundación, encontramos otro motivo por el que hicimos la propuesta de trabajar en este tema como ponencia el XXVI Congreso de la AEN-PSM. Con él, aprendimos la necesidad de tener un modelo de sujeto que constituyera un corpus teórico para la psicología, psicopatología y la clínica y lo hemos ido rememorando a medida que organizamos la reedición de su obra. Nuestra intención en este sentido es insistir en este aspecto de su aportación a la psico(pato)logía. Siempre hemos tenido claro que el sujeto debe estar en el centro de la reflexión y el quehacer del profesional de la Salud Mental. Nos gustaría además destacar, y en la medida de lo posible avanzar, en lo que creemos que es su propuesta de un modelo de sujeto, a su vez integrador de modelos. Pensamos que su contribución es un esfuerzo de acercamiento desde distintos paradigmas que dan cuenta de esta entidad que es el sujeto. Así, sus propuestas provienen desde la neurobiología, la fenomenología, la teoría de la comunicación, el psicoanálisis, la lógica, la lingüística, la teoría de sistemas, la sociología, etc. Y que, contrariamente a lo que se pueda pensar, su modelo sigue teniendo validez y utilidad para el acercamiento a la comprensión y la intervención, no sólo de aquellos que nos acercamos al ser humano porque sufre mentalmente, sino de todo aquel que por cualquier otro motivo se interese por él.

Por otra parte, conviene recordar que la mayoría de nosotros somos profesionales que desarrollamos nuestra actividad en el ámbito de la clínica. Esta experiencia nos interroga y nos exige que, para nuestras intervenciones, dispongamos de una batería de conocimientos que nos ayuden a detectar y clasificar los comportamientos de los pacientes. Pero no basta. Una teoría o modelo de sujeto es imprescindible y no puede rechazarse bajo cualquier pretexto, incluidas la dificultad y la falta de "interés" por la tarea. Necesitamos una teoría o modelo de sujeto como construcción intelectual de la globalidad del ser humano, de manera análoga a otros modelos explicativos de la conducta humana, como los de la memoria, del apego, o desde el punto de vista de otras disciplinas, modelos matemáticos, físicos etc. en

base a los cuales se actúa y se genera tecnología útil. Aunque siempre parciales y reduccionistas a la hora de comprender al sujeto en su totalidad. Así, nos son necesarias (imprescindibles) herramientas que ayuden a comprender los modos de intercambio del sujeto con los “otros”, también la manera en que la experiencia, la historia, se incorpora a su actividad. De manera que, además del aporte de la llamada psicopatología descriptiva, fenomenológica, para entender e intervenir sobre el sujeto y su contexto se requieren otras psicopatologías, como las que, por ejemplo, nos aportan los modelos comunicacionales o los constructivistas. Solamente de esta forma la suma-integración de saberes dará cuenta de realidad compleja que es la persona. Como dice uno de los colaboradores de esta ponencia: *“El desacuerdo teórico en las psicologías con pretensiones de científicidad no parte (o no debería partir) de una discrepancia en cuanto al objeto de estudio. La discrepancia se basa en los distintos intereses con que se estudia un mismo objeto (la conducta del organismo) y, por ello, en la pluralidad de modelos con que el científico (S) realiza el acercamiento a su objeto (O)”* (JL Tizón).

Se debe añadir además que nuestro trabajo con los pacientes, independientemente de cuál sea el contexto asistencial en el que nos encontremos, requiere tener una perspectiva de largo plazo. Aquí encontramos otra de las razones por las que nos parece necesario tener en cuenta esas otras maneras de entender al sujeto, esas diferentes psicopatologías centradas en aspectos relacionales-vinculares e identitarios, pues el logro de los objetivos de nuestras intervenciones descansa precisamente en relaciones estables, de apoyo, incluso afectivas con nuestros pacientes, especialmente con los más graves.

Es en este contexto en el que vemos un intento de integración de saberes en el modelo de sujeto que propone C. Castilla del Pino. En él la conducta es definida como “síntoma, señal y símbolo” del sujeto, lo que implica un acercamiento complejo a lo que podemos entender como comportamiento. No obstante, a pesar del esfuerzo realizado, se puede concluir que este desarrollo sigue siendo incompleto, ya que el intento de integrar aspectos recogidos de diversas psico(pato)logías aún tiene hiatos entre sí no cubiertos, en parte también porque sus presupuestos epistemológicos y hallazgos científicos no dan cuenta de esa totalidad tan compleja que llamamos sujeto. Sin embargo, nos atrevemos a afirmar que, siguiendo por esta línea, podríamos avanzar en la construcción de un sujeto de la psico(pato)logía holístico, suficiente como para poder disponer de un “esquema referencial operativo” que cumpla con el objetivo de integrar conocimientos y tecnologías. Ese esquema debería contener las siguientes dimensiones para dar cuenta del sujeto de la psicopatología que buscamos:

- La conducta humana como intercambio, relación, lenguaje, comunicación
- El sistema de percepción-conciencia.
- El sistema memoria. Inconsciente.
- El sistema motivación: necesidad – deseo - emociones.
- El sistema de estructuración del equilibrio: reacciones ante los estímulos del exterior (los otros), patrones de conducta, subjetividad-identidad
- El sistema de construcción-desarrollo-maduración del sujeto.

Finalmente, insistimos en que nuestra intención al proponer esta ponencia es llamar la atención sobre este enfoque en la psicopatología y la clínica. No hemos pretendido hacer un tratado o un manual sobre este tema. Lo que aquí proponemos, con la colaboración de todos los profesionales que intervienen, es que con sus trabajos, elaborados desde distintos ámbitos nos ayuden, en varios aspectos: destacar la importancia de disponer de un modelo de sujeto para entender e intervenir en nuestra tarea, aceptar la complementariedad de los saberes que tratan de comprender la complejidad humana y rescatar elementos para retomar la reflexión y el debate sobre lo humano, lo humanista y lo humanitario, alejándonos del exceso y los sesgos que, por su situación hegemónica, en estos momentos lo vienen excluyendo.

Pese que no pretendemos con esta ponencia redactar un manual, también nos inspira un deseo docente, el cual siempre estuvo en el ánimo de Don Carlos. Nos resulta difícil comprender y aceptar, cómo es posible trasladar a las residentes y jóvenes profesionales del conjunto de las disciplinas implicada en el tratamiento de lo mental, los conocimientos necesarios para su práctica, sin construir una teoría de *quién es el que enferma o sufre, de qué padece, cómo lo hace y cómo le podemos tratar, ayudar, o al menos acompañar*, en su enfermedad de la manera más científica posible.

A este objetivo sirven las distintas exposiciones que se contienen en esta ponencia.

La justificación y sostenimiento epistemológico de una concepción del sujeto. Modelo biopsicosocial, epistemología y psicopatología: ¿Es posible construir modelos asistenciales integradores sin una Psico(pato)logía basada en la relación? Jorge L. Tizón García

Como sostiene y destaca el autor en el título de este capítulo lo central, y posiblemente punto de encuentro de diversas hipótesis que proponen un modelo

de sujeto, es la relación. También frontera para poder considerar si estamos o no frente a un paradigma centrado en el sujeto. Pero además, tener como centro la relación conlleva así mismo la interrelación. No habría sujeto sin otro, sin los otros. Como dice el autor: “Pero la aportación fundamental de esa nueva perspectiva de “lo psico” y “lo socio” del Modelo Biopsicosocial actualizado es, sobre todo, teórica y cultural: la comprensión de la mente humana y, en general, del organismo humano como sistemas incompletos: siempre hay necesidad de un otro que aporte seguridades complementarias, que alimente desde fuera el mundo interno. La relación con otro, la alteridad, es fundamental para mantener la estructura del yo, del self e incluso del mundo interno. Siempre tenemos necesidad del otro externo en mayor o menor medida; incluso cuando esa dependencia inevitable y fundamente de la vida corporal y mental es negada, disociada, proyectada... o disimulada mediante actitudes o incluso teorías científicas que la contradicen”.

Psicopatología e historia de la subjetividad. Enric Novella.

La dificultad epistemológica de las ciencias de la mente, unida a su abrumadora presencia en la cultura contemporánea están el trasfondo del capítulo de Enric Novella. Como el propio autor señala en este exhaustivo recorrido histórico por el concepto subjetividad “a estas alturas, resulta de hecho una obviedad sugerir que la naturaleza esencialmente elusiva de todo este campo de conocimiento ha permitido consolidar una aguda percepción de la radical historicidad no sólo de sus discursos y prácticas, sino incluso de su mismo objeto de estudio. Desde este punto de vista, puede decirse que estas disciplinas constituyen el producto histórico y contingente de un largo y complejo proceso de naturalización y secularización del alma o la conciencia, y que la mente —esa mente que, al menos desde el siglo XVIII, estudiamos en sus trastornos, su asiento somático o sus funciones— es, ella misma, el resultado de una determinada manera de ver al ser humano cuya cristalización acompaña al despliegue de la ciencia y la cosmovisión moderna”.

Los cambios socioeconómicos y culturales de las últimas décadas caracterizados por el neoliberalismo posmoderno, ha dado lugar a una nueva expresión de la subjetividad y una nueva patología de la identidad atravesadas por el “hiperindividualismo” y el narcisismo más feroz. Las “identidades inestables” de nuestro tiempo y sus variantes clínicas nos remiten —como no podría ser de otra manera— a un mundo que ha perdido el rumbo y los referentes, pero que ofrece todo tipo de

herramientas de navegación y posibilidades de identificación; un mundo que fomenta la riqueza expresiva, pero que tiende a disolverla en la búsqueda incesante de la espectacularidad, la inmediatez y el impacto; un mundo, en definitiva, que oscila permanentemente entre la omnipotencia y la insuficiencia, la oportunidad y la desesperación, la abundancia y el vacío”.

El modelo de sujeto en C. Castilla del Pino. Una propuesta de psicopatología integradora. Eudoxia Gay, Francisco del Río, José Carmona.

Lo que pretendemos aportar a esta ponencia como reflexión no es una mera exposición del modelo de sujeto-self que fue desarrollando Carlos Castilla del Pino, y que está suficientemente explicitada a lo largo de su obra. Quisiéramos más bien extraer la importancia que su contribución ha tenido para la formación de profesionales de la salud mental, y sobre todo por su paso por la Facultad de Córdoba, sobre bastantes promociones de médicos, al centrar la atención sobre la manera de entender al paciente como un sujeto en relación con otros iguales o en el contexto de la naturaleza. Así mismo, cómo su esfuerzo investigador y reflexivo, aun con hiatos ha procurado integrar saberes de manera que se pueda tener una visión más completa y complementaria de la complejidad del ser humano y al mismo tiempo sea útil para una práctica diversa y compleja en la que es necesario sumar conocimientos, herramientas terapéuticas diversas y habilidades integradas en equipos de profesionales al abordar la tarea de atender a los pacientes.

El cuerpo del sujeto discursivo (o de cómo la carne se hace verbo): identidad, mismidad, ipseidad y otredad. Fabio Rivas Guerrero

Lo que destacaríamos de este capítulo, al margen de sus observaciones de carácter general y psicopatológica acerca de dónde situar la reflexión sobre la noción de sujeto, son sus consideraciones sobre el cuerpo y a partir del cuerpo. Como señala el autor: “Cuerpo biológico que ha de responder a su frágil manufactura; cuerpo psicológico amasado, moldeado por las caricias y los afectos (o por la agresión, el desafecto, la ansiedad y la ira, los malos modos...); cuerpo socializado,

atravesado continuamente por el discurso social de turno que pretende legitimar en él lo que es bello, sano, bueno... como fuerza de trabajo en los procesos de producción...” Pero además, por la revisión y elaboración de algunos de los descubrimientos recientes de la neurobiología y su elaboración dirigido hacia la superación de la dicotomía cuerpo-mente, biología-psicología.

La intersubjetividad en la construcción del sujeto. Beatriz Rodríguez Vega y Alberto Fernández Liria:

Para estos autores, el sentido de ser, de ser poseedor de un yo único, surge desde la experiencia de vinculación. Sin conexión no hay diferenciación. Consideran al sujeto como ser-en-relación, porque se entiende que el ser no existe sin referencia a su mundo y viceversa.

Señalan que “la construcción del sujeto solo puede realizarse desde la intersubjetividad ya que los seres humanos somos animales sociales. Nacemos con una capacidad innata para la intersubjetividad para compartir fantasías y encontrar sentido al hacerlo. Sin la intersubjetividad no se entiende la vida y la cultura humana. Todas las actividades cooperativas, incluida la psicoterapia, se basan en esto”. En ese sentido, “el Sujeto es construido en y a través de la narración. Quienes somos nosotros depende de la historia que nos contamos sobre nosotros mismos”. La intersubjetividad comprende tanto el conocer como el sentir y aunque, está íntimamente relacionada con la identificación empática, va más allá de ella al incluir también estados afectivos primariamente intersubjetivos.

Otro elemento que nos parece importante destacar de Los autores es el carácter ilusorio del Yo que incluye al menos dos aspectos que el pensamiento occidental ha dado por mucho tiempo por sentado. “El primero es que eso a lo que llamamos “yo” puede ser considerado como un algo y puede observarse y estudiarse como cualquier otro objeto de la naturaleza. El segundo es que se trata de algo que, de algún modo, hunde sus raíces en lo más interno del ser humano”. Esta visión ha sido reiteradamente cuestionada en la clínica y por los hallazgos neurocientíficos. En este trabajo los autores contraponen las llamadas *teorías del ego*, que defienden que la convicción subjetiva que posee cada individuo de ser un yo simple, idéntico y continuo en el tiempo, tiene una correspondencia absoluta con la realidad, a las *teorías del haz* que consideran esta convicción sobre el yo como una ilusión, un error profundamente arraigado en base a siglos de tradición metafísica de carácter

dualista: “Quienes somos nosotros depende de la historia que nos contamos sobre nosotros mismos. Y estas historias pueden ser más o menos coherentes y sostener nuestra identidad o entrar en conflicto y cuestionarla abiertamente”. En resumen, heredamos una estructura del self basada en estructuras cerebrales diseñadas por la evolución para potenciar la supervivencia en condiciones de vida salvaje extremadamente duras.

La cuestión que consideramos clave, no es que el self no sea real, sino que su naturaleza tanto la neuronal como la fenoménica, es compuesta y co-dependiente y, por tanto vacía de una existencia inherente, volátil e impermanente y que nuestro apego a ese Yo es, probablemente, la principal causa de sufrimiento mental.

Hacia una teoría relacional del sujeto: bases para la terapia sistémica. Rafael Matas Vázquez

Las reflexiones de este apartado proceden de quien ejerce su trabajo como psicoterapeuta sistémico. Al margen de las consideraciones propias de este enfoque. Nos parece destacable su señalamiento acerca de lo que llama “psicoterapia tecnocrática”, y a cuyos psicoterapeutas califica de “funcionarios”; funcionarios de una “micropolítica” en la que “hay que hacer lo que funciona”, frente a recuperar la “singularidad educando la sensibilidad poética”. Y como el autor aclara: “No se trata de hacer poesía en la terapia sino de encontrar lo que escapa al patrón, incluido el patrón de nuestros propios modelos. Esto no es un hecho extraordinario sino una posibilidad absolutamente ordinaria. Pero nos hemos entrenado en ser ciegos a la misma o en desestimarla, por sometimiento, en libertad vigilada por nosotros mismos y el mundo de procedimientos en el cual nos desempeñamos, en nombre de la cientificidad de nuestra disciplina y de una razón radical anclada a abstracciones”.

El Sujeto de la Melancolía. Fernando Colina y José María Álvarez.

Los autores siguen la línea roja de la melancolía para explicar la naturaleza humana a lo largo de la historia del alienismo y psiquiatría. La primera línea de su trabajo no deja duda de su posición: “El positivismo no es amigo de la melancolía y menos aún lo es del sujeto melancólico”. Consideran que “a medida que el punto de vista cientificista se fue adueñando de la psiquiatría, la melancolía se desvirtuó

hasta convertirse en una especie en extinción, pero... “de consumarse su pérdida, la observación de la condición humana perdería uno de sus miradores más firmes y mejor situados”. Consideran que la configuración de la identidad, o personalidad en nomenclatura, se forja precisamente “amasando las identificaciones con los objetos que vamos perdiendo, sean cosas, personas o ideales. Ese amasijo lo mezclamos, en la retorta íntima, con las que mantenemos con los vivos que acompañan nuestra existencia, y mediante ese procedimiento, casi alquímico, nos hacemos dueños del pasado y lo usamos como trampolín hacia el futuro”.

En poco más de una centuria, la depresión ha absorbido a la melancolía y la ha devaluado hasta hacer de ella una forma clínica un tanto excepcional y ambigua. Este hecho “muestra la potencia del discurso cientificista, capaz de quitarse de encima un referente occidental bimilenario. Y pone de relieve también tres aspectos cruciales en el estudio médico-psicológico del *pathos*: primero, el oscurecimiento de la vertiente subjetiva en favor de la enfermedad; segundo, la ruptura de la psicopatología psiquiátrica con la tradición cultural y la historia; tercero, el ascenso del determinismo de la materia”. La melancolía mezcla lo mejor y lo peor de la condición humana, por lo que los autores la consideran la mejor guía para su conocimiento, pero le concede escasas posibilidades de comprensión a las corrientes científicas actuales: “Lógicamente, no incluimos en esta perspectiva a la corriente positivista, ya sea cerebral, biomédica o cognitivo conductual, que domina hoy en el panorama psiquiátrico y psicológico, pues su elección teórica y práctica excluye expresamente el papel del sujeto, aunque a la postre no puedan eludir su presencia —en sí mismos y en los pacientes— y se vean obligados a radicalizar su punto de vista para sostener la ocultación”.

Un acercamiento al sujeto desde la práctica asistencial. Felipe Vallejo Jiménez.

Ha sido una preocupación para los coordinadores de esta ponencia interesarse sobre la consideración de la demanda de las personas que acuden a los servicios públicos. En este capítulo el autor, clínico de larga y gran experiencia en dispositivos de la primera línea de la atención comunitaria, nos aporta sus reflexiones en estos aspectos, que él mismo resume de la manera siguiente. “La interrogación y la reflexión sobre nuestras prácticas clínicas nos llevan a plantearnos varias cuestiones. La primera hace referencia al lugar que ocupa el sujeto en el entramado insti-

tucional asistencial. Otras se centran en la respuesta que recibe desde la institución sanitaria: de qué manera se interviene y se responde a su demanda, cómo valoramos sus comportamientos, hasta qué punto las clasificaciones diagnósticas, en su función de catalogar fragmentos del sujeto, invaden el espacio de la comprensión del paciente. O cómo el modo de organización de los profesionales y los servicios puede dar cuenta de cómo se están consolidando en el marco institucional determinadas respuestas asistenciales y terapéuticas”.

El loco y el profesional. Los dos sujetos de la psiquiatría. Laura Martín López Andrade. Nuria Alcaraz Álvarez. Juan Carlos Álvarez Pérez. Jesús Baruque Sanz. Pedro Cid Rodríguez. Carlos Íñiguez de la Torre. Guillermo Pastor Sobrino. José Carlos Rodríguez Meca.

Las reflexiones recogidas por los autores en este interesante documento relatan lo ocurrido a diario en un lugar de trabajo: “que los profesionales aprendemos de los pacientes, mientras ellos intentan liberarse de nosotros”. Enfatizan que “partimos de una situación de poder desigual, en la que el saber debe ponerse del lado del psicótico para compensar nuestro exceso como disciplina. La relación terapéutica tiene que pasar por el respeto de la subjetividad de la persona y la defensa de su libertad”. La relación entre profesional y paciente en la Psiquiatría difiere en gran medida del resto de encuentros que se producen tanto en el ámbito sanitario como en el de la asistencia social. Para empezar, porque raramente es el paciente el que emite la demanda y, si lo hace, ésta suele alejarse mucho de la que su entorno estima como necesaria. En segundo lugar, porque, cuando se produce la intervención de los profesionales, sus objetivos tienden a divergir en gran medida de los que el paciente fijaría si estuviera debidamente informado y, sobre todo, si se le preguntara.

Señalan certeramente que “se ha repetido en numerosas ocasiones que todos necesitamos una teoría para ponernos delante de un paciente, pues escuchamos lo que nuestra teoría nos permite y permanecemos sordos ante lo que ésta no contempla, pero tal afirmación admite numerosos matices. La teoría no sirve más que al profesional. Es una muleta con la que caminar por el inexplicable paraje de la locura, al que de ningún modo podemos acceder y, en raras ocasiones, asomarnos. Nada más peligroso que un profesional cuyos pacientes confirman su teoría; nada más violento que asignar nuestras conclusiones al otro”.

Tanto la profesional como las personas en tratamiento se lamentan, “la mayor parte de la teoría en torno a la locura adopta una posición formal en la que la mirada se centra en el soporte físico, el cuerpo, el organismo. Señalan de manera diáfana que... “la persona con malestar psíquico es el *objeto del tratamiento*. Consiste en tratar su enfermedad mental”... pero desgraciadamente... “la causalidad biológica, sus remedios químicos y sus ajustes sociales con el sello cognitivo-conductual, gobiernan la asistencia psiquiátrica en la actualidad. Hay quien se sorprendería, sin embargo, de que una postura amparada en tan inestables hipótesis, con un vaivén ininterrumpido de nuevos diagnósticos que aparecen y otros que se desechan, y que augura un futuro de cronicidad y sedación a sus enfermos, coseche tantos adeptos y defensores”.

La institución del sujeto, el sujeto de la institución. José Leal Rubio.

La reflexión de este apartado nos sumerge en la relación dialéctica del individuo y la sociedad. Ambos se necesitan para su nacimiento y su desarrollo. Como su autor comenta: “Por ello cuidar las instituciones y las organizaciones en que éstas se concretan es un importante deber de todos. Pero también ha de cuidar/se el sujeto de los ataques y violencia de algunas formas o modos institucionales. Entre sujeto e institución hay una permanente tensión que tiene como efecto el cambio y las transformaciones en los modos de vivir. Porque la separación entre hombre y sociedad (y sus instituciones), no ya la antítesis, es una falacia en cualquier aspecto que se le considere”.

El sujeto en el contexto social. Voluntad y libertad. Fernando Márquez y Manuel G. Beneyto.

Una última dimensión a contemplar en un enfoque de una salud mental centrada en la persona-sujeto es el rescate y orientación de la atención hacia aquellos que lo requieren por su condición de ciudadanos. En las últimas décadas hemos asistido al cambio en la consideración del “loco” a “paciente” y, finalmente, a “ciudadano”. Una concepción del sujeto como hemos ido trazando a lo largo de esta ponencia, tiene que concluir con la incorporación tanto en la dimensión teórica de su comprensión, como en las prácticas y el uso de las herramientas para la asis-

tencia del máximo respeto por los derechos que le asisten como un miembro más de la comunidad, incluidas aquellos reconocimientos de discriminación positiva específicos que sean necesarios para asegurar el proceso de recuperación de un proyecto vital protagonizado en primera persona. En este capítulo encontraremos las referencias del reconocimiento legal e institucional, así como las diversas formas de poner en práctica, el ejercicio de la libertad y autonomía de las personas afectadas en su salud mental.

Para finalizar, queremos agradecer a todos los participantes en esta ponencia su contribución y su esfuerzo. Los coordinadores de la misma nos damos por satisfecho. Sin embargo, la tarea no está concluida. Como ya hemos señalado, las amenazas, y realidades, de una comprensión y prácticas muy diferentes que obvian centrarse en un sujeto-persona son de una tremenda magnitud. Creemos que se requieren hacer esfuerzos para insistir en los objetivos de esta ponencia y esperamos que el ámbito de esta asociación pueda ser vehículo a través de sus actividades de lograrlos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Desviat M. La construcción del discurso psiquiátrico. Editorial. Atopos 2003; 1: 2-3.
- (2) Novella E.J. Psiquiatría y filosofía: un panorama histórico y conceptual. FRENIA, Vol. II-2-2002
- (3) Castilla del Pino. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (1980)
- (4) Cartas a Fliess S. Freud. (20-10-1895)
- (5) Sigmund Freud, Proyecto de una psicología para neurólogos (1950). Incluido en Sigmund Freud, Obras completas. Tomo I 1873-1899 Biblioteca Nueva, Madrid 1997
- (6) El sueño de Von Neumann y la realidad de Freud. José Manuel Sánchez Ron. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2003, vol XXII, n.º 85, pp. 77-87

Parte I. El sujeto de la conducta.



1.- Modelo biopsicosocial, epistemología y psicopatología: ¿Es posible construir modelos asistenciales integradores sin una Psico(pato)logía basada en la relación?

Jorge L. Tizón¹

1. Introducción

En un volumen de aparición relativamente reciente(1), reflexionando sobre el tema del título con el que encabezo esta comunicación, Borrell, Suchman y Epstein publicaron un multicéntrico y documentado trabajo (2) sobre la vigencia y fundamentos del “modelo biopsicosocial” propuesto por Engel en 1977 (3).

Para dichos, autores, como para nosotros, el modelo biopsicosocial (MBPS) implicaba tanto una “filosofía de la atención clínica” como una guía práctica para la misma. El psicoanálisis intentó una integración similar hace ahora un siglo, aunque con una perspectiva eminentemente psicológica. Por eso, en el ámbito teórico, el MBPS supuso una vía más globalizadora para intentar entender cómo el sufrimiento y la enfermedad resultan influidos por múltiples niveles de la organización humana, que van desde el molecular hasta el social. A nivel pragmático, el MBPS intentaba proporcionar vías para entender la “experiencia del enfermar” del paciente, considerándola una parte fundamental para llegar al diagnóstico y a un adecuado tratamiento.

Treinta y ocho años después, las relaciones entre los aspectos sociales, psicosociales, psicológicos y somáticos del enfermar siguen siendo oscuras y complejas (1, 4,5). Sin embargo, y por una vez, la situación en psicopatología y psiquiatría podría ser más clara, dados los avances que la investigación ha proporcionado para integrar las complejas interacciones entre genómica, neurofisiología, relaciones primitivas, relaciones sociales y una perspectiva psicológica no “cajanegrista (5).

¹ Psiquiatra y neurólogo, psicólogo y psicoanalista (SEP-API). Profesor del Institut Universitari de Salut Mental de la Universitat Ramon Llull de Barcelona (España).

Por ello, la integración biopsicosocial en la clínica, tanto en salud mental como en medicina, ha podido progresar en algunos temas, centros y grupos de investigadores o clínicos. Sin embargo, en los últimos decenios parece ganar importancia una severa des-integración de los modelos teóricos de la misma.

En realidad, para entrar directamente en el tema, posiblemente hoy deberíamos repetir en buena medida algo que ya mantuvimos en 2012 (4):

1. El modelo biopsicosocial no está siendo aplicado a nivel científico ni técnico salvo en ámbitos minoritarios, al menos en los países tecnológicamente desarrollados del globo.
2. Aunque existen meritorios grupos y organizaciones que intentan desarrollarlo a nivel clínico y asistencial, es decir, en la práctica.
3. Sus principios continúan vigentes, aunque deben ser matizados y actualizados, desde la cuádruple perspectiva de toda disciplina científica o tecnológica: teórica, técnica, epistemológica y práctica o pragmática.
4. Dicho modelo tiene hoy una limitada aplicación en la investigación científica, salvo en el ámbito de la atención primaria y tal vez, en algunos ámbitos específicos de las neurociencias.
5. Llama especialmente la atención su falta de aplicación teórica y técnica en el campo de las disciplinas de la salud mental.
6. Sus presupuestos filosóficos (epistemológicos) se han resentido especialmente con el paso del tiempo.

En consecuencia, en línea con esas apreciaciones, creemos que deberíamos realizar una *reevaluación del modelo BPS* en esos cuatro ámbitos que diferencian a cualquier disciplina científica o tecnológica: teórico, técnico, práctico y epistemológico (4, 5).

En ese sentido, a nivel epistemológico, al menos valdría la pena recordar una serie de matizaciones, que vamos a enumerar esquemáticamente:

1. Engel fue bastante radical al criticar la naturaleza dualista de la medicina moderna: Pero hoy se está extendiendo el concepto (¿) y la práctica de la *biomedicina*, y de la psiquiatría como una parte de esa *biomedicina*. Se han propuesto incluso diversos modelos de psicopatología que intentan asentarse fundamentalmente en la biología: se trataría de volver a una *neuropsiquiatría* y una *neuropatología* todavía más reduccionistas que las de antaño (6,7), al posponer los elementos psicológicos que han de ser básicos en cualquier *psicopatología*. Y aquí creo que hemos de ser claros y teóricamente radicales: *Toda psicopatología debe basarse en la psicología.*² Buscando y hallando los correlatos biológicos o sociales para esa "psicología patológica", sí; pero, por importantes que algunos factores

² De ahí mi uso del vocablo *psico(pato)logía*, tomado directamente de Carlos Castilla (8).

de riesgo biológicos o sociales sean, toda psicopatología debería no olvidar que trata de explicar con ellos cambios *psicológicos*. Lo contrario puede llevar a una “neuropsiquiatría actualizada” o incluso a una “neuropatología relacional”: una disciplina que se centra en las bases biológicas del comportamiento humano y, como tal, enormemente útil y necesaria... pero que no es una psicopatología (6). Esa perspectiva se basa en un supuesto *monismo*, pero en un *monismo reduccionista*, por postergación a un papel muy secundario de lo no-físico y no-orgánico, y, por tanto, por la eliminación del sujeto como procesador de la realidad biológica y social (5). Probablemente entonces el reduccionismo “materialista” que ya criticó Engel –de una forma que hoy podríamos entender como algo “naïf”– es todavía más omnipresente, y en una versión aún más reduccionista (1, 3, 5). Se persigue “el gen” o el circuito neurológico que “explique” cada enfermedad, trastorno o incluso conducta individual y social, pues una vez encontrado ese agente, “todo podrá solucionarse”. ¡Cuántos decenios de pensamiento holístico, globalizador, biopsicosocial, antropológico y demás lanzados por la borda!



2. La influencia del observador en lo observado fue en su día un excelente recordatorio de Engel. Para sus observaciones se basó en las aportaciones pioneras sobre el tema del psicoanálisis, la física de la relatividad, la cibernética y la teoría general de sistemas. Pero hoy nos encontramos con la realidad de que es precisamente en psiquiatría donde menos influencia están teniendo las consecuencias de esas perspectivas epistemológicas y teóricas abiertas por el constructivismo y el construccionismo (5, 9): en biomedicina y tecnomedicina (y no digamos en física y astrofísica), los profesionales ya están acostumbrados a calibrar todos los instrumentos de exploración y medición sofisticados con el error, sesgos o particularidades del observador y el medio de observación, contrapesando técnicamente sus sesgos. En psiquiatría y psicopatología biológica sigue sin tenerse en cuenta ese sesgo, es decir, la dialéctica transferencia-contratransferencia (10), que repercute en cada exploración aunque ésta se haga con escalas de evaluación y psicometría supuestamente santificada por la “ciencia” (en la bibliografía (11) puede hallarse una revisión de ese tema desde la perspectiva de la Medicina basada en Pruebas).
3. La aproximación de Engel al espinoso tema de *la causalidad* en las ciencias y la tecnología no ha dejado de ser criticada por los especialistas del ámbito filosófico desde el día de la propuesta de la *causalidad circular*. Pero como sabemos, al menos desde David Hume (9, 11, 12), *causalidad* es un término epistemo-

lógicamente muy fuerte. Posiblemente, cada vez más el concepto de causalidad en psico(pato)logía (y en medicina), y casi cualquier tipo de causalidad, ha de ser sustituida por el concepto más humilde de “relaciones funcionales” o “correlaciones funcionales”. Los modelos basados en la interacción de *factores de riesgo (y protección) biopsicosociales* posiblemente podrían significar un *aggiornamento* actual del MBPS. De ahí que, por ejemplo, algunos juzguemos indispensable en psico(pato)logía y en teoría del sujeto, la utilización a nivel técnico de modelos pluriaxiales de diagnóstico (tales como mi propuesta del *diagnóstico penta-axial* y de los “*niveles de factores de riesgo y protección*”) (13, 14).



4. Todo ello no significa que hayamos de pensar, como es común entre clínicos e investigadores biomédicos, que los aspectos psicosociales son menos mensurables, comunicables, verificables, apofánticos y no-contradictorios con el resto de las ciencias actuales, es decir, “*menos científicos*” (9, 5, 11, 12). Sus modelos y perspectivas hoy son menos *empiristas* pero no precisamente *menos científicos* (8, 11, 5). No tratan de “lo espiritual”, lo “inmaterial”, las “relaciones” o “los sentimientos” etéreos e intemporales, esotéricos, inefables... sino de unidades de comportamiento y representación mental y relacional. Por eso, para poder trabajar con esos aspectos psicológicos y psicosociales hay que formarse en sus técnicas, que no son las del “sentido común”, ni se aprenden por la “mera experiencia”.
5. Una consecuencia teórica y epistemológica de todo lo anterior consiste en la premisa de que para desarrollar hoy de forma consecuente el MBPS habría que empeñarse en un importante trabajo de convergencia en al menos tres ámbitos: *metateórico, técnico y práctico*. En el apartado siguiente intentaremos enunciar al menos algunas sugerencias para la realización de esos trabajos pendientes.

2. Trabajos pendientes

Por un lado, habría que trabajar en el desarrollo epistemológico del modelo, para basarlo en epistemologías contemporáneas, tales como el *realismo no representativo*, el *realismo crítico* o bien el *construccionismo*. Se trata de aproximaciones epistemológicas que insisten en que, en nuestra aproximación al conocimiento de cualquier realidad, hemos de tener en cuenta el estudio tanto de su génesis

como de su estructura, así como de la relación sujeto-objeto que establecemos en su conocimiento, como ya defendieron en su día autores hoy ya clásicos como Popper (15) o Piaget (16) y, más tarde, Chalmers (9) y muchos otros (18, 19). Razón de más para que así se hiciera en el ámbito de las tecnologías asistenciales, en general, y de la asistencia psicopatológica en particular.

En el *ámbito teórico* eso significa que habría que entender hoy que el MBPS es un modelo, pero sólo *un* modelo. No *el modelo* para aprehender *la totalidad, la globalidad o lo psicosocial* en la clínica. En ese sentido, acabamos de recordar la existencia de elementos técnicos perfectamente integrables dentro de una perspectiva del MBPS. En resumen, desde los puntos de vista epistemológico y teórico, una buena parte de las raíces del callejón sin salida de la psicopatología biologista actual habría que buscarlas en el reduccionismo biologista extremo que se está re-imponiendo en las diversas especialidades y ámbitos médicos, por un lado. Por otro, en el empirismo y mecanicismo teóricos y epistemológicos de dicha re-imposición teórica. Parece fuera de toda duda que una parte de tales limitaciones se halla en acción y reacción con una imposición cultural, ideológica e incluso de poder derivada del dominio de las grandes corporaciones de tecnología sanitaria. Sólo así puede explicarse, al menos parcialmente, esa anómala dominancia del “pensamiento unidimensional”, también en psicopatología y psiquiatría. Un pensamiento dominado por la tripleta del *reduccionismo biologista, el empirismo mecanicista y el “librecambismo sanitario y social”*. Una trilogía teórica y práctica bastante enemistada con la propuesta de Engel, desde luego.

A *nivel técnico*, una de las grandes aportaciones de Engel fue su revalorización de la observación y las emociones en la relación asistencial, temas en los que vengo insistiendo, tanto a nivel teórico como práctico, desde hace años (20, 21, 22, 13, 14). La observación es la gran olvidada de la psiquiatría biologista dominante, como lo es en la medicina que no considera adecuadamente el contexto biopsicosocial y comunitario del ser humano. Las otras grandes olvidadas son las emociones, sus consecuencias relacionales (transferencia y contratransferencia) y la psicopatología basada en las emociones.

En el *ámbito pragmático*, Borrell et al. (1) proponen siete principios fundamentales para una actualización de los modelos integradores en la clínica, una perspectiva en la que, desgraciadamente, esos autores *médicos* sobrepasan en cuanto a modernidad y fundamentación en lo psicológico a gran parte de la psiquiatría dominante. Reflexionando sobre las cualidades, las actitudes, habilidades y competencias que habrá que fomentar y formar en los nuevos profesionales orientados

por un MBPS actualizado y en base a las investigaciones sobre la “asistencia sanitaria centrada en el consultante” (23, 24, 25) proponen que: 1) Han de ser profesionales con una autoconciencia acrecentada o *insight* importante y adecuadamente entrenado. 2) Preocupados por el cultivo activo de la verdad, 3) Con un nuevo estilo emocional basado en la curiosidad empática; 4) Capaces de buscar momentos, vías y medios para su *auto-calibración*, con el objetivo de reducir los sesgos que todos nosotros *transferimos* a nuestras observaciones y prácticas clínicas. 5) Formados en el trabajo con las emociones; 6) Con capacidad por tanto de usar la “intuición informada” (basada, no lo olvidemos, en la contratransferencia); 7) Capaces de habilidades comunicativas claves, tales como las de comunicar la evidencia clínica para alentar el diálogo, no como mera aplicación de un protocolo.

Y todo ello para la práctica de la medicina clínica. ¡Qué vergüenza si pensamos que en la única especialidad médica que debería basarse fundamentalmente en la relación y en las emociones en la relación (la psiquiatría), esos temas no son ni nombrados en muchos de sus congresos, proyectos de investigación, tesis doctorales, equipos de trabajo! (26, 27).

¿Cómo introducir y aprovechar en la práctica clínica funciones emocionales tales como *la solidaridad, la esperanza, la confianza, la contención?* ¿Cómo usarlas para mantener una actitud profesional eficaz y eficiente precisamente porque es solidaria, atenta a la relación, y bien informada? Como he recordado recientemente (28), el desprecio por estos temas o, más allá, la ignorancia, casi estulticia, es tal, que normalmente, nuestros médicos y psiquiatras hacen largos estudios de más de diez años de duración, pero muy frecuentemente sin que nadie les haya enseñado o ayudado a pensar sobre las emociones básicas, su número, su tipo, su función... (14, 20, 21, 22, 24, 28). Sin embargo, la mayoría trabajarán toda su vida en entrevistas interhumanas, como todos los profesionales de la asistencia y los servicios sociales y personales, es decir, en situaciones en las cuales, por definición, las emociones juegan un papel crucial. Lo harán pues, sin casi conocimiento de la vida emocional e incluso despreciando su valor para la organización de la relación y la asistencia. Y lo mismo podríamos decir hablando de la familia, las técnicas de entrevista y terapia familiares, los tipos de familia, la familia en el neuro y psicodesarrollo...

Mi opinión particular es que habrá que recoger las técnicas y prácticas propuestas por orientaciones de lo psicosocial que sí tengan en cuenta al menos el estudio y cuidado de la observación y de la *psicodinamia emocional-cognitiva dentro de la relación* (no del mundo emocional o del mundo cognitivo disociados). Y esas aportaciones, con todo su primitivismo y confusión, sí que existen. No todo va a

resolverse en el mundo immaculado de eficaces, eficientes, ultrabreves y “sencilísimas” técnicas de “*terapia cognitivo-conductual*” (CBT) (29); como tampoco en el inefable mundo de ciertas orientaciones supuestamente psicoanalíticas, a menudo mucho más movimiento cultural que corriente técnica o clínica.

Y todo ello hemos de pensarlo y repensarlo sin olvidarnos de que el contexto político y organizativo ha cambiado de forma importante desde las propuestas de Engel (30): por ejemplo, gran parte de la asistencia presente y futura se está haciendo *en grupo, en equipo*. Eso significa cambios muy notables no sólo en el *encuadre externo* de nuestros dispositivos y nuestras consultas, sino también en el *encuadre interno* de las mismas. Por otra parte, a nivel político, el avance de ciertos sistemas de sanidad públicos en todo el mundo parece evidente. Hoy, sus excesos burocráticos intentan corregirse mediante la introducción de la competencia interna, la competencia con el sector privado y ciertos principios del mercado. Pero aparecen nuevos problemas no resueltos: por ejemplo, la tendencia a que los sistemas privados y la ley del beneficio privado parasite de diversas formas esos sistemas supuestamente públicos e incluso sus modelos y teorías.” (30).

3. Por una psico(pato)logía basada en la relación

Todo ello significa que cualquier psicopatología que tenga en cuenta al sujeto como “procesador central” ha de tener partir de *la relación*, de las relaciones interhumanas, porque el sujeto es sujeto en la relación (externa o interna), tanto en la filogenia y la ontogenia como en la vida cotidiana (y, por tanto, en la psicopatología). De ahí mi principio básico de la psicopatología (26-28): que toda la psicopatología se expresa en la relación, en las interacciones humanas, y que su estudio ha de basarse, por tanto, en la relación.

Pero en este terreno nos encontramos con la realidad de que ni en nuestra psicopatología, ni en nuestra psiquiatría, ni en nuestra cultura se ha incorporado con suficiente profundidad teórica, filosófica y epistemológica implicaciones fundamentales de la *psicología y la psicopatología del desarrollo* y, entre otras, la teoría del apego y la teoría de la mentalización (31). Y esa incorporación de, por ejemplo, la teoría del apego y de los estudios sobre la separación, la privación y la pérdida afectiva resulta de fundamental importancia, hasta el extremo de que ya existen metaanálisis incluso de su influencia en la psicopatología adulta con mucho mayor “tamaño de efecto” que los de otras explicaciones etiológicas (32, 33). Pero

la aportación fundamental de esa nueva perspectiva de “lo psico” y “lo socio” del MBPS actualizado es, sobre todo, teórica y cultural: la comprensión de la mente humana y, en general, del organismo humano como sistemas incompletos (34-37): siempre hay necesidad de un otro que aporte seguridades complementarias, que alimente desde fuera el mundo interno. La relación con otro, la alteridad, es fundamental para mantener la estructura del yo, del self e incluso del mundo interno. Siempre tenemos necesidad del otro externo en mayor o menor medida; incluso cuando esa dependencia inevitable y fundamentante de la vida corporal y mental es negada, disociada, proyectada... o disimulada mediante actitudes o incluso teorías científicas que la contradicen.

Por ejemplo: Como hemos recordado recientemente (28), hace años que debiera habernos resultado llamativo y revelador observar que los términos “perverso” y “perversión” hayan dejado de ser elementos de la psicología y la psicopatología, salvo para algunas perspectivas psicoanalíticas, y, sin embargo, se usen profusamente en la vida social, en la sociología, en la economía, en las “ciencias” políticas... Así, se habla de la “perversión” de los valores, de la ética, de la política, de la economía, de los objetivos, de los sistemas informáticos, de los sistemas sociales, de los valores democráticos, de las organizaciones parlamentarias, de las elecciones, de la propaganda, de la arquitectura o la planificación regional, de los poderes electorales... Es evidente que esos términos significan algo... Salvo para muchos psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la asistencia, a pesar de que uno de los primeros estudios en profundidad del tema fueran realizados ya por Sigmund Freud, entre 1905 y 1940 (28).

Resumiendo otra amplia serie de reflexiones y razonamientos (28), creo que tenemos motivos para pensar que la taxonomización biológica de la psicopatología ha contribuido de forma radical a encerrarnos en esas situaciones paradójicas y extremas. Situaciones, por ejemplo, en las que pueden dedicarse grandes esfuerzos “técnicos” para dirimir si padecen o no una “enfermedad mental” determinados individuos que se sienten perseguidos por el FBI, la CIA, el KGB o los terroristas; o algún otro (centenar de millones de seres) que cree que las almas migran entre los cuerpos; o a los que se sienten o han sentido irremediablemente condenados por algún dios, tras algún pecado, blasfemia o acción nefanda. En efecto, en ocasiones se dedican ímprobos y carísimos esfuerzos para diagnosticar el “trastorno mental” subyacente en tales sujetos (o la ausencia de éste), mientras que las personas que atentan directamente contra el bien humano supremo, la vida, puedan quedar excluidos de la consideración de psicopatología.

Se trata de una compleja diatriba sociológica, jurídica, ideológica y epistemológica que bien merecería un estudio interdisciplinario por parte de especialistas de esos campos del saber. Pero en psicopatología hoy ya sabemos algo sobre el tema. En resumen, como ha recordado recientemente (28), en la medida en que la psiquiatría necesitaba “santificarse” como “ciencia biológica”, ha tenido que importar modelos y premisas propias de la biología y ha pervertido la psico(pato)logía (una disciplina psicológica, no lo olvidemos) en un apéndice desnortado de la biología. Para ello no le ha quedado más remedio que convertirla en una especie de “taxonomía de las conductas”, una empobrecida y unidimensional “taxonomía de las conductas”, demasiado pobre y empobrecida como para que sea de verdadera utilidad social. En su afán empirista de quedar “libre de valores y especulaciones”... ha eliminado de su seno las fundamentales reflexiones sobre los criterios definidores entre “normal” y “patológico” o “norma y anomalía” (8, 5, 37).

Es decir que personas que pueden cometer crímenes en serie, o crímenes de masas, “superhombres” tales como Hitler, Himmler, Eichmann, Franco, Pinochet, Stalin, Johnson y otros egregios personajes, no puedan ser calificados como “patológicos” o *anómalamente desviados*, sino como “personalidades normales” (¿). Estamos hablando de personajes que, para beneficio propio, lograron entrar en la mente y en los cuerpos de millones de personas con resultados de múltiples muertes, de millones de muertes aplaudidas por millones de personas... (28). Ello resulta mucho más grave en nuestros días, en los que el declive global de la violencia interhumana (38), debería facilitar el que pudiéramos estar mucho más pendientes de los depredadores más crueles o encarnizados de la propia especie.

Medio siglo de predominio en psicología y psicopatología de un pensamiento amputador, como fue determinado conductismo universitario, ha dado lugar a una psicopatología basada en el no-pensamiento, en el pensamiento unidimensional y televisivo de *“un síntoma-una enfermedad-un medicamento”*. Máxime porque su reduccionismo ha sido utilizado luego por diversos intereses espurios, y entre ellos los intereses comerciales de *Big Pharma* (las empresas farmacológicas cuando anteponen el beneficio privado inmediato a los intereses de la especie) (13). Así, casi a cada síntoma le corresponde una “enfermedad”. De ahí la auténtica estulticia teórica de la “comorbilidad psiquiátrica” que seguimos pronunciado en nuestros medios...

Pero hay otras posibilidades, ya en desarrollo, tanto en el ámbito psicoanalítico y el cognitivo-conductual como incluso en el fenomenológico-cognitivo (32,39). Cada vez somos más los clínicos e investigadores que se han negado, que nos he-

mos negado a dejarnos dominar por esas simplificaciones, despectivas de la esencia de la psicopatología. Y es que, para nosotros, lo que llamamos “psicopatología”, a la postre, no son sino formas des-adaptativas de organizar las relaciones sujeto-otros, conjuntos que se expresan fundamentalmente en las relaciones interhumanas e intrahumanas (mentales y cerebro-visceral). De ahí los dos principios básicos de una psicopatología relacional, que antes mencionábamos: que se expresa en la relación y ha de estudiarse en la relación.

La perspectiva de la “psico(pato)logía basada en la relación”, de origen psicoanalítico, es una perspectiva con numerosos puntos de contacto con la psicopatología cognitivo-conductual y fenomenológica tipo Millon, Davis y Ellis (40, 41, 42), o con la psicopatología psicoanalítica desarrollada, por ejemplo, por Liberman (43), McKinnon y Michaels (44) o Horowitz (45). Pero actualmente, convergen en ella numerosos enfoques contemporáneos de la psicopatología y las terapias psicosociales. Por ejemplo, diversas perspectivas de la “cognición social” (46, 47, 48, 49), las actualizaciones de diversos modelos y terapias de base empírica, como por ejemplo la Terapia Racional Emotiva (50), varias de las cuales han desarrollado incluso modelos y enfoques terapéuticos basados en la realidad virtual (51).

Creo que hoy poseemos suficiente conocimiento acumulado desde el vértice psicoanalítico y psicológico en general como para poder hablar de diversos patrones, estructuras u organizaciones de la relación. Al menos, de los “modelos” o “formas de relación” *dramatizadora, evitativa, racionalizadora, emocionalizada, intrusiva, evacuativa, perseguida* y “emocionalmente inestable”. También, de las “organizaciones” *histérica, fóbico-evitativa, obsesivo-controladora, melancólico-maniaca, perversa, adicta, incontinente, paranoide, simbiótico-adhesiva* y “emocionalmente desequilibrada” o *límite*, más emparentadas con la psicopatología.

Los *modelos o formas de relación* son sistemas de interacción entre los seres humanos puestos en marcha inicialmente por las emociones y sentimientos, asentados en la genética y la neurobiología y moduladas a través de las relaciones significativas de todos nosotros, en particular en nuestros primeros años de vida, en nuestra crianza. Algunos psicopatólogos escogen esos tipos que acabamos de enunciar u otros similares por su base biopsicológica, ya descrita por Erikson (52), por la tradición psicopatológica, o porque coinciden con la hipertrofia de determinados rasgos dominantes en los diversos tipos de personalidad, patológica o no (42, 44, 53,54). Cuantos más repertorios o modelos puedan ser activados posteriormente en situaciones diversas por el individuo, mayor es la libertad personal

con respecto a la historia pasada y las situaciones presentes; más compleja y desarrollada es la trama de su identidad. Con el añadido de que, como diría Bodei (55), “cuanto más imprevisible se vuelve el mundo, tanto más relevancia adquiere la labor individual de identificar y fijar el perno sobre el que se hace girar la propia identidad” (pp. 77).

Así, las “*organizaciones psicopatológicas de la relación*” son formas de organizar nuestras conductas, nuestra mente y nuestras relaciones interpersonales para evitar el sufrimiento y, sobre todo, el sufrimiento producido por las emociones desagradables, pero de forma tan repetitiva, tan exageradamente rígida, que resultan claramente desadaptativas. Aunque existen diversas clasificaciones y designaciones de este modelo y, sobre todo, de los diversos modos y organizaciones de la relación, ésta es una de las formas de psicopatología, hoy en pugna con las clasificaciones taxonomistas habituales.

Eso significa, desde luego, entender por conducta o representación mental *anómala* (el ítem básico de la psicopatología) aquella que dificulta gravemente el desarrollo individual y social solidario; y que lo dificulta precisamente a través de un aumento del sufrimiento relacional (21, 22, 13, 28). En ese sentido, una verdadera psicopatología, es decir, una psico(pato)logía, asentada en la psicología, más que conformada por catálogos de conductas, síntomas, signos, síndromes y supuestas “enfermedades”, debería entenderse como “la organización de conductas y representaciones mentales, gestadas en la relación, que dificultan gravemente el desarrollo individual y/o social” (13, 28).

4. Algunas muestras de la aplicación de las ideas anteriores:

La organización relacional perversa

Ese enfoque de la psicopatología, entre otras cosas, nos obliga a replantearnos teórica y técnicamente el hecho de que personas que manipulan a los demás para producirles daños físicos, relacionales o mentales, en algunos casos a millones de personas, hoy a menudo sean consideradas “mentalmente normales” y carentes de cualquier trastorno relacional (¿).

Ya hemos mencionado anteriormente cómo, tanto desde la perspectiva del desarrollo epigenético de Erikson (52) como desde la perspectiva de la mentalización (31), la *relación intrusiva* es la dominada por la necesidad de entrar en las mentes —y tal vez en los cuerpos— de los otros para obtener control, satisfacción, descarga,

sedación o equilibrio propio. Es un modelo o esquema reactivo que madura durante la epigénesis y resulta bien visible en los niños a partir de los 3 a 8 años con sus reiterados e hipermotivados esfuerzos por entrar en la relación de sus padres, tutores, compañeros, alterarla a su favor, lograr el poder relacional mediante sus formas de quejarse, demandar, llorar, seducir, subyugar, atraer. . . Que se manifiesta de forma corporal en la utilización del cuerpo para entrar en la mente del otro con poder, mediante un uso modulado de las emociones primitivas y, entre otras, de la ira. Por ejemplo, mediante las capacidades de usar los puños, las manos, las uñas, la mirada, la actitud corporal o las posturas como medios de utilización de la ira para infundir miedo y obtener placer. Todo un conjunto básico de emociones primigenias. . . Toda una forma de relación que se pone en marcha, se desarrolla y se modula cuando los sistemas neuromusculares y psicosociales que la sustentan han madurado suficientemente, es decir, a partir de los cuatro o cinco años.

Como en cualquier otra forma o modelo de relación (*dramatizador, evitativo, racionalizador, controlador, evacuativo...*), podremos pensar en anomalía, desadaptación, psicopatología solo cuando su predominio es rígido, en demasiados momentos, en demasiadas situaciones, en demasiadas relaciones... En este caso, para esa necesidad dominante de entrar en las mentes y en los cuerpos de los otros, cuando esa necesidad organiza la globalidad de la conducta, para esa organización imperialista del resto de las conductas y las representaciones mentales, provisionalmente prefiero mantener el calificativo de “perversa”, a pesar de los matices semánticos moralistas que históricamente conlleva el término. En su forma más modulada, “la relación intrusiva” se trata de una forma de relación a menudo necesaria en la vida, imprescindible en determinados momentos del desarrollo, como cuando el niño necesita explorar activamente las mentes (y los cuerpos) de los demás. Por tanto, es una manifestación vital, una forma de relación necesaria para el desarrollo, para la mentalización, para la socialización, para la humanización. Las emociones básicas o primigenias se manifiestan muy activamente en ella: amor y deseo, por supuesto, pero también miedo e ira, que es lo que facilita sus aspectos intrusivos (56).

En consecuencia, como he ampliado recientemente (28), desde mi punto de vista, **la matriz básica de la organización perversa de la relación está compuesta por doce fenómenos psicológicos fundamentales:**

1. El sado-masochismo
2. La relación fetichizada.
3. La intrusión: Su objetivo es en la mente / cuerpo del otro sin contar con su voluntad o aquiescencia.

4. Una forma diferenciada de obtener el placer: El placer, la fruición o la experiencia de seguridad vienen proporcionadas por la penetración misma (placer sado-masoquista), más que por sus aditamentos (con más o menos desnudez, por delante o por detrás, con látigos, cueros, maltratos corporales o sin ellos...).

5. Posee una combinatorio elaborativa-defensiva particular, fundamentada en el uso de la racionalización, la disociación, la negación (consciente) y la denegación (inconsciente) de los motivos, actuaciones y consecuencias de la actividad de tal organización.

6. Ideologización interna. Esas defensas tienden a crear una especie de *ideología interna* o ideología para el “consumo interno”: el Yo se pone al servicio de un Superyó corrupto, de la corrupción moral (“*Mal, sé tú mi bien*”) (57-60).

7. Ideologización externa: Casi siempre, al menos si socialmente hay lugar, esta organización personal tiene una fuerte tendencia hacia la ideologización, hacia la creación de ideologías. La continuada cantinela interna y externa de la racionalización, disociación, negación y denegación de los motivos, actuaciones y consecuencias de la organización perversa acaba por estructurar auténticas ideologías corruptas y corrompedoras.

8. Narcisismo: Esa organización se estructura como una forma de sostener la preeminencia de importantes núcleos narcisistas en la personalidad. Con Pere Bo-fill (10) habíamos llamado *narcisismo* a los componentes de la personalidad basados en fantasías de autosuficiencia, una defensa cognitivo-emocional, desadaptativa si es extrema, pero que el ser humano (y el self humano) pone en marcha ante el predominio del dolor, el miedo, el asco y la ira en la formación de la personalidad. En la organización perversa, sin embargo, el narcisismo es de un tipo particular: con preponderancia de lo destructivo y con tendencia a la corrupción tanto intrapersonal como interpersonal. Kernberg (61) habla en estos casos de *narcisismo maligno*, pero centrándome en la relación perversa, yo preferiría hablar de un *narcisismo corrupto, corruptor y destructivo*.

9. Desconfianza y des-esperanza. La base para la organización perversa es la preponderancia en el desarrollo de los momentos vitales en los que el pensamiento tiende a estar dominado por la *cognición negativa y desconfiada de uno mismo y del otro*, es decir, por el miedo, emoción básica.

10. Envidia: Las soluciones frente al sufrimiento primigenio organizadas en la relación perversa no son las únicas. Por eso, cuando predomina la organización perversa de la relación, la bondad, la gratitud, la capacidad de reparar, los aspectos amorosos o creativos del otro son insoportables: Deben ser desvalorizados, ataca-

dos, difamados, destruidos, borrados de la faz de la tierra precisamente porque se valoran...

11. Defensas maníacas. La organización perversa asegura el narcisismo con la negación del valor o la autonomía del otro, un tipo de reacción defensiva en las relaciones a la cual, desde Melania Klein (62-64), hemos llamado *defensas maníacas*: el control, triunfo y desprecio sobre el otro, técnica relacional que ya hemos mencionado.

12. Adictividad: Una vez estabilizada y llevada a la acción en las relaciones, la organización relacional perversa resulta enormemente adictiva. Cuando tiene ocasión de utilizarse una y otra vez, y con cierto “éxito”, neurológica, psicológica y socialmente posee una gran capacidad de “refuerzo”, por lo que tiende a ser usada de forma casi irremediable.

Las organizaciones de la relación en las psicosis y la esquizofrenia

El enfoque de las psicosis y la esquizofrenia cambia radicalmente desde este punto de vista. En ese sentido, para introducir aquí una muestra de tales aplicaciones, las psicosis podrían entenderse (67, 13, 14) de una forma menos unidimensional que la habitual: en tanto que reacciones humanas inusuales y características, ante dificultades biológicas, psicológicas y/o psicosociales muy primitivas y difíciles de modular (por eso la reacción es extrema).

Se trata de cuadros clínicos, o de “formas psicopatológicas de relación” que evolucionan:

1) Con dificultades para comprender y situarse en el mundo, es decir, con confusiones masivas.

2) Con dificultades para procesar y modular las emociones y la visceralidad de las mismas.

3) Con dificultades para integrarse como sujetos, como self, con una identidad definida: siempre hay un trastorno en la identidad, en la integración personal (esquizo-frenia significa mente escindida).

4) Evolucionan con crisis y recaídas, pero también con mejorías y recuperaciones.

5) Como se trata de trastornos de la vinculación, del apego a los seres significativos, que son enormemente necesarios y, en otros momentos, fuentes de desconfianza, el conflicto confianza/desconfianza es otro de los fundamentales, junto con el de integración/desintegración y el de control/descontrol.

A nivel de pragmática clínica eso significará que todos los pacientes que las padecen sienten una necesidad exacerbada de controlar el medio, necesidad que

alterna con momentos de aparente crisis y descontrol de los impulsos. De ahí que, en el ámbito práctico, sea tan importante ayudar a los allegados y a los profesionales a no perder la confianza en ellos mismos cuando el paciente desconfie de ellos. Y es básico estar en contacto con la parte sana de la personalidad del sujeto, que siempre existe.

Las dificultades de procesamiento afectivo-cognitivo del paciente con psicosis se convierten en una de las principales limitaciones, psicológica y neurológicamente sostenidas (66), que le empujan hacia la relación simbiótico-adhesiva (67).

Desde el punto de vista psicogenético, las psicosis, como reacciones y relaciones humanas, serán el resultado de una combinación de

1. *vulnerabilidades* constitucionales, biológicamente o psicológicamente muy enraizadas,
2. *factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales*
3. falta de *factores de protección* a lo largo de la crianza (situaciones de presión y conflicto afectivo sobre el niño y/o la familia no cuidadas adecuadamente en la infancia, la pubertad y la adolescencia), y
4. *factores precipitantes o de estrés* actuales, desencadenantes.

A su vez, la vulnerabilidad, aunque a menudo los investigadores la entienden como biológicamente determinada tan sólo, puede poseer varios orígenes. Por eso hablamos de las *dimensiones de la vulnerabilidad* (13):

1. Factores de riesgo potentes, graves y tempranos relacionados con dificultades familiares y de la crianza
2. Factores de riesgo biológicos perinatales, alrededor del nacimiento.
3. Vulnerabilidad genética (vinculada a la carga genética familiar) o connatal (por factores que afectan al sistema neurológico, endocrino o inmunitario del feto durante el embarazo)

Por eso las comunicaciones y experiencias del sujeto con psicosis, tanto “especiales” como “normales” o “habituales”, pueden comenzar a entenderse con las clasificaciones pragmáticas de las mismas que aparecen en el tabla 1, tomada de “Entender las psicosis” (13)

Tabla 1. Las comunicaciones y experiencias especiales del sujeto con psicosis. (Tomada de (13))

<i>Tienen que ver con</i>	<i>Y suelen agruparse en</i>	<i>Los cuales manifiestan el conflicto entre</i>
- Sus aspectos sanos	Síntomas "en positivo"	<ul style="list-style-type: none"> • Los aspectos conservados o "sanos" del paciente • La "ruptura psicótica" y sus consecuencias à La relación simbiótico-adhesiva previa y reactiva
- Sus aspectos psicóticos	Síntomas "en negativo"	
- Los intentos de "superar" o "afrontar" éstos últimos	Síntomas de desorganización	

Desde el punto de vista psicoanalítico o relacional explícito, la aportación fundamental de la psico(pato)logía psicoanalítica especial al estudio de la psicosis consistiría en describir clínicamente una estructura relacional fundamental en dichos cuadros, estructura a la que he llamado la *relación simbiótico-adhesiva* (65, 67). La relación simbiótico-adhesiva es especialmente visible, si seguimos la terminología de Conrad (68) en la esquizoidia, o disfunciones de la personalidad previas, en el trema y la fase prodrómica, en la personalidad post-crisis y en el "deterioro" o "esquizofrenia defectual". Resulta mucho menos dominante o visible, en la *apofanía* o crisis aguda, en lo que llamamos la "ruptura psicótica aguda" o "episodio psicótico".

La relación simbiótico-adhesiva, esa forma particular de relacionarse el paciente con psicosis, no es pues tan sólo el "paisaje después de la batalla", sino una organización o estructura global para la relación que también aparece en ciertos síndromes neurológicos, en otros síndromes psicóticos, por drogas o por enfermedad médica, en el post-autismo y los trastornos multisistémicos y generalizados del desarrollo en la infancia, en algunos comas y pre-comas y en ciertos momentos de la vida cotidiana (alucinaciones catatímicas, estados hipnagógicos e hipnopómpicos, estados de ansiedad catastrófica...).

Al igual que hicimos con la organización relacional perversa, hemos intentado identificar, tanto por la bibliografía y por investigaciones, propias o ajenas, como por la propia clínica (67, 68, 69, 65, 13, 14) los once componentes fundamentales de la organización simbiótico-adhesiva. Esquemáticamente los enumeraríamos aquí así:

1. Predominio de la posición esquizo-paranoide, pero organizada defensivamente contra las ansiedades confusionales primitivas y catastróficas.
2. Predominio del primer modo incorporativo (52).
3. Como consecuencia de la organización relacional "oral-pasiva" y del "síndrome de difusión de la identidad", así como del predominio en la vida mental y relacional de la posición esquizo-paranoide no consolidada, como defensa

contra la *psicosis desintegrativa*, hay graves dificultades para el procesamiento emocional.

4. Con el consecuente predominio de las funciones emocionales proyectivas o sentimientos básicos (de desesperanza, desconfianza, descontentión y desvinculación) en la vida mental y relacional externa, y tanto a nivel individual como familiar
5. Con la consecuencia de importantes alteraciones de la capacidad de pensar, en las capacidades cognitivas.
6. Consecuencias sobre el self de los fenómenos señalados en 4 y 5: los *trastornos yoicos primarios*: Predominio de procesos elaborativos del tipo de la identificación proyectiva masiva, con especiales dificultades de integración, escisiones masivas con consecuencias disociativas graves, alteraciones en la escisión primitiva objeto bueno / objeto malo, defensas maníacas, procesos de “desmentalización” y “desmantelamiento, necesidad de simbiosis, necesidad de adhesividad por dificultades de introyección. . .
7. Y los *trastornos yoicos secundarios*: Trastornos en las meta-representaciones y las meta-meta-representaciones, trastornos de la capacidad diacrítica (juicio de realidad) y neurocognitiva, alucinaciones, delusiones, predominio de la fantasía y otras disfunciones cognitivas, baja tolerancia a la frustración, trastornos de conducta...
8. Con una forma de narcisismo predominante, dentro de las formas que esa defensa compleja del self, el narcisismo, puede conllevar en la especie humana (71). Una variante a la que hemos llamado (65,67) *narcisismo incoherente o narcisismo roto y delirante*.
9. Con un mundo interno o mundo de los objetos internos dominado por objetos internos combinados, a menudo sumamente irrealistas y/o persecutorios, por la necesidad de entrar en simbiosis con alguno de los objetos nucleares, por la inexistencia de una Triangulación Primigenia suficientemente introyectada, etc.
10. Se acaba formando pues un “núcleo duro” de la personalidad, sustentado en la tríada:
 - 1) “Narcisismo incoherente y delirante”
 - 2) Relación paranoide / Relación simbiótico-adhesiva
 - 3) Delusión (delirio: engaño, ilusión).

Pero ello no significa que en la vida relacional interna o externa puedan aparecer otros modelos u organizaciones relacionales: paranoide, evitativo, dramatizador, actuador

11. La metáfora que solemos utilizar para el *self paranoide* es la del “bunker defensivo, atrincherado”, pero en este caso, en el caso de la relación simbiótico-adhesiva, ese búnker está abigarradamente construido a lo largo del desarrollo y las relaciones, con elementos del tipo de los que aparecen en la tabla 1 abigarradamente mezclados, con grietas por las que aparecen intensas ansiedades o miedos tanto paranoides como de desintegración del propio self... Es lo que llamo *el bunker bizarro (más o menos) en ruinas*, construido con confusiones sujeto-objeto, con elementos oral-pasivos básicos, con simbiosis y adhesividad extremas, alternando con escisiones y disociaciones extremas y elementos de la relación paranoide... Un self, una personalidad sostenida in extremis por la delusión, las confusiones entre la realidad interna y externa, y por las confusiones self-objeto.

La *esencia de la relación simbiótico-adhesiva*, por tanto, estará formada por dificultades de procesamiento emocional, y dificultades de procesamiento cognitivo, con bases bioquímicas (y, a menudo, neurológicas) para las mismas, con simbiosis sujeto-objeto (refugio en el Objeto al que en otros momentos se teme con terror catastrófico), y reiteradas conductas adhesivas, imitativas, como sí, borderline...

Todo ello nos permite entender la *condición esquizofrénica crónica* como la dominada por la relación simbiótico-adhesiva, con residuos de los episodios de “ruptura psicótica”, tanto lesionales, resultados de la ruptura, como restitutivos, pero con la posibilidad de que aparezcan y dominen otras organizaciones patológicas de la relación y, también, elementos “sanos”, es decir, elementos de la organización de la relación (y la *posición*) “reparatoria” o “depresiva” (62-64, 67).

Otras aplicaciones de la psico(pato)logía basada en la relación

A lo largo de los años hemos intentado aplicar este modelo de *la psicopatología basada en la relación* en otros en trabajos pragmáticos y de investigación empírica: Por ejemplo, creemos que el mismo nos ha proporcionado una perspectiva mucho más amplia y comprensiva de fenómenos tales como el *burn-out* o *desgaste profesional* (72, 73), para las actividades de prevención en la infancia (74, 75), para la práctica de la *atención primaria a la salud mental* y la *atención sanitaria centrada en el consultante* (24, 27, 76), para la atención al duelo (22), para la psicopatología de la histeria (77, 78) y para entender y atender a diversas manifestaciones y episodios de trastornos somatomorfos epidémicos o *histeria*

de masas (79-81), etcétera... Son un conjunto de pasos en un sentido en el que coincidiríamos con numerosos pensadores y clínicos con perspectivas integralistas (¿bio-psico-sociales?).

Ciertamente, se trata de una perspectiva incipiente y tal vez todavía con insuficiente apoyo empírico sobre la misma, pero que a algunos nos ha proporcionado grandes ayudas para la clínica y la para la pragmática asistencial. Todo lo contrario que las “redondas” y en apariencia “bien arquitrabadas” clasificaciones psiquiátricas (¿psicopatológicas?) dominantes. A nuestro entender, en la actualidad éstas favorecen ya más la incomunicación que la comunicación entre profesionales de la psicopatología y entre éstos y otros profesionales asistenciales (médicos, psicoterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, etc.). En realidad, esas clasificaciones tipo DSM-5 y, cada vez más, las de la OMS, son formas de ver la realidad a la cuales bien se les podrían aplicar las ingeniosas y sabias palabras de uno de los Argensola (¿Bartolomé?, ¿Lupercio?) en su soneto «*A una mujer que se afeitaba y estaba hermosa*» (82):

*(...) Porque ese cielo azul que todos vemos,
ni es cielo, ni es azul. ¡Lástima grande
que no sea verdad tanta belleza!*

Bartolomé o Leonardo Lupercio de Argensola
(circa 1600)

BIBLIOGRAFÍA

1. Tizón, J.L., Clèries, X., Daurella, N. (compiladores) *¿Bioingeniería o Medicina?: El futuro de la medicina y la formación de los médicos*. Barcelona: Red Ediciones. 2012.
2. Borrell-Carrio F., Suchman A.L., Epstein R. El modelo biopsicosocial 25 años después: principios, práctica e investigación científica. En Tizón, J.L., Clèries, X., Daurella, N. (compiladores) o.c. (pp. 95-111).
3. Engel G. The need for a new medical model: a Challenge for biomedicine. *Science* 1977;196: 129-136.
4. Tizón J.L. A propósito del modelo biopsicosocial, tres decenios después: Epistemología, política, emociones y contratransferencia. En Tizón, J.L., Clèries, X., Daurella, N. (compiladores). o.c (pp. 111-121).
5. Tizón J.L. Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Ariel 1978.

6. Insel, Th. Director's Blog: Transforming Diagnosis. April, 29, 2013. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>. Visitada en enero-2015.
7. Galeote P, Tizón JL, Spagnolo E, Pellegrero N, Plans R. La cronificación del sufrimiento psicológico en la asistencia especializada ambulatoria de la Seguridad Social: Una perspectiva desde la Neuropsiquiatría de Zona. *Psiquis* 1986, 71: 35-58.
8. Castilla C. Cuarenta años de psiquiatría. Madrid: Alianza Universidad; 1987 (un resumen de la posición sobre el tema de Carlos Castilla puede encontrarse en *Inidentidad epistemológica de la psico(pato)logía*. Prólogo a JL Tizón. Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Ariel 1978.
9. Chalmers, A.F. *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?*. Madrid: Siglo XXI 1987.
10. Bofill P., Tizón J.L. *Qué es el psicoanálisis. Orígenes, temas e instituciones actuales* Barcelona: Herder; 2004; 2012.
11. Tizón JL. Asistencia basada en pruebas y psicoterapia. *¿Es evidente la evidencia?* *Quaderns de Salut Mental* (Barcelona). 2009;6: 8-42.
12. Bunge, M. *Treatise on Basic Philosophy*. Vol. VII. *Philosophy of Science and Technology*. Part II: *Life Science, Social Science and Technology*. Dordrecht: Reidel 1985.
13. Tizón, J.L. *Entender las psicosis: Hacia un enfoque integrador*. Barcelona: Herder-3P; 2013
14. Tizón, J.L. *Familia y psicosis: Cómo ayudar en el tratamiento*. Barcelona: Herder; 2014.
15. Popper, K *Conocimiento objetivo: un enfoque evolucionista*. Madrid: Editorial Tecnos. 2005.
16. Piaget, J. (Dir.) *Logique et connaissance scientifique*. Dijon: Gallimard; 1969.
17. Gergen, K.J. y Von Glaserfeld, E. *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Gedisa, 1996.
18. Watzlawick, P. y Ceberio, R. *La construcción del universo*. Barcelona: Herder; 2006.
19. Papert, S. *La familia conectada. Padres, hijos y computadoras*. Barcelona: Emecé; 1997.
20. Tizón JL. *El humor en la relación asistencial*. Barcelona: Herder 2005.
21. Tizón, J.L. *El poder del Miedo*. Barcelona: Milenio; 2011.
22. Tizón, J.L. *Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós; 2004. Herder, 2013.
23. Balint M. (1957) *The Doctor, His Patient and The Illness*. London: Pitman 1957. (2a ed., enlarged: New York: International Universities Press, 1964) (Traducción castellana: *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros Básicos 1969).
24. Tizón JL. *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: Bibliària 1999 (5ª ed.).
25. Street, R.L., Makoul, G, Arora, N.K., Epstein, R.M. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling* 74 (2009) 295-301.
26. Tizón, J.L. *Entre la medicina y el biologismo hoy: ¿Bioingeniería o medicina?* (pp 19-25).
27. Tizón, J.L. *¿Es necesario evolucionar hacia una formación más integral del médico clínico?* (pp. 195-209).
28. Tizón, J.L. *Psicopatología del poder: Un ensayo sobre la perversión y la corrupción*. Barcelona: Herder; 2015.
29. Holmes J, Neighbour R, Tarrier N, Hinselwood RD, Bolsover N. All you need is cognitive behaviour therapy?. *BMJ* 2002; 324:288-294.

30. Tizón, J.L. Editorial: Izquierda, izquierda, derecha, derecha, adelante, detrás, un, dos, tres... Revista de la Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría., 2012; 32 (113):3-9.
31. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press; 2002.
32. Read, J. *Modelos de Locura*. Barcelona: Herder; 2004.
33. Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., Read, J., van Os, J., Bentall, R.P. Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2012; 38(4): 661-71.
34. Eisenberg L. The Social Construction of Human Brain. *Am J Psychiatry* 1995;152,11: 1563- 1575.
35. Meaney, M. J. & Szyf, M. Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. *Dialogues Clin. Neuroscience*, 2005; 7, 103–123.
36. Green, V. (comp.): *Emotional Development in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience*. Hove and New York: Brunner-Routledge; 2003.
37. Schore A. The human unconscious: the development of the right brain and its role in early emotional life. En V. Green (comp.): *Emotional Development in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience*. Hove and New York: Brunner-Routledge; 2003.
38. Pinker, S. *El declive de la violencia: Los ángeles que llevamos dentro*. Barcelona: Paidós; 2012.
39. Geekie J., Read J. *El sentido de la locura: La exploración del significado de la esquizofrenia*. Barcelona: Herder-3P; 2012.
40. Millon, T. y Davis, R. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson; 1998.
41. Millon, T, Everly, G.S. *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca; 1994.
42. Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., Ramnath, R. *Trastornos de la personalidad en de la vida moderna*. Barcelona: Editorial Masson & Elsevier; 2006.
43. Liberman, D. *Comunicación y psicoanálisis*. Buenos Aires: Alex eds. 1978.
44. MacKinnon, R.A., y Michels, R. *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Interamericana; 1992.
45. Horowitz, L. M. *Interpersonal Foundations of Psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association; 2004.
46. Garety, Ph.A , Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P.E. A cognitive model of positive symptoms of psychosis. *Psychological Med*. 2001; 31: 189-195.
47. Freeman, D. Garety, Ph.A. Advances in understanding and treating persecutory delusions: A review. *Soc. Psychiat. Epidemiol*. 2014; odoi 10-1007/s00127-014-0928-7.
48. Ames, C.S., Jolley, S., Laurens, K.r., Maddox, L., Corrigan, R., Browning, S., Hirsch, C.R., Hassanal, N., Bracegirdle, K., Kuipers, E. Modelling psychosocial influences on the distress and impairment caused by psychotic-like experiences in children and adolescents. *Eur Child Adolescent Psychiatry*, 2013; doi 10.1007/s0087-013-0500-0.
49. Combs, D.R., Finn, J.A., Wohlfahrt W., Penn, D.L., Basso, M.R. Social cognition and social functioning in nonclinical paranoia. *Cognitive Neuropsychiatry* 2013; 18,6: 531-548.
50. David, D., Lynn, S.J., Ellis, A. *Rational and Irrational Beliefs: Research, Theory and Clinical practice*. London: London University Press; 2009.

51. David, D., Matu, S-A., David, O.A. New Direction in Virtual Reality-Based Therapy for Anxiety Disorders. *International J. of Cognitive Therapy* 2013; 6,2:114-137. www.labyrinthpsychotica.org.
52. Erikson, E.H. *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós; 1963.
53. Freixas J. *Psicopatología Psicoanalítica: El model Freud-Abraham*. Barcelona: Columna, 1997.
54. Livesley, J. (ed). *Handbook of Personality Disorders. Theory, Research, and Treatment*. New York-London: The Guilford Press. 2001
55. Bodei, R. *Imaginar otras vidas. Realidades, proyectos y deseos*. Barcelona: Herder; 2014.
56. Williams, A. H. *Cruelty, Violence and Murder*. London: Karnac; 1998.
57. Meltzer, D. *Estados sexuales de la Mente*. Buenos Aires: Kargiemán; 1974.
58. Meltzer D, Harris H, Hayward B. *El paper educatiu de la família*. Barcelona:Espaxs, 1989.
59. Steiner, J. Perverse relations between parts of the self: A clinical illustration. *Int. J. Psycho Anal.*, 1981, 62,241-251.
60. Steiner, J. Turning a Blind Eye: The Cover up for Oedipus. *International Review of Psycho-Analysis*. 1985; 12:161-172.
61. Kernberg, O.F, An overview of the treatment of severe narcissistic pathology. *Int.J. Psychoanalysis* 2014; 95,3: 865-888
62. Klein, M. (1940). El duelo y su relación con los estados maniáco-depresivos. En O. C. 2.
63. Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En O.C. 3..
64. Klein, M. (1957). Envidia y gratitud. En O.C. 3. (las citas literales provienen del tomo 6 de la edición de las Obras completas de Melanie Klein de Buenos Aires: Hormé; 1981).
65. Tizón J.L. *Psicopatología psicoanalítica especial de las psicosis*. En A. Díez y R. Luque R (eds.). *Psicopatología de los síntomas psicóticos*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, estudios, 2006
66. Andreasen, N.C. *Brave New Brain: Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*. New York: Oxford University Press; 2001.
67. Tizón, J.L. Mourning and psychosis: a psychoanalytic perspective. *Int J Psychoanal*. 2010, Dec;91(6):1337-61. doi: 10.1111/j.1745-8315.2010.00282.x. Epub 2010 Sep 14.
68. Conrad K. (1958). *La esquizofrenia incipiente*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología 1997.
69. Quijada, Y., Tizón, J.L., Artigue, J., Kwapil, T.R., Barrantes-Vidal, N. Attachment style predicts 6-month improvement in psychoticism in persons with at-risk mental state for psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2012; 6,4: 442-449.
70. Quijada Y, Tizón JL, Artigue J, Parra B. At-Risk Mental State (ARMS) detection in a Community Service Center for Early Attention to Psychosis in Barcelona. *Early Intervention in Psychiatry*. 2010; 4: 257-262.
71. Manzano J. y Palacio-Espasa F. *La dimensión narcisista de la personalidad*. Barcelona: Herder-3P; 2008.
72. Tizón, J.L. Desgaste profesional y "burnout": Realidades, burbujas y oxímoros. En A. Espino (coordinador). *Vida laboral, estrés y salud mental*. Madrid: Asoc. Española de Neuropsiquiatría. Estudios; 2012
73. Tizón, J. L. Gràcia, P. , Larripa, A. , Artigue, J. and Casajuana, J. (2013) Preventive care for burnout: General practitioner pilot program in Barcelona. *Health*. 2013; 5: 24-31. doi: 10.4236/health.2013.56A2005.

74. Tizón JL. Crianza de los hijos y actividad laboral: ¿Cómo aproximamos hacia la necesaria conciliación? Segunda Parte: Reflexiones psicológicas, psicopatológicas, psicopedagógicas y un epílogo pragmático. *Rev de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. 2011; 18(11):15-33.
75. Tizón, J.L. Crisi social i "parentalitat líquida": (I) Problemes i oportunitats. Y (II) . La necessitat de canvis teòrics, tècnics i pràctics. *Revista Catalana de Psicoanàlisi* 2013,30,2: 65-91 y 2014,31, 1: 9-47.
76. Tizón JL, San-José J, Nadal D. Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental. Barcelona: Herder 1997 y 2000.
77. Tizón JL. La historia como organización o estructura relacional: (1) Desde la psicopatología psicoanalítica. *Intersubjetivo / Intrasubjetivo* 2004; 6(1): 144-161.
78. Tizón JL. La historia como organización o estructura relacional: (2) Aplicaciones psicopatológicas y terapéuticas de esta perspectiva. *Intersubjetivo / Intrasubjetivo* 2004; 6(1): 162-175.
79. Tizón JL, Pañella H. En el centenario de los "estudios sobre la Histeria": Un servicio de Epidemiología atendiendo a un brote de Histeria Colectiva. *Informaciones Psiquiátricas* 1998, 150-151: 9-37.
80. Tizón JL, Pañella H, Maldonado R. ¿Epidemia de histeria, trastorno conversivo epidémico o trastornos somatomorfos epidémicos?: un nuevo caso de una realidad para el siglo XXI. *Aten Primaria* 2000; 30;25(7):479-88.
81. Tizón, J.L. Histeria de masas y biologismo en la medicina tecnológica. En el Libro de la Ponencia "El componente de salud mental en el hospital general". Madrid: AEN; 2015.
82. Blecua, J.M. La poesía aragonesa del barroco. Zaragoza: Guara (Nueva Biblioteca de Autores Aragoneses), 1980.

2.- Psicopatología e historia de la subjetividad

Enric J. Novella

Área de Historia de la Ciencia, Universidad Miguel Hernández, Sant Joan d'Alacant

Introducción

El controvertido estatuto epistemológico y la abrumadora presencia de las ciencias de la mente en la sociedad y la cultura contemporáneas han animado en las últimas décadas una riquísima y boyante historiografía en la que descuellan algunos clásicos indiscutibles de las ciencias humanas. A estas alturas, resulta de hecho una obviedad sugerir que la naturaleza esencialmente elusiva de todo este campo de conocimiento (1) ha permitido consolidar una aguda percepción de la radical historicidad no sólo de sus discursos y prácticas, sino incluso de su mismo objeto de estudio (2-3). Desde este punto de vista, puede decirse que estas disciplinas constituyen el producto histórico y contingente de un largo y complejo proceso de naturalización y secularización del alma o la conciencia (4), y que la mente —esa mente que, al menos desde el siglo XVIII, estudiamos en sus trastornos, su asiento somático o sus funciones (5)— es, ella misma, el resultado de una determinada manera de ver al ser humano cuya cristalización acompaña al despliegue de la ciencia y la cosmovisión moderna (6).

Entre otras cosas, la asunción más o menos generalizada de su historicidad ha conducido a numerosos autores a abordar las ciencias de la mente como uno de los escenarios paradigmáticos de las tensiones y aporías relacionadas con el sujeto como categoría central de la modernidad. Así, por un lado, su surgimiento, su evolución y su extraordinaria proyección no pueden entenderse sin la conformación histórica de una conciencia o subjetividad psicologizada, esto es, de una cultura de la individualidad definida por la reflexividad, la promoción de la interioridad y la adscripción de las claves de la identidad personal al ámbito del psiquismo (7-9). Pero, por el otro, con su tradicional énfasis en la determinación de los mecanismos subpersonales de la conducta y la experiencia y en el desenmascaramiento de sus móviles ocultos, las ciencias de la mente también han contribuido de un modo decisivo a señalar las escisiones y fracturas que comprometen la unidad, la auto-

disposición y la coherencia del sujeto, fomentando así esa conciencia de crisis en torno a él que atraviesa la cultura contemporánea y que, huelga decirlo, se nutre a partes iguales de positivismo y de sospecha (10-11).

En cualquier caso, la centralidad de estas cuestiones ha generado en los últimos años un claro esfuerzo por emplazar el estudio histórico de las ciencias de la mente en el contexto más amplio de una historia social, cultural e incluso política de la subjetividad. Y, de este modo, los trabajos inspirados por este planteamiento han tratado de analizar no sólo el modo en que los desplazamientos sociales y culturales vinculados a la irrupción del mundo moderno han condicionado su formación, su articulación doctrinal o su propia institucionalización como disciplinas científicas, sino también su paulatina implantación como marcos de autocomprensión que mueven a los individuos a verse y actuar de una determinada manera con respecto a sí mismos (12-15).

En el caso concreto de la psicopatología, no cabe duda, por un lado, de que — como subrayó certeramente hace unas décadas la psiquiatra y psicoanalista francesa Gladys Swain— su misma constitución histórica resulta inseparable de la conversión de la figura tradicional del loco en lo que podríamos denominar un sujeto psicológico (16), y, en definitiva, de una progresiva incursión y apropiación discursiva del ámbito del psiquismo por parte de la medicina; pues, como es obvio, sólo una medicina abierta a la exploración sistemática del mundo psicológico en sus relaciones con la salud y la enfermedad pudo forjar, validar y cultivar un ámbito propio en el psiquismo del loco y proceder así a una paulatina medicalización del mismo (17-19). Pero, por otro lado, también parece evidente que las transformaciones históricas de la subjetividad —o, si se quiere, de las pautas de relación, comprensión y actuación de los individuos consigo mismos— mantienen una estrecha relación con los conceptos y las categorías más destacadas de la medicina mental, de manera que a muchos de ellos se los ha vinculado repetidamente con el *Zeitgeist* e incluso han circulado ampliamente como diagnósticos culturales de las vicisitudes de la individualidad y la subjetividad a lo largo de las sucesivas etapas de la modernidad. Así, del mismo modo que la melancolía actuó en la era premoderna como una metáfora omnímoda y recurrente del desorden en una época marcada por la quiebra del orden teocrático, el ocaso de la aristocracia y el incipiente individualismo de los humanistas (20), la práctica totalidad de las entidades psicopatológicas —entre las que cabe mencionar algunas más “clásicas” como la manía, la histeria o la paranoia, y otras más “actuales” como la ansiedad, la depresión, la sociopatía o la personalidad narcisista— han podido ser interpretadas como una expresión más o menos directa de las tensiones esenciales que caracterizan al sujeto contemporáneo (21).

Con el objeto de sustanciar estas apreciaciones, el presente trabajo ofrece, en primer lugar, una mirada a los orígenes de la psicopatología como una empresa dirigida primariamente a descifrar –y cosificar– la subjetividad del loco; en segundo término, un breve análisis de la constitución y la proyección cultural de una categoría tan emblemática del discurso psicopatológico como la esquizofrenia; y, por último, una exposición sumaria de los rasgos más destacados de la individualidad y la subjetividad actual y sus principales amenazas y líneas de fractura. En el primer caso, interesa especialmente mostrar la oscilación constitutiva entre la “clínica de la escucha” que inspiró la temprana reconstrucción de la “vida psíquica mórbida” y el proyecto de objetivación de los síntomas y enfermedades mentales acometido por las primeras generaciones de alienistas con su “clínica de la mirada”; en el segundo, se busca poner de manifiesto el notable potencial simbólico de la esquizofrenia como una condición que aporta una información muy rica y valiosa sobre los intrincados y procelosos caminos de la conciencia moderna; y, en el tercero, se pretende subrayar la gran relevancia de la problemática de la identidad personal en la comprensión de algunos de los trastornos mentales más comunes de nuestro tiempo. Pero, en todos los casos, se trata de advertir, antes que nada, el importante lugar de la psicopatología como una suerte de emanación reflexiva de la propia modernidad, así como el papel irremplazable de la historia de la subjetividad en la perentoria tarea de esclarecer lo que somos y el mundo en que nos ha tocado vivir.

La clínica de la subjetividad

A principios del siglo XVIII, Herman Boerhaave, una de las grandes figuras de la medicina europea del momento, expresaba su convicción de que era del todo inútil interesarse por “las inconsistentes ideas de los locos” y advertía enfáticamente a sus alumnos de la Universidad de Leiden que “no es asunto de los médicos conocer lo que es la mente y cómo ésta pasa de un pensamiento a otro [...] pues, aunque todas sus propiedades son reales, su conocimiento no tiene ninguna utilidad para el médico en la medida en que no guarda relación alguna con el cuerpo” (22). Por el contrario, un siglo después, Joseph Guislain explicaba a los asistentes a sus *Lecciones orales sobre las frenopatías* en el hospicio de alienados de Gante que la práctica de su oficio exigía justamente “saber penetrar en el dominio de las ideas y remover los motivos más profundamente ocultos para descubrir las concepciones mórbidas”, y que el novedoso proceder del alienista pasaba invariablemente por

“colocar una sonda en el receptáculo de los sentimientos, las ideas y las pasiones, percutir moralmente el entendimiento y saber explorar el pulso moral” (23).

Estos testimonios, que podrían multiplicarse con relativa facilidad, pueden considerarse como una buena prueba no sólo de la ruptura introducida por la psiquiatría con respecto a toda la medicina anterior de la locura, sino también de las principales coordenadas epistemológicas y culturales en las que cabe situar su azarosa invención en el tránsito del siglo XVIII al XIX. En concreto, el decisivo desplazamiento operado a partir del planteamiento de Boerhaave ratifica que el psiquismo y sus atributos asumieron a partir de un determinado momento una presencia cultural y una posición en el orden del saber que les confirieron una cierta entidad y substantividad como objetos de conocimiento (médico) (24). Pero, asimismo, el significativo símil empleado por Guislain avala explícitamente la tesis del filósofo francés Marcel Gauchet según la cual “detrás de un positivismo clínico del que alardea ruidosamente, esa ciencia médica de un tipo muy especial” que es la psiquiatría constituye, “a su manera, una exploración del campo subjetivo” (25).

Ciertamente, dicha particularidad de la medicina mental había sido ya advertida y problematizada en las aportaciones pioneras de Michel Foucault (26). Pero donde Foucault había visto la instauración de un régimen discursivo y disciplinar que había sepultado “lo otro de la razón” bajo el peso de una conciencia exclusivamente analítica o médico-psicológica (27), el tándem formado por Gladys Swain y Marcel Gauchet identificaron una transposición al campo de la locura de la escisión constitutiva del individuo moderno y el emplazamiento de una alteridad esencial en su psiquismo (28). Y si para Foucault la nueva comprensión de la “alienación mental” encarnada por Philippe Pinel no era sino una suerte de “sadismo moralizante” que había transformado la violencia externa de las cadenas en la “violencia simbólica de la interpretación” (29), la novedad esencial aportada por Pinel habría consistido, a juicio de Swain y Gauchet, en el “reconocimiento tácito de esa parte irreductible de subjetividad que deja subsistir la locura” (25).

Sea como fuere, lo que parece indudable es que, desde sus mismos orígenes, la medicina mental fue deudora de un contexto cultural atravesado por la prominencia y la conflictividad de una subjetividad obligada a construirse, narrarse y confrontarse con su propia vulnerabilidad e irracionalidad, hasta el punto de identificar en la locura un fracaso potencialmente universal y constitutivo de lo humano (30). En 1816, Jean-Étienne-Dominique Esquirol, el más activo y carismático de los discípulos de Pinel, abrió su extensa contribución sobre la locura para el célebre *Diccionario de ciencias médicas* de C. L. F. Panckoucke con la si-

guiente observación: “Cuántas meditaciones se ofrecen al filósofo que, apartándose del tumulto del mundo, recorre un asilo para alienados! Allí encontrará las mismas ideas, los mismos errores, las mismas pasiones, los mismos infortunios: todo es como en el mundo mismo. Pero, en un asilo, los rasgos son más fuertes, los matices más acusados, los colores más vivos, los efectos más claros, porque el hombre se muestra en toda su desnudez, porque no encubre sus pensamientos, porque no oculta sus defectos, porque no presta a sus pasiones el encanto que seduce, ni a sus vicios la apariencia que engaña” (31). Este fragmento, muy conocido y citado, puede tomarse como un testimonio que, procedente de la pluma de un autor especialmente comprometido con la promoción institucional del alienismo, compendia de una forma particularmente lapidaria la apreciación precedente. Pues, si como apunta Esquirol, la locura se manifiesta en “ideas, errores, pasiones e infortunios” que sólo se diferencian de lo que puede encontrarse en el “tumulto del mundo” por una cuestión de grado, el loco ya no remite a una alteridad completa e irreversible, sino que se halla en una relación de continuidad con respecto al cuerdo (con el que, en definitiva, comparte las mismas estructuras mentales) (25, 32); pero el loco, además, encarna una claudicación del psiquismo cuyas lecciones tienen alcance universal, pues en ella el hombre se revela “en toda su desnudez” y su fragilidad carece de un asidero que permita ocultarla bajo el engañoso disfraz de la cultura. Por ese motivo, es susceptible de un abordaje “moral” (33) que, bajo la benéfica tutela del médico y el asilo, podrá devolverlo a una sociedad que ya no reconoce un “afuera” y aspira a asimilar la diferencia, pero el suyo —y aquí es necesario reconocer el mérito de la lectura foucaultiana— ya no es un error feliz y soberano, sino un “sufrimiento” que lo despoja y degrada en lo más propio de su ser y lo confina en un universo psicológico del que ya nunca podrá escapar.

En cualquier caso, una vez asumido que el “descubrimiento” del psiquismo del loco constituye el logro fundacional de la psiquiatría, todavía es necesario precisar el modo en que la medicina pudo forjar, validar y cultivar un dominio específicamente psiquiátrico justo en el momento histórico en que lo hizo. Y lo cierto es que, desde este punto de vista, el desarrollo de un conocimiento propiamente médico del psiquismo y la emergencia de una disciplina como la medicina mental constituye un largo y complejo proceso que no sólo requirió las aportaciones más o menos inspiradas de una insigne estirpe de pioneros, sino que se apoyó, ante todo, en una profunda transformación de la comprensión que los mismos médicos tenían de su saber, de sus fines y de sus ámbitos legítimos de actuación.

Como es sabido, el interés de la medicina por las “enfermedades del alma” se remonta a la Antigüedad clásica, pero, hasta bien entrado el siglo XVIII, los médicos formados en la tradición hipocrática y galénica las consideraron mayormente como unos trastornos de índole espiritual que, aunque pudieran tener un efecto muy perturbador sobre la salud del cuerpo, concernían por definición a la periferia de la naturaleza enfermable (34). Posteriormente, también es sabido que, relegando el psiquismo a la esfera de una *res cogitans* transmundana, la filosofía cartesiana mantuvo el viejo reducto del alma como un ámbito esencialmente inaccesible al mecanicismo militante de la *nuova scienza*. Sólo con la difusión de algunas de las corrientes más emblemáticas de la ciencia y el pensamiento ilustrado como el vitalismo o el sensualismo, el conocimiento empírico o “fisiológico” del psiquismo o, como se decía entonces, del “hombre intelectual y moral”, pudo convertirse en un campo legítimo de estudio y conformar incluso un objeto de atención preferente para los médicos. Del paradigma del “hombre máquina” a la noción de “hombre sensible”, y de la consideración del individuo aislado a un creciente interés por su entorno, la nueva fisiología de la época permitió superar las limitaciones de las viejas posiciones dualistas por medio del recurso a conceptos de orden superior como “sensibilidad”, “irritabilidad”, “organización” o “economía animal”, con lo que no sólo pudo explicarse sobre nuevas bases el “comercio” entre la parte física y moral del hombre, sino también la propia interacción entre naturaleza y cultura (5, 35-36). Así las cosas, algunas figuras señaladas de la medicina ilustrada como el francés Antoine Le Camus, el alemán Johann-Georg Zimmermann o el suizo Samuel-Auguste Tissot insistieron en el papel crucial de la imaginación o las pasiones en la génesis de las más diversas enfermedades, al tiempo que otros autores, como el escocés John Gregory en 1765, se lamentaban de la “indecible pérdida que supone para los médicos no haber tenido en cuenta, por lo general, las leyes peculiares de la mente y de su influencia sobre el cuerpo” (37).

A finales del siglo XVIII, pues, el estudio del “hombre intelectual y moral” se había convertido ya en un tópico sistemáticamente reivindicado por los médicos frente a las aportaciones de los filósofos o los moralistas, y, a partir de ese momento, la medicina no sólo empezó a apoyarse en el conocimiento psicológico proporcionado por diversas teorías y filosofías de la mente, sino a concurrir abiertamente con éstas en la empresa de explicar científicamente los mecanismos de la conducta y la experiencia. En 1798, por ejemplo, el médico escocés Alexander Crichton explicaba que “desde un punto de vista médico, las pasiones deben ser consideradas como parte de nuestra constitución natural, la cual debe ser examinada con el ojo del

historiador de la naturaleza y el espíritu y la imparcialidad del filósofo. No importa [...] si las pasiones son vistas como afecciones naturales o artificiales, morales o inmorales. Son *meros fenómenos* cuyas causas naturales debemos indagar” (38). Frente a la concepción tradicional del alma como una instancia espiritual vinculada a la intervención divina y a la economía del pecado y la salvación —y ajena, como pensaba Boerhaave, a las competencias del médico—, el fundamento del estudio de las pasiones propuesto por Crichton residía, como él mismo señalaba, en su condición de “meros fenómenos”, que, en consecuencia, podían ser objeto de un “examen imparcial” con el “ojo del historiador de la naturaleza” (39). Y, sólo dos años más tarde, el propio Pinel —muy influido a su vez por la obra de Crichton— suscribía esta anexión médica de las pasiones animando a emprender “el verdadero conocimiento de estas afecciones, cuya historia exacta pertenece a la medicina; pues, ¿no corresponde acaso a esta última ciencia dar a conocer sus caracteres más notables y específicos, las circunstancias que las hacen nacer, su influencia tan común sobre lo moral y lo físico y las diversas enfermedades a que pueden conducir?” (40).

En estas coordenadas, y en un movimiento que, en palabras de Paul Bercherie, funda la clínica psiquiátrica como “método consciente y sistemático” (41), Pinel definió justamente el cometido central del alienista como una atenta exploración de las pasiones dominantes —y, en consecuencia, del mundo interno del paciente— por medio de una estrecha convivencia en el renovado marco del asilo (42). De hecho, su célebre *Tratado* insiste una y otra vez en invocar a Hipócrates y reivindicar el papel de la observación y “el método descriptivo más severo” como los únicos caminos aptos para elaborar un conocimiento verdaderamente científico de la locura (43), señalando explícitamente que el “talento y la sagacidad” de los médicos debe dirigirse preferentemente al “descubrimiento de una afección moral oculta” y al “análisis de sus matices, grados y combinaciones más diversas” (40). Pinel reconoce, eso sí, que “entre los ramos de la historia natural, el más difícil es el arte de observar las enfermedades internas y conocerlas por sus caracteres exteriores”, y que el “estudio de la enajenación del alma [no puede sino] aumentar estas dificultades” debido, por un lado, a la lógica reserva que puede provocar en los locos el “manifestarles una intención directa de observarlos y penetrar el secreto de su pensamiento” y, por el otro, a la tendencia a “mezclar discusiones metafísicas y disgresiones del ideologismo con una ciencia puramente de hechos” (40). Pero, en todo caso, también se muestra firmemente convencido de que, aplicando con “rigor y sobriedad” los conocimientos psicológicos, determinando “del modo más preciso los términos tomados de las ciencias accesorias” y no perdiendo de vista

“los signos exteriores y los cambios físicos que pueden corresponderles”, el análisis de las afecciones morales y las “funciones del entendimiento humano” —entre las que ya menciona la atención, la percepción, la memoria o la asociación de ideas— permitirá superar la “confusión y el desorden” y conducir con paso seguro la “doctrina de la alienación mental” (40).

A partir de Pinel, este “trabajo de disección de la vida psíquica mórbida” (44) dio lugar —entre otras cosas— a un nuevo lenguaje descriptivo que, por primera vez en la historia, ya no se limitaba a referir groseramente el comportamiento observable o la competencia psicosocial del individuo, sino que aspiraba a aislar e identificar en el ámbito de la subjetividad los “trastornos elementales” de la locura (45). En este proceso, es necesario destacar la importante aportación de Esquirol, cuya elaboración de la noción de monomanía consagró la idea de una afectación parcial —y, en cierto modo, localizada— del psiquismo y cuya reformulación del concepto de alucinación como síntoma psíquico elemental (46) sancionó definitivamente el carácter “psicolítico” de la nueva semiología psiquiátrica (44, 47) e impulsó notablemente la “pulverización atomística” de las categorías tradicionales de la locura (manía, melancolía, demencia e idiotismo) y su sustitución ulterior por la noción de enfermedades mentales discretas (48-49). Pero, asimismo, el énfasis en la dimensión emocional o afectiva de la vida psíquica alentado por el despertar de la conciencia romántica y el declive de la epistemología asociacionista condujeron a un cuestionamiento de la visión intelectualista tradicional de la locura y permitieron subrayar el componente afectivo de ciertos trastornos, a la vez que dieron lugar al histórico descubrimiento por Guislain de la “frenalgia” o dolor moral como expresión del íntimo sufrimiento generado por la locura (23).

Como señaló el mismo Foucault, y por muy sorprendente que pueda resultarnos hoy en día, “nunca, antes de finales del siglo XVIII, se le había ocurrido a un médico la idea de querer saber lo que decía un loco, cómo lo decía ni por qué lo decía” (27). En este sentido, y más allá de sus reiteradas apelaciones a una observación “potencialmente purificada de todo otro procedimiento” (41), resulta evidente pues que la irrupción del alienismo también supuso la instauración de un novedoso “diálogo con el insensato” —por muy asimétrico que fuera— y una “clínica de la escucha” que, en expresión del propio Esquirol, debía permitir “leer” el pensamiento y la experiencia de los enfermos (50). De este modo, los pioneros de la medicina mental sazonaron sus obras con abundantes reproducciones del discurso de sus pacientes, y en algunos casos como el del polémico François Leuret,

no dudaron en recurrir a todo tipo de medidas coercitivas para obligarlos a hablar y confesar el extravagante repertorio de sus delirios y alucinaciones (51).

Con la misma finalidad de “atrapar” los esquivos síntomas de la enfermedad mental, otros destacados discípulos de Esquirol desarrollaron estrategias más sutiles, como es el caso de Jacques-Joseph Moreau de Tours y sus intentos de recrear mediante el consumo de hachís la experiencia inefable de la locura (52) o el del más convencional Alexandre Briere de Boismont con sus análisis de los escritos de los suicidas (53). Esta última práctica iba a dar lugar a una influyente tradición que ha gozado en los últimos años de una notable atención historiográfica (54-55), y en la que se manifiesta con claridad el proyecto del primer alienismo de internarse en la subjetividad del paciente, escudriñar su producción espontánea y extraer las correspondientes implicaciones semiológicas, terapéuticas y forenses. Ciertamente, la naturaleza esencialmente objetivante y analítica de la clínica psiquiátrica y el posterior reforzamiento de su organicismo militante no permiten hablar de un interés genuino por el contenido concreto de las vivencias, los pensamientos, los deseos o las inquietudes de los enfermos. Pero, en todo caso, no cabe duda de que toda esta novedosa aproximación al psiquismo del loco encarnada por la medicina mental constituye un fenómeno muy relevante cuyo sentido epistemológico y cultural aguarda todavía un esclarecimiento más concluyente.

En este sentido, podría decirse incluso que, frente a otras célebres antinomias que acompañan el despliegue de la compleja síntesis institucional, legal, teórica y práctica que es la psiquiatría (emancipación *vs.* integración, responsabilidad *vs.* tutela, mente *vs.* cerebro, fragmentación *vs.* unidad, constitución *vs.* experiencia, etc.), la mirada y la escucha —o si se quiere, el ojo y el oído— conforman su oposición verdaderamente constitutiva y fundacional desde el punto de vista de la actitud cognoscitiva y la sensibilidad social. De hecho, y a pesar de que se ha identificado certeramente la mirada como la “metáfora que obsesiona [a la clínica psiquiátrica]” (41), el gran dilema que parece atrapar al alienismo desde sus orígenes es, en gran medida, un dilema relacionado con la visibilidad: por un lado, debe postular que los fenómenos de la locura son enteramente visibles y enunciables para legitimar sus aspiraciones como saber; pero, simultáneamente, también debe desmentir dicha visibilidad —e incluso postular su radical invisibilidad al ojo no entrenado— para erigir el monopolio de su experticia (32). Que los médicos se decidieran en un determinado momento histórico a dejar hablar y escuchar a los locos podría tomarse, en suma, como una consecuencia nada menor e intrascendente de dicha encrucijada.

La esquizofrenia y la conciencia moderna

En 1922, esto es, apenas una década después de que Eugen Bleuler “descubriera” la esquizofrenia, Karl Jaspers concluía su conocida patografía del dramaturgo sueco August Strindberg señalando que “uno estaría tentado a afirmar que, así como la histeria debe de haber tenido una predisposición natural al espíritu anterior al siglo XVIII, la esquizofrenia quizá encaja con nuestra época” (56).

La esquizofrenia, ya se sabe, no es un trastorno o, si se quiere, una enfermedad mental como las demás. Al implicar y comprometer las estructuras elementales de todo aquello que asociamos con aspectos nucleares de nuestra cultura como la individualidad, la privacidad, la identidad o la agencia, se trata de una condición que impregna la totalidad de la existencia y confiere a su portador un perfil psicológico constante y muy definido (57); no se tiene esquizofrenia, se es esquizofrénico (58). Pero, en un sentido más amplio y atendiendo al enorme potencial simbólico que ha ido atesorando a lo largo del siglo XX, su propia naturaleza parece decirnos, sugerirnos o incluso mostrarnos —como bien advirtió Jaspers— algo importante y esencial con respecto al “espíritu de nuestro tiempo”. De hecho, todavía hoy vemos en ella una experiencia radical que, como nuestra época, remite a la inseguridad y al miedo, a lo anómico y heterodoxo, a lo oscuro e inefable, y que conduce a una destrucción de los vínculos interpersonales, a una ruptura con la historia y la tradición y a un abandono del territorio del lenguaje y los significados compartidos (59).

Como es sabido, la historia del concepto de esquizofrenia tiene su punto de partida más conocido y definido en la descripción de la llamada *Dementia praecox* por parte de Emil Kraepelin, el cual reunió inicialmente bajo un mismo epígrafe de “procesos de deterioro” (*Verblödungsprozesse*) un conjunto de cuadros clínicos formado por la *Dementia praecox*, la *Katatonie* y la *Dementia paranoides*. Estas tres formas, agrupadas en la 5ª edición de su *Lehrbuch* (1896), fueron finalmente consideradas una sola enfermedad a partir de la 6ª edición de 1899. Como es sabido, Kraepelin estableció entonces dos grandes grupos de psicosis endógenas: la psicosis maniaco-depresiva, curable, y la demencia precoz, incurable (60). Posteriormente, completó esta clasificación diferenciando dos formas evolutivas de la demencia precoz: la progresiva, que conduciría a un deterioro permanente, y la que cursaba con brotes y sin un déficit irreversible. Aunque la agrupación en una misma enfermedad de las formas paranoides con la hebefrenia (Ewald Hecker) y la catatonía (Karl Kahlbaum) resultaba algo forzada desde el punto de vista teórico

y fue muy criticada por los psiquiatras franceses (61), Kraepelin creía que se trataba de “un conjunto de cuadros clínicos que tienen la particularidad común de conducir a estados de un deterioro psíquico característico” (62). Y, de este modo, describió toda una serie de síntomas deficitarios –deterioro afectivo (*gemütbliebe Verblödung*), apatía, indiferencia, desorganización del pensamiento, disgregación psíquica (*Zerfahrenheit*), etc.– como las manifestaciones nucleares de la *Dementia praecox*.

Enlazando y rompiendo simultáneamente con las limitaciones de la aproximación kraepeliniana y la semiología tradicional, Bleuler, por su parte, ofreció una revolucionaria caracterización del cuadro clínico a partir de lo que consideraba su rasgo psicopatológico fundamental: la escisión del yo. Como es sabido, esta nueva perspectiva le llevó a introducir el neologismo “esquizofrenia” (literalmente, “mente escindida”) para denominar la entidad aislada por el *kaiser* Kraepelin, pero su propuesta no se limitaba a sugerir una mera variación terminológica, sino que se derivaba de una nueva mirada al loco y su locura en la que la clínica –sintomatología y evolución– pasaba a un segundo plano y la interpretación psicopatológica asumía una importancia central (63). En su opinión, lo que definía el proceso esquizofrénico era una peculiar “escisión” (*Spaltung*) de las funciones psíquicas resultante de la acción de “complejos” independientes o cadenas de representaciones con un determinado tono afectivo que, al dominar sucesivamente la personalidad, comprometían su unidad. Inspirado en los estudios psicométricos de Carl Gustav Jung sobre los trastornos de las asociaciones de ideas y en las primeras explicaciones de Freud sobre los mecanismos rectores de las formaciones inconscientes, Bleuler creía que en la esquizofrenia actuaba una debilidad asociativa primaria que impedía una integración adecuada de los contenidos de la conciencia y conducía así a la desorganización del psiquismo característica de la enfermedad (64).

En las décadas siguientes, el empeño de los psiquiatras se diversificó entre el análisis exhaustivo de la psicopatología específicamente esquizofrénica y la identificación clínica de aquellos signos o síntomas que permitieran un diagnóstico más circunscrito y fiable. En esta última línea, el autor que se distinguió de un modo más notable fue, sin duda, Kurt Schneider, que asumió en 1946 la prestigiosa cátedra de Heidelberg y proporcionó una influyente caracterización de los síntomas esquizofrénicos. Eludiendo toda referencia a la evolución o al pronóstico y creyendo nuevamente que la mera observación clínica desprovista de cualquier consideración teórica era suficiente para establecer el diagnóstico, Schneider aisló una serie de experiencias psicóticas que denominó de “primer rango” por su

utilidad para detectar la presencia de lo esquizofrénico. Tal como formuló a partir de 1950 en su *Psicopatología clínica*, estos síntomas incluían “la sonorización del pensamiento, la audición de voces que opinan y replican al sujeto, la audición de voces que comentan sus acciones, las experiencias corporales de influencia, el robo del pensamiento y otras influencias ejercidas sobre el pensamiento, la difusión del pensamiento, la percepción delirante y la convicción de ser influenciado en los sentimientos, tendencias y voliciones” (65).

A pesar de su deseo de mantenerse en los márgenes estrictos de la clínica, Schneider no pudo evitar reconocer que la mayoría de estos síntomas compartían un rasgo fenomenológico común, y que éste consistía en una pérdida de los límites del yo o un aumento mórbido de la permeabilidad en la barrera entre el yo y el mundo. Más concretamente, los síntomas de primer rango destacaban justamente por abarcar todas las manifestaciones de lo que los alienistas franceses habían definido como “xenopatía”, esto es, la experiencia de la propia actividad psíquica (lenguaje, pensamientos, sentimientos, intenciones, etc.) como ajena o impuesta (61). Y, de este modo, la aportación de Schneider suministró el tercer gran pilar sobre el que sigue descansando en la actualidad el concepto clínico convencional de esquizofrenia (66), añadiendo al deterioro kraepeliniano y a la desorganización bleuleriana los llamados “trastornos del yo” (*Ich-Störungen*) como eje central de sus manifestaciones clínicas (67).

Acompañando todo este proceso de descripción y fijación conceptual, el análisis del mundo interno y la subjetividad esquizofrénica ha ocupado a varias generaciones de psiquiatras y constituye, sin duda, uno de los grandes logros de la psicopatología de inspiración fenomenológica (68). Con el doble objetivo de lograr una comprensión global del cuadro clínico y de reconstruir “desde dentro” su experiencia, las descripciones y reflexiones legadas desde esta tradición —que se remonta a la obra pionera de Eugène Minkowski en la década de 1920— han permitido esbozar una caracterización de la alienación esquizofrénica que no sólo dota de inteligibilidad a sus distintas manifestaciones clínicas, sino que permite ubicarla y entenderla en unas coordenadas históricas y culturales más amplias. En líneas generales, esta perspectiva se ha centrado en dar cuenta de tres órdenes de fenómenos que conciernen, respectivamente, a la vida social, la vivencia del cuerpo y los propios contenidos de la conciencia, perfilando los contornos de la experiencia esquizofrénica en unos términos muy alejados de la visión tradicional de la psicosis como una regresión o claudicación “incomprensible” (Jaspers *dixit*) del psiquismo. De hecho, se ponga el acento en el autismo (69), la obliteración del

“sentido común” (70) o el “desencarnamiento” del yo (71), lo cierto es que la mirada fenomenológica permite entender el mundo esquizofrénico como una suerte de paroxismo aberrante de la reflexividad cuyas manifestaciones psicopatológicas más prominentes remiten de forma invariable a la misma atmósfera cultural que alumbró la literatura de James Joyce, Marcel Proust y Franz Kafka o la pintura de Giorgio de Chirico, René Magritte y Salvador Dalí (72).

En este sentido, es posible establecer una serie de analogías y paralelismos muy reveladores entre el modernismo estético –al que Ortega describió justamente como un “subjektivismo radical” (73)–, la conciencia esquizofrénica y lo que el filósofo canadiense Charles Taylor ha definido como el “yo epifánico de las vanguardias” (8): intentos de superación del ideario positivista/naturalista, perspectivismo, relativismo, fragmentación del yo, interés por el mundo onírico, instintivo y el psiquismo “primitivo”, autorreferencialidad, egotismo, etc. Desde este punto de vista, la experiencia esquizofrénica ha sido incluso equiparada con la propia conciencia moderna y su ciencia positivista (74-75), pues ambas tienden a desencarnar el mundo y sustraerle todo aliento, vitalidad o trascendencia; desplazan al sujeto más allá de un orden compartido de sentido; reducen los fenómenos a su mera apariencia y transforman la vida en un simple mecanismo del que, en última instancia, sólo cabe ser un espectador desapasionado. No en vano, así describía el “yo moderno” el poeta alemán Gottfried Benn en un célebre ensayo de 1919: “ojo mortecino, pupila ensimismada, sin reflejar siquiera personas, tan sólo el yo; orejas sobrecrecidas hasta cerrarse y escuchar su propio caracol, sin recibir ningún estímulo externo, tan sólo el ser; en sobresazón, putrefacto, jirafudo, reluctante a la circuncisión, sin fe y sin doctrina, sin ciencia y sin mito, sólo conciencia eternamente absurda, eternamente torturada” (76).

En síntesis, pues, la esquizofrenia puede entenderse en el marco de referencia de la historia de la subjetividad como un fenómeno estrechamente relacionado con la implantación de los nuevos “modos de pensar, creer y sentir característicos de las sociedades occidentales modernas” (72). De hecho, podría decirse incluso que se convirtió en una condición culturalmente posible en cuanto los seres humanos se vieron forzados a asumir lo que el sociólogo británico Anthony Giddens ha denominado el “proyecto reflexivo del yo”, esto es, a cultivar una interioridad psicológica y a entrar en un intercambio público en torno a la misma (77). En concreto, esta exigencia implica una serie de operaciones emblemáticas de la conciencia moderna en las que el esquizofrénico pone de manifiesto su alteridad y la esencia misma de su alienación. La primera de ellas concierne la *objetivación* de los contenidos de

conciencia resultante de la sistemática (y necesaria) asunción por parte del sujeto moderno de una posición de tercera persona ante ellos (8). La segunda se relaciona con la tendencia a la *reflexividad* y la observación de segundo orden que impregna numerosas facetas de la vida moderna (78), y que lleva a la conciencia a marchar, por así decirlo, siempre un paso por detrás de sí misma: como en las pinturas de Magritte, no ve el mundo, sino que observa la percepción que hace de él; no percibe las cosas, sino que medita sobre las impresiones que éstas le producen. Y, por último, la tercera tiene que ver con el mismo fenómeno que permitió a Bleuler acuñar su neologismo y teorizar sobre la subjetividad esquizofrénica, a saber, el alto grado de escisión o *fragmentación* que la conciencia moderna ha de ser capaz de sobrellevar para ejecutar sus operaciones (79) y que, en última instancia, le obliga a verse continuamente confrontada con algo (pensamientos, sensaciones, etc.) que no es ella misma, pero que, sin embargo, se aloja en su interior.

La esquizofrenia, en suma, mantiene una relación constitutiva con el reto y la exigencia moderna de instituirse como un sujeto que, a su vez, se objetiva a sí mismo, atiende a sus propias operaciones y fragmenta su conciencia. Y, en ese sentido, puede decirse que no es sino el testimonio más dramático de una cultura que a todos nos convierte en poseedores, informantes y manipuladores de un “yo”, y que a todos nos lleva a relacionarnos con el mundo, los demás y nosotros mismos desde el parapeto de una reflexividad que nos aleja de la espontaneidad, la inmediatez y— como deploraban los románticos— quizá también de la vida. Una cultura que, como no podría ser de otra manera, lleva así en su núcleo el germen y el fundamento de su propia alienación.

Subjetividad expresiva y patología de la identidad

Como muestra con claridad el caso de la esquizofrenia, lo que pone al descubierto la historia cultural de la psicopatología, o si se quiere, la historia psicopatológica de la modernidad, son, ante todo, las fracturas y las heridas de un sujeto sometido a una serie de fuerzas y dinámicas específicas de constitución. Y, de este modo, cabe esperar que las condiciones psicopatológicas prevalentes en cada momento histórico no hagan sino revelar mutaciones y desplazamientos fundamentales en el orden de esa constitución. En consecuencia, resulta totalmente legítimo —e incluso necesario— interrogarse por las encarnaciones clínicas concretas (actuales o futuras) que pueden asumir la locura, el sufrimiento o el desorden a la vista de las

variaciones en los patrones culturales de relación, comprensión y actuación de los individuos con respecto a sí mismos.

Recientemente, el punto de mira se sitúa, en este sentido, en lo que —siguiendo la propuesta terminológica de Charles Taylor— ha venido en describirse como la nueva “subjetividad expresiva” de la modernidad tardía (o, si se quiere, postmodernidad), entre cuyos rasgos distintivos destacan —aparte del recurso a los saberes expertos de la “sociedad terapéutica” de nuestros días (80-82)— la búsqueda del sentido en el cultivo de la propia interioridad, la espontaneidad emotiva y la singularidad individual; la tendencia a la inmersión, la vibración o la resonancia como estrategias de fusión con el mundo exterior (un aspecto visible, por ejemplo, en la recolección de sensaciones fuertes por medio de prácticas deportivas o sexuales de riesgo o en la musicalización atmosférica de los espacios públicos); y, en estrecha relación con lo anterior, la propensión a borrar la alteridad de las tres hendiduras clásicas de la subjetividad, a saber, el cuerpo, los otros y el tiempo (83). Dentro de estos atributos, son también muy conocidos los diagnósticos que apuntan al “desencantamiento”, la frialdad (*cool*) y el vacío de significación experimentado ante la naturaleza y la cultura (84); a la exigencia narcisista de autorrealización que conduce a expresar en cada acción el significado personal, único y auténtico de la propia vida (85-86); y, sobre todo, a la experiencia de aquello que Anthony Giddens ha definido como el “desanclaje” (*disembedding*), esto es, la inseguridad y la incertidumbre de un mundo post-tradicional donde ya no es posible recurrir a las antiguas instancias proveedoras de sentido e identidad (78).

Desde el punto de vista psicopatológico, cabe suponer pues que la irrupción de este nuevo modelo de subjetividad —al que algunos autores prefieren denominar “hiperindividualismo” (Gilles Lipovetsky) o, directamente, “narcisismo” (Richard Sennet y Christopher Lasch)— constituye un elemento nuclear en la génesis, la constitución cultural y la presentación clínica de algunos de los trastornos mentales más representativos de nuestro tiempo. Así, no debe sorprender que, en un mundo dominado por el desencantamiento de la razón instrumental, la exaltación de la riqueza expresiva del yo y el desanclaje —o lo que Taylor describe como la “cultura de la pérdida del horizonte” o los “marcos de referencia” (8)—, las consultas y las quejas relacionadas con la consistencia de la propia identidad, la falta de autoestima, la ausencia de metas y valores o sensaciones recurrentes de vacío, futilidad o indiferencia sean particularmente frecuentes (21, 85). Y es justamente aquí, por ejemplo, donde hay que situar la abrumadora presencia y la extraordinaria relevancia de los desórdenes cognitivos, emocionales y conductuales asocia-

dos con el diagnóstico de personalidad límite o *borderline* y otras perturbaciones caracteriales del ámbito narcisista en el marco de la clínica psiquiátrica y la teoría psicoanalítica contemporáneas.

La categoría actual del llamado trastorno límite de personalidad hizo su primera aparición en la nomenclatura oficial de la psiquiatría en 1980 con la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)* de la Asociación Americana de Psiquiatría y en el contexto de un énfasis creciente en los déficits y alteraciones del carácter como fuente primordial del malestar psíquico (87). No obstante, el término *borderline* llevaba circulando en el argot psicopatológico al menos desde 1938, cuando el psicoanalista de origen húngaro Adolph Stern empezó a tratar pacientes que, a su juicio, “se encontraban en la zona fronteriza entre las neurosis y las psicosis”, ya que, aunque parecían estar más perturbados que aquellos que presentaban síntomas neuróticos convencionales —histeria, fobias, obsesiones, etc.—, no podían ser clasificados como psicóticos (88). Stern pensó que dichos casos mostraban signos de regresión a un estado de narcisismo temprano y de conflictos “pre-edípicos” relacionados con la formación y la adquisición de la identidad, y sus apreciaciones dieron lugar a la emergencia de una nueva categoría de pacientes afectados por lo que pronto se denominarían trastornos del *self* (89). En palabras de Stephen Frosh, la clínica asistió entonces a un llamativo desplazamiento “desde personas violentadas por deseos inconscientes problemáticos, como en los casos clásicos del psicoanálisis freudiano, [...] a otras que buscan desesperadamente el núcleo seguro y estable de su identidad” (90).

Con posterioridad a las aportaciones de Stern, la elaboración conceptual de los “estados fronterizos” fue confiéndoles los principales elementos de su delimitación actual (91). En este sentido, cabe destacar la contribución del analista de origen austríaco Otto F. Kernberg, que acuñó el concepto de “organización límite de la personalidad” para referirse a un grupo de pacientes con una marcada inconsistencia comportamental y una notable “difusión de la identidad” (92), aspectos que todavía hoy dominan la comprensión de la personalidad límite. Así, la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* la define como “un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos”, insistiendo en la existencia de “cambios repentinos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por metas, valores y aspiraciones profesionales cambiantes”.

En cualquier caso, y en lo que aquí interesa, bien se la considere como un síndrome clínico más o menos definido o como un nivel de organización de la personalidad, lo cierto es que una valoración incluso superficial de algunos de sus rasgos más destacados tanto desde un punto de vista fenomenológico como a nivel de la conducta observable —marcada inestabilidad emocional con intensas oscilaciones anímicas, conflictividad en las relaciones interpersonales, pobre control de impulsos con tendencia a la exoactuación, intolerancia a la ansiedad y la soledad, ira inapropiada, tendencia a la desconfianza y el victimismo, etc.—, incita a la reflexión y sugiere numerosas analogías con aspectos y tendencias presentes en la sociedad y en la cultura contemporáneas. Y esto es así especialmente en el caso del cuadro de la confusión o difusión de identidad que casi todos los autores consideran central en el espectro clínico de los estados fronterizos. Pues, ¿cómo no advertir en una sociedad y una cultura marcadas por el desanclaje y la pérdida de los marcos de referencia una profunda mutación en los procesos de subjetivación y formación de la identidad? ¿Cómo no ver en la avidez expresiva de la subjetividad “narcisista” de nuestro tiempo el contrapunto necesario a un mundo desprovisto de sentido que ha devenido —en palabras del sociólogo de origen polaco Zygmunt Bauman— un “lugar inhóspito para el peregrino” en pos de su identidad en que nos transformó la modernidad? (93). Desde esta perspectiva, por tanto, la difusión de identidad del paciente límite se nos muestra como el correlato psicopatológico de un fenómeno que va mucho más allá de lo estrictamente intrapsíquico.

Ciertamente, el trastorno límite o narcisista de personalidad no es la única entidad clínica que puede vincularse con la atmósfera postmoderna (21), ni la difusión de identidad es el único de sus síntomas que remite a las principales coordenadas sociales y culturales de nuestra época. De hecho, resulta difícil no ver en la impulsividad el correlato psicopatológico de una sociedad entregada al cortoplacismo y al vértigo de su propio y exacerbado dinamismo, ni considerar la inestabilidad emocional como la expresión clínica de una tendencia mucho más general hacia lo que Gilles Lipovetsky ha definido como la “existencia sismográfica” (84). Pero, por otro lado, parece innegable que las alteraciones de la identidad reconocidas por los profesionales de la salud mental remiten a un fenómeno verdaderamente nuclear de la individualidad y subjetividad contemporánea y del que se derivan una serie de tensiones específicas y constitutivas de nuestra cultura (94). En este sentido, cabe subrayar que la problemática de la identidad personal es un fenómeno constatado por la práctica totalidad de análisis y semiologías relevantes del mundo contemporáneo, aunque lógicamente son muy diversos los factores —mencionemos, de

entrada, el cambio tecnológico, el pluralismo, la abolición de la conciencia histórica, el “nuevo capitalismo”, la individualización reflexiva, la primacía de la razón instrumental, la “gubernamentalidad” neoliberal y, en suma, buena parte de los elementos determinantes de la subjetividad expresiva— a los que se hace responsables de la misma y muy divergentes las valoraciones con respecto a su alcance e implicaciones (91).

Con cierta frecuencia, la crítica cultural que denuncia el solipsismo, la superficialidad y la inmadurez del individualismo narcisista tiende a adoptar un punto de vista paternalista (Lasch), nostálgico (Sennet, Taylor) e incluso cínico (Lipovetsky) que dificulta una valoración más desapasionada del alcance y las implicaciones de la problemática actual de la identidad. En un tono no exento de ironía, por ejemplo, Bauman ha llegado a señalar que la “estrategia vital postmoderna” ha resuelto los problemas de identidad que atormentaban al hombre moderno, puesto que el reto ya no consiste hoy en día en la construcción paciente de una identidad, sino, justamente, en la evitación del compromiso, la fijación y las “hipotecas identitarias” (93). Pero, en el otro extremo, la celebración entusiasta de algunas de las (supuestas) innovaciones de la conciencia postmoderna —bien se trate de la emancipación de los grandes metarrelatos anunciada por Jean-François Lyotard, de la crisis final de la subjetividad substancial, auto-transparente y cosificadora del humanismo certificada por Foucault o incluso del creciente cuestionamiento del concepto esencialista de enfermedad mental (95)— corre el riesgo de soslayar algunas de las consecuencias que implica la difusión de las formas de la subjetividad que le son propias.

Tal como ha sugerido Anthony Giddens, nuestra “modernidad reflexiva” ha puesto las (inevitables) heridas del sujeto en manos de una legión de expertos, pero también ha consagrado un yo más libre y menos hipotecado por la tradición (77). Asimismo, y tal como ha apuntado el sociólogo alemán Ulrich Beck, su imparable avance ha provocado el colapso de las comunidades tradicionales, pero también ha abierto al individuo nuevos espacios de encuentro y sociabilidad (96). Desde este punto de vista, pues, las “identidades inestables” (91) de nuestro tiempo y sus variantes clínicas nos remiten —como no podría ser de otra manera— a un mundo que ha perdido el rumbo y los referentes, pero que ofrece todo tipo de herramientas de navegación y posibilidades de identificación; un mundo que fomenta la riqueza expresiva, pero que tiende a disolverla en la búsqueda incesante de la espectacularidad, la inmediatez y el impacto; un mundo, en definitiva, que oscila permanentemente entre la omnipotencia y la insuficiencia, la oportunidad y la desesperación, la abundancia y el vacío.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Canguilhem G. Qu'est-ce que la psychologie? En: *Études d'histoire et de philosophie des sciences*. París: Vrin, 1968, p. 365-381.
2. Jüttemann, G, editor. *Die Geschichtlichkeit des Seelischen: Der historische Zugang zum Gegenstand der Psychologie*. Weinheim, Beltz Verlag, 1986.
3. Staeuble I. Psychological man and human subjectivity in historical perspective. *History of the Human Sciences*, 1991; 4: 417-432.
4. Chadwick O. *The Secularization of the European Mind in the Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1975.
5. Porter R. *Flesh in the Age of Reason: The Modern Foundations of Body and Soul*. Nueva York: Norton, 2003.
6. Tarnas R. *La pasión de la mente occidental*. Vilaur: Atalanta, 2008.
7. Renaut A. *La era del individuo: Contribución a una historia de la subjetividad*. Barcelona: Destino, 1993.
8. Taylor C. *Fuentes del yo: La construcción de la identidad moderna*. Barcelona: Paidós, 1996.
9. Seigel JE. *The Idea of the Self: Thought and Experience in Western Europe Since the Seventeenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
10. Cruz M, editor. *Tiempo de subjetividad*. Barcelona: Paidós, 1996.
11. Bürger P, Bürger C. *La desaparición del sujeto: Una historia de la subjetividad de Montaigne a Blanchot*. Madrid: Akal, 2001.
12. Rose N. *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*. Londres: Routledge, 1990.
13. Thomson M. *Psychological Subjects: Identity, Health and Culture in 20th Century England*. Oxford, Oxford University Press, 2006.
14. Goldstein JE. *The Post-Revolutionary Self: Politics and Psyche in France 1750-1850*. Cambridge MA: Harvard University Press, 2005.
15. Novella EJ. La política del yo: Ciencia psicológica y subjetividad burguesa en la España del siglo XIX. *Asclepio*, 2010; LXII(2): 453-481.
16. Swain G. *Le sujet de la folie: Naissance de la psychiatrie*. Toulouse: Privat, 1977.
17. Arquiola E, Montiel, L. *La corona de las ciencias naturales: La medicina en el tránsito del siglo XVIII al XIX*. Madrid: CSIC, 1993.
18. Williams EA. *The Physical and the Moral: Anthropology, Physiology, and Philosophical Medicine in France, 1750-1850*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
19. Novella EJ. Medicina, antropología y orden moral en la España del siglo XIX. *Hispania*, 2010; LXX(236): 709-736.
20. Lepenies W. *Melancholie und Gesellschaft*. Frankfurt: Suhrkamp, 1998.
21. Gottschalk S. *Escape from insanity. Mental disorder in the postmodern moment*. En: Fee D, editor. *Pathology and the Postmodern. Mental Illness as Discourse and Experience*. Londres: Sage, 2000, p. 18-48.
22. Suzuki A. *Dualism and the transformation of psychiatric language in the seventeenth and eighteenth centuries*. *History of Science* 1995; 33: 417-447.

23. Guislain J. Leçons orales sur les phrénopaties. Gante: L. Hebbelynck; 1852.
24. Moravia S. The Enlightenment and the sciences of man. *History of Science* 1980; 18: 247-268.
25. Gauchet M. En busca de otra historia de la locura. En: Swain G. *Diálogo con el insensato*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009, p. 7-43.
26. Novella EJ. Der junge Foucault und die Psychopathologie. *Psychiatrie und Psychologie im frühen Werk von Michel Foucault*. Berlin: Logos Verlag, 2008.
27. Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica*. México DF: Fondo de Cultura Económica, 1967.
28. Gauchet M, Swain G. *La pratique de l'esprit humain: L'institution asilaire et la révolution démocratique*. Paris: Gallimard, 1980.
29. Castel R. *Le psychanalisme*. Paris: Flammarion, 1976.
30. Kaufmann D. Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die 'Erfindung' der Psychiatrie in Deutschland, 1770-1850. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1995.
31. Esquirol JED. Folie. En: *Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens*, Vol. 16. Paris: CLF Pankoucke, 1816; p. 151-240.
32. Goldstein JE. *Console and Classify: The French psychiatric profession in the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
33. Swain G. De la idea moral de la locura al tratamiento moral. En: *Diálogo con el insensato*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009; p. 103-120.
34. García Ballester L. Alma y cuerpo: Enfermedad del alma y enfermedad del cuerpo en el pensamiento médico de Galeno, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1996; 60: 705-735.
35. Moravia S. From 'homme machine' to 'homme sensible': Changing eighteenth century models of man's image. *Journal of the History of Ideas* 1978; 39: 45-60.
36. Rousseau GS, editor, *The Languages of Psyche: Mind and Body in Enlightenment Thought*. Berkeley: University of California Press, 1991.
37. Hunter R, Macalpine I. *Three Hundred Years of Psychiatry 1535-1860*. Londres: Oxford University Press, 1963.
38. Crichton A. *An Inquiry into the Nature and Origin of Mental Derangement, Comprehending a Concise System of the Physiology and Pathology of the Human Mind and a History of the Passions and their Effects*. Londres: Cadell Jr. and Davies, 1798.
39. Charland LC. Alexander Crichton on the psychopathology of the passions, *History of Psychiatry* 2008; 19: 275-296.
40. Pinel P. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris: Richard, Caille et Ravier, 1800.
41. Bercherie P. *Los fundamentos de la clínica*. Buenos Aires: Manantial, 1984.
42. Weiner D. Mind and body in the clinic: Philippe Pinel, Alexander Crichton, Dominique Esquirol and the birth of psychiatry. En: G. S. Rousseau GS. *The Languages of Psyche: Mind and Body in Enlightenment Thought*. Los Angeles: University of California Press, 1990, p. 331-402.
43. Peset JL. La revolución hipocrática de Philippe Pinel. *Asclepio* 2003; LV(1): 263-280.
44. Ey H. Le développement 'méceniciste' de la psychiatrie à l'abri du dualisme 'cartésien'. En: *Études psychiatriques I*. Paris: Desclée de Brouwer, 1952, p. 31-46.

45. Berrios GE. *The History of Mental Symptoms: Descriptive Psychopathology Since the Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
46. Huertas R. Between doctrine and clinical practice: nosography and semiology in the work of Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772-1840). *History of Psychiatry* 2008; 19: 123-140.
47. Rejón C. Psychopathology beyond semiology. An essay on the inner workings of psychopathology. *History of Psychiatry* 2013; 24: 46-61.
48. Lantéri-Laura G. *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Madrid: Triacastela, 2000.
49. Álvarez JM. *La invención de las enfermedades mentales*. Madrid: Gredos, 2008.
50. Esquirol JED. Suicide. En: *Dictionnaire des sciences médicales, par une société de médecins et de chirurgiens*, Vol. 53. Paris: CLF Panckoucke, 1821; p. 213-283.
51. Leuret F. *El tratamiento moral de la locura*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2001.
52. Moreau de Tours JJ. *Du hachisch et de l'aliénation mentale: Études psychologiques*. Paris: Librairie de Fortin, Masson et Cie., 1845.
53. Briere de Boismont A. *Du suicide et de la folie suicide*. Paris: Germer-Bailliére, 1856.
54. Artières P. *Clinique de l'écriture. Une histoire du regard médical sur l'écriture*. Paris: Institut Synthélabo, 1998.
55. Rigolfi J. *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIX siècle*, Paris : Fayard, 2001.
56. Jaspers K. *Genio artístico y locura: Strindberg y Van Gogh*. Barcelona: Acanalado, 2001.
57. Colodrón A. *La condición esquizofrénica*. Madrid: Triacastela, 2002.
58. Estroff SE. Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. *Schizophrenia Bulletin* 1989; 15, 189-196.
59. Leferink K. Sympathie mit der Schizophrenie. Die Moderne und ihre psychische Krankheit. En: M. Zaumseil M, Leferink K, editors. *Schizophrenie der Moderne, Modernisierung der Schizophrenie. Lebensalltag, Identität und soziale Beziehungen von psychisch Kranken in der Grosstadt*. Bonn: Edition Das Narrenschiff im Psychiatrie-Verlag, 1997, p. 27-81.
60. Angst J. Historical aspects of the dichotomy between manic-depressive disorders and schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2002; 57: 5-13.
61. Garrabé J. *La noche oscura del ser. Una historia de la esquizofrenia*. México: FCE, 1996.
62. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 6ª ed. Leipzig: J.A. Barth, 1899.
63. Gruhle HW. Bleulers Schizophrenie und Kraepelins Dementia Praecox. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie Psychiatrie* 1913; 17: 114-133.
64. Bleuler E. **Dementia praecox** El grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Hormé, 1961.
65. Schneider K. *Psicopatología clínica*. Madrid: Triacastela, 1997.
66. Andreasen N. The evolving concept of schizophrenia from Kraepelin to present and future. *Schizophrenia Research*, 1997; 28: 105-109.
67. Ramos Gorostiza P. Manifestaciones psicopatológicas de la esfera de la subjetividad: los trastornos del yo. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 1992; 20: 267-272.
68. Kraus A. Phenomenological-Anthropological Psychiatry. En: Henn F, Sartorius N, Helmchen H, Lauter H, editors. *Contemporary Psychiatry*, Vol. 1. Berlín: Springer, 2001, p. 340-355.

69. Minkowski E. La esquizofrenia. Psicopatología de los esquizoides y los esquizofrénicos. México: FCE, 2000.
70. Blankenburg W. Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Stuttgart: Enke, 1971.
71. Stanghellini G. Disembodied Spirits and Deanimated Bodies. The Psychopathology of Common-Sense. Oxford: Oxford University Press, 2004.
72. Sass LA. Madness and Modernism: Insanity in the Light of Modern Art, Literature and Thought. Nueva York: Basic Books, 1992.
73. Ortega y Gasset J. La deshumanización del arte y otros ensayos de estética. Madrid: Alianza, 1991.
74. Álvarez JM, Colina F. Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. Frenia 2011; 11: 7-25.
75. Novella EJ, Huertas R. El síndrome de Kraepelin-Bleuler-Schneider y la conciencia moderna: una aproximación a la historia de la esquizofrenia. Clínica y Salud 2010; 21: 205-219.
76. Benn G. El yo moderno y otros ensayos. Valencia: Pre-textos, 1999.
77. Giddens A. Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age. Stanford CA: Stanford University Press, 1991.
78. Giddens A. The Consequences of Modernity. Oxford: Polity Press, 1990.
79. Colina F. Prólogo. En: Álvarez JM. La invención de las enfermedades mentales. Madrid: Gredos, 2008, p. 11-20.
80. Rieff P. The Triumph of the Therapeutic. Chicago: University of Chicago Press, 1987.
81. Castel R, Castel F, Lovell A. La sociedad psiquiátrica avanzada. Barcelona: Anagrama, 1992.
82. Illouz E. La salvación del alma moderna. Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda. Madrid: Katz, 2010.
83. Vázquez F. Tras la autoestima. Variaciones sobre el yo expresivo en la modernidad tardía. San Sebastián: Gakoa, 2005.
84. Lipovetsky G. La era del vacío. Barcelona: Anagrama, 1986.
85. Lasch C. The Culture of Narcissism. Nueva York: WW Norton, 1979.
86. Sennet R. Narcisismo y cultura moderna. Barcelona: Kairós, 1980.
87. Millon T. Disorders of Personality: DSM-III, Axis II. Nueva York: John Wiley & Sons, 1981.
88. Stern A. Notes on the borderline group of neuroses. Psychoanalytic Quarterly 1938; 7: 467-489.
89. Kohut H. Análisis del self. Buenos Aires: Amorrortu, 1977.
90. Frosh S. Identity Crisis: Modernity, Psychoanalysis and the Self. Londres: Routledge, 1991.
91. Novella EJ. Identidades inestables: El síndrome borderline y la condición postmoderna. Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental 2015; 18: 124-144.
92. Kernberg OF. Estados fronterizos y narcisismo patológico. Buenos Aires: Paidós, 1979.
93. Bauman Z. From pilgrim to tourist –or a short history of identity. En: Hall S, Du Gay P, editors. Questions of Cultural Identity. Londres: Sage, 1996, p. 18-38.
94. Fee D. The broken dialogue: mental illness as discourse and experience. En: Fee D, editor. Pathology and the Postmodern. Mental Illness as Discourse and Experience. Londres: Sage, 2000, p. 1-17.
95. Burr V, Butt T. Psychological Distress and Postmodern Thought. En: Fee D, editor. Pathology and the Postmodern. Mental Illness as Discourse and Experience. Londres: Sage, 2000, p. 186-206.
96. Beck U. La sociedad del riesgo. Barcelona: Paidós, 1998.

3.- El modelo de sujeto en Castilla del Pino. Una propuesta de psicopatología inte- gradora.

**Eudoxia Gay Pamos, Francisco del Río Noriega,
José Carmona Calvo**

INTRODUCCIÓN.

El que podemos llamar “modelo” psico(pato)lógico de Castilla del Pino se culmina en el año 78 con la publicación de su Introducción a la Psiquiatría. Coincide también con su incorporación a la Facultad de Medicina de Córdoba como Catedrático y con la admisión de peticiones de quienes se querían formar en la Especialidad de Psiquiatría bajo su docencia y supervisión. En ese contexto acuden a él durante varios años un grupo numeroso de jóvenes médicos. Las razones que nos llevaron a solicitar su acogida para formarnos en la Especialidad nos parece importante destacarlas y analizarlas. Unas hacen alusión al propio Castilla del Pino y otras a nosotros.

Evidentemente no podemos hablar por todos y generalizar así las motivaciones de los que por allí pasamos. Hablaremos por tanto en nombre de los autores de este capítulo. Una primera motivación en aquellos tiempos tiene que ver con nuestros posicionamientos ideológicos-políticos de la época. Situados en posiciones progresistas, comprometidos con el cambio social y sobre todo con la defensa de los derechos de las personas en especial las más desfavorecidas deseábamos unos nuevos tiempos en los que los pacientes en general y los pacientes mentales en particular fueran atendidos en condiciones de universalidad, equidad y calidad técnico-científica. Por otra parte y en conexión con lo anterior, ese posicionamiento se alimentaba de saberes que tenían en el sujeto el centro de su atención. Allí estaban el “humanismo marxista”, el “humanismo cristiano”, la influencia de pensadores de la época, como Mounier, Garody, Althusser, Chomsky, Barthes, etc. y la conexión con otros inmediatamente anteriores como Ortega, Wittgenstein, Carnap, Adorno, por citar algunos.

Este posicionamiento nos llevó a la hora de buscar una formación en la Especialidad de Psiquiatría a alguien que tuviera como centro de esquema referencial y

explicativo al sujeto-persona. Y también, por qué no, a alguien comprometido con los cambios deseables en ese momento en nuestro país. La formación durante los años de Facultad en esta materia por regla general era muy escasa, sesgada y no coincidente con los planteamientos señalados, salvo quien tuvo la suerte de ser formado en ese período pregrado por el propio Castilla del Pino. En nuestro caso, conocíamos algunos de sus escritos de esos años previos a la Psico(pato)logía y llenaba pues las aspiraciones que buscábamos en la formación. En esa época era imposible encontrar en ámbitos universitarios u hospitalarios una orientación de esa índole y sabemos que quien deseaba otros saberes debía buscarlos fuera de estos ambientes. Para nosotros, fue pues una suerte y un privilegio poder acceder a ser sus discentes.

Podemos decir que algunas de sus publicaciones primeras (*Un estudio sobre la depresión, Vieja y nueva psiquiatría, La culpa, Cuatro ensayo sobre la mujer*, etc.) nos puso en conexión con la idea fundamental de que la clínica es la expresión de una biografía, una historia, y, como tal, está articulada en un contexto que la modula y la condiciona. Otra idea es la de que el sufrimiento mental puede y debe ser aliviado, no es un castigo por supuesto, como sería el considerar la clínica como consecuencia de la degradación o la debilidad y, por otra parte, existen condicionantes sociales a los que el ser humano no puede hacer frente que deben ser corregidos y sus “víctimas” resarcidas y/o compensadas (y los remedios terapéuticos son una manera).

Si bien, podemos entender lo comentado como nuestras condiciones de llegada, el encuentro con Castilla del Pino, sus enseñanzas, dirección y supervisión en nuestra formación como especialistas, al margen de cuestiones afectivo-transfereenciales, nos dotó de una manera de entender la psicopatología, la clínica y la relación terapéutica que ha sido piedra angular a lo largo de nuestra vida profesional. Esa piedra angular ha sido precisamente su modelo de sujeto; y eso es lo queremos destacar en este capítulo. En primer lugar porque en nuestro encuentro con Castilla del Pino, su propuesta de entender la psicopatología y su propuesta de sujeto nos “formateó” de los conocimientos que llevábamos, cuestionándolos y obligándonos a crear un pensamiento metodológicamente científico y crítico, huyendo por tanto de dogmatismos y adoctrinamientos. En estas condiciones fuimos adquiriendo los elementos que constituían su modelo; muchas veces participando con él en las reflexiones y debates sobre las que seguía desarrollando características del mismo en sus seminarios.

De esta manera, al finalizar el período de formación en la especialidad con él dispusimos de un “armazón” psicopatológico, clínico y terapéutico sólido que

podemos resumir como “**modelo de sujeto centrado en la relación**”. Este modelo nos ha acompañado siempre, por supuesto con los desarrollos posteriores que Castilla del Pino fue añadiendo. Pero lo más importante es que en todos estos años, que ya son muchos, hemos realizado incursiones en otros saberes, paradigmas, distintos y diferentes de las propuestas de Castilla del Pino, que nos han enriquecido en la mayoría de las ocasiones, pero que hemos podido ir integrando en el esquema-estructura psicopatológica, modelo de sujeto, que él construyó. Por esta razón, hemos titulado este capítulo como “una propuesta de psicopatología integradora”. Y a la argumentación y valoración de esta propuesta hemos dedicado nuestra contribución a esta ponencia.

EL SUJETO: CONCEPTO IMPRESCINDIBLE

Desde el último tercio del siglo pasado se ha ido desarrollando un complejo proceso de integración de diferentes modelos de psicoterapia que, con base en fundamentos epistemológicos complementarios, tratan de definir los factores comunes para una mejor comprensión del proceso terapéutico del sujeto/paciente a tratar. No ha sucedido lo mismo respecto de la Psicopatología, de modo que los paradigmas al uso han continuado compartimentados y cada uno ha marchado por sus propios derroteros, pretendiendo dar cuenta de la alteración de la conducta desde sus propios axiomas: el biológico, que remite cualquier alteración psicopatológica a cambios en el cerebro; el fenomenológico-descriptivo, que se limita a la descripción y explicación de la conducta; el conductual, que solo considera la conducta observable, el síntoma, como la alteración; el cognitivo que remite la alteración a distorsiones en el pensamiento; el psicoanalítico, con la construcción del aparato psíquico o el sistémico que traslada la etiología al sistema.

Si bien en la práctica clínica se utilizan parte de los modelos de cada uno de estos paradigmas -en función, sobre todo, de las diferentes patologías- sería obligado que dicha práctica estuviera sustentada en un corpus teórico común que ofreciera criterios objetivos para la explicación y el mantenimiento de las conductas alteradas. Ésta es la tarea fundamental de la obra de Castilla del Pino: proporcionar una Psicopatología que diera cuenta, de manera autónoma -es decir desde lo mental- de los fenómenos psíquicos y de sus alteraciones.

Puede decirse, sin temor a equivocarnos, que la preocupación constante a lo largo de toda la producción científica de Castilla del Pino fue la búsqueda de cri-

terios de cientificidad que ofrecieran una base objetiva al quehacer psiquiátrico clínico. Es así como a lo largo de seis décadas va construyendo una Psicopatología que centra el objeto de su estudio en la conducta humana y en el sujeto de la misma, un sujeto, además, situado en el contexto de la relación interpersonal. Ya en los primeros trabajos de los años cincuenta advierte la insuficiencia del método fenomenológico para abordar las alteraciones psíquicas, sorprendiéndose de que los contenidos de los síntomas, por ejemplo el delirio o la alucinación, no fueran objeto de atención por la Psiquiatría (1). Sospechaba ya que la Psiquiatría, fundamentalmente la escuela alemana, hegemónica en esa época, solo estuviera preocupada por la descripción formal y la clasificación nosológica y no se interesara por los contenidos, es decir, por los temas referidos en el síntoma. Hay que decir aquí que, de la misma manera que ésta fue una preocupación hasta el final de su vida (sobre qué se alucina o delira, cuál es el objeto de la ansiedad, fobia, etc.), la psicopatología basada en el modelo médico ha seguido empeñada en la hipostasia de los temas y, por ende, en la del sujeto como narrador de los mismos. Solo hay que reseñar a dónde ha llegado el estado de esta cuestión en la que las nosologías actuales han terminado en la práctica con la Psicopatología misma, sustituyéndola por una serie de catálogos estadísticos de síntomas para el diagnóstico de los diferentes trastornos. Esta posición, justificada por una supuesta base neurocientífica, ha hecho bascular la competencia epistemológica sobre el objeto de la psicopatología hacia otros modelos como el cognitivo, hoy hegemónico, o el psicoanalítico, en franca regresión, sobre todo en la institución pública.

Si bien los primeros trabajos de Castilla del Pino son de carácter positivista, como sus estudios neurológicos, progresivamente vira hacia una hermenéutica del sujeto en contraposición al punto de vista epistemológico revelado en el axioma de Griessinger: “las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro”. Aquello que comúnmente se entiende por “sujeto” no es, obviamente, de naturaleza físico-química, sino psicosocial, y es solamente a partir del contexto social en el que actúa como se hace posible inteligir su conducta.

Castilla del Pino sitúa su investigación en un modelo que denomina antropológico dialéctico, al que pertenecen los trabajos de la década del sesenta: *La Persona, limitante y determinante de libertad*; *La situación fundamento de la antropología*; *Dialéctica de la persona, dialéctica de la situación*; *La incomunicación*; *Un estudio sobre la depresión*. En estos textos aprehende al sujeto en una situación definida por la relación dialéctica intrapersonal y la dialéctica, a su vez, con la realidad externa. El trabajo crucial en esos momentos es *Un estudio sobre la depresión*

(2). La depresión es tomada como paradigma para la aplicación de los postulados teóricos que había desarrollado hasta el momento en los trabajos arriba indicados. La depresión es entendida como el resultado de la pérdida de los valores éticos del grupo social que previamente interiorizados por el sujeto. Este trabajo supone la superación de los puntos de vista teóricos más relevantes en el momento: Clínico, fenomenológico y psicoanalítico. Para Castilla del Pino es imprescindible dilucidar como influye cada uno de ellos en la patoplastia de la enfermedad:

a) El punto de vista clínico hace de la enfermedad un ente abstracto desligado del sujeto que la padece que, en el mejor de los casos, lo relaciona mediante la existencia de una predisposición constitucional.

b) El punto de vista fenomenológico resulta valido en la medida que describe el fenómeno. Pero, pese a considerar al enfermo como un hombre-en-el-mundo, carece de fiabilidad para establecer si las relaciones sociales que plantea el enfermo son consecuencia de la enfermedad o la respuesta al medio concreto

c) El punto de vista psicoanalítico: el psicoanálisis ofrece la ventaja de encarar el problema de cada sujeto en su individualidad, humanizando el acercamiento al enfermo, pero adolece de un excesivo personalismo de tal forma que lo social queda relegado a ser una consecuencia del modo de ser de los sujetos.

Como superación de este marco teórico insuficiente sitúa el problema en las relaciones del sujeto con la realidad, lo que denomina *situación*. En cada situación el sujeto se ve obligado a la represión de sus catexias y a un intento de cambio de la situación. La conducta por tanto, está sobredeterminada por los valores éticos del sujeto. Se adhiere de esta forma a la tesis de los filósofos analíticos, que defienden la subjetividad de los valores, por lo que el sujeto interactúa con los objetos de la realidad sobre los que previamente ha proyectado su concepción del mundo. Estos postulados son claves para comprender la posterior evolución de su obra.

A partir de la década del setenta, supera este modelo -aunque nunca totalmente, pues continua de forma permanente con la indagación antropológica de las conductas y actitudes humanas- por la dificultad de aplicarlo a las diferentes situaciones que la realidad, tanto interna como externa, nos depara y se centra en el sujeto hablante como hacedor de proposiciones en el contexto de la relación interpersonal.

Pero antes del desarrollo de un modelo comprensivo de sujeto, al que supone de forma implícita, se detiene inicialmente en el examen de su conducta, aprehendida ésta como lenguaje. La única manera que tenemos de acceder al sujeto es mediante la observación y el análisis de su lenguaje. Toda conducta es lenguaje,

ya sea verbal o analógico. Dispone así de un tejido -en su acepción etimológica, un texto- susceptible de ser analizado de modo preciso, pero también personalizado, en el contexto de las relaciones interpersonales y, por extensión, sociales. El lenguaje, en tanto que proposiciones del sujeto del habla, deviene así en un material propicio a ser analizado con una metodología reglada que dé cuenta de la conducta ya sea ésta normal o anómala.

Es en *Introducción a la hermenéutica del lenguaje*, obra de 1972, donde ya se observan los principios básicos del modelo que pretende: la diferencia entre los niveles informativos y comunicacionales, la insuficiencia del lenguaje para la relación interpersonal, los usos diversos que hacemos de significantes, motivos todos de dificultades para la comunicación. Como puede observarse, no comienza por exponer un modelo de sujeto con todos sus componentes, sino un producto de éste, como lo es el lenguaje, para luego ir desarrollando la interpretación tanto formal como de contenido e ir descubriendo, a la postre, a *quién* pertenece dicho lenguaje, *qué* es lo que propone, *en qué momento* y *para qué* relación concreta, etc. Unos años más tarde, en 1977, aparece *Criterios de objetivación en Psicopatología*. En este trabajo establece el lugar de la Psico(patolo)logía en el ámbito del saber, cuestionando los fundamentos de la Psicopatología tradicional por su insuficiencia epistemológica y se plantea de forma radical -en el sentido de raíz esencial- cuál debe ser el objeto de estudio de una ciencia que tiene que fundamentar la práctica psiquiátrica. La respuesta es que el objeto de la Psico(patolo)logía no debe ser otro que la conducta, o mejor el acto de conducta, sea este normal o anormal, lo que le lleva a su vez a definir conceptos básicos como el concepto mismo de conducta y el de normalidad o anormalidad. Y como la conducta se expresa en el lenguaje, tenemos la posibilidad de analizar éste desde la psicolingüística y de ahí al propietario del mismo, es decir al sujeto. Con estos presupuestos critica el abordaje que se realiza desde distintos modelos -fenomenológico, psicoanalítico, descriptivo- y formula un modelo, que genera un método para la captación del acto de conducta, entendiendo ésta como acto con sentido para la relación interpersonal a diferencia de los actos sin sentido o aconductales. El acto de conducta se desdobra así en un segmento externo observable y otro interno conjeturable, que es la única interpretación posible que podemos dar al sentido del acto sin cometer errores de juicio de realidad. El objeto de estudio, definido de esta forma, posibilita la continuidad de un corpus teórico entre Psicología y Psicopatología que fundamenta la práctica psiquiátrica entendida como una técnica. La clásica discontinuidad entre Psicología y Psicopatología trata así de ser superada, de ahí la notación de Psico(patolo)logía. Es

de destacar la importancia que Castilla del Pino le ha dado siempre a la epistemología como cuestión previa al desarrollo posterior de criterios de cientificidad; prueba de ello es la extensa introducción epistemológica, cerca de ochenta páginas, en el tomo I de su *Introducción a la Psiquiatría*.

En ella se señala, “la teoría que mantengamos sobre el sujeto ha de ser válida para todos los individuos de la misma especie y a su vez válida para todos y cada uno de los actos que realice: normales-patológicos; verbales-no verbales; conductuales-aconductuales; psicóticos-no psicóticos. El modelo de sujeto debe dar cuenta también de su heterogeneidad. El sujeto de la conducta es ser un heterogéneo que está compuesto por diferentes niveles interrelacionados entre sí:

A) **nivel pulsional**, próximo al nivel organísmico, desde donde emergen todas las actividades pulsionales y que no precisa más que de la consideración biológica para su explicación.

B) **nivel actitudinal**, en donde el Sujeto propone la forma de relación como tal sujeto con los objetos que le rodean, los objetos de la realidad. Las **actitudes básicas** del S: dominación-sumisión, antipatía-simpatía, afección-rechazo, admiración-desprecio, etc. proceden de este nivel.

C) **Nivel verbal**, intelectual, de expresión con el lenguaje verbal y de donde emerge la conducta adecuada controlada sintáctica y semánticamente para expresar pensamientos, recuerdos, deseos, imágenes fantasías, sueños, etc. Es **el nivel lógico-verbal**.

La función del sujeto es doble: a) usar de los instrumentos cognitivos (pensar, recordar, atender, etc.) para actuar con la realidad y b) Utilizar sus instrumentos emocionales para vincularse con los objetos de la realidad, expresar la vinculación que desea, ordenarlos respecto a sus preferencias y contrapreferencias.

El modelo lo va desarrollando en los siguientes años, enriqueciéndolo al profundizar en aspectos parcelares, como en el caso de *Teoría de la alucinación*, *El delirio, un error necesario* o *Teoría de los sentimientos*. De esta manera se trata de aprehender el acto de conducta con modelos que aportan una concepción precisa del mismo, en contraposición con la Psicopatología tradicional, a la que se cuestiona por su vaguedad y por las infructuosas discusiones nosológicas o fenomenológicas no fundamentadas en criterios mínimos de cientificidad. De ahí que se critique el riesgo de ideologización de la Psicopatología, tanto de la académica, por su falta de fundamentación teórica, cuanto de la contestación a la misma por parte de algunos sectores, y se opte por el fundamento científico que debe presidir la teoría y la praxis psiquiátricas.

El lenguaje como expresión de la conducta humana significó el punto de partida de un modelo para la formalización y explicación de la conducta en el contexto de la relación interpersonal, donde la distinción entre forma y contenido -catalogación de los actos de conducta y motivación de los mismos- queda superada por los propios criterios que se establecen. Es así como va integrando elementos cognitivos, necesarios para la formalización de los actos de conducta y elementos analíticos, más específicamente psicodinámicos, para la explicación/interpretación de los mismos. ¿Cómo procede metodológicamente? Analizando, primero, los aspectos formales y posteriormente los dinámicos, si bien ambos no aparecen nunca separados, sino que los segundos aparecen imbricados en la formalización y viceversa. Dicho de otro modo, dinamiza la formalización y formaliza lo dinámico. Aquí es precisamente donde vemos la integración del modelo de sujeto que nos va proponiendo a lo largo de su obra. Se trata de un modelo heterogéneo, cognitivo-emocional (3), del que tenemos información a través de su expresión, sea verbal, por la que obtendremos información del componente intelectual, sea analógico o sexual, mediante el que extraemos información de los componentes actitudinales y pulsionales. En Teoría de los sentimientos (2000), afirmará que el deseo es el motor de la construcción del sujeto. Gracias al deseo, el sujeto aprende a obtener objetos. El deseo es una forma rudimentaria o primigenia de inteligencia que domina frente a formas cognitivas -inteligentes- de relación. En las primeras etapas de la vida, el sujeto, vive de la realidad porque carece aún del instrumento intelectual que le permitirá relaciones más complejas. El sujeto aún está vacío de experiencias. De hecho desarrollamos formas inteligentes para poseer los objetos que se deseados. Lo que no se desea no cuestiona nuestra inteligencia para obtenerlo. Tratemos ahora de desarrollar estos elementos por separado, aunque haciendo ver, como acabamos de decir, la conjunción entre ellos.

1) Aspectos cognitivos: modelo judicial de la conducta

Todo acto de conducta o actuación puede ser considerado como un juicio de realidad de la persona que lo realiza sobre el objeto con el que se relaciona. Mediante esta conducta dotamos de categorización lógica a cada objeto de la realidad, sea esta interna o externa. Fundamentalmente estos actos son realizados mediante el discurso verbal. Se trata, en este modelo, del segmento observable de la conducta en contraposición con el conjeturable que se corresponde con las actitudes, como luego veremos. Por tanto, como tal enunciado observable puede ser analizado, formalizado, de acuerdo con reglas. Precisamente en lo que Castilla del Pino aporta

valor es en la formulación de las reglas que presiden todos los actos de conducta, sea ésta considerada apropiada o bien aquellas otras que rigen en la conducta anómala en la que también hay reglas.

Dentro de la función judicativa define dos tipos de actividades, más propiamente actuaciones, como las denomina posteriormente: la *denotación*, mediante la cual se dirime si un objeto existe y dónde, y la *connotación*, por la que el sujeto atribuye al objeto determinadas cualidades. A partir de ahí describe una serie de funciones (*predicados*) obligadas para cada una de ellas.

Así, es imprescindible para la denotación correcta seis funciones: la capacidad de clivaje, que denomina diacrisis, mediante la cual se dirime si el objeto es externo o interno; la función estructural, que da cuenta de las propiedades del objeto; la identificativa y denominativa que procuran el reconocimiento y la denominación del mismo; la espacial, que localiza el objeto y, por último, la temporal que lo sitúa en el tiempo. Aplicando ahora las tablas de verdad que nos suministra la Lógica, nos saldrían 64 posibles denotaciones de un objeto, si solo atendemos a dos valores posibles, verdadero o falso; pero que se transforman en 729 si añadimos un tercer valor, el indecible (ni verdadero, ni falso). Lo interesante es que mediante este procesamiento cognitivo que realiza el sujeto podemos dar cuenta de una taxonomía de lo que tradicionalmente se ha denominado percepción. Dicho de otro modo, disponemos de una herramienta, con criterios objetivos suministrados por el modelo lingüístico y la Lógica Formal, para la semiología de los trastornos sensorceptivos. Hay que hacer notar aquí que, siguiendo el modelo judicativo en pureza, denotación no es percepción, pues la función perceptiva compete al organismo, desde los órganos de los sentidos al córtex cerebral, mientras que el juicio de realidad operado sobre el objeto percibido, sería la denotación que, ciertamente, cabalga sobre la percepción en el caso de objetos externos. No ocurre así en los juicios que realizamos sobre objetos internos como una representación, fantasía, recuerdo, etc. En conclusión, cualquier valor de falsedad en un juicio denotativo genera una alteración que puede y debe ser formalizada. De hecho, Castilla del Pino las formula mediante oraciones indicativas (I) que pueden ser verdaderas o falsas, parciales o totales, etc. A este respecto, las denotaciones anómalas son de dos tipos: a) psicóticas, cuando es falsa la función diacrítica y b) no psicóticas, cuando la función diacrítica está conservada y fracasa alguna de las otras. Y de esta manera procede en las formulaciones de las formaciones psicopatológicas más importantes que pueden darse en los trastornos psicóticos: alucinación, ilusión, deslusión. Llama la atención la nueva concepción de estos fenómenos a la luz de

lo puramente cognitivo -hasta puede formularlos mediante distintas anotaciones de indicativas, como acabamos de señalar- y, a la vez, de lo psicodinámico: en la alucinación es el objeto interno (representación, fantasía, etc.) el situado por el sujeto en el mundo exterior; o es sustituido el objeto externo por uno interno, en el caso de la ilusión. Reveladora resulta la definición de una nueva formación en este campo como es la dislusión, a la que llega gracias a la taxonomía de la denotación: un objeto interno es situado sobre uno externo, es una ilusión sobre los aspectos estructurales del objeto externo. Es significativo que muchas de estas neoformaciones correspondientes a la patología psicótica hayan desaparecido de la semiología actual que solo parece conceder validez a la alucinación propiamente dicha. Sin embargo son más frecuentes en la clínica de lo que se cree, por ejemplo la dislusión en las dismorfias o en algunos casos de depresión severos donde la realidad externa pierde características de luminosidad, color, tamaño, peso, etc., y que orientan al diagnóstico de una depresión psicótica. El siguiente ejemplo es demostrativo para mostrar los trastornos perceptivos/denotativos en una depresión grave donde algunos objetos externos aparecen distorsionados para el paciente. *Un paciente de 52 años, casado con dos hijos, sin antecedentes previos, debutó con un serio intento de suicidio al ingerir un producto para la desratización. Funcionario, muy eficiente en su trabajo según los allegados y compañeros, con rasgos anacásticos de personalidad, muy ordenado y meticuloso para sus cosas, comenzó a mostrarse muy preocupado por una remota posibilidad de un expediente de regulación de empleo. Pronto expresó una gran depreciación de sí mismo: “no soy apto para mi trabajo”, “nunca estuve preparado”, “creo que me van a echar”, etc. Como consecuencia generó una ideación de ruina en la que nos pedía, entre otras cosas, que nos hiciéramos cargo de sus hijos porque “se iban a morir de hambre” y a los que veía “**más delgados**”; toda la comida de su casa la veía “**en mal estado, como caducada, porque estamos escasos**”, cosas de la que estaba plenamente convencido, a pesar de las evidencias en contra.*

Lo mismo puede decirse de los juicios denotativos indecibles, es decir cuando el sujeto duda de la certeza de lo denotado (por ejemplo, “es como si oyera voces, pero no puede ser porque no hay nadie a mi alrededor”). Estamos entonces asistiendo a situaciones prepsicóticas que detectamos mediante estas denotaciones indecibles que nos refiere el sujeto y que constituyen la expresión de disposiciones previas a la instauración de la psicosis, como los estados de perplejidad, de extrañamiento de la realidad, sentimientos de desrealización etc. Como sabemos la detección precoz de la psicosis es fundamental para reducir o prevenir una evo-

lución insatisfactoria (4) y hoy es de trascendencia capital la intervención temprana en primeros episodios o incluso sobre aquellas personas en estados mentales de alto riesgo (5). Pero también los juicios denotativos indecibles aparecen en la degradación de las formaciones psicóticas en el proceso de tratamiento. La preocupación del autor por este tema es muy temprana (6).

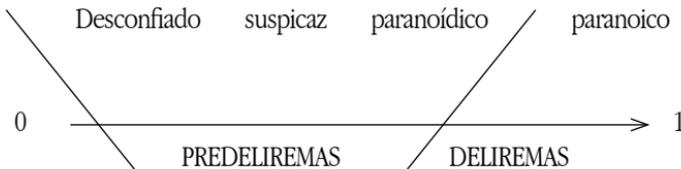
Dos ejemplos de sendos pacientes esquizofrénicos ilustran estas situaciones: *“Antes me hablaban los cochés, ahora no me sucede. Ud. me dice que eso es porque me tomo unas pastillas y yo digo ¿qué tienen que ver las pastillas con el don que yo tengo de que los cochés me hablen?...lo raro es que ahora no lo bagan”*. . . *“Yo oía las voces de mi hermano que vivía en P (otra ciudad distinta), pero ahora, no sé. . . no sé qué decir si eran verdad o eran figuraciones mías”*.

Por otra parte, este proceder al formular las denotaciones anómalas también nos es válido para la detección y esquematización de alteraciones que no son psicóticas o bien pertenecen a estados fronterizos. Entre las primeras podrían citarse a los distintos tipos de dismorfias, las agnosias y afasias, así como el *deja vu*, según que la denotación falsa tenga lugar en la estructura, el reconocimiento o la designación del objeto, o bien en la dimensión temporal en la que ha sido denotado del mismo. Por lo que respecta a los estados fronterizos, se pueden recoger una tipología de fenómenos, por otra parte clásicos en psicopatología, como son el extrañamiento de la realidad, ya citado, que puede no ser el comienzo de una psicosis, o la pseudoalucinación, fenómeno con concepciones distintas a lo largo de la historia según se atiende a la tradición anglosajona (pseudoalucinación percibida) o a la germánica (pseudoalucinación imaginada) (7). Para Castilla se trata de una denotación diacrítica inmediatamente criticada y, por tanto, una formación no psicótica, cercana al concepto de alucinación hipnagógica.

Una segunda actuación que realiza el sujeto mediante la conducta judicativa, como habíamos citado antes, consiste en la connotación, mediante la cual el sujeto atribuye determinadas cualidades al objeto, es decir realiza un juicio de valor. Esto es válido para cualquier clase de objeto, sea externo -inanimado o no- o interno, dando lugar, cuando no es correcta esta operación, a los distintos tipos de ideas delirantes. La regla ineludible para la judicación connotativa correcta es que la interpretación es siempre subjetiva, pertenece al sujeto que denota y no a lo denotado y, por tanto, es siempre conjeturable, es una inferencia que el sujeto hace sobre la significación del objeto. Por tanto, rige el principio de incertidumbre, no puede ser verdadera ni falsa, como ocurre en la denotación. Si esta función, de nuevo diacrítica, no se cumple estaríamos en una connotación errónea que, si no corregimos, se

convertiría en anómala, en una ideación delirante. Nótese aquí, que el error que se pueda cometer no afecta a la creencia que el sujeto tenga acerca de los significados del objeto, sino al carácter de certidumbre de esa creencia, al juzgar que la misma pertenece al objeto y no al propio sujeto que juzga. Si esto es así sí puede hablarse entonces de estimación falsa.

Dependiendo del objeto y del grado de certidumbre se pueden formular las distintas alteraciones mostradas en los juicios del sujeto, en las oraciones de su relato y, por tanto, alteraciones del contenido del pensamiento, sean estas psicóticas (delirios, predelirios, ideas referenciales, etc.) o no psicóticas (pensamientos fóbicos, obsesivos). Castilla del Pino las formula como oraciones estimativas (E), que cuelgan de las oraciones indicativas (I) a las que cualifica. Si el objeto es bien denotado, pero el significado es atribuido a éste, sin conciencia de la subjetividad, tendríamos los denominados en el modelo deliremas tipo I. El sufijo -ema se utiliza para enfatizar que se trata de la expresión verbal de un delirio, única forma que tenemos capturar este fenómeno, al igual que los denotados anómalos (alucinema, ilusema, etc). Dentro de los deliremas tipo I, si el objeto es externo, la alteración sería superponible a las clásicas idea delirante primaria de Jaspers o percepción delirante de Schneider. Si se trata de un objeto interno, a las correspondientes cogniciones delirantes de Jaspers u ocurrencias delirantes de Schneider. El objeto puede ser una denotación anómala, es decir, una alucinación y entonces se habla de deliremas tipo II. Por supuesto, los deliremas de un tipo u otro se construyen, en el proceso de una psicosis, o deconstruyen, en el proceso de tratamiento, dando lugar a los predelirios y postdelirios (predliremas y posdeliremas como expresiones verbales de los mismos). Además en el proceso de degradación puede aparecer actividad delirante referida al pasado, no actualizada, que el autor denomina deliremas mnésticos. Todas estas formaciones muestran la continuidad entre lo psicótico y lo no psicótico, independientemente que el sujeto se instale en uno de los extremos de esta gradación, al contrario de lo mantenido por la psicopatología clásica. El siguiente esquema ejemplifica lo que acabamos de exponer:



Los valores 0/1 representan la incertidumbre/certidumbre que el sujeto asigna a sus interpretaciones, de manera que el delirante no es que *crea*, sin que *sabe* con total evidencia los significados, las intenciones, cosa que solo es posible suponer.

Pero en lo que verdaderamente el modelo judicativo aporta valor heurístico es en sustentar con criterios las diferentes catalogaciones de las alteraciones del juicio. Dicho de otra forma, catalogar como delirio -ya sea percepción delirante, ocurrencia delirante u otras denominaciones- aquello que en el relato del sujeto no se somete a la regla de la incertidumbre del significado y no como ha defendido la psicopatología clásica y todavía defienden los sistemas de clasificación actuales. Tanto en uno como en otro caso, el delirio es definido como una creencia anormal, “sin motivo comprensible” diría Schneider, “sin conexión de sentido” apuntaría Jaspers o, en el DSM, “una creencia fija y errónea que no puede entenderse en el contexto del grupo cultural o religioso del individuo”. En primer lugar habría que concretar en qué reside la anormalidad y posteriormente el que no sea comprensible para el observador, no quiere decir que no lo sea para el sujeto. Incluso pudiera darse el caso que la creencia no fuera frecuente en el grupo cultural y no por eso constituiría un delirio, sino que éste se catalogaría por el carácter de evidencia que la creencia sobre atribuciones al objeto posee para el sujeto.

Si tenemos en cuenta que se trata de un sujeto en el contexto de la relación interpersonal, es decir, de la interacción con otros sujetos, la función connotativa implica dotar de significado a las actuaciones que el otro nos dirige en la relación. De ahí que la interacción con el otro resulte, con asiduidad, conflictiva para el delirante pues con frecuencia atribuye al otro intenciones de perjuicio.

En el siguiente ejemplo, se puede observar, en el relato del paciente, la continuidad de situaciones sobre un delirio de infidelidad, considerado habitualmente como inamovible: *Se trata de un paciente de 45 años, casado, que comenzó a mostrarse desconfiado respecto de su esposa al creer que ésta aprovechaba cualquier situación para serle infiel. “En una reunión que tuvimos con los vecinos creí que mi mujer flirteaba con ellos, con los hombres. . . la vi hablar de una manera que no me gustó. . .” Un fin de semana, después de una ingesta de alcohol, tuvo que ser atendido de urgencias, portando una escopeta de caza con la que había amenazado a su esposa al creer que le había engañado con un vecino. “La vi (a su mujer) por la ventana entrar en el bloque junto a un vecino y entonces me di cuenta de que se la estaba tirando en el trastero de abajo”. Posteriormente criticaba esta creencia: “no sé qué me pasó, dejé la medicación y tomé unas copas, mi mujer no paraba de hablar con los vecinos de una manera*

que a mí no me gustó. . . Después la vi entrar en el portal con uno de ellos, ahora pienso que coincidiría, pero en aquel momento estaba seguro que se la tiró en el cuarto trastero y a mí no me dio tiempo a llegar para cogerla”. La catalogación sería la siguiente:

Incertidumbre: “coincidiría con el vecino”

Certidumbre próxima a 1 / Susplicacia: “creí que mi mujer flirteaba con ellos. . . la vi hablar de una manera que no me gustó”

Evidencia / Delirante: “se la está tirando en el trastero de abajo”

Habría que añadir que la infidelidad no es una idea ajena al contexto cultural o religioso y que tampoco es una idea incomprendible en nuestro medio, al contrario, la infidelidad es habitual; sin embargo, estos no son argumentos para dilucidar si los juicios corresponden o no a una ideación delirante.

Otro ejemplo nos puede servir para observar exactamente lo comprensible de algunas connotaciones. *Mujer 52 años, 3ª de 11 hermanos. Analfabeta. Cultura mágica-primitiva. Precariedad severa. Rol de cuidadora. Familia de origen violenta: padre maltratador; hermanos amenazantes. Familia nuclear violenta: marido maltratador; hijo con amenazas. Sentimientos de culpa por el ingreso de su madre - a la que cuidaba- en residencia. Sentimiento “como si” la persiguieran. “Creí que mi hermana Juaní, con un aparato, no sé, porque yo de esas cosas no entiendo, me estaba grabando el pensamiento”. . . “No, no es que yo diga que me adivinaran el pensamiento con una máquina, sino que pudiera grabar las cosas que yo decía, como buscando pruebas”. . . “Vamos a coger al culpable que te ha metido en la residencia, le decían a mi madre”. . . “Yo es que tengo mucho miedo, Ud., me creo que me puede pasar algo en cualquier momento, que me pueden hacer brujerías”.*

Este otro caso nos sirve para ilustrar los predeliremas que se dan en una personalidad paranoide: *“Me sirvió el café de muy malas maneras. . . qué hace muchacho, le dije yo!...dio un golpe con el vaso en el mostrador. . . eso lo hizo para meterse conmigo, que siempre me tira indirectas, pero yo paso ya”.* Y del mismo paciente, quejándose de verse frecuentemente ninguneado por los demás: *“Yo soy muy sensible a las miradas, a los gestos, a la mímica de los demás. . . y la gente. . . es como es. . . pone tierra por medio y eso es así, no es mi enfermedad”.*

Hasta aquí hemos visto las posibles interpretaciones psicóticas que pueden darse al atribuir juicios de valor a un objeto interno, pero también podemos referir dichos juicios a objetos internos como pensamientos concretos, representaciones,

fantasías, etc. Desde el punto de vista psicopatológico resaltan aquellos pensamientos para los que el sujeto no encuentra significado, como en los casos de las fobias, en particular las fobias de impulsión y los pensamientos obsesivos. Se trata en ambos casos de aparente ausencia de significado, lo que entraña una conducta de evitación, un “no querer saber” sobre los pensamientos propios.

Nos hemos referido hasta ahora a las cogniciones que el sujeto hace sobre el objeto, sea éste externo o interno, y que la cognición, la conducta judicativa, entraña una designación, una denotación del objeto, o bien una interpretación, una connotación sobre el objeto, dando oportuna cuenta de las reglas de cada una de estas operaciones, además de las que rigen en las anomalías de cada una de ellas. La psicopatología clásica ha distinguido entre las alteraciones del contenido y del curso del pensamiento. Siguiendo el modelo expuesto, las alteraciones del curso del pensamiento pueden observarse en la debida ordenación del lenguaje verbal que implica todo juicio de realidad del sujeto; esto es, en la secuencia de la oración/proposición del sujeto. Curso del pensamiento equivale pues a secuencia y ésta debe observar dos principios: cosintacticidad y cosemanticidad. Cualquier alteración de uno de ellos o de ambos expresaría las diferentes alteraciones referidas al curso. Cabe aquí citar al bloqueo, interceptación, ideofugalidad, prolijidad, etc.

Puede ahora entenderse la dificultad con la que se enfrentan los profesionales en formación si solo se utilizan instrumentos descriptivos, las definiciones de los manuales al uso, a la hora de discernir un delirio de una idea sobrevalorada o de una creencia o, por citar otros casos de mayor dificultad, qué entenderíamos por una fabulación o una pseudología. En todo caso, hay que tener en cuenta, y ahí es donde insiste Castilla del Pino, que sólo tenemos noticia de estos fenómenos de una manera indirecta a través de la expresión verbal, por lo que es imprescindible una hermenéutica para poder inferir lo que sucede en la mente del sujeto del habla. Es una aportación imprescindible para el psico(pató)logo clínico la disponibilidad de las reglas de la denotación y connotación toda vez que discernen y explican conductas tan relevantes para los profesionales clínicos como las alteraciones de la percepción y de la interpretación, es decir, las formaciones psicóticas y neuróticas que conforman nuestra clínica cotidiana.

Para terminar este apartado hay que resaltar, una vez más, que la conducta judicativa no solo responde a la instancia cognitiva del sujeto, sino que en sí misma contiene factores que remiten a otras instancias, como las pulsionales o actitudinales. Esta aseveración se ve corroborada en la operación denotativa pues no denotamos todos los objetos del campo perceptual. Hay pues una selección de denotados que

se hace en función de deseos, evitaciones, recuerdos, etc. del sujeto. Pero también en los juicios de valor, expresados como formulaciones cognitivas, van implícitas las relaciones, las vinculaciones que realizamos con el objeto, con el cual nos identificamos, rechazamos o descalificamos. En suma, la conducta judicativa no es solo una operación intelectual, sino la resultante de una relación con el objeto donde están implicadas las demás conductas como veremos a continuación.

2) Aspectos psicodinámicos: la construcción del self

Como hemos señalado al principio, el modelo de sujeto es heterogéneo. Quiere esto decir que, como es obvio, el sujeto no solo se expresa mediante la conducta verbal, mediante la cual tenemos acceso a las cogniciones como hemos visto en el capítulo anterior, sino que aparecen en él otros tipos de conductas: las sexuales y las actitudinales. Si podemos diferenciar de forma nítida la tipología de cada una de ellas, estamos identificando diversas subestructuras del sujeto y que ya señalamos en la página 7: un nivel pulsional, un nivel actitudinal y un nivel verbal. Considerando estas subestructuras, esta tópica, la conducta puede considerarse como un mensaje, un discurso, en el que el sujeto se expresa en las formas de lenguaje de que dispone: verbal y extraverbal. Todos los niveles están interrelacionados, de manera que sea cualquiera el lenguaje utilizado, están imbricados los tres niveles: intelectual, actitudinal y pulsional. La interacción entre ellos supone la consideración de la dinámica interna del sujeto. Utilizando el modelo comunicacional podemos decir que, independientemente de la imbricación de todos los niveles, el lenguaje verbal es el que usamos de forma preferente para la información, mediante el extraverbal proponemos la relación, siendo el sexual un lenguaje extraverbal específico para las relaciones afectivo-eróticas.

Pero, por otra parte, el sujeto es un sujeto de relación, dispone de sus diferentes lenguajes para la relación, principalmente para la relación con otros sujetos, la relación interpersonal. Una consecuencia de esta interacción es la imagen que resulta para el propio sujeto, su identidad o *self*. Entramos así, en la dinámica de la relación y las consecuencias psico(pato)lógicas que se pueden derivar de ella. Hemos señalado dos dinámicas a la que el sujeto se ve abocado ineludiblemente y que, además, se trata de instancias que entran en contradicción entre sí, con consecuencias del conflicto que el sujeto tiene que solventar de consuno y de forma ininterrumpida en su devenir. Por tanto, necesitamos un modelo de sujeto que explique la posibilidad de conflicto consigo mismo y con la realidad externa y, en consecuencia, se vea obligado a todo tipo de recursos para lograr la homeostasis,

incluyendo los síntomas psicopatológicos más graves: la alucinación, el delirio, las fobias, los pensamientos obsesivos, etc. Se trata de un modelo de sujeto donde podamos comprender su funcionamiento interno, en la relación interpersonal y también sus formaciones psicopatológicas.

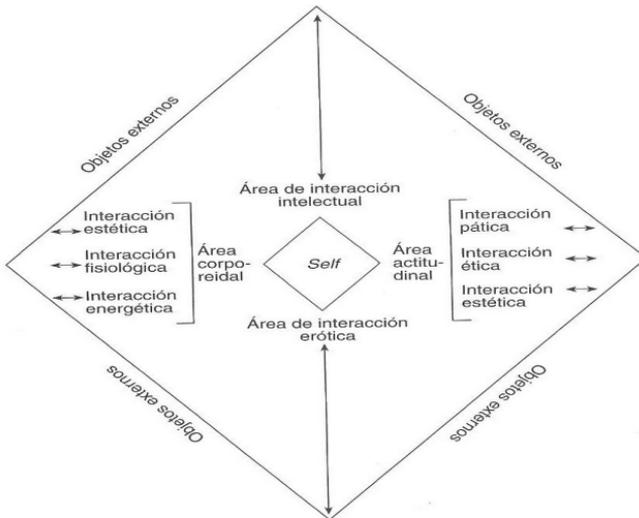
Castilla del Pino reformula el concepto de *self*, partiendo de G.H. Mead, Sullivan, Bateson, para la concepción del sujeto en el contexto de las relaciones. “El self, el sí-mismo, la identidad de uno -dice- quien es el que uno es, es decir, cómo se valora y cómo le valoran a uno, constituye un complejo de circunstancias surgidas en las infinitas interacciones habidas en el curso de cada existencia”.

La identidad no debe ser nunca considerada a modo de un absoluto, ni siquiera como una identidad que se mantiene idéntica a sí misma frente a toda o cualquiera relación, sino como *funcional*, de la que deriva un juicio de valor sobre sí mismo. En el curso de la interacción los demás *confirman* nuestra identidad, la *rechazan* o la *ignorán*. El *self* es, en suma, la imagen de sí mismo que se posee y en virtud de la cual se actúa porque los demás la requieren. Una imagen, un objeto interno -en definitiva, un denotado que se formula mediante una indicativa- no puede ser tenida sin ser de inmediato valorada positiva o negativamente. O sea, un juicio de valor formulado mediante la correspondiente estimativa. El *self* es, por tanto, una re-presentación que, además, exige una valoración (en más, en menos, en mucho, en poco, etc.).

La imagen que el sujeto tiene de sí mismo, al verificarse en la interacción con el otro es el resultado de la imagen que tiene de sí mismo más la imagen que cree tienen los demás de él. Y esta imagen resultante se proyecta en cuatro módulos básicos que Castilla de Pino ha representado en un esquema ya clásico:

1) **el self erótico**, primera construcción temprana de nuestra pertenencia al género femenino/masculino, en la que está integrada la concepción sobre nuestra atracción/rechazo desde el punto de vista erótico. 2) **el self de la corporeidad**, que se desdobra en los ejes estético (bello-feo), energético (fuerte-débil) y fisiológico (sano-enfermo). 3) **el self actitudinal**, que oscila entre los bipolos pático (simpatía-antipatía; afectivo-agresivo, etc.), ético (moral-inmoral) y estético, en lo referido al gusto que ostentamos (elegante-rudo; delicado-tosco, etc.) 4) **el self intelectual**, que valora la cualidad inteligencia-torpeza. En todos ellos, no obstante, sus repercusiones sociales son manifiestas puesto que, al fin y al cabo, no sólo el *self* se *construye* en la interacción, sino que además *sirve* para la interacción: es la imagen que se presenta en la interacción.

El *self*, como imagen íntima que es, es el núcleo más interno del sujeto. Ahora bien, ¿cómo se va construyendo? Como hemos dicho se va construyendo en la relación interpersonal. En ella y para ella el sujeto fabrica *yoes*. La función del sujeto es fabricar *yoes*, un yo para cada relación. El yo viene a ser así el papel que el sujeto va fabricando para la secuencia de actuaciones que tiene que ir afrontando. Es el aspecto público del sujeto. Mediante los distintos *yoes* fabricados desde la infancia se va elaborando la imagen que de sí mismo tiene el sujeto que, ya en la edad adulta, resulta diversificada en los diferentes módulos. Podemos decir entonces que el sujeto está constituido por su *self* y una gran cantidad de *yoes* que pone en juego para cada actuación. Hay que advertir aquí que actuación no es actividad. Precisamente, mediante la actuación dotamos de significado la actividad correspondiente: así, el hablar, como actividad, lo transformamos en actuación, si mediante el habla expresamos, por ejemplo, nuestro amor/odio cuando decimos “te amo” o, por el contrario, reprochamos, insultamos, etc. hemos de añadir de inmediato que aunque el lenguaje verbal es el más cualificado para las relaciones interpersonales en general, nunca lo utilizamos de forma exclusiva, como sería el caso de los ordenadores. El sujeto utiliza siempre una combinación de lenguajes donde la información es vehiculada en el verbal y la relación, los afectos se hacen en el analógico, incluyendo en este último, el modo, tono de voz, prosodia, etc.



ESQUEMA

La dinámica entre *self* y *yo* se produce gracias a una propiedad que el sujeto posee: la reflexividad (8). De la misma manera que un sujeto denota, connota e interpreta la conducta de los demás ante la propuesta de sus diferentes interlocutores, *es capaz de enjuiciarse a sí mismo*. Se produce así un desdoblamiento entre un yo ejecutor y un yo observador, que no solo se dedica a observar, sino a enjuiciar la conducta del primer yo; es, pues, un yo juzgador. Ambos pertenecen naturalmente al sujeto, pero no están en un mismo nivel lógico; el primero es un yo-objeto del segundo, que se sitúa por encima y es capaz de valorar sus actuaciones. El segundo es pues un meta-yo y, además gracias a la continuidad de la interacción interpersonal, este yo observador es capaz de ir modulando al yo actor. Los diferentes yoes, en consecuencia se van modificando en la medida que son valorados por el yo observador/juzgador. De esta suerte, este último yo deviene en el *self*, que al ser un proceso histórico, biográfico, se va construyendo y deconstruyendo en el entramado de vínculos que proporcionan las redes sociales a lo largo de la vida (9). Esta autoconciencia de sí mismo, esta habilidad que permite formar una representación cognitiva, abstracta, del *self* se realiza mediante el lenguaje (Baron y Byerne 2005) (10) y parece ser exclusiva del sujeto humano. El *self* es por tanto de naturaleza semiótica. Los múltiples yoes experimentados y almacenados en la memoria, junto con el conocimiento del mundo resultante de las relaciones establecidas con los otros, constituyen un conocimiento de si-mismo, el autoconcepto que hemos llamado *self*. Para mayor funcionalidad, el conocimiento se estructura en esquemas sobre las principales áreas antes señaladas. Los esquemas fundamentales en la identidad de cada individuo permanecen constantemente alertas ante las posibles amenazas que pueden devenir. Según el área infravalorada, por ejemplo un sujeto que se considera feo, procesará más rápidamente y preferentemente la información que le confirme en esa identidad y mostrará menos interés en la que le desmienta.

La información que concuerda con los esquemas se asimila y fija más fácil y fuertemente. Es tal la relevancia del autoconcepto, esquema, del yo propuesto, que se convierte en eje conductor en torno al cual se procesa la información que maneja el sujeto (Avia 1995, De Vega 1998) (11).

El *self* está permanentemente amenazado ya que en cada relación interpersonal se cuestiona y puede deparar una crisis del *self* (12). Puede definirse la salud mental de una persona como la capacidad del sujeto para mantenerse seguro en la mayor cantidad posible de contextos diferentes (13). El sujeto tiende de esta forma a la homeostasis, intercambiando las diferentes áreas del *self*, de tal modo que

resulte un yo para afrontar la relación con la mayor seguridad posible. La carencia fundamental de esta seguridad básica, bien porque el sujeto no se acepte en todas y cada una de las áreas del *self*, bien porque se cuestiona aquella que vicariantemente usa en la mayor parte de sus relaciones, constituye el contexto en que se produce la crisis del *self*. El *self* debe, en consecuencia, preservarse de las posibles crisis o combatir las que se han producido mediante una serie de dinamismos que le restituya en una valoración positiva. Castilla del Pino señala aquí una serie de dinamismos clásicos, donde vemos otra faceta posibilitadora de la integración psicopatológica: los clásicos mecanismos de defensa, la rigidificación de la personalidad, las fantasías y los sueños.

La angustia que depara el cuestionamiento de nuestra identidad es el caldo de cultivo que nutre la crisis. La angustia según la concebimos habitualmente es un estado anterior al temor, un sobrecogimiento. Es bien conocido como se comporta la angustia en la estabilización de los trastornos neuróticos, como evoluciona en la fobia, la obsesión o el pánico, cómo si tratara de dar un paso tranquilizador y defensivo del temor a la nada al temor de algo conocido. Desde Freud la angustia se identifica con el miedo a la castración de los neuróticos, esto es a la pérdida, la soledad, la muerte o el castigo y sus síntomas traducen estos sentimientos.

En los psicóticos, sin embargo, la metáfora de la castración no sirve para describir la angustia, el terror ante la amenaza a su identidad se vive como escisión y rompimiento. En la reflexión que hacíamos antes acerca de la construcción del *self*, el sujeto se desdobra en este caso de manera *real*, es decir, como si una parte de él no fuera suya, como si el yo observador estuviera fuera. Es lo que ocurre con la denotación y connotación anómalas. Desde este punto de vista es un intento psico(pato) lógico de reparar la crisis del *self*. En la esquizofrenia, la angustia se expresa como temor de fragmentación, influencia invasión o difusión del pensamiento y en el paranoico su apariencia será preferentemente como temor de persecución o perjuicio. La angustia psicótica deviene ante la intolerancia de una interacción o relación que pone en peligro la identidad total y frente a la cual fracasan otros mecanismos compensatorios, obliga al sujeto como solución extrema a construir el delirio. De ahí la importancia del *tema elegido*, que conecta con el módulo del *self* que se ha visto cuestionado (14). Aquí se observa una oposición a la Psicopatología tradicional. Para ésta, una vez producida la alteración cerebral, se produce el delirio y el tema será una consecuencia del mismo. Para Castilla del Pino será justamente al contrario: "lo que motiva el alucinar o el delirar es el tema, no a la inversa (15). A partir de la seguridad que el delirio reporta el delirante reconstruye su *self*, pero no

a partir de los objetos externos que le han resultado insuficientes y deparadores de angustia, si no a partir de objetos de su propio mundo interno, de sus necesidades narcisísticas no gratificadas. El delirante disloca los objetos adiacriticamente. Así conseguirá construir el *self* irreal necesario para no fragmentarse (16). Es interesante la continuidad psicopatológica señalada entre neurosis y psicosis, que ya apuntamos en el apartado anterior. El mundo del delirio no es un universo estanco. Los límites del delirio además de variados son bastante permeables y permiten la circulación en ambos sentidos. En la práctica clínica, sobre todo estamos siempre más inclinados a considerar la presencia de la discontinuidad incluso a presumir irreversible esa ruptura. Nos cuesta aceptar que lo delirante se extiende profunda y extensamente en el interior de la lógica humana y que la sensatez habita en el fondo de la locura (locuras razonantes).

Para terminar este apartado, merece la pena recordar algunas de las reflexiones realiza Castilla del Pino en su Teoría de los sentimientos acerca de la hipótesis sobre “un lugar” en el cerebro con la “función de sujeto”. “La integridad funcional del organismo (cerebro) es condición necesaria para la funcionalidad del sujeto pero no condición suficiente. Hay organismos-cerebros humanos sin sujeto, el hombre en estado de coma que no actúa cognitivamente ni emocionalmente no es un sujeto. En estados previos al coma, la intoxicación, donde la funcionalidad del cerebro está alterada todo el sistema del sujeto está alterado, y se alucina, se delira o se comete errores en la relación con el contexto”... Castilla del Pino se pregunta si puede hablarse de un lugar del sujeto en el cerebro de la misma manera que puede precisarse un lugar en la visión, audición, etc. La respuesta es que sí: “Si el sujeto produce yoes constantemente en la realidad empírica, en la fantasía, en el sueño, cabe concluir que ser sujeto es una función que se hace y rehace continuamente y la función es localizable al menos nuclearmente...” “El sujeto es actividad mental y por tanto puede afirmarse sin posibilidad de error que es resultante del funcionamiento del córtex cerebral. Las investigaciones actuales de la neurociencia señalan al córtex prefrontal... “Es verosímil pensar que, así como existe una representación funcional motora y sensorial del propio cuerpo en el córtex pre y postrolándico, determinados sectores del córtex cerebral (probablemente límbico prefrontal, telencefálico) estén funcionalmente encargados de la construcción, la representación y la re-flexión de sí mismo.

ALGUNAS CONSECUENCIAS

Si ponemos el acento en la conducta judicativa se observan los dos segmentos señalados el cognitivo, formal, y el relacional, afectivo; lo indicativo y lo connotativo. Toda esta concepción impregna también el modelo de sujeto en su desarrollo del concepto de *self*, ya comentado. Todos y cada uno de sus aspectos están llenos de elementos cognitivos-formales y relacionales-afectivos a la vez, aparentemente diferenciados pero continuamente confundidos, lo que hace al conjunto de la conducta borrosa, confusa, compleja en resumen. Pero no olvidemos que es así como la vemos en la realidad cotidiana de nuestras relaciones cotidianas con el mundo de los objetos y el mundo de los otros, como nos la encontramos en la clínica y como la vemos evolucionar en el contexto de la relación terapéutica.

Otras razones para valorar este modelo de sujeto es su utilidad para recoger bajo su esquema diferentes teorías que se refieran a modelos motivacionales (como las teorías de las pulsiones, o de los sentimientos), o la integración-confusión de lo denotativo-connotativo incluyendo la interacción de los modos de pensamientos conscientes e inconscientes; la dinámica del *self* incluyendo tanto los aspectos interpersonales-comunicacionales como del funcionamiento dinámico de un mundo interno, ordenado y estructurado, o su construcción evolutiva a partir de las relaciones primigenias como en la teoría del apego; no basta pues el sumatorio de funciones; y todo esto no puede ser contradictorio con las explicaciones neurobiológicas ya que la conducta entendida como relación requiere de un organismo.

De aquí se podría concluir que no existe Psicopatología y clínica, como ya dijimos, Castilla del Pino habla de Psico(pato)logía. Realmente no se pueden separar. Realmente la psicopatología es clínica y la clínica es psicopatología. Y tendríamos que añadir: tratamiento. Los tratamientos, incluido los aspectos relacionales de las indicaciones farmacológicas, están incluidos en esta realidad que es la interacción humana y por tanto no escapan a la necesidad de disponer de un modelo de comprensión del sujeto de la relación para comprender la complejidad de la clínica y también la de la tarea de tratar.

En este sentido, disponer de un modelo como el explicitado también nos sería útil, a modo de paraguas que nos cubre o envuelve a todos, en la práctica cotidiana de nuestro trabajo con los pacientes. No sólo en el nivel de la relación individual entre paciente y terapeuta, sino en el de un equipo de profesionales en el abordaje multidisciplinar en aquellos casos complejos. Un modelo de sujeto como el de Castilla sirve de soporte para la intervención de enfoque cognitivo o dinámico o sis-

témico, pero también para la intervención sobre los cuidados de la Enfermería o el plan de atención social de Trabajadores Sociales o la orientación en los Terapeutas Ocupacionales. Es pues, un modelo útil para la gestión clínica (17).

Como todas las propuestas integradoras tiene hiatos, en ocasiones difíciles de salvar por las contradicciones epistemológicas que encierra en sí este tipo de opciones. Pero por otro lado, las propuestas de este tipo también ponen de manifiesto los hiatos, por parciales, de los paradigmas, hipótesis, de los que se alimenta. Queda pues un camino pues por recorrer.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Castilla del Pino, C.: Un estudio sobre la depresión. Fundamentos de antropología dialéctica. Ed. Península. Barcelona. 1966
- (2) Castilla del Pino, C.: Conductas y actitudes. Ed. Tusquets. Barcelona. 2009
- (3) Díez Patricio y cols: Análisis del discurso psicótico. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Colección Estudios. Nº38. 2006.
- (4) Jackson, HJ; McGorry, PD: The recognition and Management of Earl y Psychosis. A Preventive Approach. Cambridge University Press. 2009.
- (5) Tizón, J.: "Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis". Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2009, Vol. XXIX, nº 103, pág. 35-62.
- (6) Castilla del Pino, C: "Sobre el proceso de degradación de las estructuras delirantes" y "Para la psicopatología de la remisión esquizofrénica". Ambos de 1957 y recogidos en *Vieja y nueva Psiquiatría*. Editorial Seminarios y Ediciones. Madrid 1971.
- (7) Villagrán, JM; Luque, R: Pseudoalucinación: un análisis crítico. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., vol. XIV, n. o 50, 1994, pp. 391-402.
- (8) Castilla del Pino, C.: Reflexión, reflexionar, reflexivo. Discurso de ingreso en la Real Academia Española. 2004
- (9) Leal Rubio, J.: "La relación en los cuidados y el trabajo en red en salud mental" en Leal Rubio, J. y Escudero Nafés, A.: La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental". AEN/ Estudios. Nº 45. 2006
- (10) Baron y Byrne. Psicología Social. Madrid, Pearson Educación. 2005.
- (11) Avia M.D. El Self. En Avia. M.D y Sánchez Bernardos M.L. Personalidad: Aspectos cognitivos y sociales. Madrid. Pirámide. 1995.
- (12) Cumming, J.: Communication: an approach to chronic schizophrenia en *Cronic schizophrenia. Exploration in Theory and Treatment*. Illinois. 1960.
- (13) Sullivan H.S. Estudios clínicos de psiquiatría Siglo XX, Buenos Aires, Argentina. 1974.
- (14) Valls Blanco, JM; del Río Noriega, F; López Sánchez, F: El tema del delirio como significativo. Análisis interpretativo. *Folia Neuropsiquiátrica*, XVI (3), pág. 201-209.

- (15) Castilla del Pino, C: Introducción a la Psiquiatría. 1. Obras Completas. Vol. VI. Editan Fundación Castilla del Pino y Universidad de Córdoba. 2010.
- (16) Castilla del Pino, C: El delirio, un error necesario. Ediciones Nobel. Oviedo. 1998.
- (17) Del Río, F.; Carmona, J.: Organización de los servicios de salud mental comunitarios: la red territorial. Coordinación y colaboración institucional. En Desviat, M; Moreno, A.: Acciones en Salud Mental en la Comunidad. AEN. Col- Estudios. Nº 47.

4.- El cuerpo del sujeto discursivo (o de cómo la carne se hace verbo): identidad, mismidad, ipseidad y otredad.

J. Fabio Rivas Guerrero

Director UGC SM y Jefe Servicio Psiquiatría. Hospital Regional de Málaga

«¿No es, pues, la naturaleza de lo uno la misma que la de lo igual?» (Parm. 139d).

			
Cuerpos iguales y el mismo + Mismidad + Ipseidad	Cuerpos ni iguales ni el mismo - Mismidad - Ipseidad	Cuerpos iguales y no el mismo. Son gemelas - Mismidad + Ipseidad	Cuerpos no iguales y el mismo (Meryl Streep, interpretando a un rabino en Angels en América) + Mismidad - Ipseidad

INDICE

0.- INTRODUCCIÓN

1.- MARCO TEÓRICO: IDENTIDAD, CUERPO Y SUJETO

2.- ALGUNAS CONSIDERACIONES EN TORNO A LA IDENTIDAD

3.- LA IDENTIDAD CORPORAL

3.1.- EL CUERPO/LOS CUERPOS: GEOGRAFÍA E HISTORIA DEL CUERPO

3.2.- ¿QUÉ ES UNA VIVENCIA?

3.3.- CORRELATOS NEURONALES DEL CUERPO

3.3.1.- DE LA VIVENCIA DEL CUERPO A LA CONCIENCIA DEL CUERPO (CUERPO VIVIDO E IDENTIDAD CORPORAL)

3.3.2.- INSCRIPCIÓN CORTICAL DEL CUERPO: EL HOMÚNCULO SENSORIO-MOTOR DE PENFIELD

3.3.3.- INSCRIPCIÓN CORTICO-SUBCORTICAL DEL CUERPO AJENO Y SUS INTENCIONES: LAS NEURONAS ESPEJOS

3.3.4.- INSCRIPCIÓN EN EL CEREBRO-MENTE DE LAS DECISIONES INCONSCIENTES LIGADAS AL CUERPO VS DECISIONES CONSCIENTES (LOS HALLAZGOS DE LIBET Y HAYNES)

3.3.5.- LA MARCA SOMÁTICA Y EL PROTOSEER DE DAMASIO, O LA INSCRIPCIÓN EN LA MENTE DE UNA SITUACIÓN DE PELIGRO PARA EL CUERPO

3.3.6.- DE LAS SENSACIONES INTEROCEPTIVAS A LA IDENTIDAD CORPORAL: LA INTEROCEPCIÓN ¿UNA MARCA DE LA MISMIIDAD?

3.4.- ALGUNAS OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS RELATIVAS AL CUERPO Y A LA INTERSUBJETIVIDAD EN EL DESARROLLO DEL NIÑO

4.- LA CUESTIÓN DEL SUJETO

4.1.- EL SUJETO PARLANTE: IDENTIDAD, MISMIIDAD Y ALTERIDAD

4.2.- SUJETO DE LA ENUNCIACIÓN, SUJETO DEL ENUNCIADO

4.3.- LA NOVELA DE LA PROPIA VIDA Y OTROS QUEHACERES DEL SUJETO DISCURSIVO

0.- INTRODUCCIÓN

La necesidad de articular una teoría o modelo de Sujeto (S), que sirva de fundamento a distintas disciplinas (economía, lingüística, antropología, política, psicoanálisis, cognitivism, salud mental, neurociencias, medicina...), es innegable y no puede rechazarse bajo el pretexto de ser más o menos especulativa, más aún si nos referimos a la psico(pato)logía o a la clínica psiquiátrica¹.

Un aspecto fundamental, difícil de eludir, en el estudio del hombre concreto, del individuo humano, del *homo sapiens sapiens* con nombre y apellidos y, en fin, del Sujeto (asumiendo por tanto las sospechas de subjetividad que gravitan sobre éste), es su consideración como un sistema complejo, cuya metáfora epistémica más común —con sus luces y sombras— tal vez sea el representado por el *modelo bio-psico-social*, el cual implica la estructuración del Sujeto en una serie de niveles interrelacionados y recursivos de complejidad organizativa (de la materia-energía, a lo simbólico-cultural, pasando por los sentimientos, emociones, pensamientos...). O si se quiere, como un *sistema de signos* (acorde con la conceptualización del signo lingüístico de Saussure)²; es decir, un sistema sintomático-sinaléptico-simbólico capaz de responder a la cuestión de la propia identidad, la conciencia de sí mismo, la vivencia de su mismidad, la valoración del propio Self; todo lo cual implica, además, la propiedad reflexiva de saber que somos *distintos* de los que nos rodean, que algo nuestro en lo que nos reconocemos sigue siendo lo *mismo* a lo largo de nuestra vida y a pesar de los cambios (físicos, emocionales, cognitivos, conduc-

¹ Al margen de que cualquier acercamiento a la cuestión del Sujeto requiere sin duda una contextualización previa del mismo que tenga en cuenta distintas perspectivas, ya sean históricas, culturales, ideológicas... , o derivadas de diversos paradigmas (biológicos, psicológicos o sociales), sobre todo en estos tiempos en los que pareciera que las epistemes, de entrada, generan sospecha y desconfianza, más aún si esas supuestas epistemes tienen vocación totalizadora y sistemática, que sería el caso de un modelo del Sujeto bien fundamentado y operativo. Así, un modelo de Sujeto resulta doblemente sospechoso. En primer lugar, por la razón recién señalada; en segundo lugar, porque lo subjetivo, en contraposición a lo objetivo (en tanto que supuestamente bien asentado), per se genera desconfianza.

² Por sistema de signos entendemos un sistema con la propiedad emergente de captar y emitir signos más o menos complejos, según el nivel de complejidad en el que estos emerjan. En un sistema cerrado-abierto, como el que propugnamos para el Sujeto, se entiende por signo cualquier unidad, de la naturaleza que sea, que pueda ser captada o transmitida. Así —dentro del signo— podemos distinguir entre síntoma (sería un signo compulsivo, natural, automático, no arbitrario y que, en principio, no implicaría la existencia de un receptor. Por ejemplo: la ictericia como síntoma de la cirrosis hepática o las huellas que deja un pie al pisar), señal (signo que mecánica o convencionalmente provoca alguna reacción en el receptor), símbolo (signo sin semejanza ni contigüidad con lo denotado, existiendo solamente un vínculo convencional entre su significado y su denotado), índice (signo cuyo significante es contiguo a su significado o es muestra de él) e icono (signo cuyo significante es similar al significado. Por ejemplo, una fotografía).

tuales...) que sufrimos, que somos *agentes* de nuestros pensamientos, fantasías, sueños, emociones, sentimientos y actos y, por último, que por todo ello, tenemos un *valor propio* que continuamente ponemos en juego en la relación con nosotros mismos y con los demás³. Es decir, un modelo de Sujeto en tanto que sistema complejo biopsicosocial, a la par abierto y cerrado a otros sistemas, estructurado en niveles interrelacionados y recursivos de complejidad organizativa, con las siguientes propiedades emergentes relativas a cada uno de los niveles organizativos: ser un sistema sintomático-sinaléctico-simbólico, ser capaz de dar cuenta tanto de lo permanente e invariable de su propia Identidad como de lo variable, circunstancial y acomodaticio de la misma, y tener capacidad reflexiva.

En suma, estamos refiriéndonos a una teoría o modelo de Sujeto que asuma la complejidad de ser el mismo cuando se es distinto; o dicho de otro modo, capaz de sostener una identidad misma (invariable, Una) en el seno de una identidad variable, cambiante, polimorfa, adaptativa⁴. Doble aspecto o significación de la identidad a la que Sartre, en el Ser y la Nada, se refiere como mismidad e ipseidad, entendiendo por mismidad la idea que apela a la unicidad del ser y no a la condición que adquiere por el hecho de devenir, como en cambio sugiere el concepto de ipseidad. Así, la mismidad es aquello que no fluctúa en el proceso que va, por ejemplo, de la semilla al árbol. En otras palabras, mientras la mismidad alude a la dimensión estructural del ser, a lo que perdura a pesar del tiempo, la ipseidad, para Sartre, remitiría a la condición concreta de su existir⁵.

³ Valoración o consideración de sí mismo, en tanto que capacidad auto reflexiva y, por consiguiente, capacidad de generar narraciones —novelas— de nosotros mismos; novelas con sus correspondientes tramas, que alguien o algo la escribe, que son narradas en primera persona, que están habitadas por distintas clases de personajes —protagonistas, secundarios, accesorios...—; novelas, en fin, que han de mantener un grado mínimo de coherencia y consistencia narrativa para que la trama resulte verosímil y la novela, en tanto tal, “funcione”. Así, al margen del Autor (o autores —ese alguien o algo a los que hemos hecho referencia—, el punto de vista narrativo (de la novela de la vida) ha de mantenerse fijo, inalterable, a lo largo de toda la novela (que es lo mismo que decir, a lo largo de la vida de cada uno); los personajes pueden cambiar y evolucionar acorde con las diversas circunstancias narrativas, caracterizándose cada uno en tanto agente de sus propios pensamientos, fantasías, sueños y actos; la novela ha de tener un principio y un final; ha de acontecer en algún lado, etc.

⁴ Es decir, en expresión coloquial, un modelo de Sujeto que sea capaz de soportar lo que en el lenguaje cotidiano se expresa como: “Donde dije digo, digo Diego”.

⁵ Paul Ricoeur ha hecho uso también de la distinción entre ipseidad (ipse) y mismidad (idem), en sus trabajos hermenéuticos (Temps et récit. Tome III: Le temps raconté, Le Seuil, 1985), sobre todo en el marco de la aporética relación identidad — temporalidad. Luego, en 1990, esta distinción fue el eje de sus trabajos *Soi-même comme un autre* (Le Seuil, 1990), *La Mémoire, L' Histoire, L' Oubli* (2000), y *Parcours de la reconnaissance* (2004). Distinción que también le sirve de fundamento en sus aproximaciones al Sujeto a Edgar Morin (*El método III. El conocimiento del conocimiento*. Madrid: Cátedra, 1994).

Ya sea considerando la identidad *idem*⁶ (mismidad) o la identidad *ipse*⁷ (ipseidad), esta valoración-vivencia de sí mismo, como señala Castilla del Pino⁸, se proyecta básicamente en cuatro direcciones (erótica, corporal, actitudinal y aptitudinal o intelectual) de las cuales, a nuestro entender, la fundamental y primigeniamente organizadora es la corporal, pues entendemos⁹ que la vivencia-valoración de sí mismo es primigenia o fundamentalmente corporal o es también corporal, en tanto que es la primera que ontogenéticamente se va conformando (lo propio-extraño), mientras las otras o van unidas directamente a la corporal o pueden “traducirse” también en términos de corporalidad y, en última instancia, porque según reza el aserto: se puede vivir sin cualquiera de ellas pero nunca sin cuerpo.

1.- EL MARCO TEÓRICO: IDENTIDAD, CUERPO Y SUJETO

Se trata pues de fundamentar desde diversos discursos y *episteme* (filosofía, matemática, lógica-simbólica, lingüística, psicología experimental, neurociencias...) la Identidad Corporal, como vía privilegiada para la construcción de un modelo de Sujeto, en el que se hará referencia a algunas de sus propiedades emergentes: Mismidad, Ipseidad, Otredad..., y, en suma, a la auto y heterorreflexividad; es decir, a la capacidad de generar conductas y narraciones¹⁰ que puedan servir de fundamento a la Psicopatología y a la Clínica Psiquiátrica.

2.- ALGUNAS CONSIDERACIONES EN TORNO A LA IDENTIDAD

Que todos los hombres del mundo que han sido, son y serán, seamos distintos unos de otros y sin embargo todos seamos lo mismo, en cuanto en todos aparece lo mismo, eso es la Identidad. Pero, qué duda cabe que con la palabra “identidad”, podemos remitirnos a muy diversos contextos (Identidad personal, matemática, cultural, nacional, política, sexual...), y, sin duda, la historia del pensamiento está

⁶ Del latín, *idem*, *eadem*, *idem*: mismo, el mismo.

⁷ Del latín, *ipse*, *ipsa*, *ipsum*: indica la identidad de uno consigo mismo, oponiéndolo a los demás.

⁸ Castilla del Pino, C. Introducción a la Psiquiatría, Alianza Editorial, p 151, Madrid-1978

⁹ Similar a lo que refería H. Ey a propósito de los delirios, cuando afirmaba que todos los delirios eran persecutorios o tenían algún componente persecutorio.

¹⁰ Teniendo en cuenta los intereses inconscientes y conscientes de esa Identidad corporal, sobre todo –entre otras- la propia supervivencia en la mejor de las situaciones posibles.

atravesada por esta problemática. El que una cosa es idéntica a sí misma, parece el principio más simple y fundamental de la razón, ya sea de la razón metafísica, lógica, proposicional, etc. De hecho, el principio ontológico de identidad establece que todo ser es idéntico a sí mismo, y nada puede ser y no ser al mismo tiempo. Sin el principio de identidad ($A = A$), pareciera imposible sostener de manera clara y congruente ningún discurso¹¹. Ese es, por ejemplo, el punto de partida filosófico de Parménides, en su indagación sobre lo real, sobre la real naturaleza de las cosas: “¿Qué es la naturaleza? ¿De qué está hecha la realidad?”. Para los presocráticos (Tales de Mileto, Anaximenes...), los elementos primarios (arjé) que constituían la realidad, como sabemos, era el agua, el aire, el fuego y la tierra (posteriormente, Aristóteles le añadió el éter)¹². Frente a ese reduccionismo fiscalista, Parménides afirmaba que la realidad primigenia de *los entes*¹³ de la realidad era *el ser*, puesto que los entes son; es decir, todos los entes tienen en común la propiedad de ser. En consecuencia, para Parménides, frente a la contingencia, a la pluralidad, a lo perecedero de los entes particulares, el ser es lo uno impercedero, necesario, inmóvil y siempre presente¹⁴. Por tanto —siguiendo a Parménides—, se podría afirmar que no hay nada real, sino el ser (o que el ser es lo real de la cosa y, en consecuencia, el ser, lo real de la cosa, siempre se mantiene idéntico a sí mismo)¹⁵, aunque —en esa escisión del ser con la existencia—, el ser se convierte en puro pensamiento, *esencia* abstracta desvinculada de toda clase de referencia óptica y fáctica.

Este ser esencia de Parménides emparenta con facilidad con el mundo de las Ideas platónicas, para quien el ser es esencia, no existencia. Sin embargo, el punto de partida de Aristóteles, en su pretensión por conocer la naturaleza, es radical-

¹¹ De la clase que sea: coloquial, filosófico, científico...

¹² El éter, el quinto elemento o quintaesencia. Pensaba Aristóteles que los cuatro elementos eran terrenales, corruptibles, y que el firmamento debía estar hecho de un elemento diferente, impercedero, incorruptible, de una sustancia celestial que siempre permanecía idéntica a sí misma: el éter. La palabra éter fue de nuevo recuperada por algunos físicos del siglo XIX para denominar el medio invisible que llenaba el universo: el éter luminoso.

¹³ Entendiendo por entes lo primero, la múltiple diversidad de cosas con las que nos encontramos en la realidad.

¹⁴ El ser de Parménides con sus propiedades esenciales de unidad, inmutabilidad e identidad, no aprehensible por los sentidos, tan solo por el pensamiento y la razón (*nous*), y los entes en su diversidad fenoménica, aprehensibles por la experiencia sensible, aunque en consecuencia esa experiencia sensible solo podría dar cuenta de la apariencia de las cosas y, en contrapartida, el conocimiento aportado por los sentidos sería rebajado a simple opinión (*doxa*); esa distinción, ser-ente, podría servir de primer fundamento metafísico de la Identidad, más exactamente de la distinción dentro de ella entre Mismidad (el ser) e Ipseidad (los entes).

¹⁵ La Mismidad sería entonces lo real de la ipseidad; o dicho de otra forma, lo real sería lo inmutable, impercedero e indivisible de la ipseidad, en tanto que ésta sería pura apariencia.

mente distinto a Platón: no le interesan tanto las realidades ontológicas como idea universal, sino las realidades individuales y concretas y, más exactamente, qué es lo que hay en las cosas concretas que hace que sean *ousía*¹⁶ (sustancias reales, capaces de subsistir en sí mismas). Para Aristóteles, el ser verdadero es un sujeto individual concreto, y los accidentes son la variabilidad, los cambios a los que se ve sometido el ser verdadero en su circunstancial devenir. Ese ser verdadero -sujeto individual- será la sustancia (*sub-stans*)¹⁷, lo que subyace, está debajo, soportando los accidentes. De este modo, para Aristóteles, el ser ya no es pura mismidad, sino también *energía*; es decir, fuerza, actividad, energía que le hace ser y que le hace ser de un modo concreto (ipseidad).

De estas primeras consideraciones en torno a la identidad del ser (en la filosofía metafísica) y a la identidad de las cosas en la naturaleza hasta la identidad que ahora nos importa, la conciencia de sí mismo que tenemos los humanos, la vivencia de mismidad, de una identidad individual que permanece frente a los cambios (propios o ajenos), sustentada en ese “pensar-vivencia” de resonancias cartesianas, que remite a un yo, que permanecería siendo el mismo, pues, según Schelling, “Sólo el yo es lo que confiere unidad y consistencia a todo lo que es; toda identidad corresponde solamente a lo puesto en el yo”¹⁸. De esas primeras consideraciones en torno a la Identidad –como hemos dicho-, se podría articular un recorrido filosófico en el que sería ineludible la concepción de la identidad moderna, tal como la entendía Hegel, para quien el ser y el no-ser, lo mismo y lo contrario, conviven en el seno de todas las cosas, en tanto que fundamento del cambio dialéctico que en ellas sucede, así como a la configuración de la identidad¹⁹ del Sujeto posmoderno, a la que primigeniamente se refiere Nietzsche, para quien la identidad y todo lo que afecta al ser, incluido el yo y el propio ser, es pura apariencia.

Pero este nivel de disquisición en torno a la Identidad puede sin duda enriquecerse si, además, hacemos acopio de las reflexiones derivadas de otros saberes. Así,

¹⁶ Ousía, por lo tanto, designará a la verdadera realidad; es decir, a la sustancia individual.

¹⁷ En consecuencia, para Aristóteles, sustancia es el verdadero nombre del ser. Entendiendo sustancia no tanto como materia, sino como el principio interior que da cuenta de lo que el ser es: la razón de su sistema orgánico, sus accidentes, la dinámica de sus operaciones... Este principio interior –para Aristóteles- es la forma; es decir, el acto mismo por el cual una sustancia es lo que es. En consecuencia, si en una sustancia algo es en acto, es por su forma, y si una sustancia es primariamente lo que es, es por su forma substancial. Para Aristóteles esta forma es la esencia, es decir, lo común a todos los sujetos individuales de una misma especie. Así, en cierto sentido, la forma aristotélica se podría confundir con la mismidad (lo que hace que el ser, la sustancia, sea lo que es; es decir, lo que posibilita la ipseidad), con una mismidad que es causa primera de los accidentes y de la dinámica del ser sustancia.

¹⁸ Schelling, F.W.J., Vom Ich... O.c. 1856.

¹⁹ Nos estamos refiriendo, por supuesto, a la identidad desde el punto de vista filosófico.

desde un punto de vista matemático ($1=1$, $3=2+1\dots$), la identidad se entiende como *igualdad de valor*; es decir, como *equivalencia*. En lógica simbólica ($A=A$, $A=B$), la identidad se entiende como *verdad axiomática*; verdad que sirve de fundamento a cualquier otra expresión de relación lógico-simbólica (*verdad teorematizada*) que se quiera establecer (demostrar por medio de un teorema) dentro de ese mismo sistema lógico-simbólico. En la lógica-especulativa (Hegelianista)^{20,21}, la proposición especulativa (“ $A=B$ ” y “ $A=A$ ”) constituye la estructura de la realidad, la escisión de la realidad en lo que en ella hay de diferencia y unidad. La lógica especulativa hegeliana comienza con la Unidad misma ($A=B$), para dar cuenta del tránsito dialéctico de la Sustancia —entendida como contenido y esencia de la realidad; es decir, como la totalidad de lo real- al Sujeto; un Sujeto bien asentado, hecho para la realidad²².

Desde un punto de vista lingüístico, se podría pensar que el pronombre personal “Yo” (frente al resto de pronombres personales, “tú”, “él”, “nosotros”, “vosotros”, “ellos”) representa de forma privilegiada a la propia identidad personal. Sin embargo, en la conciencia de sí mismos que tenemos los humanos que, de entrada, y como señala García Calvo²³, pretende fundamentarse en el uso que hacemos de cualquier lengua natural, “Yo [...] es de por sí incapaz de sostener la identidad de quién con él apunta hacia sí mismo mientras está hablando”, puesto que con el pronombre “yo” —o tú, él, nosotros, vosotros...— lo único que se señala es *el lugar que ocupa el locutor en una interlocución*, su ubicación en un enunciado

²⁰ Hegel, G.W.F., Fenomenología del Espíritu. Traducción de Wenceslao Roces, Madrid, 1985.

²¹ Hegel, G.W.F., Ciencia de la lógica, Buenos Aires, 1968.

²² Así, para Hegel, las fórmulas con las que se procede a inaugurar la realidad (con la que la experiencia se abre a la realidad), serían: $A=B$ (1º movimiento de la lógica especulativa: funda la Unidad) y $A=A$ (2º movimiento de la lógica especulativa: funda la diferencia). De entrada, estas dos proposiciones establecen una diferencia entre forma y contenido: Dos formas, “A” y “B”, que fundamentan la positividad o negatividad de la realidad, unidas por el signo “=”; es decir, $A=B$ (B es el reflejo del contenido de A y viceversa), lo que denota en su diferencia formal una igualdad de contenido, y $A=A$, lo que denota en su igualdad formal una diferencia de contenido (convirtiéndose así la proposición especulativa en su forma negativa en el fundamento de la diversidad, de la multiplicidad, de la diferencia). Se entiende, por tanto, que primero se tome la proposición especulativa en su forma positiva, $A=B$ (el Yo y la Cosa, la conciencia y el fenómeno, son Uno en la realidad). Lo que surge de nuevo en la autoconciencia es cómo subsumir, cómo dar cuenta de la diversidad a partir de esa identidad, o cómo dar cuenta de lo negativo, del ser-otro, a partir de lo positivo, pues ya no se puede escribir $A=B$, sino $A=A$. Y es en esa identidad de lo real en la que hay que inscribir la diferencia, por medio de la convertibilidad entre forma y contenido. En suma, será el contenido del Amo o del Esclavo, el contenido del otro, el que determine la realidad como múltiple: una única realidad con sentidos múltiples. El objeto del amo lo encuentra dentro de sí el esclavo, y viceversa. El objeto de la madre (o del hijo), tampoco está fuera de sí, sino en su propio ser, en su ser-otro; es decir, en el hijo.

²³ García Calvo, A., Identidad. Ver Terminología Científico-Social, pp. 485-488, Anthropos, Madrid, 1988.

concreto (en este caso, “yo” sería el sujeto del enunciado), pues con “yo” (o con “tú”...) al ser fonemas al servicio de todos los parlantes de la misma lengua, todos la pueden usar en un momento dado, y así todos podemos ser en un momento dado—dependiendo de nuestro lugar en la interlocución- “yo”, o “tú”, o “ellos”... O como señala García Calvo un poco más adelante: “[...] lo que más bien sostendría aquí es la identidad común de todos y cualquiera de los que hable esa lengua, que serían todos el mismo, puesto que todos se señalan con lo mismo; y así mi identidad carecería del menos asomo de constancia, ya que estaría dependiendo del sitio y momento en que una frase se pronunciara”. Ni que decir tiene que para remediar esto —pues el orden, cualquier clase de orden, así lo requiere- está la marca de los *nombres propios*, y si estos pudieran resultar ambiguos, los *apodos* y otras variantes apelativas, y más aún, toda la convención de los números y las letras (DNI, NIF...) que unívocamente nos identifican como individuos constitutivos y bien delimitados de alguna clase de orden, y si todo esto falla, o aún sin fallar, habría que apelar a la función que cumple aquí las *marcas identitarias* naturales y, más exactamente, las huellas digitales, las marcas genéticas, etc.), rebelándose así con todo esto uno de los fundamentos esenciales de la identidad. No solo que yo sepa quién soy, que tenga conciencia de mí mismo, sino que los otros, en tanto que orden, también lo sepan.

3.- ALGUNAS CUESTIONES RELATIVAS AL CUERPO

La identidad corporal, la vivencia o conciencia del propio cuerpo, podríamos definirla —en principio- como la propiedad reflexiva de saber que nuestro cuerpo es distinto al de los demás, que algo de nuestro cuerpo en lo que nos reconocemos sigue siendo lo mismo a lo largo de nuestra vida, que con nuestro cuerpo llevamos a cabo actos y actuaciones que nos pertenecen y, por último, que nuestro cuerpo tiene un valor propio que continuamente ponemos en juego en relación a los demás. Metafóricamente, por tanto, el cuerpo es una frontera en la que se “encarna” lo propio (lo privado), “el Mí”, que sirve de unión/separación con lo otro, lo extraño, “el no-Mí”.

Además, no podemos obviar, lo que nos parece un hecho fundamental cuando se habla del cuerpo humano: que es una realidad atravesada por la pulsión de la mirada, la mirada que mira a otro cuerpo (y lo juzga y lo valora), y que mira a su propio cuerpo (y también lo juzga y lo valora), a un cuerpo propio que —además- es

capaz de sentirse a sí mismo. En suma, nos estamos refiriendo a un ente viviente, con estructura y funciones propias, muchas de ellas compartidas con otras especies, con otras clases de cuerpos, con algunos de los cuales se identifica —la misma especie, el mismo sexo—; un ente capaz de moverse, capaz de percibir y “saber” que percibe, capaz en cierta medida de percibirse a sí mismo, capaz de interaccionar con otros cuerpos en los que se reconoce o con los que traza “forzadas” diferencias, cuerpo frontera/abierto-cerrado a otros cuerpos (cerrado en la *mismidad* de lo propio, como modo de mantener la necesaria vivencia de individualización, de autonomía, de independencia y, en suma, de estable uniformidad, y abierto en la *ipseidad* de los otros, a la multiplicidad de lo extraño, como garantía de supervivencia, pues sólo a través de esa apertura se puede lograr la entrada/salida de la necesaria energía, materia, información... que palie o transitoriamente nos libre del inevitable deterioro y certera muerte con la que nos agrieta continuamente el principio de entropía); reconocimiento en el otro de semejanzas y diferencias, por lo demás, siempre cargadas de sentimientos y emociones, de pensamientos que pretenden legitimar la actitud frente a los otros cuerpos... Cuerpo biológico que ha de responder a su frágil manufactura; cuerpo psicológico amasado, moldeado por las caricias y los afectos (o por la agresión, el desafecto, la ansiedad y la ira, los malos modos...); cuerpo socializado, atravesado continuamente por el discurso social de turno que pretende legitimar en él lo que es bello, sano, bueno.

El cuerpo en la actualidad, en este tiempo que se dice postmoderno, al perder protagonismo y presencia como fuerza de trabajo en los procesos de producción; es decir, al no importar tanto su consideración global, “*in toto*”, en tanto que fuente de energía y fuerza de trabajo, queda reducido —en la sociedad actual de capitalismo de consumo— o a cuerpo troceado, fragmentado en órganos, vísceras, efluvios, etc., que con valor de cambio se compra y se vende (concepción que se asemeja al interés secular de la medicina por el cuerpo troceado), o al cuerpo total, puro “*atrezzo*” de la publicidad (*cuerpo fitness*). No es casualidad, pues, que sin una teoría globalizadora del cuerpo (y a decir verdad, sin una teoría del Sujeto que habita el cuerpo en tanto que territorio, pues el cuerpo también es eso: el territorio del Sujeto, el territorio del Autor, Narrador, Protagonista y otros personajes principales que conforman la novela de la propia vida), a la Psicopatología y Psiquiatría actual, la que parece nutrirse de las continuas enmiendas a los ICD y DSM, el cuerpo, y más aún su visión global y totalizadora, así como sus mitos y leyendas, ha dejado de interesarle, al contrario de lo que sucedía, por ejemplo, durante el denominado periodo clásico de la Psiquiatría (Kraepelin, Bleuler, Tellenbach...)

Sin embargo, con el cuerpo, como con muchos otros conceptos, sucede lo que San Agustín refería al tiempo²⁴ (*Quid ergo est tempus? Si nemo ex me quaerat, scio; Si quaerente explicare velim, necio: ¿Qué es el tiempo? Si nadie me pregunta, yo lo sé. Pero si quiero explicarlo al que me pregunta, entonces no lo sé*), pues a pesar de lo habitual de su uso, la palabra “cuerpo” (del latín *corpus*) no está exenta de ambigüedad, cuando no de pura indefinición, aún en contextos en los que pareciera remitir a un mismo significado unívoco. Hay que pensar, por ejemplo, en el uso que se hace de este concepto en medicina, en psiquiatría, en psicoanálisis, etc. De hecho, la palabra “cuerpo”, según la RAE-2005, aparece con significados no siempre idénticos en contextos diversos²⁵.

Así, pues, vamos a referirnos a la Identidad Corporal, con la convicción de que —en principio— todos sabemos lo que es el cuerpo, y esto sin haber acordado previamente entre todos —consensuado— una definición precisa y unívoca del mismo.

3.1.- EL CUERPO/LOS CUERPOS: GEOGRAFÍA R HISTORIA DEL CUERPO

La existencia humana es corporal y percibimos el mundo desde nuestro cuerpo. Nuestro cuerpo y lo que él representa es lo que el mundo representa para nosotros, como lo vivimos y lo sentimos. Y lo primero que nos llama la atención del cuerpo es la gran variedad y diversidad con la que éste se presenta ante nuestros

²⁴ San Agustín, Confesiones, libro XI, capítulo XV

²⁵ Objeto material en que pueden apreciarse la longitud, la latitud y la profundidad (“se le metió un cuerpo extraño en el ojo”). En el ser humano y en los animales, conjunto de las partes materiales que componen su organismo (“el cuerpo del ser humano se compone de cabeza, tronco y extremidades”). Tronco humano y animal, a diferencia de la cabeza y las extremidades (“le han salido ronchas por todo el cuerpo”). Figura o aspecto de una persona (“María tiene muy buen cuerpo”). Geom. Objeto de tres dimensiones (“este cuerpo es una pirámide”). Parte del vestido que cubre desde el cuello o los hombros hasta la cintura (“el cuerpo del vestido era de nido de abeja”). Parte central o principal de una cosa (“el cuerpo de un libro”). Conjunto de personas que desempeñan una misma profesión (“cuerpo de policía”). Conjunto de informaciones, conocimientos, leyes o principios (“expuso el cuerpo principal de su teoría”). Grueso de los tejidos, papel, etc. (“ese tejido tiene mucho cuerpo y cae muy bien”). Grado de espesura de los líquidos (“este vino tiene mucho cuerpo”). Cadáver (“los cuerpos fueron enterrados en una fosa común”). Cada una de las partes independientes de un mueble, edificio, etc., cuando se les considera unidas a otra principal (“un armario de dos cuerpos”). Impr. Tamaño de los caracteres de imprenta (“el cuerpo 10 es un poco pequeño”). Cuerpo calloso anat. Sustancia blanca que conecta los dos hemisferios cerebrales y cuya función es la conexión entre ambos. Cuerpo del delito der. Objeto con el que se ha cometido un delito (“no encontraban el cuerpo del delito”). A cuerpo loc. adv. Sin ninguna prenda de abrigo (“siempre salgo a cuerpo y después echo de menos mi abrigo”). A cuerpo de rey loc. adv. Con toda comodidad (“mi madre me trata a cuerpo de rey”). Cuerpo a cuerpo loc. adj. y adv. Contacto físico directo entre los adversarios de un enfrentamiento (“acabaron peleando cuerpo a cuerpo”). De cuerpo presente loc. adv. [Cadáver] que se mantiene unas horas sin enterrar y velado por la familia y los amigos. En cuerpo y alma loc. adv. Totalmente o por completo (“se entregó a su trabajo en cuerpo y alma”). Hacer de cuerpo loc. col. Evacuar el vientre. Tomar cuerpo loc. Empezar a realizarse o a tomar importancia (“el proyecto empezó a tomar cuerpo y creo que empezamos el mes que viene”).

ojos, y no nos referimos solo a las variaciones que el cuerpo ha sufrido a lo largo de la evolución filogenética (primeros *cromagnones* vs sofisticado hombre actual), o al propio desarrollo ontogénico (bebé vs adulto o viejo), sino también a las características con las que el cuerpo se reviste en cada cultura (incluso en los mismos momentos históricos), en cada país, en cada circunstancia concreta, etc.; es decir, que podemos hablar de la(s) historia(s) del cuerpo y la(s) geografía(s) del cuerpo²⁶. Historia y geografía en la que se aprecia, a la par, una tendencia centrípeta en lo que respecta al reconocimiento en el cuerpo de rasgos que se mantienen uniforme, estables, invariables, Uno (*Mismidad*), al margen del tiempo y la geografía; junto a una tendencia centrífuga de configuraciones, formas, multiplicidades, rasgos que cambian, se transforman y parecen expresión “ad hoc” de un lugar y de un tiempo concreto (*Ipseidad*²⁷); o sea, contextualización del cuerpo por razones ideológico/religiosas²⁸, según el modo de producción y el lugar que se ocupa en ese modo de producción, según los dictámenes de las castas dominantes...²⁹ En definitiva, en relación a la identidad corporal, nos encontramos ante un cuerpo -un aspecto

²⁶ Interesantes en este sentido resultan los trabajos de Marcel Mauss (Sociología y antropología. Las técnicas corporales, Tecnos, 1971), Norbert Elias (La sociedad cortesana, México, FCE, 1982.; El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas, México, FCE, 1988; La sociedad de los individuos: ensayos, Barcelona, Península, 1990.; Deporte y ocio en el proceso de la civilización, México, FCE, 1992, con Eric Dunning.), Le Goff, Jacques; Truong, Nicolas (Una historia del cuerpo en la Edad Media. Paidós Ibérica, 2005), Le Goff, Jacques (El hombre medieval. Alianza, 1999), Foucault, Michel (Historia de la locura en la época clásica (1961), El nacimiento de la clínica. Vigilar y castigar, Siglo XXI, 2012; Microfísica del poder, 1980; Historia de la sexualidad, 1: La voluntad de saber, Siglo XXI, 2005).

²⁷ Cuerpos, en fin, contextualizados (a imagen del otro), incluso a veces con la pretensión de radical originalidad (pensar, por ejemplo, en los modelos de cuerpo en el que –entre otras razones- se fundamentan las distintas fratrias postmodernas: Freaky, punk, chick girl, gothyc... Buscando una radical originalidad, entre sí todos se parecen). En este sentido se puede entender el aserto de E. Morin: “Yo soy otro”.

²⁸ El cuerpo una vez atravesado por la cultura (domesticado) es algo que hay que disciplinar, controlar religiosa, intelectual y políticamente, tanto en lo que respecta a sus modales, a sus usos y costumbres, en sus deseos, pasiones y pensamientos. Como si fuera una parte de la naturaleza humana que dificulta o incomoda la racionalidad, la espiritualidad, la capacidad de producir unos resultados... Son precisas, pues, la disciplina, las normas, las reglas.

²⁹ No es igual el cuerpo de los ricos que el de los pobres; de los vivos y de los muertos; de los hombres, mujeres y niños, de los ancianos; el cuerpo que trabaja que el que se exhibe; el cuerpo educado y disciplinado que el cuerpo asilvestrado; la visión del cuerpo en occidente que en oriente, ... Cambian también las copias y representaciones figurativas (pintura, escultura...) que del cuerpo se hace a lo largo de la historia, al igual que cambia el vestido que lo recubre y toda la moda referida al cuerpo (como extensión del propio cuerpo). En cada época cambia la disciplina que se ejerce sobre el cuerpo y su modo de conducirse, así como el escenario en el que debe actuar y representar (lo público-privado-intimo) –hablar, por ejemplo se puede y se debe hacer en público; discutir con la pareja, en privado; la sexualidad está reservada al espacio privado o al íntimo, lo mismo que defecar... Curiosamente, esa cambiante disciplina sobre el cuerpo se ejerce también, y de forma especial, sobre sus excrecencias (las lágrimas y la risa ¿Dónde y cómo podemos reír o llorar?, el moco, la saliva, los escupitajos y los pedos, los eructos, la caca, el pipí y el sudor.

del cuerpo- que cambia (por razones genéticas, ambientales, culturales, psicológicas...), que se adapta, disciplinado por los dictámenes de diversas instituciones (religiosa, política, social, productiva, de convivencia...) y –a la par- como el otro polo de una tensión dinámica, con un cuerpo –otro aspecto del cuerpo- que se mantiene fiel a sí mismo, que se resiste al cambio, que insiste y persiste fiel a su propia mismidad; es decir, si se quiere, con lo más individual, lo más propio, el núcleo irreductible de nuestra mismidad, el que nos hace sentir y pensar que hay una continuidad y una persistencia en el bebé que fuimos y en el adulto que ahora somos, que al despertarnos seguimos siendo el mismo que se quedó dormido, etc.... Curiosamente, pareciera que este segundo polo en realidad se sustenta en una *vivencia*, en la conciencia subjetiva (otra vez la mancha sospechosa del sujeto) de la vivencia de que a pesar de todos los cambios aparentes, seguimos siendo el mismo³⁰ -frente a la *evidencia* y *vivencia* del cambio del cuerpo, del primer polo-

3.2.- ¿QUÉ ES UNA VIVENCIA?³¹

Ciertamente, esa propiedad reflexiva sobre la mismidad parece sostenerse sobre todo en algo en principio insustancial: una vivencia, la Vivencia del cuerpo Uno (que no cambia, que nos pertenece, que nos obedece...)

Es difícil concebir una vivencia sin remitirla a la intencionalidad³² que comporta cualquier acto de conciencia. Sin embargo, la vivencia no se agota en la propia conciencia, hay aspectos de la misma (sensaciones, sentimientos, resonancias afectivas, evocaciones, similitudes ambiguas con otras vivencias...; en suma, un resto de significados que se escapan a la aprehensión consciente por medio de las palabras) que resultan difícil enmarcar plenamente en el marco de la conciencia. “La vivencia es pues experiencia vital (*lebenserfahrung*), algo vivo, que perdura, porque se consti-

³⁰ Vivencia de mismidad; o lo que es lo mismo, propiedad reflexiva de saber que nuestro cuerpo es distinto al de los demás, que algo de nuestro cuerpo en lo que nos reconocemos sigue siendo lo mismo a lo largo de nuestra vida y que con nuestro cuerpo llevamos a cabo actos y actuaciones que nos pertenecen.

³¹ Vivencia: traducción de la palabra alemana Erlebnis (que procede del verbo erleben, que deriva de leben, vida). Vivencia remite a una experiencia vivida, no contada, ni narrada por otros, no imaginada por uno mismo. La vivencia corporal es la experiencia que continuamente se tiene del propio cuerpo, en su variedad y manifestaciones cotidianas. Así, para Zubiri, [el cuerpo] es “la vivencia del hacer, sentir, pensar y querer”.

³² Intencionalidad tal como la entiende Franz Brentano; es decir, como la propiedad distintiva de los fenómenos psíquicos frente a los fenómenos físicos. O en palabras del propio Brentano: “Todo fenómeno psíquico contiene en sí algo como objeto, aunque no siempre del mismo modo. En la representación hay algo que es representado; en el juicio algo viene aceptado o rechazado; en el amor, amado; en el odio, odiado; en el deseo, deseado, etc.” (Psicología desde un punto de vista empírico, Revista de Occidente, Madrid 1935. Traducción española de José Gaos).

tuye en la conexión de los estados anímicos del hombre, que no se puede reducir a su mera conexión racional. Porque vivir no es una actividad sólo contemplativa, sino un acontecimiento, el hombre no es *res cogitans*, no es mera razón, sino *res dramatica*³³. En suma, aunque la vivencia de algo implica la conciencia de esa vivencia, en la conciencia no se reabsorben todos los posibles significados, los ecos de sentidos, sentimientos y emociones que una vivencia determinada puede poner en juego en la subjetividad de un hombre en un momento concreto.

3.3.- CORRELATOS NEURONALES DEL CUERPO

3.3.1.- DE LA VIVENCIA DEL CUERPO A LA CONCIENCIA DEL CUERPO (CUERPO VIVIDO E IDENTIDAD CORPORAL)

La imagen corporal es el modo en el que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo (Rosen, 1995); o dicho de otra manera: la representación del cuerpo que cada persona construye en su mente (Raich, 2000); representación que no puede dejar de estar cargada de significado, de tal modo que podríamos decir que la imagen corporal no es solo la conciencia aséptica que cada uno podría tener de su propio cuerpo (alto-bajo, gordo-flaco, incluso bello-feo, gracioso-zaino...), sino también —pues resultan indisoluble— la vivencia de esa representación. Identidad corporal o imagen corporal fraguada, pues, a base de vivencias y evidencias del propio cuerpo a lo largo de su historia, en la que podemos destacar una serie de aspectos: perceptivos (precisión con que se percibe el tamaño, el peso y la forma del cuerpo, en su totalidad o sus partes³⁴), cognitivos-afectivos (actitudes, sentimientos, pensamientos, valoraciones que despierta el cuerpo, su tamaño, su peso, su forma o algunas partes de él³⁵), conductuales (conductas que se derivan de la percepción y de los sentimientos asociados con el cuerpo: su exhibición, la evitación, la comprobación, los rituales, su camuflaje...), etc. De cualquier modo, es importante señalar que esta imagen corporal, la conciencia que cada uno tiene de su cuerpo, es —por decirlo de alguna manera— secundaria y deudora, en parte, de la vivencia corporal; o como señala Zutt³⁶, el *cuerpo vivido* es un fenómeno

³³ López-Ibor, J.J. , et al., Percepción, vivencia e identidad corporal, Actas Esp Psiquiatr 2011; 39(Supl. 3):3-118

³⁴ Las alteraciones en la percepción pueden dar lugar a sobreestimaciones o subestimaciones.

³⁵ Desde el punto de vista emocional la imagen corporal incorpora experiencias de placer, displacer, satisfacción, disgusto, rabia, impotencia, etc.

³⁶ Zutt J. Sobre la corporalidad vivida orientada hacia el mundo. Psiquiatría Antropológica. Editorial Gredos; Madrid. 1974. p.507-13.

ontológico y ontogenéticamente originario y por ende previo a cualquier reflexión; o lo que es lo mismo, que el fenómeno original es el cuerpo vivido (*Leib*) y no el cuerpo anatómico (*Körper*). Curiosamente, algunos de los nuevos conocimientos derivados de las neurociencias, parecen redundar en este sentido, en tanto que se podría esbozar a partir de dichos conocimiento una hipótesis provisional sobre el *continuum* cuerpo anatómico (observable y medible) y cuerpo vivido (vivencia corporal); conciencia e inconsciencia; y también sobre la identidad corporal *ipse* (*Ipseidad*) y la identidad corporal *idem* (*Mismidad*)... *Continuum* que podríamos representar por un árbol cuya frondosa copa (Ipseidad-conciencia-cuerpo observable...) se sienta a través del tronco en la complejidad rizomática de sus profundas raíces (Mismidad-inconsciencia-cuerpo vivido...).

A continuación, haremos mención a una serie de conocimientos neuroanatómicos, evidencias neurocientíficas y observaciones referidas a la psicología del bebé, los cuales –a nuestro entender– podrían servir de sustento (substancia) a una teoría bien asentada del Sujeto, de un Sujeto enraizado en las inscripciones primigenias de su propia corporalidad (fuente y fundamento de la vivencia del cuerpo, del cuerpo vivido, de la Mismidad o identidad *idem*, de los fenómenos inconscientes), para alzarnos desde ahí, a lo largo del tronco de ese árbol, hasta su frondosa y vistosa copa (cuerpo observable, fenómenos conscientes, Ipseidad o identidad *ipse*).

3.3.2.- LA INSCRIPCIÓN CORTICAL³⁷: EL HOMÚNCULO SENSORIO-MOTOR DE PENFIELD³⁸

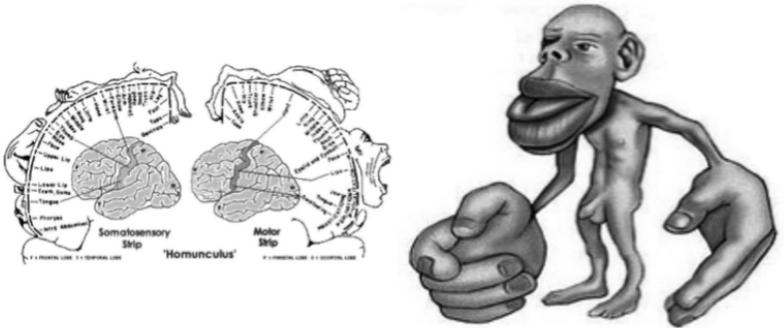
Representado en 1950 por Wilder Penfield, neurocirujano canadiense, podemos considerar al homúnculo sensitivo-motor como una representación virtual

³⁷ Brodman en 1878, ya había realizado un mapeo histológico del córtex cerebral, dividiéndolo de acuerdo a la citoarquitectura en 52 áreas diferentes. Cada área tiene una citoarquitectura o distribución neuronal característica. Aunque en realidad algunas de esas áreas representan una inscripción sensitivo-motora del cuerpo en la corteza cerebral, a los efectos de este trabajo vamos a referirnos sobre todo a la inscripción del homúnculo de Penfield.

³⁸ El homúnculo de Penfield es básicamente un mapa de la corteza cerebral donde se muestra que cada órgano y sentido del cuerpo posee su lugar en el cerebro, de modo que si el cerebro recibe un estímulo en cierta parte de su corteza, se activará la parte del cuerpo a la cual pertenece esa parte del cerebro. En el mapa se muestran partes del cuerpo que tienen un mayor tamaño al que deberían en una persona normal. Esto se debe a que en la corteza cerebral el espacio correspondiente a cada órgano está definido por la sensibilidad del tejido y no por su tamaño. Se distingue una parte motora y otra sensitiva, y cada una de estas tiene un dibujo de lo que se asemeja a una persona acostada, la posición de la persona muestra más o menos a qué nivel de la corteza se encuentra la representación de cada órgano, ocupan el espacio acorde con la sensibilidad que posean. El homúnculo, sobre todo el motor, evoluciona con la edad y difiere de una persona a otra, pues si utilizamos más una parte del cuerpo, el cerebro generará un mayor número de conexiones (sinapsis) en el área correspondiente a esa parte, modificando y reestructurando sus redes neuronales.

del cuerpo en la superficie del cerebro, o si se quiere como un mapa corporal “dibujado” en la corteza sensitiva y motora cerebral³⁹. Una extensa red neuronal cortical que sirve de estación de llegada (*homúnculo sensitivo*: Proyección de las áreas sensoriales de la piel y articulaciones sobre una sección del cerebro -la corteza somatosensorial-) de las vías sensoriales que arriban a la corteza cerebral llevando información de los distintos estímulos sensitivos, y de estación de partida (*homúnculo motor*) de las vías motoras desde sectores específicos de la corteza hasta la médula espinal con información sobre los movimientos requeridos; o lo que es lo mismo, zonas de la corteza en donde se relaciona cada vía con cada parte del cuerpo: boca, miembros, órganos, ojos, dedos, manos, glándulas, etc... y cada una de estas se dibuja a diferente escala (las más grandes significa que tienen mayor sensibilidad a las neuronas que la inervan). Por lo demás, sabemos por la clínica del miembro fantasma (MF) –partes del cuerpo amputado que continúan doliendo- la importancia del citado mapa corporal en el cerebro para nuestra percepción, acción y cognición general, y sobre todo su relación con el concepto de yo (imagen corporal y, más exactamente, en la distinción cuerpo propio-cuerpo ajeno), y sus alteraciones.

Homúnculo sensorio-motor de Penfield



³⁹ En consecuencia, aunque no es el cuerpo percibido, ni vivenciado, ni la identidad corporal, sí es un ejemplo –el primer ejemplo- de que algo del cuerpo está inscrito (no es insustancial) en el cerebro-mente.

3.3.3.- INSCRIPCIÓN CORTICO-SUBCORTICAL DEL CUERPO AJENO Y SUS INTENCIONES: LAS NEURONAS ESPEJOS

De forma azarosa, a principio de los 90 del siglo pasado, en el contexto de la investigación de cómo los mamíferos planifican los movimientos, mientras se registraba la actividad neuronal del cerebro de un macaco en el momento de sostener un objeto —al que previamente se le había implantado electrodos en la parte inferior de la corteza parietal premotora, área F5 (encargada de planear y ejecutar las acciones)—, el grupo investigador (Giacomo Rizzolatti, Vittorio Gallese y Leonardo Fogassi)⁴⁰ fue testigo de un hecho inesperado: cuando uno de los investigadores cogió un plátano con la intención de comérselo, observaron por casualidad que algunas neuronas promotoras del macaco se disparaban (exactamente las mismas que se excitaban cuando era el macaco quién agarraba el plátano). Así, tras confirmar varias veces el hallazgo, llegaron a la conclusión de que había neuronas promotoras que se activaban tanto cuando el macaco agarraba el plátano como cuando contemplaba la acción realizada por otro; es decir, que *esas neuronas se excitaban al realizar una acción*, al margen de que el sujeto de esa acción fuera el propio mono u otro sujeto⁴¹. Además de que, en cierto sentido, se había descubierto una conexión directa entre percepción y movimiento (una equivalencia a nivel de excitación de las redes neuronales entre hacer algo y contemplar esa acción, como si esas neuronas “reflejaran en espejo” —de aquí el nombre- la acción observada), era también como si el sistema de las neuronas espejos facilitara el entendimiento de la finalidad, de las intenciones de las acciones ajenas, en tanto que solo se excitaban cuando se agarraba un objeto intencionalmente (por ejemplo, para comérselo)⁴². En consecuencia, estas neuronas que morfológicamente no parecen distinguirse del resto de neuronas, al margen de su doble función, parecen facilitar la comprensión de las acciones y las intenciones de los otros⁴³.

⁴⁰ Rizzolatti, G., Fadiga, L., Gallese, V. y Fogassi, L., Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cog. Brain Res.*, 3:131-141, 1996.

⁴¹ Como si desde el punto de vista de las redes neuronales existiera un espacio común, en principio indiferenciado, para lo propio y lo extraño (los otros).

⁴² Las neuronas espejo no sólo registraban la visión de un acto, sino que intervenían también en la comprensión del mismo. Para comprobarlo, se evaluó la respuesta neuronal de los monos cuando comprendían el significado de un acto sin verlo. Si las neuronas espejo participaban en la comprensión del acto, deberían activarse también cuando el mono no veía la acción en sí (la cual se le ocultaba con una pantalla) pero contaba con indicios suficientes para crear una representación mental de la misma. El resultado fue que más de la mitad de las neuronas espejo de F5 se excitaron también cuando el mono sólo podía imaginar lo que sucedía tras la pantalla.

⁴³ Las neuronas espejo mejor conocidas son las del área F5 de los macacos. Pertenecen a un grupo de áreas corticales situadas delante de la corteza motora propiamente dicha y responsable de la planificación del movimiento.

Para comprobar si este mecanismo existe también en los humanos se llevaron a cabo investigaciones con resonancia magnética (RM), resultado de las cuales fueron que ciertamente este tipo de neuronas con una distribución similar a la de los macacos funcionan de un modo parecido ante situaciones semejantes a las estudiadas en los monos⁴⁴. Además, al ser la emoción un elemento clave en la señalización (en tanto que síntoma y señal) de las intenciones y propósitos de los actos de los otros, supone una gran ventaja evolutiva poder acceder directamente a la “interpretación” correcta de las emociones de los otros.

Entre los humanos se han encontrados neuronas con propiedades espejo, además de en el área promotora, en el área de Broca⁴⁵, el giro angular⁴⁶, la amígdala (donde sabemos que —entre otras funciones— se elaboran las expresiones faciales de las emociones de los otros, en tanto que de ellas se pueden inferir posibles peligros para nosotros mismos⁴⁷), la Ínsula, el cíngulo y el cuerpo caloso, el giro frontal inferior y área 46 prefrontal, etc.

En conclusión, parece ser que los mismos circuitos activados en el sujeto que realiza acciones, expresa emociones y experimenta sensaciones son automáticamente activados también en el sujeto que observa estas acciones, emociones y sentimientos. Por los trabajos recientes de Blakemore *et al.*, en 2005, sabemos que distinto grado de activación de los mismos circuitos somatosensoriales, podrían ser la base —tal vez junto a otros procedimientos— de la distinción entre cuerpo propio y ajeno. Esta activación compartida sugiere un mecanismo funcional de “simulación corporeizada” (*embodied simulation*) que consiste en la simulación automática,

⁴⁴ Las poblaciones de las neuronas espejo y la corteza premotora de ambos hemisferios del cerebro de los sujetos estudiados se excitaron con intensidad máxima cuando contemplaban acciones de intencionalidad clara. Las neuronas espejo distinguían, asimismo, entre las intenciones posibles, respondiendo a la función biológica básica, por ejemplo, de beber, con mayor intensidad que al acto adquirido culturalmente, por ejemplo, de limpiar el vaso o la taza. Da la impresión de que el sistema de neuronas espejos fija las acciones motoras esenciales dentro de una red motora semántica de mayor extensión, en tanto que así se facilita la interpretación directa e inmediata de las conductas ajenas sin necesidad de procesos cognitivos complejos.

⁴⁵ El área de Broca está relacionado con el lenguaje. Las neuronas espejos podrían haber cumplido un papel fundamental en el acceso de los bebés al lenguaje, así como en la propia evolución del lenguaje, en tanto que se presupone que la “comunicación” humana (madre-hijo) se inicia más a nivel gestual (gestos de la cara, de la boca, la dirección hacia la que se mueve los ojos, el dedo índice que señala...), es decir sintomático-sinaléptico, que a nivel simbólico (palabras).

⁴⁶ El giro angular, se localiza en el cruce de los centros de la visión, audición y tacto, y parece cumplir alguna función en el proceso de comprensión de las metáforas.

⁴⁷ Sabemos que, de entrada, y antes de penetrar en la conciencia, la visión del semblante asustado de otro, activa en nosotros una emoción similar, a la par que, posteriormente, y en conexión con el hipocampo y con otras áreas corticales, la amígdala module procesos cognitivos. Así se perciben mejor los acontecimientos cargados emocionalmente que los neutros.

inconsciente y pre-reflexiva en el observador de las acciones, emociones y sensaciones cumplidas o sentidas por el observado. Este proceso constituye la base biológica para la comprensión de la mente ajena⁴⁸. Esta captación mediada por las neuronas espejos de los signos (síntomas y señales) provenientes del otro, parece también funcionar en el caso de los signos lingüísticos (Hauk, Johnsrude y Pulvermuller, en 2004, y Tettamanti *et al.*, en 2005, han demostrado que la lectura silenciosa o la escucha de palabras o frases que describen acciones de partes concretas del cuerpo, activa la corteza motora y promotora que controla las acciones de esas partes del cuerpo); es decir, cuando del otro o de nosotros mismos nos llegan palabras o pensamientos que describen o evocan actos intencionales, en nuestro cerebro se activan las redes neuronales motoras y premotoras que se activarían en el caso de realizar “*de facto*” esas mismas acciones. En este sentido, hacer, ver, oír, leer, fantasear o pensar hacer algo concreto, activaría unos mismos circuitos neuronales comunes. Más aún, da la impresión que leemos, escribimos, pensamos o comprendemos un texto con el cuerpo, a través de la simulación corporeizada.

A nuestro entender, habría pues *dos conclusiones* que podrían extraerse de las neuronas espejos. Primera: *La existencia de un continuum entre cuerpo propio (Mismidad-Ipseidad) y cuerpo ajeno (Otredad), por lo menos en lo que respecta a las acciones, emociones e intenciones.* Segunda: *En la interacción, puede existir una sintonización-sincronización de los síntomas, señales y símbolos (propio-ajeno).*

3.3.4.- LA INSCRIPCIÓN EN EL CEREBRO-MENTE DE LAS DECISIONES INCONSCIENTES VS DECISIONES CONSCIENTES (LOS HALLAZGOS DE LIBET Y HAYNES)

La voluntad consciente a la hora de tomar decisiones (libre albedrío) es uno de los fundamentos en los que se asienta la cuestión de la responsabilidad individual y, en última instancia, las reglas de juegos en la sociedad civil. Sin embargo los trabajos de Libet⁴⁹ y de Haynes⁵⁰ suponen cierto alegato en contra de tal consideración. En efecto, las investigaciones de Libet, en los años 80, indicaban que el supuesto acto voluntario (consciente) comenzaba a fraguarse en el cerebro de manera incons-

⁴⁸ Gallese, V., Migone, P. y Eagle, M.N., La Simulación corporalizada: las neuronas espejo, las bases neurofisiológicas de la intersubjetividad y algunas implicaciones para el psicoanálisis, *Clinica e Investigación Relacional*, 3(3): 525-556, 2009

⁴⁹ LIBET, B., «Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action»: *The Behavioral and Brain Sciences* 8 (1985) 529-539.

⁵⁰ SOON, CH. S. – BRAAS, M. – HAYNES, J.-D., «Unconscious determinants of free decisions in the human brain»: *Nature Neuroscience* 11 (2008) 543-545.

ciente, antes que la intención final llegara a la conciencia. Así, se comprobó que el momento señalado por los participantes en la investigación como el instante de la decisión consciente de realizar el movimiento, tenía lugar unos 200 milisegundos antes de la realización del mismo. Es decir, más o menos 350 milisegundos después de que empezara a registrarse el potencial de disposición. En consecuencia, según los trabajos de Libet, las decisiones tomadas por cualquier sujeto son, en primer lugar, llevadas a cabo en el inconsciente y, posteriormente, trasladadas al consciente. Para Libet, la creencia de que las decisiones dependen de la voluntad (consciente) se debe a la visión retrospectiva que tenemos del proceso.

De igual modo, en 2008, y con técnicas de resonancia magnética funcional, Haynes y su equipo del *Instituto Max Planck de Ciencias Cognitivas y Neurología* de Leipzig, localizaron con total precisión señales concretas de actividad cerebral hasta siete segundos antes del momento de la decisión consciente, así pudieron detectar pautas de actividad que permitían realizar una predicción de cuál sería finalmente el botón apretado (en una prueba diseñada “*ad hoc*”). Estas predicciones resultaban acertadas en un 60% de los casos (un porcentaje significativamente mayor del 50% que correspondería a los aciertos casuales). En *Nature Neuroscience* («Determinantes inconscientes de las decisiones libres en el cerebro humano»), los autores del estudio explican, además, que esta actividad cerebral “pre-decisión consciente” puede ser decodificada en la corteza prefrontal (relacionada con procesos emocionales e intelectuales) y la corteza parietal (relacionada con el tacto y las partes del cuerpo) del cerebro. Así, el desfase temporal entre el procesamiento inconsciente de nuestras decisiones y la toma de conciencia sobre lo que vamos a hacer finalmente reflejaría, según los autores de este artículo, el funcionamiento de una red de áreas de control de alto nivel en el cerebro. Esta red se empezaría a preparar para la decisión final mucho antes de que ésta llegue a nuestra conciencia. Pareciera, por tanto, que nuestras decisiones se predeterminan inconscientemente tiempo antes de que nuestra propia conciencia las ponga en marcha, como si la decisión de actuar se tomara antes de que se constituya la intención consciente. Si esto es correcto, no se podría considerar la intención de actuar como la base causal de la decisión de actuar. La decisión de actuar provendría de procesos inconscientes. En consecuencia, *algo de nuestras acciones “voluntarias” —y desde luego la planificación inicial de las mismas— son inconscientes. A nuestro entender, se pondría pensar que esa planificación se inicia en la Mismidad* (en las redes neuronales que servirían de soporte a la Mismidad).

3.3.5.- LA MARCA SOMÁTICA Y EL PROTOSETER DE DAMASIO, O LA INSCRIPCIÓN EN LA MENTE DE UNA SITUACIÓN DE PELIGRO PARA EL CUERPO

Además de sus trabajos neurocientíficos⁵¹ sobre el papel de los sentimientos y emociones en el proceso de la toma eficiente de decisiones⁵², y el protagonismo que en ello tiene la representación del propio cuerpo, no el homúnculo, sino lo que él denomina la *marca somática*⁵³, siguiendo en parte la estela de Le Doux, a la hora de dar cuenta de la génesis de la conciencia somática y de la conciencia en general, Damasio se plantea esta aparición de la conciencia en el hombre como un proceso que se iniciaría con el registro en el cerebro de una serie de engramas que cartografían, en cierto sentido, la estructura del propio organismo (lo propio vs lo extraño) y que producen la sensación difusa de la propia identidad, una identidad a la que denomina el *Protosester*, que nos recuerda a la conceptualización que hemos presentado sobre la Mismidad. Más aún, Damasio hace una propuesta de las estructuras cerebrales requeridas para constituir el *Protosester* (núcleos del tallo cerebral, el hipotálamo, el córtex insular, los córtex conocidos como S2 y los córtex

⁵¹ Damasio, A., *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*, Crítica, Barcelona 2001; *La sensación de lo que ocurre. Cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia*, Ed. Debate, Madrid 2001.

⁵² En los que llega a la conclusión de que los sentimientos y emociones resultan imprescindibles a la hora de tomar decisiones eficientes; o lo que es lo mismo, que sin “subjetividad” no hay “objetividad”, y, desde luego, toma de decisiones inteligentemente contextualizadas.

⁵³ Los marcadores somáticos son un caso especial de sentimientos generados a partir de emociones secundarias que han sido conectados, mediante aprendizaje, a resultados futuros predecibles de determinados supuestos. Según Damasio, antes de aplicar ningún análisis de coste/beneficio a las premisas, y antes de razonar hacia la solución de un problema, ocurre algo importante: cuando el resultado negativo conectado a una determinada opción de respuesta aparece en la mente, por fugazmente que sea, experimentamos un sentimiento desagradable. Dado que el sentimiento tiene que ver con el cuerpo, Damasio lo denomina estado somático (soma = cuerpo) y puesto que marca (=marcador). Este marcador somático o sentimiento asociado a una determinada opción puede servir para eliminar automáticamente el número de opciones sobre las que decidir. En este sentido, el marcador somático enfoca la atención de la persona sobre el resultado negativo al que puede conducir una acción determinada. Funciona como una señal de alarma: ¡atención al peligro que se avecina si elige tal acción! La señal puede llevarnos a rechazar un determinado curso de acción, con lo que hará queelijamos entre otras alternativas, aumentando así la precisión y eficiencia del proceso de elección.

A nuestro entender, el marcador somático (ese sentimiento negativo de malestar en una parte del cuerpo –el pellizco en el estómago, por ejemplo- que aparece en una situación concreta (marcándola negativamente) y que nos impele a rechazarla o alejarnos de ella, puede ser el fruto de un estímulo (una situación) al que por razones filogenéticas se considera peligroso (un estímulo sinaleptizado filogenéticamente) o por razones ontogenéticas. En este segundo supuesto, la sinaleptización negativa y peligrosa del estímulo vendrá propiciada por las figuras vinculares que interactúan con el bebé durante las fases tempranas de su desarrollo. En fin, sea por razones filo u ontogenéticas, la marca somática sería la inscripción en el cerebro-mente de una especie de advertencia: “esta situación concreta es peligrosa para la supervivencia del cuerpo, de los fundamentos primarios del cuerpo (y, en consecuencia, para la conservación de la vida)”.

parietales medios). Así, según Damasio, este *Protoser* es el punto de partida de la constitución de la conciencia (autoconciencia). Las zonas candidatas para ser zonas de implantación de los engramas que producen la conciencia (autoconciencia) serían los colículos superiores (esas estructuras gemelas a modo de colinas de la parte posterior del cerebro medio, conocida como *tectum*); toda la región del córtex cingulado; el tálamo y algunas áreas del córtex prefrontal.

En consecuencia: para Damasio, *las acciones y decisiones eficientes, en tanto que proceso inconsciente -punto de partida de la constitución de la conciencia- se inicia en la marca semántica, en el Protoser (¿Mismidad?), en tanto que primigenios circuitos cerebrales del cuerpo propio sinaleptizados (es decir, formando parte de la misma red neuronal que algunos sentimientos y emociones). O lo que es lo mismo, esos procesos inconscientes (Protoser, ¿Mismidad?) son inscripciones sintomáticas; síntomas que podrían convertirse en señales para un "lector-observador". En este sentido, a nuestro entender, el sujeto consciente, la conciencia y la autoconciencia, podría entenderse como la captación de esos síntomas (señales) propios y su posterior lectura (simbolización), gracias a la red neuronal que la conectaría a los núcleos semánticos.*

3.3.6.- LA INTEROCEPCIÓN ¿UNA MARCA DE LA MISMIIDAD?: DE LAS SENSACIONES INTEROCEPTIVAS A LA IDENTIDAD CORPORAL

La interocepción es un sistema neuronal favorecedor de la homeostasis, que realiza un censado de información visceral (tractos digestivo y genitourinario, aparatos cardiovascular y respiratorio), de receptores vasculares de presión, temperatura y solutos químicos, y nociceptores ubicados en tejidos profundos (músculos y articulaciones) y superficiales (piel), que ha sido recientemente postulada como requisito para la conciencia de estados emocionales corporales (Craig⁵⁴). Así, este papel de la interocepción puede conjugarse con procesos cerebrales de alto orden⁵⁵, tales como el reconocimiento de emociones, la toma de decisiones, la comprensión de acciones o la empatía, al ser procesados en una misma área cortical: la corteza insular. En efecto, la corteza interoceptiva primaria, que recibe aferencias de los núcleos ventromediales del tálamo, ejercería una influencia crucial en el procesamiento cognitivo, mediante sus conexiones con áreas límbicas y paralím-

⁵⁴ Craig, A.D., The anterior insula and human awareness. *Nature Neuroscience*, 10, 59-70.

⁵⁵ Couto, J.B., Sedeño, L., Ibáñez, A., Interocepción y corteza insular: convergencia multimodal y surgimiento de la conciencia corporal. *Rev. Chil. Neuropsicol.* 7(1): 21-25, 2012.

bicas (amígdala, hipotálamo, cortezas cinguladas y orbitofrontal). De este modo, la interacción entre sensaciones corporales y macroestados cerebrales tendría su sustento en la interocepción, que dirige el comportamiento motivacional e influencia el procesamiento emocional, la cognición social y la toma de decisiones. Así –a nuestro entender- se asociaría dentro de un *continuum* sensaciones corporales interoceptivas, próximas a la consideración que hemos hecho de la identidad *idem* (*Mismidad*) –identidad inconsciente-, con procesos cognitivos y conductuales de alto orden, entre otros la identidad *ipse* (*Ipseidad*) –identidad consciente-.

Por tanto, *las conexiones de la corteza interoceptiva primaria*⁵⁶ –de forma más específica que los circuitos cerebrales del cuerpo propio (homúnculo cerebral)- *con áreas límbicas y paralímbicas podrían ser el substrato neuroanatómico de la Mismidad.*

3.4.- ALGUNAS OBSERVACIONES Y EVIDENCIAS EN EL DESARROLLO DEL NIÑO RELATIVAS AL CUERPO Y A LA INTERSUBJETIVIDAD

La intersubjetividad puede entenderse como la capacidad de establecer un vínculo con el otro y compartir experiencias afectivas internas, lo que implica la existencia (asimétrica) de dos subjetividades. Así, partiendo de la radical necesidad de la presencia y el aporte del otro humano en la constitución del propio ser⁵⁷), podemos pensar que el bebé nace con una predisposición innata para fijar su atención en el rostro humano (prosopognosia).

En efecto, tenemos evidencias de que, durante los dos primeros meses, y a partir de la experiencia de satisfacción de sus necesidades, el bebé reconoce en los ojos de la madre el lugar para la fijación de su propia mirada, aprendiendo a alinear sus ojos con los de la madre, por ejemplo, mientras mama; de que entre los 2-3 meses ubica los ojos dentro del rostro (época en que el rostro humano se convierte en percepto privilegiado para los bebés, como si a partir de los ojos, de la mirada sintonizada, se fuera constituyendo un “*modeling*” del rostro del otro), comenzando un juego (entre el bebé y la madre) curiosamente recíproco de imi-

⁵⁶ Corteza Interoceptiva primaria: la ínsula y el córtex cingulado anterior (CCA), entre otras regiones. Algunas de estas conexiones coinciden con las que Damasio postula para el Protoser.

⁵⁷ De hecho, en cierto sentido, se podría pensar que el ser, el ser de cada uno, estaría constituido también por todos esos otros que nos han constituido y que nos siguen constituyendo. Por tanto, y desde un punto de vista narrativo, en tanto que sujetos de discursos y “novela”, somos los personajes que nos habitan (Ipseidad) y el punto de vista desde el que se narra esa novela que es la vida de cada uno narrativo (Mismidad).

tación, al principio precaria, de ciertas expresiones (proceso de imitación sin duda mediado por las neuronas espejos), como si la madre y el niño estuvieran, primero, sintonizando y, luego, sincronizando⁵⁸ sus mentes; que a los 6 meses reconoce el rostro en su totalidad (están ya relativamente desarrolladas las áreas corticales, necesarias para la configuración gestáltica del percepto rostro, sin que las conexiones corticales-subcorticales, que permiten relacionar perceptos con emociones, hayan acabado de ajustarse); a los 8 meses el niño distingue el rostro de sus padres del de los extraños (es el momento fundamental de la intersubjetividad, tal como ha señalado Spitz). Intersubjetividad que se inicia como si fuera un proceso de imitación, de simulación del otro, aunque —en todo caso— sería más el efecto de la sincronización al que antes hemos hecho mención, que a una imitación propiamente dicha. Según Wallon, es a partir de los 3 años cuando podemos hablar de “imitación verdadera”⁵⁹; es decir, de reproducción diferida de actos del otro, lo cual implica que para entonces el niño tiene *conciencia de Sí* (se reconoce en un Sí: diferenciación Sí no-Sí) y *conciencia del como si* (hacer como el otro): lo que supone capacidad de encadenar (asociar) percepción-representación-reproducción (es decir, de articular de forma diferida las señales del otro). Hasta entonces —es a lo que Wallon denomina “imitación innata”⁶⁰, al hacer como el otro, en realidad el bebé era el otro. Este juego de imitaciones, se iniciaría de forma muy temprana (se han testado esbozos de la misma, en tanto que imitación innata o simulación corporeizada, a los 42 minutos de nacer⁶¹) y, entre otros, tendría el efecto en el bebé de asociar lo que ve, con lo que propioceptivamente siente. Así, en esta *intersubjetividad presimbólica* —tal como la denomina Meltzoff, en la articulación de señales (del otro, del no-Sí, hasta entonces indistinguible del Sí) con síntomas (del Sí), el bebé se sincroniza con el otro⁶², traduciendo sinalépticamente los estímulos ambientales (las señales

⁵⁸ Sincronización del ritmo, del tempo de las secuencias. El bostezo del bebé —es una hipótesis— podría ser expresión de esa sincronización, un modo de decir del organismo (síntoma): “sintonización y sincronización lograda”, y también (pensar en los bostezos nocturnos, de antes de dormirse, y los diurnos, al despertarse) un modo de sintonizar el “cese, la interrupción, de la sintonización y sincronización” con el mundo y su gente; es decir, el bostezo podría ser el síntoma del inicio o de la finalización de la sintonización-sincronización de nuestras neuronas espejos y de nuestra conexión-desconexión con el mundo y su gente.

⁵⁹ Lo que Gallese, V., denomina “simulación estándar”.

⁶⁰ “Simulación corporeizada”, según la denominación de V. Gallese.

⁶¹ Meltzoff y Moore la han testado a las seis semanas.

⁶² Gergely, G. y Watson, J., en *The social biofeedback model of parental affect-mirroring: the development of emotional self-awareness and self-control in infancy*. *International Journal of Psychoanalysis*, (1996), 77: 1181-1212, en relación a este tema, piensan que la madre funciona como “biofeedback social” para el niño.

que le llegan de la madre) en estados internos⁶³ (los síntomas del Sí mismo). En este sentido, es interesante el desarrollo secuencial de la interacción madre-hijo y sus consecuencias, que siguiendo a Gallese *et al*⁶⁴, planteamos a continuación:

1. El niño tiene una determinada sensación o un estado mental, derivado –por ejemplo– de una necesidad: hambre, caca, dolor... (“un síntoma”, en la conceptualización que venimos desarrollando),
2. La madre reacciona al niño (el “síntoma” del niño se transforma en “señal” para la madre);
3. El niño observa y reacciona a la reacción (a las “señales”) de la madre hacia él;
4. La observación por parte del niño de la reacción de la madre activa en él –a través del sistema de neuronas espejo– la simulación automática del comportamiento de la madre (“señal-síntoma” o “síntoma sinaleptizado”: el síntoma inicial del niño se sinaleptiza);
5. Si la reacción de la madre al niño (punto 2) está en sintonía con el estado mental del niño, biológicamente fundado (punto 1), entonces la simulación estimulada automáticamente en él (punto 4) será *congruente* con su estado mental inicial (punto 1). Esto no sólo mejora la conexión del niño con la madre, sino que influye positivamente en el desarrollo del sentido del *Self* del niño, contribuyendo a la continuidad y coherencia de sus estados mentales;
6. Si la reacción de la madre con el niño (punto 2) no está en sintonía con la experiencia inicial vivida por el niño (punto 1), entonces la simulación estimulada automáticamente será *incongruente* con su estado mental inicial. Se puede especular que esta incongruencia amenace la integridad del *Self* contribuyendo al desarrollo de lo que Winnicott llama el “falso *Self*” y Fonagy el “*Self* ajeno”;
7. Si la madre refleja o imita fielmente el comportamiento del niño, es probable que no facilite su crecimiento y su capacidad de regulación afectiva y de asignar significados a sus propios estados mentales. El reflejo –la señal de la madre– tiene que añadir algo al estado anterior –el síntoma del niño– (o dicho en los términos que estamos usando: la señal no debe agotarse en el síntoma, sino

⁶³ Hablábamos antes de la sintonización-sincronización. Creemos que puede ser considerada como un proceso que se inicia con la sintonización a partir de la fijación de la mirada (bebé-madre), seguida después de la sincronización (acoplamiento sintomático-sinaléptico; es decir de las señales del otro –generalmente la madre– con los síntomas propios). Sin duda, esta sintonización-sincronización, para llegar a buen puerto, debe implicar un cierto acoplamiento de los tiempos, las formas, las intensidades, etc., de los elementos implicados: necesidades, sentimientos, disposición a...; es decir, una sincronía de formas, intensidades, tiempo...

⁶⁴ Gallese, V., Migone, P., y Eagle, M. (2009), La simulación corporalizada: las neuronas espejos, las bases neurofisiológicas de la intersubjetividad y algunas implicaciones para el psicoanálisis. *Clínica e Investigación Relacional*, 3 (3): 525-556.

remitir también —como si fuera una metáfora- a un más o menos del síntoma; es decir, a algunos otros aspectos —ambiguos, indefinidos, difíciles de aprehender- del síntoma).

A esta fase de la *intersubjetividad presimbólica*, a la que podríamos denominar primaria o dual (bebé-madre), con la introducción de objetos ajenos a la propia relación a través de gestos referenciales (realizados con el dedo índice, la dirección de los ojos, las palabras —incluso cuando las palabras no son más que sonidos prosódicos-) de la madre, sigue una fase a la que podríamos denominar fase de *intersubjetividad presimbólica triádica*. Sobre esta capacidad para ubicar objetos fuera de la relación diádica, objetos en los que de forma compartida se puede fijar la atención, objetos distintos de Sí (es decir, de la amalgama síntoma-señal que primigeniamente nos constituye), a los que se puede buscar y evocar no sólo con señales “puras”, sino con señales acústicas, se fundamenta entre los 9-12 meses la *intersubjetividad simbólica*; es decir, la intersubjetividad mediada por el lenguaje (símbolos)⁶⁵.

4.- LA CUESTIÓN DEL SUJETO

Tal como señala Morín⁶⁶, la primera cualidad de cualquier sistema viviente es la *computación*⁶⁷ (“la menor acción, reacción, interacción, retracción del menor ser viviente necesita y comporta computación. El ser viviente computa permanentemente y, en este sentido, la computación es el ser mismo”); computación no solo en el sentido de hacer cálculo, sino en sentido etimológico⁶⁸. Esta computación

⁶⁵ En este sentido, podríamos decir que la novela de nuestra vida comienza siendo la novela de nuestro cuerpo, en tanto que cuerpo frontera, cuerpo propio-extraño: intercuerpo. Con una visión más amplia, incluso se podría afirmar que la novela de nuestra vida comienza siendo novela de Otro, en el sentido de que empezamos a ser personajes de ficción del Otro, personajes virtuales, aún no-natos, en la novela del Otro, para pasar luego a ser novela de un intercuerpo (novela oscura a la significación, aún “sin símbolos”, fruto del acoplamiento de señales provenientes de la madre —satisfacción, ternura, insatisfacción, malestar, ansiedad, tristeza, rabia... con síntomas del bebé).

⁶⁶ Morín, E., *El Método II. La vida de la vida*. Madrid, Cátedra, 1985.

⁶⁷ Computación —no hay que olvidarlo-, cuyo fin es resolver problemas y, en consecuencia, la computación es cognición, es conducta (acto o actuación) y, también, es auto y hetero-organización.

⁶⁸ Computar, del latín *computare*, vocablo compuesto de *putare* (evaluar, estimar, considerar, tener en cuenta, examinar, suponer...) y *com/cum*, prefijo con el que se expresa lo que une y, a la vez, lo que separa. Computar implica, por lo tanto, alguna clase de cognición —por rudimentaria que sea-, para la cual se precisa cierta capacidad informacional (capacidad de captar información —“1” o “0”, en computación digital: presencia o ausencia de un elemento-, con el fin de reducir la incertidumbre y, en suma, de cambiar lo desconocido por conocido), capacidad simbólica (que codifique esa información en alguna clase de marca/símbolo), un sistema de memoria o engrama para poder recurrir a esos símbolos cuando se necesite operar con ellos (inscripción, extracción, modificación, borrado...) y, por último, un sistema lógico (reglas, instrucciones que ordenen la información: cálculos, razonamientos...).

primigenia está dirigida tanto al medio ambiente (*lo extraño*), para reconocer en él lo que puede alimentarlo o destruirlo⁶⁹, como a sí mismos (*lo propio*)⁷⁰.

La segunda cualidad de lo viviente es que *computa* “egoístamente” (es una computación de sí, por sí y para sí y/o para los suyos); es decir, para satisfacer las necesidades, deseos, intereses propios..., y, en consecuencia, es una computación que implica ser el *centro de referencia* (computación autocéntrica, autorreferente: Es desde “ese” centro que se computa -lejos/cerca, arriba/abajo, delante/detrás...-) y ser el *centro de preferencia* o de valor (propio/extraño, amigo/enemigo... Así puede tomar decisiones egoístas –la propia supervivencia, en tanto que centro de preferencia-, en función del peligro o la oportunidad: aproximarse/alejarse, desear/rechazar, filia/fobia...)

La tercera cualidad a tener en cuenta es que, además del *principio de exclusión* (exclusión del cualquier no-Sí del lugar del Sí; o sea, del lugar del Sujeto y de la Mismidad)⁷¹, en el ser viviente opera el *principio de inclusión* de Sí en un *oikos*, una comunidad de organismos, y esto es válido tanto para los organismos unicelulares (así una bacteria es única –paradójicamente- en tanto que se apropia de un patrimonio heredado de una comunidad de organismos similares a ella –genoma; patrimonio heredado que luego pasará a su prole), como los pluricelulares (los cuales también proporcionan y protegen las nuevas semillas, los huevos..., y que además pueden llegar a cuidar, alimentar, proteger y educar a su prole) o los sujetos-parlantes (los cuales, además de recibir un patrimonio genético de sus progenitores, crean *vínculos afectivos-lingüísticos* con su propia prole; es decir, las sintoniza y sincroniza con su propio patrimonio afectivo-cultural, lo que, por otro lado, significa el surgimiento de un mayor nivel de complejidad en el seno del no-Sí, una especie de no-Sí jerarquizado donde tiene cabida lo querido, lo amigo, lo próximo, lo extraño, lo enemigo, lo indiferente... O lo que es lo mismo, toda la serie de personajes secundarios –desde los más querido, con un querer y una entrega que puede llegar al sacrificio del propio Sí, hasta los más aborrecidos, pasando por esa enorme caterva de personajes secundarios y accesorios que pueblan la novela de la vida de cada uno.

⁶⁹ Incluso los organismos unicelulares son capaces de reconocer formas, repeticiones, regularidades/irregularidades..., es decir, de computar.

⁷⁰ Desde la relación simbiótica que se da entre los genes y el resto de la célula, en los organismos unicelulares, como modo de garantizar la reproducción de esos organismos y la supervivencia de sus genes, hasta la relación del Sujeto humano con sus congéneres –incluso a la hora de distinguir entre lo otro observado, lo propio fantaseado y lo propio realizado, tal como se observa en el sistema de las neuronas espejos-, pasando por el sistema inmunológico y defensivo biológico.

⁷¹ Este principio de exclusión, al que nos referiremos más adelante, es el fruto o la consecuencia directa de la autorreferencia y autopreferencia del Sujeto, comentada anteriormente.

Para Morin, auto-centrismo y auto-preferencia serían los “rasgos fundamentales e inseparables, complementarios y Uno, que constituyen de alguna forma la armadura misma de la noción de Sujeto”⁷²; esto es —añadimos nosotros— su *Mismidad*, pues esta noción de Sujeto, aunque pensada en principio desde lo biológico, tiene —según argumenta Morin— valor heurístico para todo sistema viviente, para todo sistema capaz de computación, incluido por supuesto el ser humano (lo cual implica que solo el hombre pueda expresar su cualidad de Sujeto con el lenguaje⁷³, mientras el resto lo expresa en su ser, su organización, su computación, su comportamiento...). Así, a la cualidad de Sujeto biológico, como una organización compleja de azar (*alea*), genes (*genón*) y medio ecológico (*oikos*), recursiva, autocéntrica y autopreferente, tendente a mantener la organización interna y la actuación externa con el fin egoísta del para sí y/o para los suyos, habría que añadir —en el caso del sujeto-parlante, del hombre— los afectos y cuidados (*cura*) y el lenguaje y la cultura (*memes*), con los cuales esa condición de sujeto “biológico” se hace también subjetiva, pues genera (sin dejar de ser sujeto “biológico”) otra clase de sujeto, otra clase de autocentro y autopreferencia: un auto-centro-preferencia simbólico y sentimental; simbólico, en el sentido de que es el centro desde el que se fundamenta lo simbólico y, a la par, el centro simbólico en el que el propio sujeto parlante se fundamenta y se sitúa en tanto que él mismo es símbolo⁷⁴, posibilitando así las identificaciones; y sentimental, en el sentido de que ya no es sólo sujeto engramado (sujeto que actúa por reflejo), sino que actúa impulsado por emociones (ansiedad, miedo, agresividad...) y sentimientos (deseos, envidia, amor, pasiones...).

Así, por esas cualidades de autocentro y autopreferencia, al operar⁷⁵, todo Sujeto es el centro de su universo, y desde esa centralidad excluye a cualquier otro congénere, incluido, de darse el caso —como nos recuerda E. Morin—, a su gemelo homocigoto, con el que podría compartirlo todo, excepto la propia posición de Sujeto; es decir, su Mismidad⁷⁶. En consecuencia, entre los Sujetos hay una relación sincrónica, excluyente^{77 78}.

⁷² Morin, E., O.c.

⁷³ Es decir, pensar, reflexionar sobre su propia identidad y mismidad.

⁷⁴ El grado cero del símbolo, el grado cero de lo simbólico —parafraseando a U. Eco—, el rasgo o significante unario de Lacán, el lugar en el que se unen los ejes de coordenadas en geometría, el Sujeto de la enunciación en la teoría del discurso, la zarza que arde del Dios de Abraham, el Oráculo de Delfos, etc. (según distintas epistemes y mitologías).

⁷⁵ En el caso del Sujeto parlante, al actuar; es decir, al realizar actos de conducta con valor sintomático, señaléptico y simbólico: actos conductuales (vs actos aconductuales).

⁷⁶ Así entre los gemelos homocigotos no existe tanto un problema de identidad ((ipse) , como de identidad (idem); es más, acentúan entre ellos las diferencias ipse en tanto que menos marcada tengan la idem.

⁷⁷ Jacobson, R., Fundamentos del Lenguaje, Ciencia Nueva, 1967.

⁷⁸ Incluso en los seres unicelulares —una bacteria, por ejemplo—, que se reproducen dividiéndose en dos mitades iguales genéticamente idénticas, pero cada una dispuesta a competir si hiciera falta con la otra.

4.1.- EL SUJETO PARLANTE: IDENTIDAD, MISMIIDAD Y ALTERIDAD

En cierto sentido, podemos decir que el animal, el Sujeto biológico “computa” como Uno, como un todo, como un Mí (desde lo propio, en lo propio y para lo propio). Sin embargo, en el nivel de organización del Sujeto-parlante surgen dos nuevas propiedades⁷⁹:

- *Vincular*: la tendencia “natural” a crear vínculos.
- *Lingüística*: la tendencia a crear “signos”⁸⁰ (síntomas señales símbolos); es decir, a separar, escindir —en un bucle recursivo y generador⁸¹— lo biológico de lo cultural, los entes de sus representaciones, las cosas de los símbolos que las representan⁸².

La cosa → signo (síntoma, señal y símbolo)

En consecuencia, y si aplicamos esa escisión a Mí, tendríamos:

Mí (símbolo)Mí (síntoma, señal)

Mí símbolo; es decir, significantes, en el sentido en que lo entiende Saussure⁸³ (significante/significado), que —gracias a los efectos de los cuidados primigénios

⁷⁹ Dentro de la teoría de los niveles de complejidad organizacional de la materia, nos estamos refiriendo a propiedades que emergen “de novo” en cada nivel organizacional y que —por así decirlo— son propias (son propiedades) de ese nivel de organización.

⁸⁰ Redundando en lo señalado en nota 2 (pie de página), se entiende por síntomas o signos naturales las expresiones del propio referente en tanto que parte de él mismo y, por consiguiente, sin ninguna intención relacional ni comunicativa (unas huellas en la arena de la playa, la fiebre síntoma de infección, nubes negras en el cielo como síntoma o indicio de lluvia), mientras que las señales son síntomas o signos dirigidas a un receptor, con la intención de provocar una reacción en el mismo. Los símbolos implican, además, una separación verbal o icónica, una autonomía radical del signo en relación a los supuestos referentes. Por eso, por ejemplo, puedo decir “Hijo-de-puta” en un contexto dado y mi interlocutor entenderlo como un cumplido. A este conjunto sintomático-signaléptico-simbólico es a lo que se conoce como signo. Una distinción similar es la que establece Thomas Sebeok, cuando distingue entre síntoma, señal, símbolo, índice e icono. Según este autor, un síntoma es un signo compulsivo, automático, no arbitrario (Ejemplo: la ictericia como síntoma de la cirrosis hepática); entendiendo por señal un signo que mecánica o convencionalmente provoca alguna reacción en el receptor. El receptor puede ser una máquina, organismo o incluso un ser sobrenatural personificado. Es producida por un emisor individual, representa información, está mediada por un portador físico y es respondida por uno o más receptores. Mientras el símbolo es un signo sin semejanza ni contigüidad, existiendo solamente un vínculo convencional entre su significado y su denotado. Un índice sería un símbolo cuyo significante es contiguo a su significado o es muestra de él: el índice indica lo que representa. Y por último el icono es un símbolo cuyo significante es similar al significado (por ejemplo, una fotografía).

⁸¹ Generador, en tanto que el propio bucle genera esas categorías

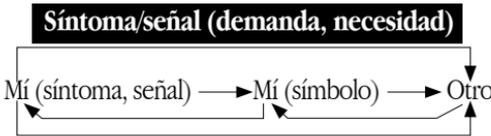
⁸² Guiraud, P., La semiología, 1972. Pierce, J.R., Símbolos, señales y ruidos; naturaleza y proceso de la comunicación, 1962.

⁸³ De Saussure, F., Curso de Lingüística General, Buenos Aires, 1945.

afectivos-emocionales (*cura*) y de *memes* (lingüísticos-culturales), remite a significados tipos: Vivencia del cuerpo (corporalidad: identidad corporal en sentido amplio), imagen del cuerpo (estadio del espejo), “Yo” (como modo de designarse en un discurso: “yo”, “tú”, “él” ...ellos”), nombre propio, etc. Significados que surgen y toman sentido, como hemos señalado, en la alteridad vincular; es decir, en un bucle recursivo y generador que funda (genera) y separa el Mí del Otro (pues precisamente, y no puede ser de otra manera, surge en el campo previamente ofertado por el Otro, en tanto Otro, pues el propio cuerpo, el mismo nombre propio, el Yo... no son en principio más que Otro (realidades lingüísticas o gestálticas ofertadas desde/en el Otro):



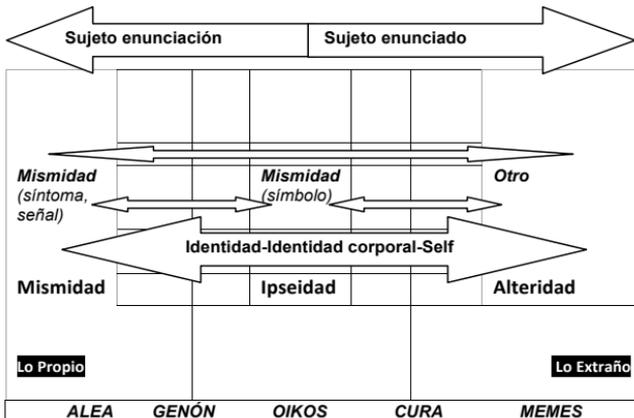
Circuito o flujo que puede representarse también como:



Señales –emociones, sentimientos-/símbolos –palabras- (Respuestas)

Las letras en fondo negro que bordean el flujo anterior forman parte del circuito vincular hijo-madre de demandas-necesidades y de respuestas a las mismas.

A modo de resumen gráfico, tendríamos entonces:



Así, podríamos decir que *Mí* (*síntoma/señal*) esencialmente, y por definición, no es representable, sino presentable⁸⁴, en tanto que expresión natural de nuestro ser propio⁸⁵. Mientras que *Mí* (*símbolo*) es lo que nos representa en la vida cotidiana ante nosotros mismos y los demás, como si fuera un “lugar” (que puede rellenarse con una imagen concreta⁸⁶, o con un “yo”, o un “tú”..., con un nombre propio, con el número del DNI, etc)⁸⁷. Dos aspectos de la identidad, la *Identidad substancial*, estática, Una, siempre la misma, a la que nos habíamos referido como *Mismidad*, y la *Identidad Subjetiva*, dinámica, múltiple, adaptable a los diversos contextos y escenarios, a la que hemos denominado *Iipseidad*. Así, hablar de *Mismidad* e *Iipseidad* no resulta redundante ni tautológico, sino que la *Iipseidad* se nos presenta dotada de la cualidad subjetiva del existir (“*ex ser*”); es decir, de la cualidad de “en-verbarse”⁸⁸ y de representarse o actuar en un contexto concreto. O lo que es lo mismo, de la cualidad de poder ser múltiples “yoes” (múltiples personajes en la novela de la propia vida; múltiples yoes que actúan en el escenario de la vida entre los otros y con los otros. De ser, en fin, múltiples yoes y una sola *Mismidad*)⁸⁹. En

⁸⁴ Sucede como con Dios en la tradición judía

⁸⁵ Como substancia, forma y esencia de nuestro ser—por decirlo de una manera aristotélica; de un ser ajeno a las representaciones, un ser “sin nombre”, similar a la zarza que arde sin consumirse (siempre igual a sí misma) en la cumbre del monte Sinaí. Un ser que cuando “habla”; o mejor dicho, cuando el *Mí* (simbólico), en calidad de Sujeto de la enunciación, quiere dar cuenta de él, dice: “(YO) Soy el que soy”, similar por otro lado a la cualidad de sujeto de la enunciación que ocupa la pitonisa de Delfos, cuando por su boca ni afirma ni niega, sino señala el designio del Dios Apolo. En otro orden de cosas, podríamos decir que este *Mí* (señal, síntoma), que no puede ser nombrado, ni demostrado, como la zarza antes aludida, solo puede mostrarse a sí mismo, de modo similar a como sucede en matemáticas y lógica simbólica con los axiomas. Una verdad ($A=A$) que no puede ser demostrada (solo mostrada) y que sirve de fundamento a las verdades teorematizadas que de él se derivan.

⁸⁶ Sujeto del enunciado.

⁸⁷ *Mí* (simbólico) que en tanto que Sujeto de la enunciación da cuenta de su propia existencia, según el aserto cartesiano, “Pienso, luego existo”.

⁸⁸ Así, no es el Verbo el que se hace carne (“Y el Verbo se hizo carne y habitó entre nosotros”—Jn 1,6-8.19-28), tal como aparece en el evangelio de San Juan, sino que es la carne la que se hace Verbo.

⁸⁹ En suma, podríamos hablar de Sujeto de la *Mismidad* (Inconsciente), entendiendo por tal un sistema organizado y complejo de genes (genón), cura (cuidados, emociones, sentimientos) y medio ecológico (kenón), inmerso en su existencia en las turbulencias del azar (alea) y la necesidad, todo lo cual lo marca continuamente con síntomas, pero que ni habla ni oculta, sólo emite señales, llamadas de atención tendientes a mantener el fin egoísta del para-sí y/o para los suyos, y Sujeto de la *Iipseidad* (consciente), capaz de emitir señales y símbolos. Por lo demás, con el Sujeto de la *Mismidad* sucede como con el oráculo de Delfos. “El señor, cuyo oráculo está en Delfos, ni habla ni oculta nada, sino que se manifiesta por señales” (Heráclito). El oráculo de Delfos fue un gran recinto sagrado dedicado principalmente al dios Apolo que tenía en el centro su gran templo, al que acudían los griegos para preguntar a los dioses sobre cuestiones que le importaban. Sin embargo, no eran los dioses los que respondían, sino la Pitia, Pitonisa o Sibila, la cual emitía un oráculo que el demandante o demandantes interpretaban con mayor o menor acierto. “Creso, si cruzas el río Halys (que hace frontera entre Lidia y Persia), destruirás un gran imperio”. La respuesta se interpretó como favorable y dando por hecho que el gran imperio era el de los persas. Pero el “gran imperio” que se destruyó en aquel encuentro fue el suyo.

consecuencia, podríamos representar esa doble cualidad de la Identidad del modo siguiente:

$$\text{Identidad(I)} = \text{Mismidad(Mi)-Ipseidad(Ip)}.$$

O también: $I = \text{Mi (Ip)}$

O de este otro modo: $I = \text{Ip (YoI, Yo2... Yon)/Mi}$

Expresiones que, desde el punto de vista de la Identidad narrativa (In), y como se verá un poco más adelante, también podrían expresarse como:

$$\text{In} = \text{Senunciación (Senunciado1, Senunciado2... Senunciado "n")}^{90}$$

Y también de este otro modo:

$$\text{In} = \text{Senunciado/Senunciación}$$

De cualquier manera, y en lo que ahora nos importa, hay que resaltar que ser el centro de referencia y de preferencia (Mismidad), implica –como diría Morin-, en el ser parlante, atravesado por los sentimientos y las emociones que conllevan los cuidados Cura, así como por lo simbólico y la cultura (*Memes*), no sólo establecer sin cesar la distinción Sí/no-Sí, y tratar al Sí y al no-Sí en función del Sí; o sea, de sus necesidades y apetencias, sino también la *cualidad de autotranscendencia* (el elevarse por encima de la Mismidad de los otros), con la valoración de Sí y la subsiguiente desvaloración -sin valor o con valor negativo- del no-Sí, y, en consecuencia, de distribuir valores (valores respecto a Sí), ya sea entre los propios yoes o entre los yoes ajenos. Por eso el Sí es además un Mí^{91} (Mí simbólico).

Homo sapiens sapiens concreto que al ser también abierto precisa interrelacionarse con otros congéneres, y, en general, con su realidad ecológica (con los que intercambia energía, *partner* sexual, objetos, palabras, cuidados...), creando *ad hoc* para esos intercambios (*egopoiesis*) yoes precisos y supuestamente adecuados para cada situación (en tanto que personajes a los que se presupone una imagen, actitud, aptitud, sentimientos y pensamientos coherentes con la susodicha

⁹⁰ In: Identidad narrativa; S enunciación: Sujeto de la enunciación; y S enunciado: Sujeto del enunciado.

⁹¹ Pronombre con el que el ser-parlante designa el lugar central que el Sujeto se reserva para sí mismo y para los suyos.

situación⁹²), y que, además, inevitablemente esa interrelación con otros congéneres, a través de la mediación del yo (de la Identidad Ipse), proyecta de nosotros una imagen y, subsiguientemente, una valoración de nosotros en el interlocutor (imagen social, *self*).

Concluyendo: El egocentrismo del *Mí (síntoma, señal)/Mí (símbolo)*, se ve continuamente amenazado y puesto en cuestión, en función de esa valoración a la que hemos hecho referencia (alguien de “más valor” podría desposeernos, arrojarnos, de ese lugar constituyente y privilegiado al que hemos denominado Sí, Mismidad o Identidad *idem*), y, por otro lado, al ser un ser parlante, un ser que sabe de la muerte⁹³, “un ser-arrojado-en-el-mundo entre *ex nihilo* (nacimiento) e *in nihilo* (muerte), donde la muerte se rebela no tanto enemiga o contraria a la vida⁹⁴, sino en tanto enemiga mortal de su ser sujeto de la enunciación, de su excluyente posición egocéntrica (Sí).

De estas circunstancias amenazantes del ego-centrismo (los otros, el azar y la muerte), surgen pues la fragilidad, los deseos, las fantasías y los temores y, en definitiva, lo que nos anima al trabajo y al quehacer cotidiano; o lo que es lo mismo: a actuar sobre la realidad de las cosas.

4.2.- SUJETO DE LA ENUNCIACIÓN, SUJETO DEL ENUNCIADO

En suma, el ser parlante, el *homo sapiens sapiens*, sistema organizado y complejo de genes (genón), cultura (memes⁹⁵) y medio ecológico (kenón), inmerso en

⁹² Nos referimos al yo, a los yoes que nos habitan, los cuales se diferenciarían por el tono emocional (no hay un Yo sin un tono emocional, sin un sentimiento o emoción que lo tiña, y sin un verbo —una acción— que le provea de sentido), además de por las propiedades antes referidas. Desde esta misma perspectiva podíamos plantear la dinámica de la denominada segunda tópica freudiana (“Yo”, “Ello” y “Super Yo”) y el denominado Idel del Yo. Así el Super Yo, podría entenderse como la “indicación” por parte del Sujeto de la enunciación de: “Yo no...”, exactamente lo que la voz de la Sibila interpretaría como “Apártate de ese personaje (de ese posible “yo”, no lo encarnes. “Yo no...”) —personaje rechazado en tanto “peligroso”; es decir, en la medida en que podría encarnar al Amo de la dialéctica Hegeliana, aquel que osa enfrentarse con la Muerte. Así, el denominado Super Yo no sería más que la orden inconsciente, la orden imperiosa del Sujeto de la enunciación, que ordenaría al yo (sujeto del enunciado) a sufrir como Esclavo, antes de enfrentarse a la muerte (que pondría en peligro la situación ego-céntrica del Sujeto), tal como haría la figura del Amo. Por eso la vivencia de la angustia en la vida cotidiana aparece cuando, de una forma u otra, reculamos ante la Muerte.

Por el contrario, el Ideal del Yo expresaría la indicación de: “Así debes ser. Encármate en ese personaje. Sé ese personaje”.

⁹³ Un ser finito en el tiempo y consciente de esa finitud, gracias a lo cual puede ser considerado “un individuo libre e histórico” (Kojève, A., La idea de la muerte en Hegel, editorial Leviatán, Buenos Aire).

⁹⁴ De cualquier modo, la muerte es la garantía de la vida, la otra parte del ciclo vital de la especie.

⁹⁵ Ver Dawkins, R. El gen egoísta, Salvar Editores, Barcelona, 2000.

su existencia en las inevitables turbulencias del azar (*alea*) y la necesidad⁹⁶, en tanto que Mí (síntoma/señal)⁹⁷, ni habla ni oculta, sólo manifiesta síntomas y sólo emite señales, llamadas de atención en el devenir de su propia naturaleza de Autor (entendiendo aquí esa naturaleza como *Voluntad*, en el sentido en el que la entiende Schopenhauer⁹⁸, o *instinto o pulsión de vida* tendente a mantener el fin egoísta del para-sí y/o para los suyos).

Como sabemos, el reducto en el que la voz del narrador se sienta en la novela es el denominado *punto de vista narrativo*. Punto de vista narrativo que, desde los trabajos de C. Bally⁹⁹ y, sobre todo, de É. Benveniste¹⁰⁰, en torno a la teoría de la enunciación, en los que intentan dar cuenta del proceso de producción lingüística que desemboca en un enunciado, en un mensaje (quién lo emite, para quién, cuándo, dónde, con qué intención...), se conoce como el *sujeto de la enunciación*, entendiendo la enunciación (frente al enunciado) como el acto individual de apropiación de la lengua, y al sujeto de la enunciación (frente al *sujeto o los sujetos del enunciado*), como la voz que toma el enunciado bajo su responsabilidad¹⁰¹.

⁹⁶ Azar (*alea*) y necesidad, o lo que es lo mismo Tyché (diosa del azar y la fortuna) y Ananké (diosa de la necesidad, de las fuerzas inexorables que rigen el destino del Universo y sus criaturas), “gobiernan” cada una a su manera el devenir del Autor (Dios-Creador-Autor de sí mismo y de la novela de la propia vida), con la mediación recursiva, como si se tratara de un gobierno tripartito, de un emergente privilegiado (el yo o los yoes), a veces activo, a veces perplejo, a veces angustiado y cobarde, a veces sereno y rebosante de sabiduría.

⁹⁷ Mí (síntoma/señal) al que —desde un punto de vista narrativo— podríamos calificar como el verdadero Autor de la novela que es la vida concreta de cada uno; ese Autor elidido, ausente en tanto tal de la propia novela, es —por decirlo de alguna manera— en gran medida inconsciente, “ágrafo”. No vamos a plantear de modo radical y reduccionista el papel que lo inconsciente vs conscientes tiene en el proceso de toma de decisiones de cada uno. Ver en este sentido el apartado que le hemos dedicado al cuerpo y a la identidad corporal.

⁹⁸ Schopenhauer, A., *El mundo como voluntad y representación*, Akal, Madrid, 2005, y *Sobre la voluntad en la naturaleza*, Alianza, Madrid, 1970.

⁹⁹ Bally, C. *Linguistique générale et linguistique française*. Ernest Leroux, Paris, 1932.

¹⁰⁰ Benveniste, É. *Problemas de lingüística general I y II*. Siglo XXI, México, 1971 y 1977.

¹⁰¹ El estudio del sujeto de la enunciación, con las implicaciones que estamos esbozando en el orden de la consideración de la vida de cada uno como una novela, implica entre otras cuestiones analizar las huellas que éste va dejando a lo largo de su discurso (su *discriminación* en la vida), cómo, por qué y para qué introduce a los distintos sujetos del enunciado (los múltiples yoes que lo representan en los diversos escenarios sociales). Esas huellas, a veces difíciles de bosquejar para el propio sujeto, huellas que se intentan borrar, síntomas, balbuceos, tropiezos que se repiten... todo lo cual remite a la verdad última y no siempre conocida en toda su extensión de ese Sujeto (de la enunciación), a su esencia, sustancia o conciencia de mismidad frente a los yoes, a los múltiples yoes que lo representan y con los que interactúa socialmente (apariciencia). O como señala Castilla del Pino (El sujeto como sistema, o.c.), “Las actuaciones remiten al sujeto que las hace, porque son “indicios” acerca de cómo es él, cuáles son sus intenciones, los motivos que le llevan a actuar, etc.”. Ese distingo entre el ser (mismidad) y sus representaciones (ipseidad) resulta fundamental para entender la diferencia que podría existir entre lo normal-neurótico y la psicosis. El normal-neurótico gozaría, estaría constituido sobre un sujeto bien asentado, con una mismidad arraigada y que por lo tanto puede soportar o asumir en su seno a todos los yoes (apariciencias) posibles, sin embargo la fragilidad de la esencia psicótica, ese sujeto del enunciado siempre a punto de resquebrajarse, su movetiza mismidad, no le permite asumir como propio a cualquier yo. Así la fantasía de Schereber de que sería hermoso ser una mujer en el momento del coito no encuentra en su mismidad soporte para el yo que debería hacerse cargo de ese enunciado. En el alma de los neuróticos-normales caben todos los yoes posibles, y por eso puede decir sin excesiva turbación: “donde dije digo, digo Diego”. El psicótico, sin embargo, en tanto psicótico, a veces no puede acceder a esta versatilidad, y se ve impelido a mantener la Verdad del digo.

Así, por ejemplo, y en el caso de la novela, Cide Hamete Benengeli es el locutor, el narrador, el punto de vista narrativo o el sujeto de la enunciación del *Quijote*, mientras que *Don Quijote*, Sancho Panza, etc. son los sujetos del enunciado, las otras voces o puntos de vistas que aparecen en el *Quijote*. En este sentido, no hay pues ninguna dificultad en reconocer a la voz de Sherezade, la bella hija del visir, como el sujeto de la enunciación de *Las mil y una noches*, consideración que también podríamos hacer extensiva, en otro orden de cosas, a la voz de la Sibila del oráculo de Delfos. Más aún, en la consideración de la vida de cada uno como una novela, de la que ya hemos comentado la problemática complejidad del autor de la misma, y la distinción entre la voz del narrador (el sujeto de la enunciación), y el sujeto o los sujetos del enunciado (los distintos yoes) sería similar a la diferencia que, por ejemplo Castilla del Pino¹⁰², hace entre un *yo-objeto* (el que actúa) y un *meta-yo* (el que de alguna manera “proyecta” esa actuación). O para ser más exacto, entre muchos yoes-objeto y un solo meta-yo, al que denomina *Sujeto*, y al que considera como *conjunto de todos los yoes posibles*^{103 104}. Sin duda, el Sujeto así

¹⁰² Haciéndose eco de la distinción planteada por W. James entre dos clases distintas de yoes necesarios en cualquier actuación: el yo cognoscible o mí (al que pertenecería todo lo mío. El cuerpo, la casa, la familia, la imagen social que proyectamos a los demás o que los demás se hacen de nosotros mismos, la imagen íntima respecto a nuestras capacidades, limitaciones, cualidades...) y el yo conocedor. Castilla del Pino, C. El sujeto como sistema (Séptimas Conferencias Aranguren), Universidad de Córdoba, 1998.

¹⁰³ Hay que recordar a este respecto que la lógica de un sistema o de un conjunto deriva de su coherencia con la verdad axiomática que lo fundamenta, no con la mayor o la menos consistencia entre los elementos que lo constituyen. En efecto, si una mujer cachetea a su hijo por decir mentiras, y luego ella misma dice mentiras, podrá ser inconsistente o hipócrita, pero no necesariamente ilógica, lo mismo se puede afirmar de la continua inconsistencia en que entre sí mantienen los distintos yoes a los que ya sea en el ámbito público, privado o íntimo, reconocemos como propios, pues el tipo de consistencia que concierne a los lógicos y, más aún, a los psicopatólogos y —por extensión— a los denominados profesionales de la salud mental, no es la lealtad, la justicia, la bondad-maldad o la sinceridad de los yoes posibles de un individuo-Sujeto determinado, sino la compatibilidad entre ellos; es decir la coherencia de todos y cada uno de los yoes con el axioma que les sirve de fundamento en tanto que conjunto o sistema. De este modo, si representamos el conjunto de los yoes a los que se refiere Castilla del Pino como $S \{Yo1, Yo2... Yo \text{ "n"}\}$, y tenemos en cuenta que la verdad axiomática del Sujeto (S) —el axioma que sustenta la coherencia del resto del conjunto— es su ego-centrismo, resulta que el conjunto de los yoes posibles debe ser coherente con esa verdad, aunque entre sí estos yoes resulten inconsistentes. Nos encontramos, por tanto, ante dos posibilidades lógicas: o bien la de mantener un conjunto de yoes consistentes (que respondan a una ley de composición interna) pero, según el principio de Godel, incompleto, o mantenemos un conjunto de yoes inconsistentes pero completo (en este caso, más que de conjunto o sistema de yoes, habría que hablar de yoes sin más, yoes reunidos pero no conjuntados). La primera es la opción neurótica o “normal”. La segunda, la psicótica, la cual implica de paso la existencia de un posicionamiento del Sujeto débil, frágil, mal estructurado, en tanto que axioma (pues más que como axioma, S aparece como otro elemento más en esa reunión de yoes, en ese acumulo de yoes disjuntos $\{S, Yo1, Yo2... Yo \text{ "n"}\}$).

¹⁰⁴ Considerar al Sujeto como conjunto de todos los yoes posibles, aunque sea un modo sustancialista de hablar, o considerar al Sujeto como un sistema complejo y organizado, implica —tal como exige la lógica simbólico-matemática— que el conjunto o sistema $S \{yo1, yo2... yo \text{ "n"}\}$ debe regirse por una verdad axiomática, y que a ese fundamento axiomático, a esa verdad axiomática, la representa S. Así, S resulta ser el axioma que da consistencia al conjunto de todos los yoes.

entendido es el mismo Sujeto de la enunciación de Benveniste (y el conjunto de todos los yoes posibles, el sujeto o los sujetos del enunciado). La función de ese Sujeto (de la enunciación) en tanto que sistema “es la de crear yoes [sujetos del enunciado, personajes concretos, actores...], los cuales -según Castilla del Pino- han de poseer cuatro características básicas¹⁰⁵: propositividad, prolepsis, propiedad y comunicabilidad”; es decir, que han de servir para la vida de relación del Sujeto (*propositividad*); se puede anticipar (*prolepsis*) una construcción adecuada, “ad hoc”, del mismo, y modificarla en el curso de la propia actuación, así como almacenarla y rescatarla en caso necesario (memoria evocativa); el Sujeto los reconoce como propio (*propiedad, mismidad*) y son intercomunicables (*comunicabilidad* intermodular de yoes). En efecto, los yoes son intercambiables, al margen del contexto de actuación en el que estén o hayan estado circunscritos: empírico-público (hechos por y para la exhibición y actuación pública), empírico-privado (hechos por y para la actuación en contextos privados, restringidos) y contextos íntimos (ya sean imaginados -prolepsis de yoes-, o fantaseados, donde el Sujeto construye al yo para su “placer”), todo lo cual implica importantes niveles de autonomía del Sujeto¹⁰⁶. En consecuencia, un Sujeto de la enunciación “fuerte”¹⁰⁷, bien asentado, es capaz de construir con propositividad, prolepsis, propiedad y comunicabilidad todos los yoes posibles (todos los yoes que el Sujeto de la enunciación necesita o podría necesitar para actuar/exhibir en cualquiera de los tres espacios de actuación posibles).

¿Qué otros aspectos podríamos añadir, pues, en relación a ese homo sapiens sapiens al que hacíamos referencia antes? Tal vez recalcar que es un sistema complejo, una realidad bio-psico-socio-lingüística/cultural, a la vez dependiente y autónoma; o lo que es lo mismo, una totalidad activamente organizada por las partes que lo constituyen (es un emergente de las interrelaciones de sus partes¹⁰⁸), a la par que él actúa sobre ellas transformándolas, reuniéndolas, manteniéndolas). Totali-

¹⁰⁵ A estas cuatro características básicas habría que añadir una más, la recursividad; es decir, la capacidad de incidir, incluso de modificar en cierta medida al propio sujeto S, a sabiendas de que el yo y los yoes no son más que efectos de las propiedades emergentes del sistema S.

¹⁰⁶ De autonomía del Sujeto de la enunciación frente al Sujeto o los Sujetos del enunciado (“yoes”: conciencia, voluntad...). Sin duda, éste es otro modo de plantear la cuestión de cómo influye lo inconsciente y la voluntad-conciencia-libre albedrío en el proceso de toma de decisiones.

¹⁰⁷ Obsérvese que esta consideración del Sujeto de la enunciación lo aproxima considerablemente a la teoría de la mente de los neurocognitivistas.

¹⁰⁸ Otro tanto se puede decir de los yoes (sujetos del enunciado), en la medida en que también ellos son emergentes del Sujeto de la enunciación y su relación con otros sujetos de enunciación y, en general, con la realidad, con la que interactúan.

dad que –tal como señala E. Morín– es más que la suma de sus partes (pues implica una nueva organización, con cualidades y propiedades emergentes nuevas¹⁰⁹) y menos que la suma de sus partes (ya que hay cualidades y propiedades de las partes que desaparecen o constriñen su expresión).

El Sujeto –cualquier hombre concreto–, resulta ser no sólo sustancia, sino también autoorganización compleja y activa, a la par cerrada (autónoma, sí mismo, mismidad, individualidad, sujeto de la enunciación) y abierta (dependencia ecológica, existencia, sujetos del enunciado, ipseidad, yoes, *self*); una organización compleja de genes (genón), cultura (memes¹¹⁰) y medio ecológico (kenón), regida, por un lado, por el azar (alea) y la necesidad, que tiende por su propia naturaleza –Voluntad, en el sentido en el que la entiende Schopenhauer¹¹¹, o instinto o pulsión de vida– a mantener el fin egoísta del para-sí y/o para los suyos; es decir que –como nos recuerda E. Morin–, “al operar [en tanto que ser viviente. Sin que haga falta en este nivel de cosas, por tanto, apelar a lo psico-social-lingüístico-cultural] se torna *de facto* a sí mismo como centro de referencia y preferencia, se constituye en centro de su universo, y desde ese puesto ego-céntrico excluye a cualquier otro congénere... incluido su gemelo homocigoto¹¹². Se da ciertamente un principio biológico de exclusión por el que todo sujeto excluye *de facto* a cualquier otro sujeto de su puesto de sujeto [...] pues todo ser es único para sí mismo”.

4.3.- LA NOVELA DE LA PROPIA VIDA Y OTROS QUEHACERES DEL SUJETO DISCURSIVO

Tal como señalábamos en párrafos anteriores, y en relación a las circunstancias amenazantes del ego-centrismo (los otros, el azar y la muerte), este Sujeto que es a la vez sustancia y personaje se nos rebela frágil y, por ende, repleto de temores, deseos, fantasías, pasión por narrar y narrarse a sí mismo (para sí mismo y los demás)... Se siente, en fin, impelido a un quehacer cotidiano que palie y le dé sentido a esa fragilidad.

En efecto, si “circunstancias amenazantes del ego-centrismo”, tal como hemos ido planteando a lo largo de estas páginas, significa, sobre todo, “circunstancias

¹⁰⁹ Una de las cualidades emergentes nuevas del Sujeto es la de generar yoes para la actuación, según los casos, en escenarios públicos, privados o íntimos. A esta cualidad la podríamos denominar egopoiesis.

¹¹⁰ Ver Dawkins, R. El gen egoísta, Salvar Editores, Barcelona, 2000.

¹¹¹ Schopenhauer, A., El mundo como voluntad y representación, Akal, Madrid, 2005, y Sobre la voluntad en la naturaleza, Alianza, Madrid, 1970.

¹¹² El problema de la psicosis pues, si se piensa, por ejemplo a partir de la cuestión de los gemelos monocigóticos, no es tanto de identidad (ipseidad), sino de mismidad (vivencia de sí mismo, identidad idem).

amenazantes a la mismidad, a la *identidad ídem*, a la sustancia del Sujeto”; a un mundo inconsciente que, como tal, expresa naturalmente con *síntomas* los efectos de esas amenazas —síntomas que pueden ser considerados *señales* en tanto que hay un Sujeto de la enunciación (pensar, por ejemplo, en el *Protoser* de Damasio o en la función de la interocepción en Craig); es decir, un receptor que reacciona a dichos síntomas-, entonces lo que ese Sujeto de la enunciación (inconsciente) “reclama” —las señales que activan los circuitos neuronales de la Mismidad- es que un yo (sujeto del enunciado) o un conjunto de yoes traduzcan (símbolos, lenguaje); es decir, hagan consciente, encarnen y actúen en un contexto determinado, según los intereses de esa Mismidad (del Sí, del para sí y los suyos —“mí”, “me”, conmigo” ...-); intereses que no son ni más (ni menos) que diferir o difuminar las circunstancias amenazantes que los otros, el azar y la muerte, pueden representar para el lugar exclusivo y excluyente de su ego-centrismo.

Cuestión bien distinta es lo que el sujeto del enunciado (yo o yoes) haga —pues de una acción se trata- con la enunciación. Tarea, por lo demás —hay que decirlo-, que siempre resultará *fallida*, bien se trate de una acción artística (el objeto realizado nunca será el objeto deseado o fantaseado) o de cualquier otra clase. “*Français, encore un effort si vous voulez être républicains*”¹¹³ —decía el marqués de Sade-, pero ese esfuerzo, esa tensión y violencia de más siempre resultará impotente, siempre apelará a “encore”, a un más todavía. Lo cierto es que esos síntomas inconscientes a los que hemos hecho referencia nos impele a todos de forma más o menos imperiosa, más o menos consciente, más o menos violenta (en el sentido que puede implicar un trabajo y, en consecuencia, una voluntad, una decisión y determinación) a actuar; a actuar en un escenario (reglado, simbólico, cultural...), revestidos de “personajes” (identidad ipsem, yoes objetos¹¹⁴), reconocidos y reconocibles por la alteridad; es decir, a semejanza del otro, pues —en este nivel de identidad-, y como hemos referido parafraseando a E. Morin, “Yo soy otro” (y es pareciéndome a los otros, a mis coetáneos, como actuo).

¹¹³ Marqués de Sade, Instruir deleitando: La filosofía en el tocador, Lucina, Madrid, 1980 (traducción y prólogo Agustín García Calvo).

¹¹⁴ En la acepción de Castilla del Pino.

5.- La intersubjetividad o los estados mentales compartidos

Beatriz Rodríguez Vega y Alberto Fernández Liria

Índice

1. Introducción
2. La intersubjetividad
3. La subjetividad y la narrativa surgen desde la intersubjetividad
4. La ilusión del yo
5. Hacia la no dualidad en psicoterapia

Introducción

Cuando un árbol cae en un lugar remoto del Amazonas, sin vida humana alrededor, ¿es ruido el que produce?

De la misma forma nos podemos preguntar: Cuando un ser humano crece aislado de otros humanos y criado por lobos ¿es posible que desarrolle su pleno potencial de humano?

El sentido de ser, de ser poseedor de un yo único, surge desde la experiencia de vinculación. Sin conexión no hay diferenciación. Tanto es así que se ha propuesto caracterizar al ser como ser-en-relación, porque se entiende que el ser no existe sin referencia a su mundo y viceversa. Algunos autores han llegado a afirmar que el estudio de la psicología humana debería iniciarse en el campo relacional y no en el intrapsíquico o individual. Así, Gergen (Gergen, 2001, 2006; McNamee & Gergen, 1996) cuestiona la tradición de empezar nuestro análisis del entendimiento humano y los significados sociales al nivel del individuo y sugiere, en cambio, que comencemos al nivel de la relación humana. Ricoeur (Ricoeur, 1991) en un mismo sentido, plantea que “de su vida, cada cual puede ser, como mucho, coautor” y Winnicott (Winnicott, 1965) afirmaba “no hay un niño, hay un niño y alguien más”. En estas enunciaciones se encierra el reconocimiento de que no hay un cerebro, ni una mente aislada, sino que cerebro, mente y relaciones interpersonales, actuando

al unísono y sumergidas en el contexto de una matriz social, conforman nuestro sentido del ser. Y ese sentido nunca se hubiera dado sin la validación del ser por parte de otro que se convierte en otro significativo debido, fundamentalmente, a esa necesidad biosocial de “ser sentido”.

La idea de la psicología de una persona aislada se hace cada vez menos sostenible, a la vista de los avances en la neurobiosociología. El ser humano es un ser social que probablemente pasa la mayor parte de su vida en presencia de otros reales o imaginarios.

Siegel afirma que el cerebro humano necesita de las relaciones interpersonales, no solo para ser provisto de necesidades básicas como alimento, calor, limpieza o estar a salvo de depredadores, sino para poder desarrollar su potencial más plenamente (Siegel, 1999). Cerebro, mente y relaciones interpersonales es la triada sobre el que este autor asienta el potencial narrativo. Y lo que resulta también asombroso es que esas narraciones, las que nos contamos a nosotros mismos o a los otros, las que constituyen la expresión del yo, y que comprenden la forma de ver el mundo y de situarse en él desde una perspectiva individual, actúan a su vez, como constructoras del propio sistema nervioso y del mundo.

La intersubjetividad

Los seres humanos somos animales sociales. Nacemos con una capacidad innata para la intersubjetividad (Trevarthen, 2008), para compartir fantasías y encontrar sentido al hacerlo. Sin la intersubjetividad no se entiende la vida y la cultura humana.

Trevarthen afirma que la psicología experimental heredó de la filosofía escolástica una forma de entender la mente como un conjunto de sistemas de registro de las experiencias por separado, pero, que en nuestro mundo social, las ideas de una persona, los pensamientos o los sentimientos que mantiene y que expresa, tienen el poder de movilizar a los demás con la misma fuerza que a uno mismo. Todas las actividades cooperativas, incluida la psicoterapia, se basan en esto. A través de la compasión, por ejemplo, se puede llegar a entender las motivaciones de otras personas, incluso en algunos aspectos que esas otras personas no llegan ni siquiera a comprender o a detectar. La evolución del lenguaje, el arte y la tecnología, son muestras de nuestra capacidad para lo comunal (Trevarthen, 2008), y emergen desde la capacidad de cada bebe para implicarse en la co-creación de una protocon-

versación narrativa con un padre o madre o cuidador en trance. Incluso la narrativa del yo, la construcción de quien eres, de quien soy, se basa en habernos otorgado un papel protagonista en un drama social donde tenemos aliados y enemigos, en definitiva, personajes con los que compartimos paisajes mentales. Para Trevarthen *“la conciencia intersubjetiva del ser humano es única y construye explicaciones de un mundo artificial y compartido, una mente que construye culturas con el poder de cambiar la naturaleza”*

Entendemos la intersubjetividad en este texto, según Zlatev, (L. Zlatev, Racine, Sinha, & Itkonen, 2008) como *“el compartir de contenido experiencial (sentimientos, percepciones, pensamientos y significados lingüísticos) entre una pluralidad de sujetos”*.

La intersubjetividad es diferente del conocimiento común o compartido, de hecho lo que se propone aquí es que este saber común, depende más bien de la intersubjetividad. La intersubjetividad comprende tanto el conocer como el sentir y aunque, está íntimamente relacionada con la identificación empática, va más allá de ella al incluir también estados afectivos primariamente intersubjetivos. Un ejemplo de ello pueden ser los estados intersubjetivos compartidos del enamoramiento, que son claramente diferentes a la experiencia de estar enamorado de alguien que no te corresponde.

La intersubjetividad incluye también la referencia corporal, la corporalización. El experimento de Threvarthen y Murray en 1986, en el que un niño es capaz de distinguir entre la figura de su madre en un vídeo grabado y la figura de ella en una imagen en vídeo en directo, es un ejemplo de lo que estos autores señalan como co-participación. Para Sinha y Rodríguez, la intersubjetividad requiere de la co-participación, y esto significa no solo que el niño esté sintonizado en los ritmos de tiempo o gestos con su madre, en un video en directo, haciendo referencia al experimento antes citado, sino al sentimiento de estar subjetivamente implicado en la acción conjunta. (Sinha & Rodríguez, 2008).

Otras especies animales muestran algunas de las características de la intersubjetividad pero carecen de otras. Para Zlatev (L. Zlatev et al., 2008), la mente humana es en esencia una mente compartida y esta capacidad para la intersubjetividad está en el corazón de lo que nos hace humanos.

El niño no se comunica en el registro verbal hasta los 18 meses de edad, al menos. El desarrollo temprano, el del niño preverbal, se produce en el campo del saber implícito que es un saber no simbólico, no verbal, procedimental y no consciente. Comprende la comunicación no verbal, los movimientos del cuerpo y las

sensaciones, pero también afectos y palabras entre líneas. El saber implícito se creía que dominaba en los primeros años de la vida y que luego se iba trasponiendo a conocimiento explícito. Pero hoy se admite que conocimiento implícito y explícito conviven uno con el otro a lo largo de la vida (Stern, 2004b).

La interacción entre el niño y sus cuidadores ocurre en ese contexto de intersubjetividad. La intersubjetividad está presente desde el nacimiento, a través de las miradas intencionales al rostro de un adulto o las respuestas imitativas a sus gestos. Es como si estuviéramos biológicamente programadas para ella (Stern, 2004a).

La experiencia de conexión íntima intersubjetiva modela a los sujetos participantes en la interacción, pero a su vez esos dos sujetos modelan la propia experiencia intersubjetiva. Dicho de otra forma, *“dos mentes crean la intersubjetividad, pero la intersubjetividad, a su vez, modela las mentes participantes en ella”*. El centro de gravedad se desplaza de lo intrapsíquico a lo intersubjetivo (Stern, 2004a) La intersubjetividad también es diferente a la teoría de la mente (ToM). La ToM defiende que hay una separación entre el self y el otro y que ese espacio se supera al desarrollar una teoría o simulación, más o menos falible, de la mente de los otros. Desde esta perspectiva, la cognición se desarrollaría “desde dentro hacia fuera”, gracias a habilidades cognitivas innatas o adquiridas que se proyectan en los otros con el propósito de explicar y predecir su conducta. Gallagher y Hutto (Gallagher & Hutto, 2008) dudan de que la ToM sea un buen marco para explicar las capacidades intersubjetivas y la de comprensión de las intenciones de los demás y que estas no se pueden reducir a las habilidades mentalistas o de lectura de la mente, descritas por los acercamientos que presumen la existencia de una teoría de la mente.

En la ToM, a diferencia de la intersubjetividad, la mente sigue siendo un dominio autónomo donde las acciones e intenciones son secundarias a estados intencionales privados del sujeto, que dichas acciones revelan (Sinha & Rodríguez, 2008). Desde la cognición social, los dos acercamientos dominantes son: la teoría teorías (TT) y la teoría de la simulación (TS). Ambos caracterizan la cognición social como el proceso de explicar y predecir lo que uno ha hecho o hará. En esencia, la TT afirma que llegamos a comprender las intenciones de los otros porque presuponemos (a través de un proceso de lectura de la mente) , gracias a nuestras capacidades mentalistas, sus creencias, deseos o intenciones, ya que no tenemos acceso directo a ellas. Recurre para ello, a la hipótesis de una teoría de la mente innata o adquirida acerca de la conducta de los otros. Esta ToM se basa en estados mentales como motivadores de la conducta. La Teoría de la Simulación, el otro acercamiento do-

minante a la cognición social, no considera que sea necesario recurrir a la hipótesis de la ToM y afirma que esa capacidad de comprensión de los otros se basa en que utilizamos nuestra propia mente para simular los estados mentales de los otros. Además de otras objeciones, los autores que rechazan estas teorías alegan que la capacidad de entender a los otros emerge mucho antes que lo que estas teorías afirman.

A diferencia de estas posiciones, los proponentes de la intersubjetividad parten de una comprensión del ser humano que no se conecta con los otros, sino que está conectado por naturaleza y experiencia con los otros. Este ser humano está dotado con experiencias y capacidades mentalistas similares entre sí, que son compartidas no solo a un nivel cognitivo sino a un nivel más básico que es afectivo, perceptivo y conativo (orientado a la acción).

Ese compartir, no es solo un compartir mentalista, sino que se basa en una “interacción corporeizada” (a través de operaciones como la percepción empática y la imitación) y esas capacidades son desde el inicio sociales e interactivas y solo más tarde se entienden en términos privados o representacionales (L. Zlatev et al., 2008).

Stern ha propuesto la sintonía afectiva como una forma de imitación selectiva y transmodal, como el camino para compartir estados de sentimientos internos, en contraste con la imitación como una forma de compartir conducta.

Nuestros sentimientos y pensamientos están modelados por los sentimientos y pensamientos de los otros. *“Yo se/siento que tu sabes/sientes, que yo se/siento. . . La intersubjetividad plena requiere no solo de la primera parte de la frase Yo sé que tú sabes, sino de la recursividad”* (Stern, 1985, 2004a, 2004b). Cada uno de los participantes en la interacción está de alguna forma también capturado por el ritmo propio del otro.

Otros autores, predecesores de los ya citados, esbozaron también la idea de la intersubjetividad. Husserl el fundador de la fenomenología, es también considerado como precursor de la intersubjetividad al describir las estructuras comunes de la experiencia que preconditionan un mundo de vida común (Zahavi, Kircher, & David, 2003). Autores posteriores como Merleau-Ponty, Scheler, y Shultz desarrollaron el tema de la intersubjetividad compartiendo como tema común que la forma básica de entender a los otros no es inferencial sino directa (Gallagher & Hutto, 2008). No es que deduzcamos del movimiento de una persona su acción, sino que directamente entendemos su acción. Vigotsky afirmó que las funciones superiores del desarrollo del niño aparecían dos veces, primero en el nivel social, entre las

personas y después dentro del niño, intrapsicológicas. Lo mismo que Wittgenstein, consideró el lenguaje como la herramienta semiótica mediadora por excelencia (Rodríguez & Moro, 2008).

La idea de la intersubjetividad ha bebido del trabajo de Trevarthen (Trevarthen, 1979) y su descripción de la intersubjetividad primaria (entre dos) y secundaria (triádica) durante el primer año de vida y de las ideas de Daniel Stern y el mundo interpersonal del infante (Stern, 1985)

2. La subjetividad y la narrativa surgen desde la intersubjetividad

La observación del desarrollo de niños pequeños nos enseña que estos son capaces de comprender las intenciones de los otros, muy pronto y que lo hacen a través de un lenguaje de gestos, mímica y movimientos corporales.

Ya desde el nacimiento se observan conductas intersubjetivas en niños presimbólicos y preverbales. Las imitaciones tempranas son formas primarias de intersubjetividad

A los 2-3 meses: el niño puede sonreír como respuesta, mirar a los ojos de los padres y canturrear. A los 9 meses empieza a sentir que tiene una vida interior subjetiva propia y también la tienen los otros. Muestra interés por los estados mentales que hay detrás de los actos. Se hace posible un compartir de la experiencia subjetiva más elaborado.

Stern cuestiona los modelos que se basan en la idea de que el niño o niña sale de una etapa de desarrollo para entrar en otra definida por otra tarea. Los cambios evolutivos se atribuyen a la adquisición de nuevos sentidos del sí mismo (que se unen a los anteriores) Al surgir nuevas conductas y capacidades, se reorganizan para formar perspectivas subjetivas organizadoras del sí mismo y el otro. El resultado es la emergencia, en saltos cuánticos, de diferentes sentidos del sí mismo (Stern, 1985).

- **Sí mismo emergente:** desde el nacimiento (0-2 meses). Emerge un sentido del mundo que incluye un sentido del sí mismo. El bebé está en la tarea de relacionar experiencias diversas. Parte de ellas están marcadas de un modo innato y parte son rápidamente aprendidas. Determina el dominio del relacionamiento emergente. El bebé está preconstituido:
 - o para darse cuenta de los procesos de autoorganización (nunca hay indiferenciación sí mismo/otro) y

- o para responder a los acontecimientos sociales externos (No hay fase autista)
- **Sí mismo nuclear** (2-6 meses), como unidad separada, cohesiva, ligada, física, con sentido de su propia agencia, afectividad y continuidad en el tiempo (No hay fase de tipo simbiótico; las experiencias de unión se producen sólo cuando existe un sentido de sí mismo nuclear y del otro nuclear) La experiencia opera en el dominio del relacionamiento nuclear
- Sentido del **sí mismo subjetivo** (7-9 meses). El niño sitúa su mente frente a otra, ambas con sus estados mentales subjetivos. Se corresponde con una nueva forma de relación en que las mentes conectadas tienen esta característica. Como el anterior sentido del sí mismo ocurre fuera de la conciencia y no puede traducirse verbalmente. Descansa en varias aptitudes que se pueden traducir como: 1) capacidad para compartir un foco de atención, 2) capacidad para atribuir intenciones y motivos y 3) capacidad para atribuir a otros estados afectivos y sentir si son congruentes con el de uno
- El período entre los 9 y los 18 meses es un período consagrado a la búsqueda y creación de la unión intersubjetiva con el otro. Esto incluye el aprendizaje de que la propia vida subjetiva (los contenidos de la propia mente y las cualidades de los propios sentimientos) pueden compartirse con otro. Aparecen nuevas formas de estar con otro.
- En este período aparecen:
 - o **Sí mismo subjetivo** (7-15 meses)
 - o **Sí mismo verbal** (después) (15-18 meses). Descansa en las aptitudes de: 1) objetivar el sí mismo, 2) autorreflexión y 3) comprender y producir lenguaje

Todo esto no sólo son fases sucesivas, sino también dominios simultáneos de la experiencia del sí mismo.

Las investigaciones señalan que los bebés durante las etapas preverbales son especialmente sensibles a la conducta de otros humanos. A los 12 meses se ve la "referencia social", de modo que en situaciones de incertidumbre o ambivalencia el estado afectivo que otros muestran influye directamente en el del niño. A los 18 meses con la adquisición del lenguaje, se añaden nuevas formas de intersubjetividad.

A los 5 años, según la psicología cognitiva, adquiere una teoría de la mente general y ha desarrollado mayor capacidad para representar los estados mentales de

los otros. Los proponentes de la intersubjetividad lo entienden como un proceso de interacción corporeizada, no como un proceso cognitivo. Stern no cree que haya intersubjetividad sin una base de resonancia emocional o simpatía (Stern, 1985).

La subjetividad es construida en y a través del lenguaje, cuando en la interacción es posible distinguir un Yo y un Tu. El lenguaje aporta el apoyo simbólico para adoptar diferentes perspectivas subjetivas, un “Yo” y un “MI para TI” y está precedido por las actividades de intercambio de objetos en los niños preverbales (Sinha & Rodríguez, 2008).

Gallagherand y Hutto (Gallagherand & Hutto, 2008) afirman que una intersubjetividad primaria aparece mucho antes de los cuatro años, y se refleja en prácticas corporeizadas, emocionales, sensorio-motoras perceptivas y no conceptuales, que son nuestro primer acceso a la comprensión de los otros.

Gallagherand y Hutto describen tres procesos desde la intersubjetividad, para llegar a adquirir la capacidad de comprensión de los otros, que suele establecerse entorno a los cinco años. Este grupo ha descrito estos procesos como : procesos perceptivos intersubjetivos, comprensión pragmáticamente contextualizada y la competencia narrativa (Gallagherand & Hutto, 2008).

No se necesitaría recurrir a una teoría sobre los deseos o intenciones detrás de un movimiento corporal de otra persona, esa comprensión sería inmediata a través de sistemas de resonancia (neuronas espejo y representaciones compartidas). Un sentido de la percepción primario del otro está ya presente desde el nacimiento, como se señalaba también en la sección anterior de este texto.

Los recién nacidos son capaces de distinguir entre los humanos, y reconocer sus caras y objetos inanimados. Un vínculo intermodal entre la sensación propioceptiva del propio cuerpo y la cara de la persona que mira parece que existe desde el nacimiento, como una “intencionalidad corporal ” común entre el que percibe y el que es percibido. Esas capacidades tempranas para la intersubjetividad constituyen un modo de interacción inmediato y no mentalizador, es una capacidad perceptiva y no cognitiva, que no implica inferencias acerca de creencias o estados mentales.

La intersubjetividad primaria también incluye la coordinación afectiva que se pone en evidencia por ejemplo cuando los bebés vocalizan y hacen gestos que parecen acompasados en sintonía con los de su cuidador. De nuevo, se puede explicar como experiencia perceptiva de una conducta corporeizada.

Esta forma de comprender basada en la percepción no implica una lectura de la mente, porque al ver los movimientos y expresiones de la otra persona uno ya “ve” su sentido, no lo infiere.

En esta intersubjetividad primaria una intencionalidad corporal común es compartida entre el que percibe y el percibido. Antes de que podamos simular o teorizar, explicar o predecir, ya podemos comprender las intenciones de los otros a través de la percepción de su expresión, postura, gestos, movimientos.

Cuando los niños pequeños empiezan a ligar las acciones con sus contextos pragmáticos, entonces es cuando entran en lo que Trevarthen (Trevarthen, 2008) llama intersubjetividad secundaria. Cuando el niño tiene en torno a un año, van más allá de la intersubjetividad primaria y entra en “contextos de acción compartida”, aprenden el significado de las cosas y para que sirven, la utilidad que tengan, entienden que la otra persona puede querer comida o que está intentando abrir una puerta. Para ello, más que tomar una actitud intencional, la intencionalidad es percibida en la acción corporeizada del otro y empiezan a comprender que esa acción también depende de un contexto y está mediada por el mundo circundante. No hay por tanto una única forma de relación si no que esta dependerá del contexto.

Desde el principio existimos en referencia a los otros. Interpretamos las acciones de los otros en términos de intenciones o metas en función de un contexto en el que se desarrollan y no en abstracto en función de su ejecución muscular o sus creencias. El contexto nunca es percibido como neutral o carente de significado.

Alrededor de los dos años, el desarrollo del lenguaje depende en parte de esta intersubjetividad primaria y secundaria pero también actúa llevando más allá esta intersubjetividad y desarrollándola a un nivel mucho más sofisticado.

La capacidad para entender las razones de los otros, requiere de la contextualización en términos de normas culturales y de conocimiento de los valores de una persona. Las razones para actuar pueden ser mejor entendidas como elementos de una historia de vida. No necesitamos justificar continuamente, por que actuamos de una forma determinada, y eso es así porque compartimos reglas y roles en un mundo común, acerca de cómo se debe de actuar en una determinada situación y también sobre lo que esperamos de la actuación del otro.

En este contexto construimos el sentido de nuestras acciones y lo hacemos a través de la construcción de la narrativa dentro de esa diversidad cultural. El progresivo desarrollo de competencias narrativas puede dar cuenta de los matices para entender o, al contrario, para hacer una mala interpretación de la conducta o la intención de otro.

Es a través del contarse historias con otro, como el niño desarrolla sus competencias narrativas. El niño expuesto constantemente a historias, y adecuadamente apoyado por otros cuidadores, va desarrollando esas competencias narrativas. Por

ejemplo, cuando compartiendo la lectura de cuentos, la niña va comprendiendo las acciones de los diferentes personajes y desarrollando el concepto de deseo, creencia, y conocimiento y discutiendo lo que los actores o personajes sienten, quieren o saben. De esta forma el niño va adquiriendo un conocimiento implícito acerca de cómo dar sentido a las acciones de los otros. La investigación empírica encuentra que existe una importante relación entre la capacidad narrativa y la capacidad de comprender a los otros.

Para Lamarque (Lamarque, 2004), para que algo sea una narrativa “al menos dos eventos deben de ser descritos y estar mas o menos sueltos o desvinculados aunque no exista una aparente relación lógica entre ellos”. En la narrativa es crucial la dimensión temporal.

Existen diferentes tipos de narrativas. Las narrativas folk o culturales son ejemplo de narrativas que dan cuenta de las razones para actuar aunque solo recurrimos a ellas cuando la actuación de los personajes no se sujeta, o claramente transgrede las normas culturales. Nos dirigimos a esas narrativas folk cuando las expectativas culturales son violadas, si no, no es necesario que entren en juego.

Durante el desarrollo del niño, una educación narrativa apoyada por los cuidadores, le va enseñando lo que se espera de el o lo que puede esperar de los otros, no solo en materia de acciones sino también de pensamientos o sentimientos. Implicarse en la construcción narrativa no es un proceso pasivo y va a requerir de capacidades como la identificación imaginativa y la resonancia emocional que ya encontramos en la intersubjetividad primaria. La comprensión narrativa del otro no requiere del entendimiento de cada discreto estado mental, no precisa que se entienda todo para tener una comprensión de los que está sucediendo y eso tiene que ver con que la narrativa no es algo que suceda dentro de la cabeza de otro, sino que ocurre en el mundo alrededor, en el mundo compartido.

La vida real tal y como se experimenta es producto del relato y no a la inversa.

A través de la interacción con los otros se hace posible el intercambio de símbolos y la conciencia de orden superior, la conciencia de la conciencia. Ello nos permite crear narraciones, ficciones, historias (Edelman & Tononi, 2000).

Ricoeur (Ricoeur, 1991)(22) propone una concepción narrativa de la identidad personal donde el sujeto pueda ser el narrador o el protagonista, pero es más difícil poder afirmar rotundamente que también es el autor (Miró, 2005) como lo expresa en la frase citada anteriormente “de su vida, cada cual puede ser, como mucho, coautor”.

A través de la intersubjetividad compartida y la construcción narrativa, el mundo y la identidad del sujeto pueden ser, simultáneamente, explorados, renovados y

consolidados. En este proceso el investimento emocional es tan importante como lo es la estructura cognitiva (Sinha & Rodríguez, 2008).

La ilusión del YO

Cuando se habla del YO hay, al menos, dos aspectos que el pensamiento occidental ha dado por mucho tiempo por sentado. El primero es que eso a lo que llamamos “yo” puede ser considerado como un algo y puede observarse y estudiarse como cualquier otro objeto de la naturaleza. El segundo es que se trata de algo que, de algún modo, hunde sus raíces en lo más interno del ser humano (Berrios, Markova, Kircher, & David, 2003). Esta visión ha sido reiteradamente cuestionada en la clínica y por los hallazgos neurocientíficos que se han producido como respuestas a las preguntas que desde la clínica se planteaban (A. Damasio, 1994, 2003; Schore, 1994; Siegel, 1999).

Las llamadas teorías del ego defienden que la convicción subjetiva que posee cada individuo de ser un yo simple, idéntico y continuo en el tiempo, tiene una correspondencia absoluta con la realidad: el yo sería, desde esta orientación, un elemento más de la ontología propia de este mundo natural en el que vivimos. A estas teorías se contraponen las teorías del haz que consideran esta convicción sobre el yo como una ilusión, un error profundamente arraigado en base a siglos de tradición metafísica de carácter dualista (Sánchez, 2014).

Daniel Dennett se posiciona entre estos segundos al afirmar en su tesis inicial, que gran parte de las afirmaciones sobre nuestra propia experiencia consciente que consideramos evidentes por sí mismas, no son más que equívocos, producto de falsos prejuicios (Dennett, 1993). Para este autor, el yo es una centro de gravedad narrativa, una ficción teórica resultante de la interpretación del discurso registrado, no su condición de posibilidad. Tanto el yo, como la conciencia y el lenguaje, serían para Dennett el resultado de procesos evolutivos en la esfera de la cultura.

A través de la expresión “si mismo”, entendemos “un patrón constante de la percatación”, una forma de organización: “Es la experiencia organizadora de todo lo que más adelante será designado verbalmente como el <si mismo>” (Zahavi et al., 2003).

Uno no tiene un self igual que tiene un corazón o un hígado, uno no es un self de la misma forma que es un organismo vivo. El si mismo es un proceso en construcción, es algo que evoluciona no es fijo ni inmutable. Es el producto de concebir y organizar una vida de una determinada forma (Zahavi et al., 2003).

Y en ese sentido, es construido en y a través de la narración. Quienes somos nosotros depende de la historia que nos contamos sobre nosotros mismos. Y estas historias pueden ser más o menos coherentes y sostener nuestra identidad o entrar en conflicto y cuestionarla abiertamente.

Nos percibimos como seres autónomos y separados del mundo, con un YO que nos pertenece y que es el agente de nuestras acciones. Esta percepción es tomada por cierta, con total seguridad porque mi experiencia la siento como mía, porque es dada desde dentro.

Me siento como agente de mis actos, de mis pensamientos, de mis emociones, salvo en los casos que contradicen esta común experiencia y a los que describimos como trastornos mentales o neurológicos. En nuestra cultura hemos separado la mente del cuerpo, la propia mente de otras mentes, y del mundo circundante.

Pero ni siquiera esta forma de experimentar, que hoy damos por cierta con aplastante seguridad, que parece que no requiera de ninguna justificación, ni siquiera desde el punto de vista histórico parece que haya sido siempre así. En la Antigüedad, la mente no estaba confinada o prisionera en la cabeza o en el corazón de una persona. La mente circulaba más libremente, recibiendo inputs constantes desde la naturaleza o los dioses. No pertenecía a nadie, como propiedad secreta o privada (Stern, 2004a).

Y si revisamos la evolución filogenética de la conciencia, empezando desde los seres biológicamente más simples, desde sus bases más elementales, podríamos especular que esa conciencia se origina en la necesidad evolutiva de registrar diferentes estados corporales. Una ameba, por ejemplo, reacciona ante el ambiente fagocitando un microbio que ha detectado. Podemos decir que, en parte, la ameba es consciente de la presencia de una amenaza y reacciona adaptativamente ante ella. No diríamos que eso es una conciencia tal y como la entendemos en los seres humanos, pero si podríamos estar de acuerdo en que son bases rudimentarias de esta. Con el tiempo se van produciendo reacciones sucesivas del cuerpo de la ameba ante registros de diferentes estados ambientales que incluyen tanto una fuente de peligro como una fuente de placer o de satisfacción de necesidades como una comida. Esa continuidad de referencias a diferentes estados corporales crean también, una experiencia de estabilidad y de continuidad de la existencia.

A medida que progresamos en la escala evolutiva algunos animales, por ejemplo los perros parecen inferir los estados internos de sus amos. También algunos primates parecen inferir la conducta intencional de otro. Es decir, además de las representaciones de los estados del cuerpo, van surgiendo representaciones de los

estados de la mente, empezando con las experiencias más elementales de evitar el dolor y según vamos ascendiendo en la escala evolutiva, otras experiencias más elaboradas. Van apareciendo estados emocionales relacionados con experiencias sociales, como la empatía y la representación de los estados mentales de los otros (Hanson, 2009) (Hanson & Mendius, 2011). (Hanson 2007)

La capacidad para representar estados de la mente le da a un organismo ventajas evolutivas ya que amplía su repertorio de actividades adaptativas. La forma más desnuda más simple de conciencia, la conciencia nuclear o central para Damasio (A. R. Damasio, 1999) es la de tomar conciencia del ambiente y de los estados internos. Esta forma de conciencia reposa en estructuras cerebrales como la ínsula, el tálamo y algunas estructuras del tallo cerebral.

Para Damasio, habría diferentes niveles de conciencia pero sería al nivel de tener representaciones de los cambios que se producen en los mecanismos sensores externos o internos, de las perturbaciones del organismo, donde la conciencia nuclear comenzaría. Es decir la forma más primitiva de conciencia implica la representación en curso y continua, del desequilibrio y equilibrio del cuerpo en su relación con el ambiente. La conciencia nuclear o central es simple, está en el presente y tiene poco sentido del self o de la historia personal. Las zonas cerebrales implicadas con la conciencia nuclear son las que también registran la interocepción o los estado internos del organismo.

Presumiblemente ese self elemental según se asciende en la escala evolutiva y en estadios aún muy elementales como es el caso de las hormigas o de las ratas lleva acoplado un sentimiento de territorialidad y de posesión (las ratas se pelean para defender su nido y sus crías, las hormigas rojas atacan a las negras) y con la experiencia de identificación (meterse con mis crías es igual a meterse conmigo, entrar en mi casa sin mi permiso, es igual que atacarme a mi) (Hanson, 2009) (Hanson & Mendius, 2011) (Hanson 2007)

Y en los últimos cuarenta mil años con el advenimiento del lenguaje y las capacidades culturales, se desarrolla en plenitud el self que nosotros conocemos, y que incluye las propiedades del “mi” “mío” “mi mismo”.

El entorno actual del ser humano, no implica solamente alimento y cobijo, individuos con los cuales aparearnos y enemigos de los cuales escapar, sino que, fundamentalmente, como humanos, vivimos en un mundo simbólico hecho de lenguaje. Gracias al lenguaje tenemos un mundo y, más importante aún, tenemos un yo. Previo a la aparición del lenguaje no existían seres en el mundo que se constituyeran como un “yo”, aunque si existían seres que respondían a la necesidad de diferenciar-

se de su medio ambiente, como organismos, para protegerse. No obstante, no hay un yo que construya nuestras narraciones de manera planificada, sino que, por el contrario, son estas narraciones las que construyen un yo (Sánchez, 2014).

En resumen, heredamos una estructura del self basada en estructuras cerebrales diseñadas por la evolución para potenciar la supervivencia en condiciones de vida salvaje extremadamente duras.

En el estado de vida actual tenemos otras oportunidades para manejar o trascender las tendencias de nuestro cerebro y por tanto de nuestra mente.

Nuestro sentido de self autónomo se basa en nuestra experiencia cotidiana de objetividad. De la necesidad de distinguir entre organismo y ambiente, entre un ratón y un ser humano. De la necesidad para la protección evolutiva, de desarrollar límites que protejan nuestros estados internos.

Así se va desarrollando un sentimiento de base segura en el desarrollo psicológico, que, al mismo tiempo que es un límite beneficioso para la supervivencia, genera una barrera y una distinción artificial entre el self y el mundo (Hanson, 2009) (Hanson & Mendius, 2011) (Hanson 2007)

Algunos de estos dualismos son beneficiosos para la salud mental, por ejemplo, percibir a los otros con estados mentales diferentes al de uno mismo, el desarrollo de la empatía, el sentido de la agencia (a través del cual uno actúa en el mundo, se requiere un actor distinto y separado del ambiente para actuar) pero otros no, por ejemplo, cuando uno se posiciona frente al mundo o frente a los otros (“mis razones son más importantes que las tuyas”) o frente a sí mismo (como en el caso de diferentes partes de sí mismo que luchan entre sí).

Le atribuimos a nuestro self el sentimiento de diferencia con respecto a la otra persona, el reconocernos como individuos único. También nos sentimos los propietarios de nuestra historia autobiográfica y de la capacidad para tomar decisiones. La Neurobiología nos enseña que cada una de estas propiedades residen de modo disperso en diferentes circuitos neuronales. No hay un homúnculo en el interior que está al mando de estas acciones. El sentido del self surge de muchos sub-sistemas y de subsistemas de los subsistemas. Es decir que el self estaría compuesto de muchas y diferentes partes, continuamente cambiantes, transitorias y que surgen en la interdependencia entre unas y otras funciones, entre unos y otros circuitos que se activan. Es decir que el sentido del YO surge en dependencia de diferentes partes y condiciones cambiantes. El self es co-dependiente y por tanto sin existencia propia, sin existencia en sí mismo ya que puede ir reduciéndose a cada una de sus partes.

La mayoría de las veces no hay mucha actividad “yoica” o del sí mismo. Es decir hay actividad mental pero no necesariamente activación del Yo o del Mi. Basta que alguien nos hable, se dirija a nosotros o que otro invada nuestro espacio personal, para que se produzca la activación de la Yoicidad.

Algunos autores (Hanson, 2009)(Hanson & Mendius, 2011) (Hanson 2007) afirman que el self no es un nombre sino un verbo y lo expresa con la palabra “selfing” o “simismizar”.

“Simismizar” se ha desarrollado en la evolución cuando fue beneficioso proteger un espacio interior como el del Yo, para la supervivencia de la especie y para conseguir que los genes pasaran a la siguiente generación. Rick Hanson (2007) cita a Jon Wellwood cuando afirma que la mente dualista es un mecanismo de supervivencia lo mismo que las conchas para las ostras o las púas del puercoespín. Por un lado aporta un lugar seguro, pero por otro, te mantiene distante y desconectado.

La “si mismidad” fue protectora sobre todo bajo tres condiciones: conseguir mejores oportunidades (de ahí el apego que sentimos hacia circunstancias placenteras) evitar las situaciones peligrosas (de ahí la aversión o rechazo al dolor y al sufrimiento) y en la interacción con los demás (no olvidemos que hemos evolucionado como uno de los animales más sociales que existen).

El self se activa sobre todo ante acciones que persiguen una meta, cuando deseamos algo (apego) o cuando deseamos evitar algo (aversión). Se activa ante un tono, una valencia emocional de una experiencia, o sea para acercarse a algo placentero o para evitar lo displacentero. Esas condiciones son las que activan el Yo y el Mi, en resumen lo mío.

Los patrones que sostienen la mismidad son reales en el cerebro, existen en la misma medida que existe la emoción o la memoria, en la medida en que existe el aroma de una flor o el placer de una buena película de cine o de una comida. Las representaciones del self en el cerebro se podrían equiparar a las representaciones de un unicornio, la representación mental es real pero el objeto es un mito sin realidad por si misma (Hanson 2007).

Dennett (Dennett, 1993) propone que para explicar la naturaleza del yo, debemos explicar las historias que contamos sobre nosotros mismos, pero el problema es que no hay historias a menos que haya receptores que interpreten las mismas como tales, de otra manera es imposible pasar a la dimensión semántica. Aquí se da la circularidad: recurrir a los relatos para explicar la existencia del yo, pero necesitando de un yo que interprete dichos relatos para que se vuelvan tales (Sánchez, 2014).

La cuestión que consideramos clave, no es que el self no sea real, sino que su naturaleza tanto la neuronal como la fenoménica, es compuesta y co-dependiente y, por tanto vacía de una existencia inherente, volátil e impermanente y que nuestro apego a ese Yo es, probablemente, la principal causa de sufrimiento mental.

Hacia la no dualidad en psicoterapia

La clínica psicoterapéutica es el campo de la recuperación de la intersubjetividad. En psicoterapia el interés se desplaza a cómo siente, actúa o piensa el otro en relación a si mismo o a algún otro o al mundo, de su campo significativo. El terapeuta no busca una verdad única ni universal ni actúa como poseedor de un yo objetivado. En reciprocidad con el otro, estas cualidades se promueven en la experiencia de intersubjetividad con la paciente.

Cualquier consideración del proceso psicoterapéutico debe de tener en cuenta la premisas de que la mente emerge desde los procesos autoorganizativos internos y en interacción con otras mentes.

El deseo por el sentimiento de intersubjetividad lleva con frecuencia a las personas a terapia. Los movimientos relacionales que ocurren durante la terapia, la transferencia y contratransferencia no son más que casos particulares de intersubjetividad.

El proceso psicoterapéutico se puede contemplar como un contexto de regulación intersubjetivo entre terapeuta y paciente (Stern, 2004a). Esta regulación del campo intersubjetivo en terapia, se produce momento presente a momento presente, ocurre sobre todo de forma no verbal, no consciente e implícita. Se refiere a la regulación del estado implícito de las relaciones entre terapeuta y paciente. Incluye gran parte de la alianza terapéutica, el ambiente contenedor, la alianza de trabajo, las relaciones transferencia/contratransferencia y la relación "real". La terapeuta se pregunta continuamente: *¿Qué es lo que está ocurriendo aquí y ahora entre nosotros?* E invita al paciente a hacerse las mismas preguntas.

Durante el proceso psicoterapéutico, terapeuta y paciente trabajando el material verbal que surge en sesión, van dando forma a lo que podríamos llamar una agenda narrativa o agenda explícita. A través de esta conversación especial, se va produciendo una evolución del significado de la narrativa que se construye conjuntamente entre paciente y terapeuta.

Al integrar también prácticas no verbales como *Mindfulness*, y también en las terapias de *gestalt*, corporales, expresivas, de movimiento o en psicodrama, en las que también hay una agenda explícita apreciable, la construcción narrativa se impulsa también desde lo implícito, desde fuentes no verbales. Este material se va integrando simultáneamente en la agenda explícita y facilitando la evolución narrativa. Cualquier cambio al nivel explícito influirá en el implícito y viceversa, de modo que ninguna de las dos agendas son independientes entre sí.

Narrar una experiencia al otro, al terapeuta, supone ser consciente de ella en cuanto que el otro también la refleja y exige abandonar la perspectiva de primera persona para adoptar una perspectiva de segunda persona que incluye al terapeuta. La paciente deja de ser el personaje de la historia para convertirse en la narradora de la misma.

La experiencia terapéutica es una puerta de entrada más a la experiencia de intersubjetividad. Somos conscientes de nuestros estados internos en la medida que descubrimos que otros los tienen. La conciencia reflexiva no ocurre a menos que haya otro presente para ser testigo de nuestro sentir de la experiencia fenoménica, en palabras de Stern, para jugar el papel de homúnculo colocado en el interior de nuestra cabeza. La reentrada se produce a través de tu experiencia de la experiencia de otros de tú experiencia (Stern, 2004a).

Aunque provenientes de tradiciones culturales muy diferentes tanto la terapia Narrativa como *Mindfulness* tienen el propósito de ayudar a las personas a relacionarse de una forma diferente con su realidad.

Cuidando de no caer ni en una idealización ni mucho menos en una descalificación de una u otra, son muchos los autores que han propuesto un diálogo entre ambas (J. Safran, 2006). En esencia un diálogo entre las narrativas occidentales que buscan “curar” a través de la palabra, del gesto o de la relación y las narrativas orientales, basadas en la ancestral tradición budista, que proponen la entrada en una relación diferente de conciencia a través y fundamentalmente de la experiencia de meditación.

Las técnicas de la Terapia Narrativa animan a considerar conjuntamente con el paciente, que “el problema es el problema” como algo externo a la identidad de la persona. No hay nada “mal funcionando” en el interior de la persona. Considerar que el problema, la depresión por ejemplo, forma parte de quien es la persona, de su identidad, le da un estatus de inmodificabilidad y añade, valga la repetición, un problema más al que la persona ya experimenta. El consultante es animado, desde una perspectiva narrativa, a explorar la relación que mantiene con su realidad, en

este caso el problema. Así ocurre por ejemplo en la técnica de externalización de White (White & Epton, 1990).

En la práctica de mindfulness, por otro lado, se anima a aquel que la practica, a considerar sus pensamientos o sus sentimientos como solo eso: “pensamientos” o “sentimientos”. “Tu no eres tus pensamientos”, se dice y se anima a estar con ellos, a observarlos, sin reaccionar, con una conciencia abierta a lo que va surgiendo, a la siempre cambiante experiencia del momento presente. La experiencia que surge, diferente en cada caso es la de “dejar ir” esos pensamientos o sentimientos en la corriente más general de la conciencia.

Desde ambas perspectivas la relación es un encuentro entre dos seres humanos, entre dos iguales. Para la TN se expresa diciendo que es un encuentro entre expertos (terapeuta experto en un tipo de conversación y paciente como experto en sí mismo). En MF no hay diferencia entre paciente e instructor en el sentido que ambos pertenecen al género humano y están sujetos a los mismos riesgos de la existencia. En ambas corrientes el terapeuta está incluido y es participante en el cambio terapéutico

Tanto en MF como en TN el observador y lo observado son uno, ya que es imposible separar la experiencia de observar del resultado de esa observación. El qué se observa depende de quien observa. Para la TN no hay una realidad fuera del ojo de quien la observa.

La cuestión del self y su consideración es un tema central cuando se comparan psicoterapias occidentales con terapias basadas en la tradición budista. Corrientes tan diferentes aparentemente como el psicoanálisis o las ciencias cognitivas, el narrativismo o la psicología budista se han preocupado de una misma pregunta: ¿cómo puede el self ser uno y tantos a la vez? Al mismo tiempo esa pregunta ha servido de guía para los modelos de cambio en psicoterapia.

Mindfulness no es un medio de olvidar el ego, es un método de usar el ego para observar sus propias manifestaciones. El desarrollo de la capacidad de atender momento a momento la naturaleza de la mente, permite que la naturaleza representacional del self sea experimentada sin las distorsiones de la idealización, por tanto capaz de promover un cambio dentro del sistema del ego diferente al considerado por la mayoría de las teorías de la personalidad occidentales. Con mindfulness monitorizamos el presente instante a instante y trabajamos con la conciencia nuclear que describía Damasio (A. R. Damasio, 1999). Antes se señalaba que la conciencia nuclear está anclada en el presente y precisamente, es dirigiendo la atención al presente como podemos volver a interrumpir los circuitos reverberantes que están en la base de nuestro sentido del self.

Mindfulness abre el mundo de los seis sentidos (vista oído olfato tacto gusto y mente) para posibilitar abrir el campo de la conciencia y, así, permitir que se hagan visibles caminos distintos a la reacción habitual de la persona ante una circunstancia estresante o cuestionadora. A través de la práctica de MF la persona puede ir descubriendo que hay múltiples elecciones y que el campo de la acción (o de la no-acción) es mucho más amplio que aquel de nuestras pautas habituales de reacción. Si volvemos a la metáfora del cristal a través del cual se mira, diríamos que llega un momento en que somos capaces de ver el cristal. Antes el cristal era invisible, creíamos que lo que veíamos era directamente la realidad. Ahora nos damos cuenta de que sólo estábamos percibiendo la versión que de ella habíamos construido. Mindfulness nos permite llegar a captar la realidad por una parte y la forma en que nuestra mente la deforma, por otra. Un caso particular de este proceso de descubrimiento lo podemos contemplar en el proceso de conocimiento del propio self (Epstein, 2007).

La terapia Narrativa propone un self múltiple, dinámico, cambiante, más cercano a la experiencia del budismo que del positivismo occidental. En este caso el self es “historiado” o sea construido por las historias sociales y por el lenguaje pero al mismo tiempo es un agente activo de esas historias. De nuevo, desde esta perspectiva se concede gran importancia al lenguaje y la cultura como co-constructores de esa realidad.

A través de la experiencia corporeizada de intersubjetividad y de la construcción narrativa en el presente, aquí y ahora, cara a cara, compartiendo esos estados mentales entre terapeuta y paciente, se facilita el despliegue de posibilidades y el cambio de significados narrativos.

La psicoterapia basada en la no dualidad es una psicoterapia facilitadora del encuentro entre la conciencia personal enraizada en lo psiconeurobiológico y la conciencia intersubjetiva y universal. Mindfulness facilita la entrada en esa experiencia de la no dualidad.

La psicoterapia basada en perspectivas no dualistas suaviza y relaja el sentido del self. El self no es más que la representación mental de lo que decimos y sentimos que es el self. El problema no es que haya un patrón, o una representación para el self en la mente y por tanto en el cerebro, sino que nosotros nos identificamos con ese patrón y crecemos aferrados a este patrón.

Promover la no dualidad en psicoterapia significa:

- Difuminar los límites del self. Integrar el self en el entorno.
- Disminuir el sentido de agencia y territorialidad.

- Promover empatía, compasión y cooperación
- Suavizar la auto-crítica.
- Promover las relaciones de intimidad y conexión, con otros seres humanos y con el entorno.

Es una experiencia común que cuando establecemos relaciones profundas con los otros el sentido del ser se extiende, sin que necesariamente se extienda el sentido del sí mismo.

Aunque cuando las personas acuden a terapia lo hacen con esa necesidad de ser vistas, de ser escuchadas, de ser sentidas en su individualidad, de modo que se hace comprensible la célebre frase de Engler, cuando decía, “*You have to be somebody before you can be nobody*,” (Engler, 2003) (en castellano, “*Tienes que ser alguien antes de que puedas ser nadie*”)

Desde una psicoterapia que promueve la no dualidad, paciente y terapeuta trabajan simultáneamente con dos agendas, la explícita de la conciencia reflexiva (sobre todo en terapias verbales) y la implícita de la introspectiva que no tiene lenguaje ni simbolización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berrios, G., Markova, I. S., Kircher, T., & David, A. (2003). The self and psychiatry: a conceptual history. In *The self in neuroscience and Psychiatry* (pp. 9–38). London: Cambridge University press.
2. Damasio, A. (1994). *Descartes' Error: emotions, reason and the human brain* (Trad cast: *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica, 2004). New York: Grosset/Puttnam.
3. Damasio, A. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, Sorrow, and the Feeling Brain* (trad cast: *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica, 2005). New York: Harvest Books.
4. Damasio, A. R. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness*. New York: Harcourt Brace.
5. Dennett, D. (1993). *Consciousness Explained*. London: Penguin.
6. Edelman, G. M., & Tononi, G. A. (2000). *Universe of consciousness* (Trad cast: *El Universo de la conciencia*. Barcelona, Crítica, 2002). New York: Basic Books.
7. Engler, J. (2003). Being somebody and being nobody: A reexamination of the understanding of self in psychoanalysis and Buddhism. In J. D. Safran (Ed.), *Psychoanalysis and Buddhism: An Unfolding dialogue* (pp. 35–1000). Boston: Wisdom.
8. Epstein, M. (2007). *Psychotherapy without the self: a Buddhist perspective*. New Haven: Yale University Press.

9. Gallagherand, S., & Hutto, D. D. (2008). Understanding others through primary interaction and narrative practice. In L. Zlatev, T. P. Racine, C. Sinha, & E. Itkonen (Eds.), *The Shared Mind Perspectives on intersubjectivity* (pp. 17–38). Amsterdam: John Benjamins Publishing.
10. Gergen, K. J. (2001). *The saturated self (Trad cast: El Yo saturado. Barcelona, Paidós, 1992)* (2nd ed.). New York: Perseus.
11. Gergen, K. J. (2006). *Construir la realidad*. Barcelona: Paidós.
12. Hanson, & Mendius, R. (2011). *El cerebro de Buda: la neurociencia de la felicidad, el amor y la sabiduría*. Santander: Milrazones.
13. Hanson, R. (2009). Mind Changing Brain Changing Mind. *The Dharma and Neuroscience . Insight Journal, Summer*, 9–15.
14. Hanson, R. (2007) *The Neurology of Awareness and Self: Darwinian and Nondual Perspectives, and Tools for Transcendence of the “Self”*
15. Lamarque, P. (2004). On not expecting too much from narrative. *Mind and Language*, 19, 393–408.
16. McNamee, S., & Gergen, K. J. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
17. Miró, M. T. (2005). La reconstrucción terapéutica de la trama narrativa. *Monografías de Psiquiatría*, XVII(3), 8–18.
18. Ricoeur, P. (1991). *El Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI Editores.
19. Rodríguez, C. R. and C. M., & Moro, C. (2008). Coming to agreement: Object use by infants and adults. In L. Zlatev, T. P. Racine, C. Sinha, & E. Itkonen (Eds.), *The Shared Mind Perspectives on intersubjectivity* (pp. 89–114). Amsterdam: John Benjamins Publishing.
20. Safran, J. (2006). Cross-Cultural Dialogue and the resonance of Narrative Strands. In M. Unno (Ed.), *Buddhism and Psychotherapy across cultures* (pp. 53–61). Somerville MA: Wisdom Publications Inc.
21. Sánchez, A. (2014). Daniel Dennett: Un análisis de la relación entre la perspectiva heterofenomenológica y el enfoque memético. *Logos: Revista de Lingüística, Filosofía Y Literatur*, 24(1), 40–50. doi:10.15443/RL2404
22. Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Mahwah, NJ: Hillsdale.
23. Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience (Trad cast: La mente en desarrollo. Bilbao: Desclée, 2007)*. New York: Guilford.
24. Sinha, C., & Rodríguez, C. (2008). Language and the signifying object: From convention to imagination. In L. Zlatev, T. P. Racine, C. Sinha, & E. Itkonen (Eds.), *The Shared Mind Perspectives on intersubjectivity* (pp. 357–378). Amsterdam: John Benjamins Publishing.
25. Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology (Trad cast: El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Paidós: Buenos Aires, 1985)*. New York: Basic Books.
26. Stern, D. (2004a). The intersubjective matrix. In *The present moment in psychotherapy and everyday life* (pp. 75–97). New York: Norton.
27. Stern, D. (2004b). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
28. Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy. A description of prima-

- ry intersubjectivity. In M. Bullowa (Ed.), *Before Speech: The Beginning of Human Communication* (pp. 99–136). London: Cambridge University Press.
29. Trevarthen, C. (2008). Shared minds and the science of fiction: Why theories will differ. In J. Zlatev, T. P. Racine, C. Sinha, & E. Itkonen (Eds.), *The Shared Mind Perspectives on intersubjectivity* (pp. VII–XVIII). Amsterdam: John Benjamins Publishing.
 30. White, M., & Epsom, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends (trad. cast: Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós, 1993)*. New York: Norton.
 31. Winnicott, D. W. (1965). Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites. In *The Maturational processes and the facilitating environment* (pp. 179–193). New York: Int Univ. Press.
 32. Zahavi, D., Kircher, T., & David, A. (2003). Phenomenology of self. In *The self in neuroscience and psychiatry* (p. 76). London: Cambridge University Press.
 33. Zlatev, L., Racine, T. P., Sinha, C., & Itkonen, E. (2008). Intersubjectivity: What makes us human? In L. Zlatev, T. P. Racine, C. Sinha, & E. Itkonen (Eds.), *The Shared Mind Perspectives on intersubjectivity* (pp. 1–16). Amsterdam: John Benjamins Publishing.

6.- Hacia una teoría relacional del sujeto: bases para la terapia sistémica

Rafael Matas

Psicólogo Clínico, Psicoterapeuta y Supervisor Docente en Terapia Familiar Sistémica

RESUMEN

Sin pretender abordar toda el área epistemológica y los orígenes de la Terapia Sistémica, la ponencia se centra en reflexionar sobre el sujeto desde las dimensiones conceptuales y pragmáticas en las que se fundamenta la psicoterapia sistémica.

En este artículo se pretende poner de manifiesto dos cuestiones. Una, aquellos aspectos que están en la base de las posturas constructivistas y construccionistas (nivel epistemológico); y otra, aquellos aspectos que se encuentran en la base de las llamadas psicoterapias sistémicas narrativas (nivel terapéutico).

Para lo primero se propone buscar una postura epistemológica común al constructivismo y al construccionismo social. Se hace resaltar que lo que tienen en común ambas comprensiones es el hecho de que entienden la vida como interpretación de sí misma, es decir, destacan el carácter hermenéutico que la vida intrínsecamente tiene gracias a la co-creación. A este proceso se le llamó constructividad y estaría sustentado en los planteamientos de Maturana y Varela, entre otros.

En relación a la psicoterapia sistémica narrativa, se propone recurrir a entender el proceso que está en la base de la comprensión narrativa. Hablar en términos de historia y de narración permite entender la noción de *contexto*.

El artículo pretende mostrar una línea de reflexión. En ningún caso puede verse como algo acabado, ya que ello es imposible en el marco de un artículo de esta naturaleza.

Palabras clave: Terapia Sistémica, Constructivismo, Socioconstruccionismo, Enfoque Narrativo.

ABSTRACT

Without trying to address all the epistemological area and the origins of Systemic Therapy, the paper focuses on thinking about the subject from the conceptual and pragmatic dimensions in which systemic psychotherapy is based.

This article aims to highlight two issues. One, those aspects that are the basis of constructivist and constructionist positions (epistemological level); and other aspects that are in the base of psychotherapy called narrative systemic (therapeutic level).

For the former it is proposed to seek a common epistemological stance of constructivism and social constructionism. It is emphasized that what they have in common is both understandings that understand life as an interpretation of itself, ie, highlight the hermeneutical character that life is inherently thanks to the co-creation. This process was called constructiveness and would be supported by the ideas of Maturana and Varela, among others.

In relation to the systemic narrative psychotherapy, it is proposed to resort to understand the process that is the basis of narrative understanding. Speaking in terms of story and narrative allows us to understand the notion of context.

The article shows a line of reflection. In no case can be seen as something finished, as this is impossible in the context of an article of this nature.

Keywords: Systemic Therapy, constructivism, social constructionism, Narrative Approach.

En el campo de la salud mental, la versión moderna de la psicoterapia como un asunto técnico no es una cuestión sin consecuencias en la clínica, ya que, como se plantea en la justificación de la ponencia al Congreso, se ha llegado a entender la patología mental basada exclusivamente en la taxonomía, la clasificación y la concepción del enfermar mental al modo de la medicina de órganos.

Este contexto actual, debe conducir a la Terapia Sistémica a incidir en su otra manera de entender el sufrimiento mental, en la forma de entender la psicopatología y la clínica centradas en la persona y a exigirse una ética en la acción ajustada a las circunstancias humanas propias del encuentro terapéutico.

En el curso de la historia de la psicoterapia se han sucedido diferentes formas de comprender al hombre. Indudablemente, el modelo sistémico es un modelo más entre otros.

Al asumir la solicitud de abordar la preocupación central de una reflexión sobre el sujeto, indicar en primer lugar que en el enfoque sistémico partimos de la con-

sideración que el campo de la psicoterapia, en tanto actividad humana, constituye una acción social, política y ética.

Desde la óptica sistémica la subjetividad está desplegada y construida situacionalmente, su proceso de objetivación es temporal y relativo. Desde este enfoque, más bien se puede proponer un interjuego dinámico de simultaneidades intersubjetivas y reflexivas para comprender cómo construimos los mundos posibles en que vivimos. Por lo tanto, surge la pregunta ¿cómo y qué tipo de mundos posibles estamos construyendo en el proceso psicoterapéutico?

En particular, para esta ocasión, se le pregunta a la Terapia Sistémica: ¿cuáles son sus fundamentos sobre el *sujeto* y la *naturaleza humana* y cuál es el papel de este saber en los procesos psicoterapéuticos?

Para abordar este interrogante planteamos que los fundamentos sobre la vida subjetiva son diferentes si nos preguntamos por la verdad científica de los constructos con los que la intervenimos, en vez de preguntamos por el modo como construimos tales fundamentos. Esta segunda perspectiva podemos identificarla como teoría de los procesos emergentes en la psicoterapia. La primera ruta se sustenta en la contrastación de las teorías; la segunda, en la posibilidad constructiva del conocimiento.

Para nuestro caso, nos inclinaremos por mostrar la segunda de estas perspectivas, toda vez que el enfoque sistémico ha sido pionero de sus desarrollos.

Como se sabe, el mayor esfuerzo del enfoque sistémico, desde sus orígenes, fue plantear el carácter interaccional de los fenómenos humanos. En el marco de lo psicopatológico, la gran tarea ha estado en comprender el síntoma como símbolo interaccional, que permite estudiar las pautas que nos conectan y los órdenes significativos de sus historias.

Como señala K. J. Gergen (1996), “encontramos que un individuo aislado nunca puede “significar”; se exige otro que complemente la acción y darle así una función en la relación. Comunicar es, por consiguiente, el privilegio de significar que otros conceden” (p. 320).

Los terapeutas sistémicos narrativos, encabezados por M. White (2002), sostienen que las historias se construyen con la unión de ciertos eventos, vinculados en una secuencia, a través del tiempo y en torno a un tema. Estos eventos están asociados a significados particulares, los cuales construyen nuestra identidad.

Lo clave de estas hipótesis fundacionales y sus posteriores desarrollos está en que permitieron la construcción de una “teoría de la acción terapéutica”. Esta teoría, o mejor aún esta “epistemología”, plantea la implicación del sistema terapéutico

con los sistemas sociales más amplios y complejos. Todas estas posturas concuerdan en reconocer a un sujeto humano construido desde la complejidad biológica, psicológica y sociocultural.

En este orden de ideas, se propone que la psicoterapia, como proceso interactivo, es un *acontecimiento* humano de carácter social constituido por el sistema observador-participante en un proceso que mutuamente nos transforma.

La verdadera realidad de la comunicación humana consiste en que el diálogo no impone la opinión de uno contra la de otro, ni agrega la opinión de uno a la de otro a modo de suma. El diálogo transforma una y otra.

El enfoque sistémico concibe la terapia no como auto-conocimiento, sino como conocimiento de la relación con el otro; aún más, es un conocimiento de la interacción. En este sentido, la visión de un proceso relacional libera al sujeto de la mera representación parcial de la realidad fenoménica y lo sitúa en el plano del hombre social concreto; de igual forma, ubica al terapeuta como otro sistema social también concreto.

Esta visión plantea la indisociabilidad del sujeto observador con las realidades humanas concretas. De ahí la necesidad de incluir al observador en la observación en todos los procesos de la intervención. Es claro, entonces, que el campo de lo *clínico* es redefinido en sus dimensiones contextuales y sus explicaciones estarán dadas por la simultaneidad, convergencia, contradicción y emergencia de los órdenes biológicos, psicológicos y socio-culturales.

Según M. Pakman, "muchos desarrollos filosóficos de los últimos treinta años nos ayudan a pensar los eventos que se dan a partir de elementos de las situaciones vitales que experimentamos, que son puntos de resistencia y se hacen presentes a través de imágenes. Si somos sensibles a ellos, se ofrecen al trabajo de la imaginación para que cuenten y faciliten procesos de transformación que escapan a nuestras identidades y posiciones subjetivas habituales y dominantes. En la imaginación suceden fenómenos singulares que no se limitan al carácter único del individuo sino que son agenciamientos de imágenes. En su textura ellas traen realidades como espectros que nos exceden y a las que nos exponemos y podemos navegar con ellas hasta cierto punto sin llegar a apropiarnos totalmente de las mismas ni estar sometidos a ellas".

Dicho de otra manera, en psicoterapia sistémica, el terapeuta no anda en busca de verdades, sino que trata de escuchar el relato de un paciente o sistema consultante, siguiendo la historia particular que le trae a sesión. Muchas veces se detiene en hechos concretos, no para ver si son o no verdaderos, sino para facilitar procesos de transformación.

En este punto parece interesante considerar el planteamiento de J. Bruner (1998) quien describió dos tipos de pensamiento: el pensamiento narrativo (se está refiriendo a un modo del pensamiento que no debe confundirse con las psicoterapias narrativas) y el pensamiento paradigmático. Dice Bruner: “hay dos modalidades de funcionamiento cognitivo, dos modalidades de pensamiento, y cada una de ellas brinda modos característicos de ordenar la experiencia, de construir la realidad” (p. 23). A una de las modalidades la llama paradigmática o lógico-científica, y a la otra, narrativa. Ambas son complementarias, pero irreductibles una a la otra. Difieren fundamentalmente en sus procesos de verificación y en aquello de lo que intentan convencer. Los argumentos, propios del pensamiento paradigmático, “convencen de su verdad” (p. 23); los relatos, propios del pensamiento narrativo, aluden a “su semejanza con la vida” (p. 23).

La modalidad paradigmática da como resultado teorías sólidas, pruebas lógicas, argumentaciones firmes, y lleva a descubrimientos empíricos guiados por hipótesis razonadas. Trata de trascender lo particular, buscando niveles de abstracción cada vez más altos, rechazando todo aquello en lo que intervengan los sentimientos o las explicaciones particulares.

La modalidad narrativa, propia de la psicoterapia, por el contrario, se centra en las particularidades para poder llegar a entender cómo las personas “se viven la vida” (Zlachevsky, 2003). Produce nuevos relatos, se ocupa de las acciones e intenciones humanas y de las vicisitudes que ocurren en el transcurso de una existencia. Sitúa los acontecimientos y las experiencias en el tiempo y en el espacio. Los relatos no tienen, como el pensamiento paradigmático, el requisito de verificabilidad, sino de verosimilitud en el contexto de una vida particular. Por ello el terapeuta tiene que ser capaz de reconocer la verosimilitud de lo narrado por el paciente, en el contexto de su historia.

Para las llamadas *psicoterapias sistémicas narrativas* el lenguaje no reside en el interior de las personas, sino que entre ellas, en tanto las palabras sólo adquieren sentido y significado en el contexto de una relación particular. Nunca significan algo en sí.

Al respecto, escribe Ortega y Gasset (1964), “las palabras no son palabras sino cuando son dichas por alguien a alguien. Sólo así, funcionando como concreta acción, como acción viviente de un ser humano sobre otro ser humano, tienen realidad verbal. y como los hombres entre quienes las palabras se cruzan son vidas humanas y toda vida se halla en todo instante en una determinada circunstancia o situación, es evidente que la realidad ‘palabra’ es inseparable de quien la dice, de a quién va dicha y de la situación en que esto acontece” (p. 237).

Para M. Buber (2006), “el lenguaje no está en el hombre, sino que es el hombre que está en el lenguaje y habla desde él, así ocurre con toda palabra” (p. 41).

Cada idea, cada concepto sólo se concreta en el intercambio interpersonal o social con otros, en y desde el lenguaje. Los significados con los que las personas afrontan el mundo nacen siempre en y desde un contexto relacional particular. No sólo se habla con palabras, sino con la manera de vestir, de pararse, de expresar, de mirar; todo eso también forma parte del lenguaje y, por tanto, de la narración. Cada una de esas formas de expresión es parte del decir. Para la Terapia Sistémica, es importante no restringir la idea de discurso del sujeto sólo al discurso hablado.

Un término que lleva a equívoco en el modelo sistémico, es el concepto de constructivismo, construccionismo o constructividad. De hecho, como se ha señalado anteriormente, la idea de constructividad, entendida como la postura que lleva al observador a hacerse cargo de sus operaciones de distinción, se ha vuelto muy popular en el ámbito de los terapeutas sistémicos. Pero esto, que podría aparecer como algo puramente positivo para quienes nos adscribimos a esta manera de entender, lleva en sí un riesgo de confusión, ya que hay muchas y muy diversas posturas constructivistas (el construccionismo social, el constructivismo filosófico, el constructivismo de la escuela de Palo Alto, el constructivismo de las terapias sistémicas de otras escuelas, el constructivismo en la biología del conocimiento, el construccionismo sociológico, el constructivismo evolutivo...). Pero si se trata de describir el proceso de conocimiento que está a la base de ellas, se podría resaltar que lo que tienen en común es el hecho de que entienden la vida como interpretación de sí misma, es decir, resaltan el carácter hermenéutico que la vida tiene, reconociendo que toda interpretación refiere a quien interpreta.

H. Maturana (1997) – reflexionando sobre cómo es que, como observadores, podemos llegar a conocer nuestro entorno y a los otros – plantea que lo que hacemos los seres humanos, como observadores, es tener la experiencia de encontrarnos “observando, conversando o actuando, y que cualquier explicación o descripción de lo que hacemos es secundaria a nuestra experiencia de encontrarnos nosotros mismos en el hacer de lo que hacemos” (p. 17). El terapeuta, inmerso en el proceso terapéutico, actúa haciendo terapia; no reflexiona en su hacer sino sólo cuando, a posteriori, se detiene a pensar en lo que hizo; es entonces cuando busca una explicación que dé cuenta de su hacer; pero esta explicación es otra experiencia, la experiencia de reflexionar a posteriori sobre aquello que hizo. Sostiene Maturana que “usualmente no nos damos cuenta de esto porque colapsamos la experiencia con la explicación de la experiencia, quedándonos sólo con la explicación

de la experiencia” (pp. 17-18). Como si la explicación y lo ocurrido fueran lo mismo. Habría que tener presente dos cuestiones; en primer lugar, el hecho de que todas las explicaciones son una segunda experiencia, la de explicar algo sobre una experiencia primera; en segundo término, el hecho de que la explicación nunca es un reflejo absolutamente fiel de la primera experiencia vivida, aquella que se quiere explicar.

El paciente llega a terapia con un relato. El terapeuta escucha ese relato, que es expresado en palabras (*dichas y no dichas*). El objetivo del terapeuta es entender la forma particular de significar lo que el paciente le cuenta sobre los acontecimientos vividos (sobre lo *vivido* y lo *no vivido*). Como escribe Maturana (1997): “cualquier explicación o descripción de cómo ocurre la praxis del vivir en el lenguaje es operacionalmente secundaria a la praxis del vivir en el lenguaje, aun cuando la explicación y la descripción también ocurren en ella” (p. 18). Los relatos del paciente, la forma de narrar los acontecimientos, no son sino una forma de hacer inteligible para el terapeuta la experiencia vivida, no necesariamente lo que realmente le ocurrió. En la danza de hablar (paciente) y preguntar o aseverar (terapeuta) se va creando la *realidad*, que emerge en ese contexto co-construido. Esta realidad, que surge contextualizada, nunca es fija, sino que va cambiando con la conversación, siendo reformulada de determinada manera en virtud del contexto en el que las preguntas emergen, de las circunstancias de la interacción terapéutica y de las características y expectativas de ambos protagonistas del proceso: paciente y terapeuta.

El paciente llega a un contexto terapéutico específico en que acepta que él es el paciente y el terapeuta alguien que lo puede ayudar. Es en ese contexto donde adquiere sentido la conversación; es ahí, con ese terapeuta, donde el relato cobra su particular sentido. Un mismo paciente con un terapeuta diferente va a relatar su historia de otra manera.

F. Varela (2000) sostiene que cada vez que un sujeto distingue un fenómeno, lo distingue estando inserto en un contexto determinado; según sus palabras, “el mundo ahí afuera y lo que hago para estar en ese mundo son inseparables. El proceso los vuelve totalmente interdependientes” (p. 242). Dice Varela (2006), “los fenomenólogos se han exployado explicitando por qué el conocimiento se relaciona con el hecho de estar en un mundo que resulta inseparable de nuestro cuerpo, nuestro lenguaje y nuestra historia social” (p. 95).

Siguiendo este argumento, es posible decir que el cerebro no es un mero recipiente donde se depositan informaciones, sino una entidad que construye la experiencia y el conocimiento, los ordena y le va dando forma dependiendo de

su propio determinismo estructural. Leámoslo en palabras de Maturana (1997): “la realidad surge como una proposición explicativa de nuestra experiencia de las coherencias operacionales en nuestra vida diaria y técnica, como las vivimos en nuestra vida técnica y diaria” (p. 40).

Varela (2000) agrega que no hay un mundo que descubrir, sino que el fenómeno que se percibe surge como fruto de la actividad humana. Señala que “la cognición está enactivamente encarnada. Enactiva es una etiqueta que utilizo aquí en un sentido literal, ya que la cognición es algo que producimos por el acto de manipular, por medio de una manipulación activa: es el principio fundacional de lo que es la mente” (p. 242).

Esta afirmación implica una profunda co-implicación, una co-determinación entre lo que pareciera estar fuera y lo que pareciera estar dentro. El mundo externo y lo que hace el hombre para estar en ese mundo son inseparables. La mente no es la representación de un determinado estado de cosas; la mente es la producción constante de esta realidad coherente que constituye su mundo. La mente, para Varela (2000), “ni existe ni no existe” (p. 243). La mente emerge.

La idea de que la mente emerge se une a la convicción de que no puede haber nada que se asemeje a una mente o a una capacidad mental sin que esté totalmente encarnada en el mundo. Siempre aparece ligada a un cuerpo que es activo, que se mueve y que produce ese movimiento corporal. Desde ahí el sujeto logra conocer el mundo, interactuando en él; por ello, el concepto de encarnado.

Ambos conceptos, el de encarnación y el de emergencia, junto con el hecho de que hay un acoplamiento estructural continuo entre los entes con los que se interactúa, es lo que constituye el aspecto central que da origen a lo que Varela (2000) llama *mente*. La mente no es la representación de un determinado estado de cosas; la mente es la producción constante, la percepción de la realidad para quien está observando. El sujeto conoce porque tiene un cuerpo en el que está incluido el cerebro, y que a medida que va actuando en el mundo va construyendo ese mundo.

Desde esta perspectiva, el mundo que se construye no es la representación del mundo en la mente, como lo planteaba Descartes, sino que es una construcción que desde el punto de vista epistemológico lleva a entender el proceso de la constructividad. Para el terapeuta sistémico que epistemológicamente incorpora los principios del *constructivismo*, no hay un criterio más verdadero o preciso sobre lo que le ocurre al paciente; todos son interpretaciones. Las formas de significar los acontecimientos son construcciones que forman parte de la cultura de la que

terapeuta y paciente forman parte. Una terapia, dice Gergen (2005), “si es eficaz, puede y normalmente requiere hacer uso de múltiples formas de discurso, incluidas las de la cultura en su conjunto” (p. 92). El terapeuta tiene que tener conciencia de construcción, dice Gergen. Tiene que estar alerta al hecho de que está constantemente co-construyendo con el paciente.

En el decir del terapeuta, en el actuar o interpretar, sus emociones no están ausentes. Éstas son un signo de alerta para el discurrir de la sesión que el terapeuta no puede dejar de tener en cuenta, estando atento a sus propias emociones e interpretaciones. El terapeuta no puede pretender con su interrogatorio “explorar qué sucede (. . .), sino generar informaciones que pueden llevar a una diferencia en los juicios y comprensiones” (Gergen, 2005, p. 94), de tal manera que el paciente pueda “ver” de otra manera. Afirma Gergen que “el mayor valor de la toma de conciencia de la construcción es que invita a limitar la realidad admitida o esencializada en los momentos en que esta resulta dolorosa o problemática” (p. 95). Quien decide lo que le es doloroso es el sistema consultante, nunca el terapeuta.

El paso que va desde *la mente en el interior de la persona* hacia el *discurso que ocurre entre las personas* ha abierto la puerta a muchas propuestas creativas en psicoterapia sistémica. Vale la pena mencionar, como sostiene Gergen, “el interés de las ciencias sociales por la narrativa, que consiste esencialmente en construir el self y el mundo a través de relatos” (Gergen & Warhuus, p. 17): metáforas, ritos, cartas, testimonios, entre otras.

P. Bertrando (Bertrando & Tofanetti, 2004) afirma que la definición de terapia centrada en las narrativas empieza a extenderse a otros tipos de terapia, y se comienza a “sustituir, el nombre de «terapia sistémica»” (p. 284). Ello no resulta difícil de entender en tanto, para poder contar nuestra vida, dándole sentido al relato, inevitablemente se requiere un razonar sistémico, se requiere poder mostrar las relaciones entre los personajes que forman parte de la historia a contar.

Dice G. Bateson (1990): “sea cual fuere el significado de la palabra historia [. . .], el pensar en términos de historia no aísla a los seres humanos del resto de los entes” (p. 12). Hablar en términos de historia y de narración, permite entender, afirma el antropólogo, “la noción de contexto, de pauta a lo largo del tiempo” (p. 13).

Para M. Pakman (2011) “los procedimientos han reemplazado progresivamente a las teorías y los modelos, ya que la uniformación de procedimientos no es un mero trámite sin consecuencias en la clínica.

Las consignas clave de la micropolítica son: hay que hacer lo que funciona, un realismo que nos vuelve funcionarios de una psicoterapia tecnocrática.

No hay micropolítica, por hegemónica que sea, que determine totalmente el escenario de la terapia. Educando la sensibilidad para no ser ciegos a esos elementos indeterminados hay un camino de regreso a la singularidad de la experiencia. Pero no basta afirmar en abstracto un retorno a la singularidad, la ocasión singular de esa singularidad abstracta es lo que debemos recuperar, educando la sensibilidad poética. No se trata de hacer poesía en la terapia sino de encontrar lo que escapa al patrón, incluido el patrón de nuestros propios modelos. Esto no es un hecho extraordinario sino una posibilidad absolutamente ordinaria. Pero nos hemos entrenado en ser ciegos a la misma o en desestimarla, por sometimiento, en libertad vigilada por nosotros mismos y el mundo de procedimientos en el cual nos desempeñamos, en nombre de la cientificidad de nuestra disciplina y de una razón radical anclada a abstracciones.

Una palabra, un gesto, el vislumbrar de un sentimiento, una imagen furtiva, los jirones de un recuerdo, la vacilación de una voz, una pausa desmedida, se vuelven lugares donde un evento poético puede emerger, cuando somos sensibles a su presencia marginal.

Es justamente esa dimensión del habla la que le presta, a fuerza de palabras que permanecen como testimonio del evento poético y, como un espacio virtual, permiten retornar a ellas y reactivar el sentido singular del momento en que surgen. “Según Pakman, esa dimensión artística de la terapia no reniega de la ciencia sino que la pone al servicio de la singularidad de la experiencia. Esa singularidad abre un camino de superación de ese sujeto teórico anónimo que parece presidir la experiencia y ser el núcleo abstracto de nuestra experiencia.

Más que anticipar lo que sucederá como si fuera ajeno a lo que hacemos con la psicoterapia quienes la practicamos, tenemos que participar en el destino de la misma. Ese destino está indefinido. A pesar de las poderosas fuerzas micropolíticas que parecen haber instalado formas tecnológicas de la terapia, la dimensión artística de la misma, no como un aspecto inefable, sino como una experiencia vivida, está allí siempre y cuando la encarnemos en nuestra práctica. Así podemos recuperar un protagonismo en la dirección que la terapia tomará sin ser meros vehículos de una micropolítica que todo lo transforma en objetos.

El sujeto siente y se comporta de diferente manera en distintas situaciones y con diferentes otros, de tal manera que las redes de significado compartido están limitadas a los actores que participan en dichas redes y a la propuesta social que determina qué es posible esperar en esas situaciones en las que participamos. En esos dominios de existencia el sujeto es reconocido de determinada manera por

los otros. Por tanto, el terapeuta debe ser capaz de interpretar desde qué dominio de existencia el paciente le está hablando de que algo lo incomoda, y quiénes son los personajes que forman parte de ese dominio explicativo; y no debe olvidar que está en el dominio de existencia del «proceso terapéutico». El terapeuta no sólo debe saber en qué dominio de existencia está inserto el relato de lo que el paciente le cuenta, sino que debe lograr ver qué le pasa a él en ese dominio existencial.

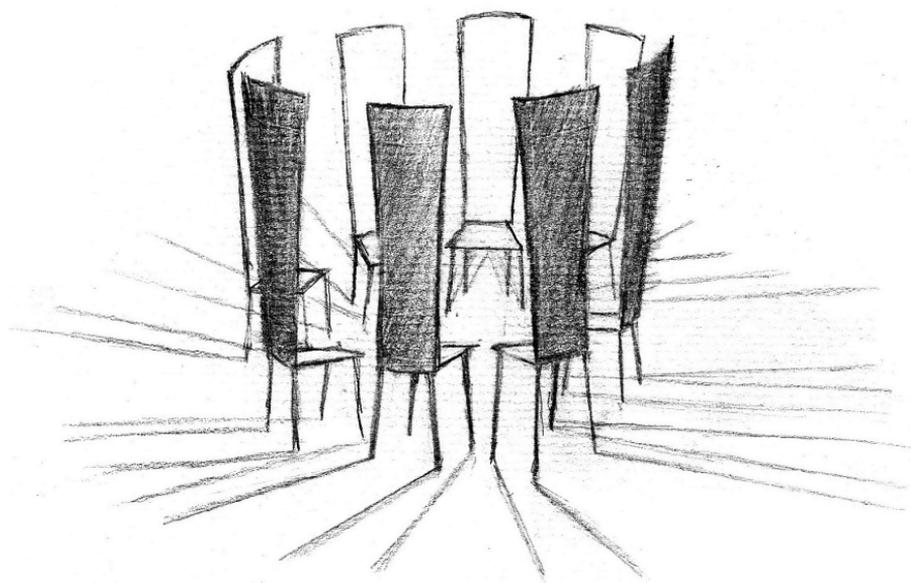
Como dice C.E. Sluzki, “desde el nacimiento, los seres humanos formamos parte de una trama interpersonal que nos moldea y a la que contribuimos moldeándola también (...) cada individuo es único en contexto”.

Desde la óptica sistémica, la orientación final de la terapia es co-construir en el proceso terapéutico una narrativa nueva, que emerja desde las propias creencias del sujeto, que elimine su sufrimiento o le permita abordar su problema de manera diferente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bateson, G. (1990). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
2. Bertrando, P. & Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia Familiar. Las ideas y los personajes*. Barcelona: Paidós.
3. Bruner, J. (1998). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa.
4. Buber, M. (2006). *Yo y Tú y otros ensayos*. Buenos Aires: Lilmod.
5. Gergen, K. (2005). *Construir la realidad*. Barcelona: Paidós.
6. Gergen, K. & Warhuus, L. (2001). *La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias*. *Sistemas Familiares*, 1, 11-27.
7. Gergen K. (1999). *Realidades y relaciones*. Buenos Aires: Paidós.
8. Maturana, H. (1997). *La objetividad, un argumento para obligar*. Santiago de Chile: Dolmen.
9. Ortega y Gasset, J. (1966). *Historia como sistema*. Madrid: Revista de Occidente.
10. Pakman, M. (2011). *Palabras que permanecen, palabras por venir. Micropolítica y poética en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa.
11. Pakman, M. (2014). *Texturas de la imaginación: más allá de la ciencia empírica y del giro lingüístico*. Barcelona: Gedisa.
12. Sluzki, C.E. (1996). *La red social: fronteras de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
13. Varela, F. (2000). *El fenómeno de la vida*. Santiago de Chile: Dolmen.
14. Varela, F. (2006). *Conocer*. Barcelona: Gedisa.
15. White, M. (2002). *Reescribir la vida*. Barcelona: Gedisa.
16. Zlachevsky, A. M. (1998). ¿Es posible ser coherente? *Terapia Psicológica*, 29, 17-23.
17. Zlachevsky, A. M. (2003). *Psicoterapia sistémica centrada en narrativas: una aproximación*. *Revista universitaria Límite (Universidad de Tarapacá, Arica, Chile)* 10, 47-64.

Parte II.
Sujeto versus persona.



1.- El sujeto de la melancolía

José María Álvarez y Fernando Colina

Enemigos de la melancolía

El positivismo no es amigo de la melancolía y menos aún lo es del sujeto melancólico. A medida que el punto de vista científicista se fue adueñando de la psiquiatría, la melancolía se desvirtuó y su territorio se hizo más angosto. El rostro del enfermo melancólico descrito a lo largo del siglo XIX y primeras décadas de XX agudizó los rasgos del dolor hasta extremos caricaturescos. «El melancólico es ante todo un enfermo que sufre», escribió René Masselon, culminando esta visión patética del hombre carcomido por el dolor del alma. Con su nuevo semblante, el melancólico se convirtió en una rara avis, una de esas piezas descatalogadas que no se sabe dónde colocar porque estorban en todos los sitios y afean cualquier entorno. En esas circunstancias, desde mediados del siglo pasado, la melancolía es una especie en extinción. De consumarse su pérdida, la observación de la condición humana perdería uno de sus miradores más firmes y mejor situados.

La melancolía está por todas partes. Si uno se interesa por la historia de la clínica, apenas da dos pasos ya se encuentra con ella; si lo que llama su atención es el arte, la literatura o la poesía, lo difícil será librarse de su presencia; de inclinarse por el estudio de la psicología patológica, enseguida averiguará el lugar central que ocupa en esa materia; de hacerlo por la ética, la moral y la religión, no tardará en acercarse al corazón de la experiencia melancólica. Desde este punto de vista, lo que resulta chocante es la falta de aprecio que le ha mostrado el cientificismo psicológico y psiquiátrico. Y lo que maravilla es la eficacia con que se ha deshecho de ella. Pero lo que consterna es el resultado de este paulatino menosprecio, especialmente el que atañe al empobrecimiento de la psicopatología y a la devaluación la historia como modo de conocimiento del presente y guía para el quehacer clínico.

Con un enfoque similar al que aquí se propone, Gladys Swain escribió: «La [melancolía es la] expresión del alma humana en su naturaleza profunda». De ahí que nosotros nos la figuremos como una estrella que orienta los pasos de quien quiera saber acerca de lo más profundo de la condición humana. Pero esa estrella está hecha de materiales muy diversos, irradia luz en direcciones distintas y despliega múltiples sentidos. No es fácil orientarse con la melancolía, al menos no lo es hasta

que se aprende a convivir con la contradicción, el oxímoron, la superposición y la coexistencia de dos perspectivas contrarias a la vez que necesarias. Porque en la melancolía se mezcla lo mejor y lo peor del hombre, lo excelente y lo ruin, la gratitud y el odio, el goce y el dolor, el lamento y la acusación, la vacuidad y la hondura metafísica. Quizás por todo ello la melancolía pueda considerarse como el espejo en que se refleja el malestar de cada época. En esto coincidimos con lo que escribiera De Jaucourt en la *Enciclopedia* de Diderot: «La melancolía es el sentimiento habitual de nuestra imperfección».

La naturaleza abigarrada y las múltiples direcciones a las que apunta la estrella negra de la melancolía conducen a lugares un tanto contradictorios. En primer lugar, la reflexión sobre las relaciones entre la genialidad, la excelencia y la melancolía, de acuerdo a los desarrollos atribuidos a Aristóteles y ampliamente comentados por Ficino y otros renacentistas. En segundo lugar, la mezcolanza de aspectos médicos, astronómicos y anímicos en torno a la doctrina humoral, amalgama sin duda extraña a nuestra mirada positivista pero perfectamente enlazada en la reflexión de nuestros antepasados. En tercer lugar, las ramificaciones de la melancolía y el temperamento melancólico en el mundo de la cultura y las artes, cuya variedad expresiva no esconde el estrecho vínculo que los une. En cuarto lugar, a través del pecado, el escrúpulo, la culpa y el autorreproche, la evidente conexión con la moral y la ética, trabazón por la que algunos consideran la melancolía como una locura religiosa. Por último y unido al anterior, en el terreno de la psicopatología, como mostraremos a continuación, la melancolía pone en entredicho cualquiera de nuestras construcciones y acentúa las inseguridades. Por eso interesa tanto acercarse a ella y convivir con sus preguntas.

Dolor del alma

La ambigüedad, el oxímoron y los múltiples ámbitos hacia los que se proyecta hicieron de la melancolía un referente incómodo para el cientificismo médico-psicológico. Apenas se la enfocó desde la atalaya de los ideales de la ciencia, las dificultades para circunscribirla y ordenarla se volvieron evidentes. A la esencia contradictoria de la melancolía se le añadían dos complicaciones: por una parte, el propio término había arraigado, desde tiempo inmemorial, en el lenguaje coloquial para referir el estado habitual de tristeza; por otra, no sólo los médicos trataban acerca de ella, sino que motivaba múltiples reflexiones entre filósofos, artistas y

poetas. De ahí que la laboriosa transformación de la melancolía en una enfermedad mental comenzara con la propuesta de cambiarle el nombre, continuara con la acentuación de los rasgos morbosos que se le suponen a cualquier enfermedad y culminara con el hermanamiento con la manía, como si esa fuera la única ligazón que pudiera desplegar.

En ese contexto se sitúa la contribución de Esquirol al *Dictionnaire des sciences médicales*, en la cual propone sustituir el término tradicional 'melancolía' por 'lipemania'. Habría de transcurrir más de un siglo para que el sueño de Esquirol tuviera visos de realizarse. Durante esa centuria, el lenguaje de los poetas y los filósofos se fue paulatinamente acallando a la vez que se imponía el monocorde discurso de la ciencia. Al tratarse de una herida esencial de la condición humana, los ecos tradicionales de la melancolía, pese a haber languidecido hasta el murmullo, siguen vivos entre nosotros. De ahí que la transformación de la melancolía en depresión continúe siendo un proceso inconcluso, pese a la porfía de la retórica científicista. De esta dificultad deriva, en nuestra opinión, la progresiva distorsión del rostro del melancólico, cuyo retrato inicial se deformó hasta convertirse en una caricatura cuyos rasgos del dolor minimizaron el resto de matices.

La aparición del dolor del alma en la escena médico-psicológica es reciente. Se debe sobre todo al médico belga Joseph Guislain, cuya influencia en Griesinger, y, por tanto, en toda la clínica de lengua alemana, resultaría decisiva. Guislain encumbrió el sufrimiento de los locos e hizo del dolor del alma o frenalgia la característica más notoria de la locura. En las primeras páginas de su *Traité sur les Phrénopathies*, escribió: «Un fenómeno que siempre nos impacta es el aire de sufrimiento y la contracción convulsiva del rostro; la tristeza, el abatimiento de los alienados; su propensión a encontrar únicamente motivos para acusaciones y lamentos; su irresistible necesidad de moverse, de desplazarse, de realizar movimientos violentos o de dejarse llevar por resoluciones caprichosas. [...] Para nosotros la alienación será, en la mayoría de los casos, un dolor del sentimiento afectivo. Ese estado es el que hemos designado con el nombre de *Frenopatías*» Llevado al terreno de la melancolía, ese dolor anímico se extrema hasta el martirio y se convierte en la quintaesencia de la enfermedad misma: «Toda melancolía —observó en *Leçons orales sur les phrénopathies*— expresa la lesión de un sentimiento: es una afección dolorosa».

Sin duda fue Schüle el autor que, con más detenimiento, minucia y énfasis, plasmó el dolor del alma genuino del melancólico. Las muchas páginas que le dedica están llenas de un dramatismo inusual en una descripción psiquiátrica. Al leerlo, da la impresión de que no se pudiera hablar de la melancolía sin realzar el dolor

ánimico, con lo cual una y otro se convierten en la misma cosa. Aunque las hemos citado en otras ocasiones, vale la pena evocar algunas de sus palabras: «El enfermo experimenta un dolor infinito —escribió en *Klinische Psychiatrie*—; [...] Las quejas, los lloros, las lamentaciones, las recriminaciones, las blasfemias, son la expresión *fonética* de la melancolía; la contracción de los rasgos, expresando angustia y dolor, las arrugas características del rostro y de la frente (omega melancólica) son su expresión *mímica*; el enfermo se agita sin cesar, corre a derecha y después a izquierda, se arranca los cabellos, se destroza el rostro, castaña los dientes, se estremece de terror; aspira con brusquedad, chasquea su lengua, se frota automáticamente, gira los dedos, tal es la expresión *refleja* de la melancolía».

Como decimos, en cualquier retrato clásico de la melancolía que observemos, hallaremos en primer plano el dolor anímico. Frenalgia (Guislain), dolor del alma (Griesinger), depresión dolorosa (Schüle) o neuralgia psíquica (Krafft-Ebing) son algunos de los nombres que se le ha dado a la melancolía. Sobre las gruesas líneas de esta aflicción rayana en el suplicio, el retrato médico-psicológico de la melancolía esboza también trazos del hundimiento depresivo, la tristeza profunda, la angustia, el pesimismo, la abulia, el ententecimiento, el autodesprecio y la inhibición. Al llevar todas estas características hasta un extremo caricaturesco se consiguió transformar la melancolía tradicional en una verdadera enfermedad mental y hacer del melancólico un ser «inerte» —como lo calificó Ribot— y un hombre «ingenioso en lo que concierne a atormentarse» —según la opinión de Séglas—. En realidad, como después se mostrará al hilo de los comentarios de Freud, detrás de este doliente por excelencia centellea la infamia de la condición humana, en la cual el poderío del odio y la desdicha de la incapacidad de amar desempeñan un papel esencial.

Opiniones y consecuencias

Todo está sujeto a opiniones. Desiguales en valor, algunas están bien fundamentadas y gozan de argumentos sólidos. Otras, en cambio, aunque estén de moda, permanecen sujetas a una constante renovación, como si fueran volátiles y no acabaran de arraigar. En lo tocante a la medicalización de la melancolía y la conversión del melancólico en un enfermo, las opiniones divergen y se dibujan dos perspectivas distintas en cuanto al valor que se atribuye a ese proceso.

Aunque sea minoritario, con respecto a esta cuestión nuestro parecer es diáfano: la mirada médico-psicológica de los dos últimos siglos ha desustanciado la

melancolía. Resulta chocante que durante más de dos mil años la depresión fuera únicamente uno de los signos de la melancolía y, por arte de birlibirloque, en poco más de una centuria, la depresión absorbiera a la melancolía y la devaluara hasta hacer de ella una forma clínica un tanto excepcional y ambigua. En el mejor de los casos, de resultas de ese prodigio metonímico, la melancolía es hoy día un tipo básico de la enfermedad depresiva; en el peor, suscrito por la mayoría, la melancolía, tras la publicación del DSM-III, se reconvirtió en un mero subtipo clínico de la depresión unipolar. Esta marginación no es casual sino premeditada. Muestra la potencia del discurso cientificista, capaz de quitarse de encima un referente occidental bimilenario. Y pone de relieve también tres aspectos cruciales en el estudio médico-psicológico del *pathos*: primero, el oscurecimiento de la vertiente subjetiva en favor de la enfermedad; segundo, la ruptura de la psicopatología psiquiátrica con la tradición cultural y la historia; tercero, el ascenso del determinismo de la materia.

Las opiniones tienen consecuencias. Si se adopta un punto de vista naturalista en psicopatología, se obtendrá un conjunto de seudoenfermedades de liviana consistencia clínica. Las continuas revisiones de los criterios que las sustentan no hablan a favor del rigor, sino de la inestabilidad constitutiva. Porque en todo ello hay mucho de ideología, aunque se quiera ocultar bajo el manto de las estadísticas y las pruebas paraclínicas.

En cualquier caso, dependiendo de dónde situemos el mirador, se presentarán ante nuestros ojos tales o cuales realidades. En este sentido, es llamativo el empeño que la psicopatología psiquiátrica ha acordado a la relación entre melancolía y manía, vínculo que se extremó hasta fundirse en una sola enfermedad, la locura o psicosis maniaco-depresiva. Durante siglos, sin embargo, se daba entre ambas una relación complementaria y a la vez excluyente: la melancolía es un delirio parcial y la manía es un delirio general.

Cuando la perspectiva médica se adueñó del alienismo y con ella la mirada evolutiva se impuso al estatismo sincrónico, enseguida se hizo evidente que la manía y la melancolía se alternaban, como formando una locura circular o una locura de doble forma, según las denominaciones de Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger. Este enfoque longitudinal resultaría esencial en la nosología de Kraepelin, quien culminó la relación de la manía y la melancolía con la construcción de la locura maniaco-depresiva. Ahora bien, resulta chocante que tras el aspecto de unidad, la descripción kraepeliniana sea tan dispar y mezcle elementos tan heterogéneos. Consciente de esta diversidad, el psiquiatra alemán escribió en su *Lehrbuch* de

1913: «Es conveniente subrayar desde un principio que esta delimitación de las diferentes formas clínicas de la enfermedad es, en muchos sentidos, absolutamente artificial y arbitraria». No sólo artificial y arbitraria, sino que, tal como reconoce en el mismo texto, en la locura maniaco-depresiva las cosas se complican aún más puesto que pueden darse todo tipo de estados transicionales entre los distintos cuadros y también por «el hecho de que, en un brevísimo espacio de tiempo, cada caso particular puede experimentar las más diversas transformaciones».

Sin dar su brazo a torcer, el insigne profesor de Múnich creyó encontrar en esa heterogeneidad una esencia común, un único tejido que diera hechura a la enfermedad maniaco-depresiva. Ahora bien, esa naturaleza común no es un dato de los que salta a la vista, de esos que se miden y pesan, de los que tanto gustan al psicólogo experimental y al científico. Al contrario, se trata más bien de una hipótesis según la cual la homogeneidad de la evolución se basa en la homogeneidad etiológica (endógena). De esta manera, de una hipótesis surgida a trompicones se deduce, gracias a la buena fe, el componente material en que se asienta la enfermedad. Leído de esta forma, tiene un mérito incuestionable transformar la heterogeneidad de las manifestaciones y de las formas clínicas en la homogeneidad de la evolución y, como quien no quiere la cosa, deducir de ello el sustrato material de la enfermedad.

Con tesón y meticulosidad, Kraepelin trató de subsanar las dificultades que le sobrevenían cuando trataba de transformar la melancolía en una enfermedad mental. Culminaba así los esbozos de Falret, Baillarger, Kahlbaum y otros, aunque dejaba un regusto amargo en lo tocante a la esencia del proceso patológico y el perímetro nosográfico estaba apenas insinuado. Asentado en esta descripción y sin enmendar sus debilidades, el actual trastorno bipolar constituye la degeneración de este proceso.

Delirio parcial

Puede que desde el punto de vista de la naturaleza humana la melancolía y la manía muestren afinidades esenciales. Pero desde la perspectiva de la condición humana, el parentesco de la melancolía se da con la paranoia. Esta relación ha sido llamativamente descuidada por la psicopatología psiquiátrica. Enemiga radical de la locura parcial, esta orientación materialista de la psicología patológica nunca vio con buenos ojos que la locura pudiera ser fragmentaria, discreta, normalizada, razonante o lúcida. Mezclar la locura con la razón resulta repugnante a la causa

médico-psicológica. De hecho, la psiquiatría científicista se inicia con la desmezcla de la razón y la locura, operación que dará pie a la construcción o invención de las enfermedades mentales.

La paranoia y la melancolía son las locuras parciales por excelencia, unidas además por una larguísima historia. Pero esta hermandad tuvo los días contados desde que Esquirol introdujera la separación entre el humor y la razón en el seno de melancolía que describiera su maestro Pinel. A partir de este corte se conformó un polo propiamente melancólico (*hypémanie*) y otro expansivo y razonante (*monomanie*), separación que sentaría las bases de la posterior oposición entre los trastornos del humor (locura maniaco-depresiva) y los trastornos del juicio (delirios crónicos). Sin embargo, en distintos momentos de la construcción del saber psicopatológico dicha afinidad volvería a resurgir y mostrarse problemática, de manera especial en la descripción de Cotard de los delirios de negación y enormidad, y en los delirios sensitivos de Gaupp y Kretschmer. Aunque es el caso Schreber, una vez más, el que mayores enseñanzas contiene al respecto.

Contrario en esto a la corriente principal, la cual daba por hecho la vinculación entre manía y melancolía, Jules Cotard se empeñó en recuperar la simetría entre melancolía y paranoia estudiando el delirio de negación en oposición al delirio de persecución. Tuvo que dar muchas vueltas y echar mano al principio del análisis semiológico, en especial de la «fórmula del delirio», al que consideraba como principio rector de su metodología. A esta oposición semiológica inicial (ideas de negación *versus* ideas de persecución), Cotard añadiría paulatinamente otras en las que se perfila la simetría melancolía-paranoia: en el terreno del carácter, tendencias autoacusadoras frente a tendencias heteroacusadoras; en el ámbito etiológico, fenómenos psicomotores en contraposición a fenómenos psicosensoresiales.

Quizás todo esto nos parezca un tanto forzado, pero su interés radica en el esfuerzo por trabar una relación de hermandad entre el polo paranoico y el melancólico. Por este motivo evocamos aquí la argumentación de Cotard, extraída de su descripción del delirio de negación. Concebido inicialmente como el reverso del delirio de persecución de Lasègue, al igual que unos años después propondrá Freud, Cotard destaca la importancia de la autoacusación, signo que por sí mismo basta para distinguir a este tipo de melancólicos ansiosos de los perseguidos; estos melancólicos se acusan a sí mismos, y lo hacen de una manera tan llamativa que consideran justo someterse al último suplicio, pues «se lo tienen bien merecido por sus crímenes».

Conforme a estas consideraciones y otras provenientes de Ségla, el melancólico se nos presenta como un paranoico de sí mismo. Melancolía y paranoia, culpa

e inocencia, indignidad propia y maldad del Otro, certeza respecto al ser y certeza sobre el objeto de goce que uno es para el otro, son elementos simétricos que dan cuenta de la relación estructural que une esos dos polos de la psicosis. Desde este punto de vista puede entenderse la querencia del melancólico por reequilibrarse mediante la paranoia, como muestra ejemplarmente el caso Schreber. Desde luego que no se trata de dos enfermedades, sino de maniobras que el sujeto loco emprende con vistas a estabilizarse. Porque de haber un suplicio, éste es la melancolía. Y de ese estado el loco quiere salir, sea a través de la mortífera excitación maniaca o del delirio paranoico, a menudo más terapéutico. A este respecto Schüle se adelantó dos décadas a las observaciones de Freud cuando escribió: «En el caso del delirio sistematizado [paranoia], una vez que se ha creado, el delirio alivia al enfermo por la explicación que le aporta; en la melancolía, por el contrario, esa explicación lo único que hace es añadir un nuevo dolor».

Como puede advertirse, el sujeto de la locura reaparece cuando dejamos las filigranas de la semiología clínica y ponemos la lupa sobre el agente que mueve en última instancia los hilos. Desde el punto de vista del sujeto, la melancolía constituye el fondo común de la locura, esa espiral del agujero por el que se desparrama la energía vital. Ahí es donde bracea el melancólico, desenganchado del Otro y absorto en sí mismo, tratando de remontar una pérdida desconocida («él sabe *a quién* perdió, pero no lo *que* perdió en él») que se le ha pegado a la piel y forma parte de sí mismo.

Incapacidad de amar

La contribución de Freud al problema de la melancolía coincide, en el terreno descriptivo, con las de muchos de sus predecesores a la hora de enfatizar la inhibición psíquica y el dolor del alma, pero añade un elemento esencial: la pérdida de la capacidad de amar. Este ingrediente resultará decisivo para su interpretación de la melancolía. De hecho, esta incapacidad de amar se pone de relieve en la omnipresencia del odio y el sadismo, aspectos esenciales en la teorización que también realizara su discípulo Karl Abraham.

Llama la atención de Freud que el melancólico, al dirigirse todos esos autodesprecios y denigraciones, lo hace sin la menor vergüenza y se complace de desnudar todas sus ruindades y pecados imperdonables. Tan impactante resulta este hecho que a cualquiera se le pasa por la cabeza si en verdad lo que el melancólico está

diciendo lo dice de sí, como si se hablara a sí mismo pero no de sí mismo. Esta impresión se refuerza cuando, tras escuchar con atención toda esa sarta de improperios, cae uno en la cuenta de que no tienen mucho que ver con la persona que está hablando, sino con esa otra que murió o se fue o desapareció pero sigue ahí.

Algo parecido debió de pensar Freud. Pues ese impudor muestra el auténtico drama del melancólico: la imposibilidad de deshacerse mediante un duelo de ese objeto que lleva consigo y que forma parte de sí porque ha sido incorporado a su yo mediante una poderosa identificación, esa persona a la que dirige todos esos desprecios despiadados por intermedio de él mismo. De manera que todos los menosprecios que dice de sí mismo, en realidad van dirigidos al muerto que lleva consigo y del que no ha sabido desprenderse. Freud sintetiza esta interpretación con una frase memorable: «Ihre Klagen sind Anklagen» (sus quejas son acusaciones).

De tanto presentarse ante los otros como la encarnación de la ruindad, la maldad y la indignidad por excelencia, uno acaba pensando que el melancólico tiene razón. Eso es al menos lo que propuso Freud, quien lejos de la compasión, se pregunta cómo es posible que alguien necesite enfermarse de melancolía para decirse todas esas verdades: «Cuando en una autocrítica extremada se pinta como insignificante, egoísta, insincero, un hombre dependiente que sólo se afanó en ocultar las debilidades de su condición, quizás en nuestro fuero interno nos parezca que se acerca bastante al conocimiento de sí mismo y sólo nos intrigue la razón por la cual uno tendría que enfermarse para alcanzar una verdad así».

Desde el punto de vista de la melancolía, la condición humana no sale muy bien parada. Y peor parada aún sale si nuestra referencia la tomamos de la paranoia, su polo habitual de reequilibrio. Incapacidad de amar, odio, venganza, vileza y soberbia son nombres que expresan con precisión los males que afligen al hombre de hoy y al de siempre. Tanto da que nuestras acciones afecten a los más próximos como que arrastren consigo a la tripulación y los pasajeros de un avión, la satisfacción en el odio y la venganza, cuando se encienden con la gasolina de la locura, muestran la peor calaña de nuestra condición.

Que el odio, la incapacidad de amar y el agotamiento del deseo sean características de la melancolía no prejuzga en absoluto la catadura moral del melancólico. Porque la ética y la patología transitan por caminos independientes. Tampoco la inteligencia es patrimonio de la salud ni la tontería lo es de la locura. Pero dada la querencia que el melancólico tiene por los problemas de la existencia, su permanente reflexión sobre el ser es digna de los más grandes filósofos. Tocante a esta cuestión, H. Eysenck escribió con admiración: «No ha sido por azar que los melancólicos

sólo han sido bien analizados psicológicamente por los discípulos de Husserl y de Heidegger».

Espejo de cada época y expresión de nuestra imperfección, la melancolía es la mezcla de lo mejor y lo peor del hombre, extraña combinación donde resplandece la excelencia y la ruindad, la metafísica y la ordinariez, el éxtasis y el martirio. Siempre y cuando sepamos convivir con esa contradicción, la melancolía nos servirá de guía en el conocimiento de la condición humana.

Melancolía y deseo

Por melancolía entendemos dos cosas distintas pero bastante cercanas: una condición universal de la subjetividad y también una condensación morbosa de la tristeza. En el primer caso la melancolía se comporta como el sustrato del deseo, como una fuerza vital que, considerada al modo de Spinoza como «la esencia misma del hombre», se enfrenta de continuo al displacer, la pérdida, el duelo y la parcialidad de sus empeños. En el segundo, comparece para designar un trastorno específico de este enfrentamiento entre el anhelo y las barreras que lo limitan. Todos somos melancólicos, en cuanto que deseadores, pero sólo algunos sufren de depresión, locura maniáco-depresiva o trastorno bipolar. Tres términos distintos, pues las denominaciones son en general demasiado ambiguas y con límites imprecisos, con los que nos referimos a las formas patológicas que en ocasiones complican la tristeza.

Durante muchos siglos, desde la cultura grecorromana al siglo XVIII, dominó la explicación humoral de la melancolía, centrada en las propiedades de la atrabilis y el control de las pasiones. Fue más tarde, bajo el empuje de la razón ilustrada, cuando el binomio pasión-tristeza fue desplazado poco a poco por el de deseo-tristeza, reforzado sin vacilaciones por Freud, quien entendió decididamente la melancolía como un duelo por la pérdida de la libido —*Manuscrito G*—.

Lógicamente, no incluimos en esta perspectiva a la corriente positivista, ya sea cerebral, biomédica o cognitivo conductual, que domina hoy en el panorama psiquiátrico y psicológico, pues su elección teórica y práctica excluye expresamente el papel del sujeto, aunque a la postre no puedan eludir su presencia —en sí mismos y en los pacientes— y se vean obligados a radicalizar su punto de vista para sostener la ocultación.

Todos nos vemos obligados a defendernos de la tristeza, dado que la melancolía impregna nuestros pasos y decisiones. Todos estamos constreñidos a defen-

der el deseo en todo momento y con múltiples estrategias. Valga como pequeño ejemplo de los tejemanejes que nos traemos, la utilidad de reconocer, siguiendo al trovador occitano Jaufre Rudel, que nada produce un amor igualable al amor a distancia. Los kilómetros nos salvamos muchas veces de la decepción causada por la realidad. La risa o el llanto, la lejanía o la proximidad, el aplazamiento o el aprontamiento, la monogamia o la promiscuidad, son defensas variables y antagónicas del deseo ante la melancolía que cada uno tiene que digerir y manejar.

En este círculo de problemas se cimienta el sujeto melancólico. En un ámbito donde confluyen las ilusiones, el deber, las decepciones y las pérdidas, cada uno construye su propia subjetividad que, incluso en las formas más normales, pizca en la melancolía y nos provee de un grano de tristeza. Winnicott subrayó, en línea con esta contrariedad, que la salud social es ligeramente depresiva. Sin embargo, en algunos casos la melancolía se exalta y se exagera. El sujeto entonces adquiere una fisonomía que los antiguos llamaban saturnina y que conviene en este momento actualizar.

Saturno, el dios lejano

Saturno es el dios de la melancolía al que deben los melancólicos su personalidad. Por su lejanía y frialdad, Saturno es el planeta que representa al sujeto que ha perdido el ardor del deseo, contentándose con refugiarse en un festival secreto, de índole más bien masoquista, donde sólo reina la soledad, el lamento y la impotencia. El frío, el congelamiento, la inmovilidad, prestan al sujeto melancólico su lividez y su distancia de todo. El otro se muestra tan inaccesible, impropio e insondable, que le condena indirectamente a la locura y el destierro, a la expulsión del círculo del sentido común y de las puertas de la ciudad.

Cuando el melancólico ve apagada su fuente libidinal, todas las cosas se alejan de él y se vuelven, si no enigmáticas y extrañas como le sucede al esquizofrénico, sí ajenas e indiferentes a su persona. La soledad, el extrañamiento y el exilio se ceban sobre su vida y le reducen a la condición de náufrago de la existencia. Esa es la pobre figura social que encarna, la de un abandono injusto que él, pese a todo, considera sorprendentemente ajustado y merecido.

En esas circunstancias el melancólico llora sin saber a quién llorar, y pierde sin tener nada que perder. Con razón se dice, para describir el modo como nos enfrentamos a la pérdida de un duelo, que el neurótico llora al muerto pero que el melancólico muere con él. Freud aludió a esta ausencia sobrevenida, que des-

carna el cuerpo y enfría el alma, diciendo que en el duelo normal se sabe a quién se ha perdido y lo que se ha perdido a la vez, pero que el melancólico lo ignora, no conoce la parte de uno mismo que muere y desaparece con el difunto. En el caso del neurótico es distinto pues cada pérdida deja una muesca, una cicatriz en el espíritu que con el tiempo se transforma en una seña personal que se asume y asimila para enriquecer la identidad. Como si el muerto pasara a formar parte de nosotros mismo o, al menos, le lleváramos atado al cinturón. La personalidad de cada uno se forja precisamente amasando las identificaciones con los objetos que vamos perdiendo, sean cosas, personas o ideales. Ese amasijo lo mezclamos, en la retorta íntima, con las que mantenemos con los vivos que acompañan nuestra existencia, y mediante ese procedimiento, casi alquímico, nos hacemos dueños del pasado y lo usamos como trampolín hacia el futuro. Sin embargo, el melancólico herido por una pérdida sufre un desgarramiento que no cicatriza mediante identificaciones simbólicas, sino que deja una herida por donde sangra la libido hasta provocar la anemia del deseo que aqueja al deprimido. El antiguo objeto estaba tan íntimamente adherido, pertenecía hasta tal punto a su yo que, al perderle, si bien se sigue sintiendo el mismo, sin ninguna extrañeza hacia sí—logro que el esquizofrénico no consigue—, deja llagas abiertas que atraen de continuo la mirada, el dolor, la memoria y el tiempo del afectado. El futuro se cierra para él y el deseo se vuelve lamento en lugar de aspiración y propósito.

Saturno en lo más alto y en lo más central

Pero además del más frío y lejano, Saturno es el planeta más elevado, el que mira a lo más alto y espiritual del quehacer humano. Esa situación orbital explica que la melancolía inspire los hechos más destacados del individuo. Sabemos que el arte, la ciencia, la creación en general, están en manos de los melancólicos. A menudo una carencia radical y abismática del deseo como la suya se vuelve capaz de despertar algo nuevo. En lo más profundo de la desesperación y la nada brota repentinamente la mejor y más bella solución a lo desconocido. Quizá porque el alma vacía es más proclive a la perfección. No cabe sorpresa ante este talento, pues el melancólico, como se ha destacado repetidamente, es el hombre de los contrastes donde la apatía alterna en ocasiones con el furor y la manía, y donde la esterilidad convive con la proliferación de ideas y el invento técnico.

Ahora bien, por su doblez equidistante el melancólico, junto a ser el que vive más alto, también es el más próximo del centro. La melancolía se revela igualmente

por su disposición para llegar al núcleo de la realidad y ver las cosas tal y como son. Es la bilis negra, afirma Marsilio Ficino, «la que obliga al pensamiento a penetrar y explorar el centro de sus objetos, porque la propia bilis negra tiene afinidad con el centro de la tierra. De la misma manera eleva el pensamiento a la comprensión de lo más alto, porque corresponde al más alto de los planetas». La ontología, la metafísica o la teología son disciplinas propias de su interés y las aborda bajo una estrecha combinación de oscuridad y lucidez. Saturno es el dios de la especulación, del pensamiento que se vuelve sobre sí mismo y a cada momento le vuelve del revés. De hecho, la duplicación de cuanto aborda, el desdoblamiento, la dualidad, la bipolaridad, son parte de los recursos con que distingue la realidad. El melancólico Kierkegaard eligió como título de uno de sus principales libros *O lo uno o lo otro (Enten-Eller)*, dando cuenta con ello de la extensión contraria de todo.

El genio se ha asociado siempre a la melancolía, al menos desde la formulación del Problema XXX atribuido a Aristóteles, o la carta de Hipócrates a Damageto sobre la locura de Demócrito. Esta asociación se la debemos a la elevación de Saturno, a su proximidad a los espacios siderales, a su recorrido vigilante por las fronteras de nuestro sistema planetario, pero también porque profundiza, escava y deja en cueros cuanto aborda. A fin de cuentas, la tristeza desviste la realidad de todas las ilusiones y permite ver al desnudo cuanto tenemos delante. En referencia a esta combinación se ha dicho que el genio necesita tanto de la luz como de un fondo oscuro.

Saturno, el dios lento

Si pensamos ahora en el trato del melancólico con el tiempo, se constata pronto que Saturno es el astro de la revolución más larga y por lo tanto la más lenta. Con frecuencia se le ha asimilado con el Tiempo porque éste devora los sucesos temporales como Saturno devora a sus hijos. Del mismo modo que el ángel de Klee sólo contempla en su vuelo el pasado de destrucción y escombros que deja tras de sí, el melancólico nada más tiene ojos para el pretérito y no consigue fuerza ni señorío suficiente para enfrentarse al futuro. Su tiempo se enlentece bajo una parsimonia y un aburrimiento que no ayudan, como nos sucede en condiciones normales, a recargar las energías del deseo. Sin llegar a la detención del tiempo que amenaza al esquizofrénico, volcado completamente en el presente y el instante que le somete, la melancolía retiene el discurrir de la vida e interpreta cuanto sucede desde la repetición del pasado, a la vez que reinterpretar el pasado desde su triste presente.

Saturno y la opulencia

A su esposa, Ops, que en latín significa abundancia, le debe Saturno su imagen de opulencia, la idea de saturación y la impresión de que no le falta nada. El melancólico, en este nuevo sentido saturnino, es aquel que no siente la falta, es decir, la carencia que motiva e impulsa el deseo. Tiene todo y ha perdido todo, lo que a estos efectos viene a ser lo mismo. Sin nada que anhelar el deseo no arranca. Al hombre sólo lo entendemos nacido a la vida después de una experiencia traumática, de un encuentro desgarrador con lo inerte y carente de palabras. Herido en ese tropiezo, arrancado un pedazo de su cuerpo y de su yo, sometido a la misma condena que el andrógino platónico, que dividido en dos busca en vida su otra mitad, el hombre inicia su experiencia con el deseo. Se comprende, por consiguiente, que cuando el trauma es demasiado intenso o no se produce en su momento preciso, el sujeto no percibe los límites de su carencia, las fronteras de la falta y no pone en marcha adecuadamente el dispositivo de la avidez y los sueños. Así se comporta el sujeto melancólico, el nacido bajo la opulencia de Saturno, el que no teniendo nada propio tiene al mismo tiempo todo lo que puede conseguir, sin posibilidad de aspirar a nada más. Si no fuera así, el individuo se mostraría sensible a lo que le puede completar y se pondría inmediatamente en marcha, dispuesto a buscar y a desear, como hace cualquiera que esté sometido al orden de otro planeta más próximo.

De los tres tipos de duelo que podemos diferenciar, normal, imposible y patológico, sólo el último es propiamente melancólico. Un duelo normal es aquel en el que el objeto perdido es sustituido por otro una vez pasado un tiempo de dolor, inhibición e intensidad del recuerdo. Uno imposible, en cambio, alude a aquellas pérdidas que son irreparables e insustituibles. En este caso, si bien el quebranto causado nos deja heridos para siempre, la vida continúa aunque sea con un punto añadido de amargura y lucidez. Es tanto y tan importante lo perdido, tan radical e irreversible en algunas ocasiones, que entendemos que el duelo llegue a ser imposible sin necesidad de tildarlo de patológico, pues algo muere indefectiblemente con nosotros cuando alguien muy amado o necesario se va. Este carácter radical no le impide necesariamente al afectado seguir su camino, aunque quizá las fuerzas y los anhelos no tengan la energía de antes o, al revés, renazcan con una pujanza más intensa y casi huidiza o desesperada. Sin embargo, cuando Saturno se apodera del duelo de los hombres, sucede que con la pérdida se paraliza el saludable ejercicio de la falta que dinamiza y da impulso a la vida. En la melancolía la pérdida en sí misma puede ser irrelevante desde el punto de vista objetivo, pero, por su simbolismo

especial o por la fragilidad estructural del sujeto, se vuelve morbosa y paralizante. En un duelo aceptado y asumido, la falta que anima el deseo sustituye más o menos pronto a la vivencia de la pérdida, con lo que la luz y la ilusión renacen de nuevo, pero en un duelo que se retrasa o se detiene en el tiempo el deseo se bloquea y no arranca. En uno imposible el deseo se reinicia y se sigue viviendo con naturalidad, casi como si tal cosa, pero no hay sustitución posible. Nadie puede llenar ese hueco.

Saturno se deprime

En cierto modo todos nacemos bajo la égida de Saturno, pues todos debemos asumir la contradicción de los afectos y la limitación intrínseca del deseo. Nadie en sus sano juicio se ha ahorrado la incorporación a la posición depresiva descrita por Melanie Klein, que ilustra nuestro contacto obligatorio con la melancolía durante el desarrollo. Pasar de la posición esquizo-paranoide, donde reina el caos, la escisión y la relación dual con la madre, a la normalidad neurótica, exige un tránsito a través de la experiencia melancólica. Durante su recorrido se aprende a renunciar a los amores completos, a la ilusoria posibilidad de que el otro se entregue de modo absoluto. En su cauce cuaja la primera y más original de las decepciones, al comprobar que cierta persona principal, de quien se depende vitalmente, comete errores, padece iras y decaimientos, se distrae con alguien ajeno y, además de otras cosas, a veces nos da nuestro merecido en forma de desatención o castigo. Aceptar la transformación de la escena esquizo-paranoide de dos en una depresiva de tres, y asumir en definitiva los conflictos que esa ampliación genera, es la vía de acceso a través de la melancolía que necesita traspasar cualquier sujeto. De no ser así, las consecuencias pueden ser muy negativas, pues o se polariza la vida en una dualidad extrema, como sucede en la locura maníaco-depresiva, o se escinde uno mismo y la realidad, al modo de la esquizofrenia. No hay más salidas, o no las hay de forma prototípica, pues la variedad individual es indefinida y las formas intermedias o mixtas acaban siendo las más frecuentes.

No obstante, algunos sujetos son severamente castigados por Saturno y descarrilan en el camino de su madurez, permaneciendo estancados en el universo depresivo. En ese caso no asumen el fondo contradictorio de la realidad, donde lo bueno y lo malo, el amor y el odio, la presencia y la distancia, se entremezclan en un alimento que supone la mejor dieta para la vida, sino que sólo aceptan los

extremos más puros. Esta dualidad les hace caminar con tendencia a ser atraídos magnéticamente por ambos polos de la afectividad, y en cuanto tienen dificultades se hunden o se elevan de forma desproporcionada. La biografía del melancólico, afinada en esas tensiones polares, está condenada a pasar de la noche al día y de lo blanco a lo negro sin transiciones ni soluciones intermedias.

Saturno, el dios voraz

Quien castra a su padre y devora a sus hijos tiene obligatoriamente escrito su destino. Las quejas del melancólico tienen ese aire saturnino tan destructivo. Su dolor es centrífugo y contamina e infecta a todos los que le rodean. Los hijos del melancólico están condenados por su culpa, y a sus padres les espera algo parecido. A ambos los da por muertos o los trata bajo la sombra del homicidio. Su ardiente y fría imaginación discurre de dentro a fuera. Su tinta melancólica mancha. En su negra fantasía la propia presencia y el dolor castigan a quien le rodea. Al contrario que el paranoico, que se siente siempre víctima del otro, el melancólico reconoce su culpa y extiende a su entorno el castigo que a su modo de ver se merece con creces. No es tanto él mismo quien padece por sus pecados sino los demás quienes sufren por su causa.

Sin poderse afirmar que esta posición tan radical sea noble o ruin, generosa o resentida, sí que es muy diferente de la de otros depresivos más vulgares. Buen número de ellos son reconocibles dentro de una raíz histérica o paranoide donde prevalece la actitud de víctima, en la que el deprimido se siente acreedor de la sociedad o de la familia, a los que indirectamente, con el lenguaje de su decaimiento, reclama que le concedan la felicidad y la salud que le deben. El otro no está impregnado de la miseria y suciedad que emanan de su propia tristeza, sino que es esa tristeza que le embarga la que proviene del mal ajeno. Gran parte de las depresiones actuales son de origen neurótico y más concretamente histérico, lo que las convierte a menudo en una fuente de quejas que ni siquiera llega a la consideración de lamentos. Son simplemente reivindicaciones bañadas por el llanto y disfrazadas por la máscara de la desolación. En estos juegos del deseo y en esa impostura que acompaña al dolor y a la aflicción se reconoce a la histeria y se descarta la melancolía, que siempre comparece bajo las angustiosas verdades de la tragedia.

En el fondo, hay algo criminal en todo saturnino. Un rasgo violento que se oculta detrás de sus suspiros. Ya apuntó Freud que, desde el punto de vista del in-

consciente, en el caso de la melancolía no se trataba tanto de lamentos sino de acusaciones. Pero para entenderlo no hace falta recurrir a estas inversiones, pues en la nada misma de la melancolía se agazapa una venganza mortal que lo explica. Aunque sea contra sí mismo, el suicidio del melancólico evoca un delito penal y no un simple delito de lesa divinidad como cree el cristianismo. No surge de una decisión razonada ante las penalidades padecidas o crecientes, ni por falta de sentido en la vida, como acontece normalmente en la esfera depresiva más habitual y tenue, sino que en el melancólico profundo o psicótico tiene más de inmolación y sacrificio, de rito sagrado en el que arrastra a los demás en su compañía. El dolor melancólico, el de la melancolía radical y estéril, es un dolor que condena a los más próximos, a todos los que le rodean en sociedad. De este modo nuestro saturnino se protege del otro, esto es, de la amenaza implacable de un deseo que ni le pertenece ni acierta a retribuir, recurriendo a medidas asesinas. Se ha dicho, quizá con un tono algo altivo, que el suicida, cualquiera de ellos, siempre lo hace contra alguien al que deja el muerto de la manera más desconsiderada, violenta y despectiva, pues sabe que por su decisión no hay duelo posible para el superviviente. El melancólico no es una excepción a este código maligno, su muerte está siempre rodeada de víctimas que se derrumban a su alrededor como si se tratara de un atentado suicida. Con su muerte los condena de forma sumarísima.

Saturno deudor

Saturno, al fusionarse con el Cronos romano, se convirtió también en el protector de los campos y las cosechas, de los lisiados y de los salteadores de caminos. Es por lo tanto el dios de la reclamación y la deuda. Todos somos deudores de un préstamo original que gana figura y fisonomía durante los primeros años de vida, cuando nuestra supervivencia está en manos de los demás de modo absoluto. Deuda que cancelamos mediante la reparación y fomentando los elementos que impulsan la piedad y el buen corazón. Debido a esta particularidad, las manifestaciones de la tristeza se atemperan o arrecian en torno a una deuda. Esto lo observamos tanto en el melancólico profundo, que desespera porque su deuda no admite reclamación, como en el deprimido histérico que, al contrario, la reclama de continuo porque se siente agraviado y tratado con desconsideración.

El primero no acierta nunca a reparar suficientemente el dolor de los demás, pues considera irredimible cualquier daño que cree haberles causado. Impotencia

que probablemente refleja un odio oculto que no se atreve a reconocer por su intensidad y por su propia debilidad para asumirlo. Odio quizá justificado por sus experiencias infantiles, cuando siendo víctima de algún accidente psicológico no acertó a pacificar el suceso con alguna fórmula de compromiso y no pudo desprenderse del ansia de desquite.

El segundo, en cambio, el triste de hábitos histéricos, asume fácilmente su estatus de acreedor y no reconoce nunca su deuda ni cualquier equivalente de aquella situación original. Se queja, reivindica, reprocha y culpa a los demás de no devolverle lo que es suyo, esto es, la felicidad que se le escapa bajo la capa de rencor que no consigue aliviar. La deuda y la obligación queda sustituida por la reivindicación y los derechos.

Saturno culpable e inocente

Por otra parte, el estado maníaco que testimonia del otro polo de Saturno puede entenderse precisamente como una defensa psicológica contra las deudas, que quedan negadas bajo la hiperactividad, las compras masivas, la falta de atención y la fuga de ideas. De ese estado, como de su opuesto más triste, le puede rescatar una oportuna idea paranoide que extraiga la culpa de su interior y se la atribuya a los demás. Construirse un enemigo puede ser la solución para escapar de las garras de Saturno. En frase proverbial se dijo que lo que Saturno daña, Júpiter lo enmienda. El dios de la guerra y la paz, el *Optimus Máximus*, nos concede la posibilidad de encontrar un enemigo y declararle la guerra para huir de la melancolía. Cuando las armas del deseo se entregan, el melancólico puede encontrar en el odio y la enemistad un reconstituyente insólito y necio pero eficaz. El entusiasmo causado por la guerra no está fuera de lugar, es la solución humana, *demasiado humana*, contra el aburrimiento y la tristeza.

La misma oportunidad se le ofrece al melancólico si consigue poner a su disposición las estrategias obsesivas. Una buena idea obsesiva o un ritual suficiente, si bien no llegan del todo al otro, al menos capacitan al deseo para asomar la cara y salir de su tumba, aunque sea bajo el control de mil dudas, desvíos y precauciones. Cierto que un ramillete obsesivo no le devuelve a uno a la mejor de las vidas, pero le autoriza a intentar compartir la suya. Por ese motivo muchos melancólicos limpian y limpian obsesivamente, quizá por una razón reparadora similar a la que anima a los esquizofrénicos cuando purifican.

En la naturaleza de Saturno palpitan la ambición y la tiranía. Es lógico, por consiguiente, que el melancólico se caracterice por una conciencia intensificada de sí mismo. El universo melancólico es narcisista y egoísta. A su manera voraz. Su tristeza impresiona frecuentemente como una manifestación de potencia, de megalomanía y desinterés por el otro. El interés por sí mismo, por su dolor psíquico y su culpa, es proporcional a su indiferencia por el mundo. Aunque hunda en el fango lo que llamamos habitualmente amor propio o autoestima, ser el más triste y desesperado puede llegar a mostrarse tan complaciente para él como ser el más genial y prestigioso. Desde luego que es un amor a sí mismo negro, bilioso y despectivo, pero sólo desde ese pedestal se puede uno autoacusar públicamente de bajeza e indignidad, como hace para nuestra sorpresa de forma habitual. Quizá parezca excesivo, pero la actitud del melancólico refleja bien en su desproporcionada exageración cuanto hay de indigno en el hombre normal. Ni siquiera es una intensificación de nuestra maldad lo que retrata, se limita a una exhibición descarada y sin tapujos del goce interno y secreto que alimenta nuestras peores acciones. En ese sentido el melancólico tiene razón en lo que dice. Acierta de pleno. Es nuestro representante más veraz. La indignidad que propala es nuestra indignidad.

El doble asesinato de su proge, tanto de sus ascendientes como de sus descendientes, lo realiza Saturno a la luz de las estrellas. Este suceso impune condiciona la culpa de los melancólicos. Todos son herederos de un delito que no cometieron en primera persona y del que no reciben más castigo que su tristeza. La culpa, pese a no haber participado directamente en aquel delito primigenio, se ceba en ellos. Naturalmente en su caso no se trata de la culpa que conduce a la penitencia y el propósito de la enmienda, sino la que arrastra al hombre a la desesperación. Al melancólico no le persigue nadie como sucede en la paranoia, pero la culpa transparente, desnuda y avergüenza. Pese a su carácter íntimo, la culpa abre de par en par las puertas de la conciencia y expone su pena ante los demás. El otro no perjudica pero curiosear. Su crítica amenaza al melancólico que no ve modo de ocultar sus delitos y sus penas. Todos se enteran, aunque no a causa de que una máquina de influenciar robe, difunda o imponga las ideas—como ocurre en la esquizofrenia—, sino porque es una luz penetrante ilumina lo más secreto de cada uno: la culpabilidad.

La culpa, entendida como origen del deseo, como fuente primaria del pecado que despierta el ansia de saber y de sexo, queda en primer plano cuando el deseo languidece, se retira y deja el espíritu abúlico y exánime. Cuando se descubre la

cortina de su presencia, lo único que salta al primer plano es la culpa que guardaba, que inunda e impregna todo recordándonos que ese sentimiento es original y que el deseo es sólo su cómplice en la vida terrena. Conducida a ese extremo, la culpa ahoga la capacidad de amar del melancólico y le predispone para el odio y para el castigo, que él, mientras tanto, va aplicando con sus palabras y su actitud a cuantos les rodean.

2.- Un acercamiento al sujeto desde la práctica asistencial

Felipe Vallejo Jiménez

Psicólogo Clínico. Psicoterapeuta. Presidente APOP

Presentación

Estas reflexiones contienen un acercamiento al sujeto en el contexto de la clínica y será la experiencia clínica desde donde intentaremos acercarnos a comprender el malestar psíquico (neurosis) del sujeto.

La interrogación y la reflexión sobre nuestras prácticas clínicas nos llevan a plantearnos varias cuestiones. La primera hace referencia al lugar que ocupa el sujeto en el entramado institucional asistencial. Otras se centran en la respuesta que recibe desde la institución sanitaria: de qué manera se interviene y se responde a su demanda, cómo valoramos sus comportamientos, hasta qué punto las clasificaciones diagnósticas, en su función de catalogar fragmentos del sujeto, invaden el espacio de la comprensión del paciente. O cómo el modo de organización de los profesionales y los servicios puede dar cuenta de cómo se están consolidando en el marco institucional determinadas respuestas asistenciales y terapéuticas. A estas cuestiones son las que intentaremos acercarnos en este breve trabajo, sin olvidar que se trata de aportaciones no cerradas en sí mismas y por tanto como en todo trabajo clínico y teórico abierto a la confrontación con la experiencia clínica.

Introducción: ¿A dónde y cómo miramos?

Hablar hoy de sujeto en el contexto asistencial de los servicios de salud mental, nos coloca en una dimensión crítica. También esta perspectiva está presente en los numerosos estudios y debates sobre la psicopatología, que desde hace unos años van ocupando el espacio teórico y epistemológico de la comprensión de las enfermedades mentales, en un intento de recuperar al sujeto de la experiencia, a la persona en su totalidad. (G. Berrios, C. Castilla del Pino, J.M. Álvarez, F. Colina...)

Los clínicos, los psicoterapeutas, necesitamos de unos conocimientos teóricos y un cuerpo nocional que, formando parte de nuestro *esquema de referencia*, nos va a posibilitar la comprensión del malestar del sujeto que realiza una demanda asistencial. Nuestro pensamiento, nuestras emociones, van a ir configurando este esquema referencial. Sabemos que la práctica va a ir modificando y dando forma al cuerpo nocional; la praxis transforma la teoría y esta a su vez facilita instrumentos para la práctica. Este movimiento dialéctico es central en la construcción de alternativas terapéuticas para los pacientes y muy necesario para evitar la burocratización de la asistencia, donde las clasificaciones diagnósticas y sus consecuencias en la intervención con el paciente, anulan la capacidad de pensar en la persona como una totalidad. El pensamiento dialéctico es una contraofensiva en un contexto donde quedan excluidas las condiciones sociales y económicas que están presentes en el proceso de enfermar y del sujeto que enferma.

Cuando se configuran los servicios asistenciales, se definen como unidades de Salud Mental, con denominaciones específicas de comunitarias, hospitalarias, rehabilitadoras. Se trataba de construir un campo nuevo, el de la Salud Mental, que trascendiera al ámbito específico de las diferentes disciplinas y profesionales que intervienen (psicólogos, psiquiatras, enfermería, trabajo social). Y donde la interdisciplinariedad fuera una fuente de conocimiento. No se trataba de un sumatorio de especialidades, sino de la integración de saberes y prácticas compartiendo el mismo campo de intervención. Proceso que podría hacer referencia a una *epistemología convergente* (1), que contempla la confluencia de varias disciplinas en una metodología interdisciplinaria, operando e interviniendo conjuntamente.

Actualmente el concepto de *Salud Mental* parece cargado de un acentuado contenido eufemístico. Podemos observar una tendencia en la organización de los servicios de Salud Mental hacia una visión fragmentada y descontextualizada del sujeto, con un riesgo manifiesto de reproducción de valores, modelos y prácticas supuestamente superadas. Así los discursos imperantes (y cada vez más presentes a pesar de las corrientes críticas) tratan de dar y/o construir respuestas asistenciales basándose en descripciones diagnósticas, y en una lectura parcial de la demanda, quedando así el sujeto desdibujado, en una suerte de síntomas tomados como signos que remiten fundamentalmente a estados psicopatológicos clasificables y medibles. Desde esta perspectiva ¿podemos acercarnos a la comprensión del sufrimiento psíquico de un sujeto desde una valoración psicopatológica dirigida exclusivamente a la búsqueda del síntoma?

La práctica clínica actual y la forma de organización de los servicios para atender a las personas, también requiere de una mirada crítica y analítica sobre los diferentes

modos asistenciales. Si los analizamos en toda su complejidad y ámbitos de intervención (personal, grupal e institucional), podremos constatar que la comprensión del sujeto presenta enfoques abstractos, parciales y descontextualizados, y cómo otros objetivos mercantiles y burocráticos se hacen presentes. Mirada crítica que puede acabar haciendo funciones de *analizador*, (2) como desvelador del sentido de nuestras intervenciones respecto a la comprensión del lugar del sujeto en el contexto institucional.

Para los profesionales, sostener en las circunstancias actuales un cierto espacio para la interrogación acerca de los propios modelos y prácticas clínicas, nos lleva a sostener una cierta *incertidumbre*. En contraste, como señala López Sánchez, *desde un modelo médico omnipotente se trabaja con poca opción a las dudas del paciente y a las dudas del terapeuta*. (3) O como nos plantea Bachelard, *una experiencia que no rectifica ningún error, que es meramente verdadera, que no provoca debates, ¿a qué sirve?* (4)

El cuestionamiento de la práctica clínica pasa también por tener en cuenta qué modelo asistencial estamos institucionalizando, y qué concepción ideológica y teórica lo sustenta. Los profesionales formamos parte de un modo de institucionalización, atravesados por una pertenencia institucional que determina la forma de entender y trabajar con el sujeto.

Señala Galende que *criticar la hegemonía del modelo médico objetivista y cuestionar la pretendida científicidad del positivismo psiquiátrico era, y es aún hoy (escribía en 1990), la base para proceder al desmontaje de su poder y hacer así viable una política de Salud Mental más racional y humana*. (5)

Todas estas líneas de análisis y de cuestionamientos, dan cuenta también de la *complejidad* (6) que acompaña la comprensión de la persona en su totalidad. Morin habla de no reducir lo complejo a lo simple, sino que mantengamos lo primero como contexto en el cual integraremos “lo simple”. (7)

Acerca de la clínica

En la vida cotidiana de la asistencia sanitaria en un servicio público, nos encontramos con personas que están inmersas en momentos de sufrimiento, de dolor psíquico y que ante la imposibilidad que encuentran para modificar este malestar, demandan una ayuda a “los profesionales de la enfermedad” (médicos, psicólogos, psiquiatras...)

Generalmente se presentan narrando su malestar que nosotros escucharemos como manifestación de un conflicto inconsciente no resuelto, o como expresión de situaciones vitales que han entrado en crisis y que generan una angustia intolerable; o bien que nos hablan a través de su cuerpo del dolor psíquico; pero también nuestra escucha se acercará a sujetos que no toleran el contacto, las relaciones, y a los que la representación del “otro” le supone una inquietud o un exceso de control. Conoceremos personas que nos hablarán de problemáticas familiares, de duelo, enfermedades, de pérdidas laborales o de proyectos vitales; o de situaciones traumáticas vividas en la infancia, de violaciones y abusos, de los intensos impulsos agresivos que trastornan la conciencia. Todas estas manifestaciones son vividas y sentidas por un sujeto singular que las padece y que a través de su subjetividad las narrará.

Ahora bien, esta descripción nos resuena como una historia colectiva, que día a día llena las consultas, ya sean de Atención Primaria o de Salud Mental. Cabría preguntarnos entonces qué tienen en común estos malestares, y que relación guardan con el contexto cultural y social; abriéndose de esta forma una nueva perspectiva de comprensión del sujeto que daría cuenta de la construcción social de la enfermedad.

Estas descripciones también podrían ser un ejemplo de cómo el malestar y el sufrimiento se nos presenta en las consultas. Es la manera particular que tiene el sujeto de poner palabra a sus experiencias subjetivas. El paciente narra sus vivencias al terapeuta, esperando ser escuchado, comprendido; no describen síndromes, ni pródromos, describen situaciones vitales. Comprensión que se produce en este vínculo singular que lleva a un diálogo entre dos actores, es decir, en la relación terapéutica. En ese contexto el paciente, experto en su padecimiento, irá narrando el conocimiento que tiene sobre sí mismo; y el terapeuta, instalado en la relación con el paciente, pondrá en juego sus conocimientos y emociones. Desde esta posición la psicopatología y el diagnóstico estarán al servicio de dar un sentido al malestar psíquico, entendiendo el síntoma como la representación con la que el sujeto expresa el malestar. El diagnóstico por tanto implica un proceso dirigido a la comprensión dinámica del síntoma del paciente, que a su vez orienta el trabajo clínico.

Desde el modelo psicodinámico el diagnóstico presuntivo apunta al conocimiento de las estructuras del funcionamiento del sujeto. No se trata entonces de sumar y combinar síntomas de acuerdo con los manuales clasificatorios, que tienden a negar la singularidad del sujeto en aras de la homogenización. Es algo que va más allá: el diagnóstico debe posibilitar el trabajo terapéutico, ahí cobra su sentido.

Este sería un posible escenario, pero en la práctica asistencial de los servicios encontramos que la lectura y escucha del clínico se ve sometida cada vez más a forzar las descripciones sintomatológica para que “quepan en un diagnóstico”. Todos conocemos la famosa frase que se escucha a los clínicos: “esto que veo no me cabe en ningún diagnóstico (CIE), tiene un poco de todo”. O bien, “lo que escucho no puedo incluirlo en ninguna clasificación, es otra cosa.” Las manifestaciones subjetivas se han convertido en datos objetivos (signos) que remiten a un diagnóstico y como refiere Álvarez, *perdiéndose así en esa transformación cuanto de experiencia y creación singular (síntomas) ellas atesoran, así como las palabras concretas con que son referidas* (8). Desde aquí, tanto la palabra del terapeuta como la del paciente parecerían cada vez más silenciadas.

También en esta clínica apresurada se desdibujan otros elementos centrales en la constitución del sujeto: se trata de la dimensión social e histórica que está presente en la construcción del psiquismo. También el sujeto es una producción social, y su subjetividad se ha ido construyendo en la interacción con otros, con el medio. Tratamos personas concretas, contextualizadas, en su realidad inmediata, y en su interacción con otros. Como apunta Pichon Rivière (9) se trata de dar cuenta no solo de los procesos intrapsíquicos, sino también de aquellos relacionados con la intersubjetividad. De este modo, en la clínica nos encontramos con un sujeto contextualizado, con una persona con una historia particular y singular que tiene sus raíces en lo colectivo. Es un sujeto producido socialmente; es decir, los procesos intrasubjetivos e intersubjetivos han configurado la conducta del sujeto, están presentes en la construcción de su identidad. Así, la escucha de la persona en su totalidad, nos conduce a integrar las condiciones sociales, culturales y económicas que están contribuyendo a la manifestación y a la producción de sus síntomas, de su psicopatología.

Desde estos postulados puede resultar evidente que el acercamiento a una persona que solicita ayuda requiere de un proceso de comprensión y valoración complejo, que entra en contradicción con las pautas relacionadas con una clasificación prioritaria y rápida del trastorno, así como con una precariedad que limita los tiempos de la atención y dificulta el trabajo psicoterapéutico.

En esa vida cotidiana en los servicios de salud mental de la que venimos hablando, el primer paso que define el encuentro entre la persona y el profesional es el que está representado por la primera consulta. Este primer encuentro es importante ya que, cómo comprendamos y analicemos el motivo de la consulta condicionará la respuesta inicial y la posterior intervención.

El diagnóstico o presunción diagnóstica comienza a estar presente de una u otra forma en esa primera relación. Independientemente de las diferencias de modelos, teorías y técnicas de los profesionales que realizan la primera entrevista, y de los sistemas de recepción de la demanda que pueda organizarse en cada unidad de Salud Mental, existe un modelo predominante que incide de forma decisiva en este primer encuentro basado en el uso generalizado y/o obligatorio de los *manuales de clasificación de los trastornos mentales* (CIE10). Modelo que se sustenta y refuerza a través del uso institucionalizado del lenguaje como algo “universal”. Esta institucionalización de un lenguaje que refuerza el mantenimiento de este modelo de clasificación es también de tipo instrumental: en los programas informáticos de algunos sistemas de Salud mental, la inclusión de una valoración diagnóstica es imprescindible para el registro informático de la intervención asistencial; de forma que si no hay inclusión del diagnóstico, no hay posibilidad de que la entrevista que el profesional ha realizado quede registrada.

La proliferación de *clasificaciones de los trastornos mentales* es por tanto, un hecho significativo. ¿Cuál es su sentido? ¿Dónde queda el sujeto y su padecimiento mental en este sistema de clasificación?

Lo cierto es que podemos constatar que, tras la evolución seguida por las continuas revisiones de los diversos manuales de clasificación y el consecuente aumento progresivo de trastornos mentales (DSM V), no deja ninguna duda a que la experiencia del sujeto que muestra un malestar queda escotomizada, oscurecida y anulada mediante una clasificación estadística.

Por otro lado, este “mundo científico” orientado a la producción de manuales diagnósticos, que deja de contemplar a la persona, está comprometido con políticas sanitarias y un sistema económico en el que predomina de forma muy prioritaria el beneficio que promueve la medicalización y la organicidad de la enfermedad mental. Si no, ¿cómo se entiende que ya cualquier malestar tenga una clasificación diagnóstica? Y ¿a quién beneficia esa cantidad y diversidad? Como analiza Darian Leader, quien construye estas categorías *determinan la barrera entre normalidad y anormalidad. Para seguir vendiendo medicamentos debes hacer esa barrera cada vez más fluida... Cuantas más categorías, más gente será diagnosticada* (10)

No tratamos aquí de centrar el análisis en las clasificaciones de los trastornos en sí, sino en la significación que tienen en un proceso de institucionalización de un modo de atención que niega al sujeto.

La Salud y la enfermedad.

Sabemos que no hay clínica sin un modelo teórico que la sustente. Sin olvidar que un cuerpo nocional son constructos que sirven para ser instrumentados en la práctica asistencial. Así, en el encuentro con el paciente, lo que escuchamos, las hipótesis y los movimientos de comprensión que hacemos, dependen en gran medida de la teoría que tenemos y de la experiencia clínica que va transformando esa teoría. La observación clínica es un elemento de conocimiento tan significativo como las consideraciones psicopatológicas.

El enfoque biopsicosocial que en los primeros momentos de la creación de los servicios de salud mental era un presupuesto de partida para organizar la atención asistencial, se ha transformado hoy en día en un discurso fragmentado donde lo “bio”, lo “psico”, y lo “social” se relacionan con categorías profesionales y/o con dispositivos asistenciales y sociales.

Tendremos que rescatar las teorías que vuelvan a dar sentido a ese enfoque biopsicosocial, rescatarlas para la clínica. Siempre han estado ahí formando parte de la historia de la psiquiatría, de la psicología y del psicoanálisis. Quizás en este momento sea más necesaria una mirada hacia aquellas teorías que fundamentan el conocimiento psicopatológico en el sujeto, un sujeto con palabra, un sujeto contextualizado. Y que centran su interés no en la noción de enfermedad sino en la de sujeto enfermo que sufre.

El malestar psíquico que a modo de síntoma presenta el paciente, es el resultado complejo de múltiples factores; entre ellos están las condiciones sociales y culturales que están presentes en la construcción de la subjetividad, la historia biográfica, su historia familiar y el modo como desarrolla su vida y los acontecimientos actuales, sin obviar los factores constitucionales.

La comprensión del sujeto desde la perspectiva psicosocial, plantea que los contenidos psíquicos están determinados desde las condiciones concretas de existencia. Son las experiencias, las vivencias, la acción, las que determinan la subjetividad, así está planteado el carácter social e histórico de lo psíquico.

Las nociones de salud y la enfermedad se muestran habitualmente como nociones opuestas, cuando en realidad son fronterizas y ambiguas. En el caso de los trastornos mentales se acercan peligrosamente a las nociones de normal y anormal que remiten a un constructo social marcado por la cultura imperante. La salud y la enfermedad son definidas como posiciones estáticas y contrapuestas. Desde esta perspectiva la comprensión del malestar del sujeto queda reducida a una clasifica-

ción estadística. Y hoy cada vez más la tendencia en nuestro campo es a definir los signos de la enfermedad, como venimos reiterando.

En el campo de la clínica, a los profesionales estos constructos nos dicen muy poco acerca de la experiencia subjetiva y particular del “enfermar”. Necesitamos salirnos de este esquema y visualizar la salud y la enfermedad como procesos, como momentos por los que atraviesa una persona en la relación con él mismo y con su mundo relacional.

Pichón Riviere señala que el concepto de enfermedad no nos permite referenciar las dificultades por las que atraviesa un sujeto. Para él, el término *estereotipo* (11) nos acerca más a la comprensión de los obstáculos que encuentran las personas en su proceso de desarrollo. Plantea que en la crisis, los síntomas son manifestaciones inconscientes de un conflicto que emerge para ser escuchado. Para resolver esta crisis hay todavía un camino que el sujeto debe recorrer, que consiste en la transformación de las condiciones internas y externas que la originaron. Este es un momento crítico, y no la crisis, porque el sujeto puede correr de nuevo el riesgo de estereotiparse si no se da una elaboración que posibilite un cambio.

Desde estos enfoques podemos considerar que la clínica y el abordaje terapéutico no pueden centrarse exclusivamente en la reducción de los síntomas, sino en facilitar instrumentos al sujeto para poder enfrentarse a los conflictos y a las problemáticas que emergieron en la situación de crisis, que están presentes en el malestar psíquico. Si no es así, la tendencia a la dependencia y por tanto a la cronificación, será probablemente el camino que recorrerá la persona, perdiendo en este proceso parte de su identidad, de su subjetividad.

El profesional y el equipo ante la demanda

La relación entre usuario y profesional (institución) se establece en primer lugar a través de una demanda explicitada. Demanda de atención que lleva implícito un imaginario social acerca de la enfermedad y de la curación, presente tanto en la expresión de su sufrimiento como en las expectativas acerca de lo que el profesional y la institución sanitaria deben satisfacer. En esta interrelación oferta-demanda, la oferta determina, en buena medida a la demanda. Como dice F. Suarez, *en el imaginario de quien nos demanda, en la representación que tiene de nosotros y del dispositivo en el que trabajamos, está incluida la oferta institucional previamente realizada*” (12)

Desde este primer momento se establece una relación en la que ambos, terapeuta y paciente, tendrán que ir delimitando el para qué del trabajo clínico que van a realizar. Tengamos también presente que cada uno de los protagonistas de esta relación están atravesados por su pertenencia grupal, institucional y social, es decir por su historia de vínculos, que se hará presentes tanto en la expresión de la demanda como en la lectura que hará el terapeuta. Por tanto esta relación adquiere una dimensión más amplia.

De ahí que sea necesario considerar la recepción de la demanda como un proceso donde están presentes a la vez múltiples variables. No podemos obviar el contexto de la demanda, un servicio sanitario que tiene que responder a un encargo o pedido social: atender a una población en sus necesidades de salud mental. Es decir más allá de la demanda del sujeto esta el encargo social que ira cobrando distintas formas de acuerdo al vaivén de las políticas y cultura sanitaria.

Este sujeto social y contextualizado podemos entenderlo no como un ser individual, sino como un sujeto que acude con la representación de su grupo familiar y con una historia de vínculos que ha puesto en juego en sus distintos grupos de pertenencia. Trae su inclusión e implicación en el marco social así como en el sistema de producción, con sus expectativas, depositaciones y conflictos. Y aparece con sus representaciones de valores y normas desde sus atravesamientos institucionales, representaciones en las que incluye, como veíamos, su propia representación, valoración y expectativas del sistema sanitario.

Pero también, el profesional escucha la demanda con sus vínculos y su historia de vínculos; así como sus diversas pertenencias grupales; su pertenencia a un Equipo de un Servicio de Salud Mental, con sus normas de funcionamiento y organización, relaciones y conflictos; y atravesado por los objetivos de la institución sanitaria, con las expectativas y normativas de la propia institución. Desde estas consideraciones, el encuentro entre el paciente y el profesional adquiere una dimensión más amplia, en tanto cada uno va a traer a este encuentro su propia historia de relaciones. (13)

Por todo ello, es necesario considerar la recepción de la demanda como un proceso donde se están dando a la vez múltiples variables. Frente a la expectativa y urgencia de la persona que acude a recibir ayuda, el profesional y el equipo se encuentran urgidos a atender una demanda compleja e indeterminada, que remite a un encargo-pedido social.

Otra variable a tener en cuenta en esta atención a la demanda, es si el profesional-equipo cuenta con una oferta terapéutica organizada.

Por todo lo expuesto, tomando la demanda como proceso de una clínica vincular (grupal), en el que un polo de la relación será las demandas de la comunidad y el otro polo el equipo-institución, es necesario detenernos en este análisis.

Un primer nivel hace referencia a *desde donde se enuncia una demanda de asistencia, el lugar de emergencia de un síntoma. Sería el nivel tópico donde se constituye la demanda.* (14) El cual no es referible sólo a quien acude con el rol de paciente, sino a su entorno familiar, un grupo social, el centro de salud o una institución social.

La evolución actual de la demanda a los servicios sanitarios de Salud Mental y la evolución del tipo de expectativas y problemáticas requieren aún más de esta reflexión y discriminación. La demanda es expresión concreta de trastorno, malestar, sufrimiento, que es manifestada por la persona que acude a realizarla o de su entorno familiar. Las vivencias de desbordamiento que expresan los profesionales no tienen que ver sólo con el número de personas y familias demandantes, sino con su contenido, significación y amplitud.

Actualmente esta demanda que se manifiesta como susceptible de tratamiento en Salud Mental tiene una clara relación tópica con una situación de crisis económica y social que, más allá de lo coyuntural, da indicios de consolidarse como un nuevo escenario social. Este contexto económico y social aumenta los riesgos de exclusión social en determinados estratos sociales que suelen coincidir con un porcentaje significativo de los usuarios de los servicios sanitarios públicos. La contención de la familia se resquebraja; las figuras de apoyo van desapareciendo, así como los medios para contener un nivel de ayuda suficiente. Junto a la mayor vulnerabilidad respecto al aumento de riesgo de enfermar, se manifiesta también la necesidad de convertir el sistema sanitario en una fuente de ayuda a la carencia.

Este último factor tiene una relación en muchos casos muy directa con el desmembramiento de los servicios sociales y las redes de ayuda social. Servicios municipales, como los equipos del “Plan de Barrio”, son desmantelados; los servicios sociales son superados también por la demanda. La valoración de diversos recursos comunitarios y asociaciones como *agentes de salud* es ya algo desconocido o inexistente. Este dominio de la carencia y la crisis empuja a su vez de forma considerable a los Centros de Atención Primaria, bien conocidos por los equipos de Salud Mental por el trabajo conjunto y programado que se ha ido realizando durante años. Las modificaciones que se han ido sucediendo en los contenidos del trabajo común, han sido muy significativas en algunas zonas geográficas y urbanas; o bien los espacios comunes han desaparecido o disminuido, o quedan reducidos, y no es poco, a espacios de contención y “desahogo”.

Otro nivel de análisis hace referencia a la *articulación entre las demandas de asistencia y el equipo*. Necesariamente hay un reparto cotidiano de quien o quienes de los profesionales receptionan la demanda, y algunos cauces establecidos respecto a la valoración e instrumentalización de la respuesta inicial o la propuesta de intervención asistencial y/o terapéutica.

Las reflexiones anteriores, hacen pensar que el marco bien definido de la entrevista de recepción en el espacio de la consulta, pudiera ser ocupado por una dimensión mucho más amplia. Realmente, la necesidad de una discriminación (a veces imposible en las condiciones cotidianas) y la articulación de respuestas a la demanda en un servicio de salud mental, requieren una implicación de todo el equipo que lo compone, tanto en el análisis como en la organización de las respuestas. Pero entonces hablamos de un trabajo grupal, que a su vez requiere de espacios (y tiempo) comunes en el Servicio. Sin este instrumento grupal institucionalizado se hace muy difícil no quedarse reducidos a respuestas individuales.

El lugar donde es recibida la demanda (una Unidad de Salud Mental) necesita por tanto de una articulación entre los profesionales de forma que, como Servicio Público, puedan contar con elementos para la comprensión de dicha demanda así como para la elaboración y mantenimiento de respuestas dirigidas no sólo a quien la formula, sino al grupo familiar y a otros grupos e instituciones relacionados e implicados en el contenido y expresión de dicha demanda concreta.

El riesgo de que en el campo de la Salud Mental, las diversas disciplinas que lo componen se disocian en “espacios especializados” yuxtapuestos, lo analiza claramente Marta de Brasi: *“Las disciplinas y las diferentes especialidades operantes en el equipo producen una fragmentación de la demanda de asistencia, tomando en consideración aspectos parciales de la misma. Sin embargo, creo que la fantasía subyacente a cada una de esas “escuchas selectivas” sea la de haber abarcado la totalidad de la problemática”*. (15) De esta forma, lo que es una lectura fragmentada de la demanda, queda convertida confusamente en una “escucha abarcativa”. La misma urgencia y precariedad instaurada en la cultura de los servicios, interviene en fortalecer esta tendencia.

Otro aspecto que requiere de discriminación: El profesional, y por tanto el equipo, también tienen un imaginario acerca de lo que el paciente les va a pedir, que en ocasiones puede conducir a modos de hacer defensivos, (volverse sordos para no oír). Es un dato más a tener en cuenta en la relación asistencial. La cuestión es cómo evitar que se convierta en una imagen estereotipada de la mano de la urgencia, el desbordamiento, la falta de distancia y la dificultad para poder pensar.

Desde una intervención más basada en la descripción del síntoma basta en ocasiones con hacer un “diagnóstico estereotipado” para adelantar las respuestas. También, desde el Servicio de Salud Mental existe una representación imaginaria de los servicios y entidades derivadoras, servicios sanitarios y sociales, que en la situación descrita anteriormente, se desdibujan como agentes de salud, y pasan incluso a ser depositarios de parte de la queja y malestar desde los servicios de salud mental.

La ampliación y complejidad del concepto “demanda” requiere que el Servicio Sanitario que tiene el encargo institucional de atenderla se pueda configurar en base a un grupo de profesionales con capacidad y posibilidades de ir conformando por un lado, un esquema referencial común que permita contar con elementos para afrontar un análisis de la demanda que no desdibuje al sujeto que forma parte de ella. Y por otro, que este grupo de profesionales cuente con respuestas específicas en distintos ámbitos de intervención. Es decir, integrar tanto la organización de la recepción de la demanda (criterios, espacios...), como el modo de entender y elaborar respuestas (criterios de intervención, roles de los profesionales, coordinación con Atención Primaria, etc.)

Estas reflexiones pueden perder su sentido si son reducidas a “temas organizativos”. La cuestión que nos lleva a preguntarnos por la demanda es la necesidad de fomentar espacios instituyentes que hagan posible la construcción de respuestas alternativas a un modo de institucionalización de la Salud Mental que niega al sujeto. Esta negación del sujeto no se basa siempre en la cultura de la carencia (de medios, tiempos y espacios), que también, sino de modelos, teorías y técnicas que inciden de alguna manera en los procesos de una institución que desdibuja y difumina la imagen y demanda del sujeto.

Respuestas terapéuticas y Equipo

En el inicio de este trabajo se expresaba la intención de realizar un acercamiento al sujeto y su malestar psíquico, desde la experiencia clínica. Ahora en estas notas finales la experiencia clínica nos lleva a plantearnos cómo hacer de las intervenciones terapéuticas una tarea central en las unidades de salud mental; *psicoterapia* entendida en este momento en sentido amplio, lo cual incluye contemplar desde el cuidado, el acompañamiento o el hacerse cargo, hasta los espacios psicoterapéuticos reglados.

La mirada crítica a los modos de atención de un sistema sanitario que coloca a sujeto en un no-lugar, requiere del desarrollo y consolidación de alternativas, entre

las que figuran de forma prioritaria las psicoterapéuticas. Sabemos que cuando se trata de dar un lugar al sujeto para que pueda expresar, narrar, tratar de comprender su malestar y dolor psíquico, hay que crear las condiciones para establecer una relación terapéutica que será el eje central para la psicoterapia.

Entre estas condiciones el tiempo es un factor determinante, ya que la psicoterapia es un proceso y una construcción entre el paciente y el terapeuta, cuyo objetivo y tarea tendrán que definir y delimitar ambos. Pero el tiempo parece a veces en estos contextos institucionales medido por valores de mercado, donde ese tiempo subjetivo que remite a las experiencias internas del sujeto queda excluido de la vida cotidiana de los servicios. No hay tiempo ni espacio mental para pensar, ni para el paciente, ni para el equipo.

Es evidente que hay que contar con los límites que forman parte de la estructura, organización y prestaciones de un servicio sanitario público, y que en ocasiones suelen manifestarse de forma disruptiva en su actividad cotidiana. Forman parte de lo cotidiano, pero también se manifiestan como datos acerca de *lo instituido*, como características definitorias de todo servicio público, en las cuales van incluidos los límites de lo que éste *no puede* ofertar. Nos enfrentamos desde aquí a una discriminación necesaria: Por un lado, es evidente que la definición de los límites es algo imprescindible en toda planificación, y debe estar incluida en el diseño de las actividades de los equipos. Pero por otro, el límite tiene un contenido de lo que *no se puede hacer en esta institución*, formando parte de lo instituido, la norma, y por tanto reforzando el modelo de intervención en Salud Mental ya consolidado.

La pregunta que nos tendríamos que hacer es si el Equipo, tiene capacidad de adaptación y de cambio, para poder plantear modelos y modos de intervención terapéuticos que entran en contradicción con otros modelos y modos de intervención instituidos. En principio, un equipo constituido es un *grupo institucional, portador de los valores e instrucciones para operar procedentes de las instituciones rectoras* (16). Es evidente que la institución atraviesa todos los niveles de los conjuntos humanos, y una forma de hacerlo es desde la verticalidad. Otra perspectiva se abre con la inclusión de la *trasversalidad* como *la condición necesaria para que todo el grupo (grupo-sujeto) tenga la palabra y escape de la sujeción que caracteriza a la verticalidad (en la que la palabra sólo se enuncia en un sentido con forma de órdenes)* (17) Desde estas reflexiones, la capacidad instituyente se va a manifestar también en esa posibilidad de poder construir y mantener alternativas terapéuticas de un Servicio; y esto pasa por la condición de que el equipo pueda funcionar con una estructura de funcionamiento grupal, y por tanto con

la posibilidad de ir construyendo un esquema referencial común, ya mencionado, y tenga capacidad de creación y desarrollo de modelos y modos de intervención asistenciales y terapéuticos adaptados a su ámbito social de intervención. Montecchi menciona la diferencia de *los equipos sobre el papel y los equipo sobre el terreno*; dos equipos diferentes aunque tuvieran la misma tarea encomendada (18) Hablamos de un Equipo-Grupo con capacidad instituyente. Precisamente la diferencia entre *equipo objeto y equipo sujeto es su capacidad instituyente, la capacidad de modificar y ser modificado por la institución a la que pertenece.* (19)

Apuntábamos en otro lugar del texto que, para que el sujeto pueda recuperar su lugar contextualizado, su propia historia, su propia palabra, es necesario rescatar la subjetividad. Pero esto sería insuficiente (o no posible) si el profesional no rescata su propia subjetividad a través de la relación con otros (Grupo-Equipo) y con la tarea. Para que este proceso sea posible es necesaria la creación y mantenimiento de espacios entre los profesionales para poder pensar, diseñar y mantener respuestas asistenciales coordinadas (dentro y fuera del dispositivo sanitario), y respuestas psicoterapéuticas.

En este proceso de concreción de proyectos de intervención terapéutica se van a poner se juego las contradicciones y la rotunda presencia del límite. *La diferencia entre lo deseable y lo realmente alcanzable confronta al profesional con la frustración y genera malestares* (20). El análisis del malestar es necesario incluirlo en el espacio del equipo, no solo como lugar de descarga, sino básicamente como posibilidad de elaboración y de búsqueda del sentido, en el marco institucional, del propio malestar y del conjunto del equipo. (21). El malestar no elaborado lleva a esa conocida instauración en la queja, pero también, o consecuentemente, al alejamiento de la tarea primaria de la institución sanitaria. En este sentido, *no sólo los profesionales caen en el desamparo y la impotencia, sino que la institución misma termina alterando sus objetivos. Se abandona la necesaria articulación entre la asistencia, la formación y la investigación, para caer en un asistencialismo pragmático que mortifica al mismo tiempo tanto los ideales de los profesionales como los de la institución* (22)

En este sentido podemos afirmar que *el primer espacio grupal a construir es el del equipo terapéutico, que al igual que todo grupo irá construyéndose alrededor de una tarea que los funda y los convoca.* (23)

El esfuerzo podrá confluir entonces en la *discriminación* de la demanda, la *priorización* de respuestas y la *definición de intervenciones terapéuticas* individuales y grupales. (24)

Esta cuestión es clave en nuestra experiencia. Dentro de la tendencia a la indiferenciación de respuestas a la que empuja una demanda masiva, a la simplificación, a la no escucha más allá del síntoma, es posible desde una conceptualización de una clínica grupal e institucional diseñar y mantener conjuntamente respuestas asistenciales adaptadas a las demandas y necesidades de los usuarios.

Un servicio de salud mental requiere que los profesionales que lo integran generen un espacio donde construir alternativas o modos de funcionamiento entre los límites que exigen lo instituido y las posibilidades creativas como equipo. No es tarea de un solo profesional, aunque sea uno quien se encargue de la realización de una intervención o psicoterapia programada; la organización y gestión de programas psicoterapéuticos requieren de este equipo que, constituyéndose en momentos como grupo, puedan organizar y crear un modo de escuchar el sufrimiento psíquico, como ya hemos apuntado, más allá de una lectura fragmentada del sujeto.

“Así, el grupo va a operar también sobre las condiciones que lo sustentan. Trabajar en el espacio grupal (del Equipo-grupo) no va a tener consecuencias sólo para las personas que integran ese grupo. Sino que va a repercutir en el espacio institucional sobre el que opera... Junto a la reconstrucción y revisión de los esquemas de referencia de los integrantes del grupo, se revisan replantean y modifican los elementos que definen el contexto organizacional (Servicio Sanitario), aunque sea en una muy pequeña parte” (25)

Desde los planteamientos de una psicología social, el grupo se sitúa en una intersección privilegiada entre lo individual y lo social. Y por otro lado, el grupo como espacio terapéutico y como lugar de expresión de la historia de las relaciones del sujeto, se va a mostrar como un elemento facilitador de la posibilidad de cambio.

Los grupos psicoterapéuticos se configuran como un espacio donde la crisis puede ser oída, donde puede darse un tiempo para su expresión, y donde se hace factible cuidar un proceso (grupal), en el cual el sujeto pueda contar con un espacio, propio y compartido, donde poder enfrentar los conflictos, rescatar su historia y rehacer su proyecto personal y social. En estos contextos institucionales de los Equipos de Salud Mental, de urgencia, de burocracia, de demandas indiscriminadas, el grupo posibilita un tiempo y un espacio para pensar que pasó en esa crisis, y qué ha sucedido en sus relaciones vinculares, entendiendo que la crisis sólo puede ser comprendida en la relación con otros (familia, medio social...)

La creación de espacios terapéuticos grupales incide en el aumento de posibilidades para el sujeto de ser contenido en la relación con otros, y a partir de ahí

convertirse en soporte para la expresión y elaboración del malestar. Los espacios grupales, como alternativa terapéutica, dan cuenta de la posibilidad de que el sujeto singular, concreto, tenga un lugar y un tiempo para encontrar herramientas de aprendizaje para salir de la alienación que supone la neurosis, cuando está al servicio de repetir, de perpetuarse, bloqueando las posibilidades de modificación y cambio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pichon Rivière, E. El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión, 1985.
2. Lourau, R. Objeto y método del análisis institucional. En: Lapassade, Lourau y otros, El análisis institucional. Madrid: Campo Abierto ediciones, 1977; p. 23-41.
3. López Sánchez, J.M. Las terapias en los Equipos de Salud Mental. En: VIII Jornadas de Equipos de Salud Mental de Andalucía. Las terapias (1999). Sevilla: Equipo de Salud Mental Macarena Norte, Editores. J-564-2001; p. 23-33.
4. Bachelard, G. La formación del espíritu científico. 3ª ed. Buenos Aires: Siglo XXI, 1974.
5. E. Galende. Psicoanálisis y Salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. 1ª ed. Buenos Aires: Paidós, 1990.
6. Morin, E. El método. IV. Las ideas. 2ª ed. Ediciones cátedra S.A.: Buenos Aires, 1992.
7. Morin, E. Participación en el encuentro sobre "L'imaginaire de la complexité". Instituto italiano de la cultura. París, 1986. Citado en: Bauleo, A. Psicoanálisis y grupalidad. Paidós. Buenos Aires 1997.
8. Álvarez, J.M., Esteban, R., Sauvagnat, F. Fundamentos de psicopatología Psicoanalítica. 1ª ed. Madrid: Editorial Síntesis, 2004.
9. Pichon Rivière, E. El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, 1985.
10. Leader Darian. El trastorno bipolar es un reflejo de la vida moderna. [entrevista prensa] El País 22.02.2015
11. Pichon Rivière, E. El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, 1985.
12. Suarez, F. Sobre la implicación. Área 3. Cuadernos de temas grupales e institucionales. Nº 15 [revista electrónica]. 2011. Disponible en: <http://www.area3.org.es>
13. Vallejo, F. Teoría de los ámbitos. Revista Huellas. Nº 3. Asociación de Psicoterapia Operativa Psicoanalítica (APOP) [revista electrónica] 2013. Disponible en: <http://www.revistahuellas.es>
14. De Brassi, M.S. transformaciones de la clínica I. En: de Brasi, M., Bauleo, A. Clínica Grupal. Clínica Institucional. Buenos Aires: Atuel S.A. Ediciones 1990; p. 43-48.
15. De Brassi, M.S. transformaciones de la clínica I. En: de Brasi, M., Bauleo, A. Clínica Grupal. Clínica Institucional. Buenos Aires: Atuel S.A. Ediciones 1990; p. 43-48.

16. Espiro, N. Institución y grupos. Revista Huellas. Nº 1. Asociación de Psicoterapia Operativa Psicoanalítica (APOP). [revista electrónica] 2011. Disponible en: <http://www.revistahuellas.es>
17. Lapassade, G. Socioanálisis y potencial humano. Gedisa. 1ª ed. Barcelona, 1980.
18. Montecchi L. El equipo de trabajo y el trabajo del equipo. Área 3. Cuaderno de temas grupales e institucionales. Nº 16. [revista electrónica] 2012. Disponible en: <http://www.area3.org.es>
19. Schvarstein, L., Psicología social de las organizaciones. 1ª ed. Barcelona: Paidós, 1991.
20. Leal, J. Aproximación a una lectura del malestar en los servicios de salud (mental). En: J. Leal. Equipos e instituciones de Salud (Mental). Salud (Mental) de equipos e instituciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios, 1997; p. 33-58.
21. Vallejo, F. Característica, funciones y tareas de los equipos comunitarios de Salud Mental. En: J. Leal. Equipos e instituciones de Salud (Mental). Salud (Mental) de equipos e instituciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios, 1997; p. 59-90.
22. Leal, J. Aproximación a una lectura del malestar en los servicios de salud (mental). En: J. Leal. Equipos e instituciones de Salud (Mental). Salud (Mental) de equipos e instituciones. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 1997; p. 33-58.
23. Bauleo, A. La práctica psicoterapéutica en los servicios públicos. En: de Brasi, M., Bauleo. A. Clínica Grupal. Clínica Institucional. Buenos Aires: Atuel S.A. Ediciones 1990; p. 57-65.
24. Vallejo, F. El Equipo: Terapia y Equipo terapéutico. En: VIII Jornadas de Equipos de Salud Mental de Andalucía. Las terapias (1999). Sevilla: Equipo de Salud Mental Macarena Norte, Editores. J-564-2001; p. 35-46.
25. Galán Cuelli, C. García Campos, L., Perea, J. Vallejo. F. C., "Grupo e institución: Los espacios grupales operando en las instituciones". APOP. Congreso Internacional de Grupo Operativo. Madrid, Febrero, 2006.

3.- El loco y el profesional. Los dos sujetos de la psiquiatría.

Laura Martín López-Andrade. Psiquiatra. Coordinadora del Centro de Intervención Comunitaria del Servicio de Psiquiatría del Hospital Río Hortega de Valladolid.

Nuria Alcaraz Álvarez. Juan Carlos Álvarez Pérez.

Jesús Baruque Sanz. Pedro Cid Rodríguez. Carlos Ñíguez de la Torre. Guillermo Pastor Sobrino. José

Carlos Rodríguez Meca. Participantes del Centro de Intervención Comunitaria del Servicio de Psiquiatría del Hospital Río Hortega de Valladolid. Integrantes y colaboradores del programa de RNE «Fuera de la Jaula».

I.- El fondo de una relación

El loco siempre ha sido un ser temido. La locura es la puerta de acceso a lugares del alma que, en principio, resultan inaccesibles al hombre corriente. «El loco es un ser poderoso que, antes que el problema de la curación o el conocimiento, plantea el problema de una lucha», nos decía Foucault (1). Ante la locura siempre surge un enfrentamiento. El enajenado, el furioso o el enfermo es, desde la Antigüedad, el diferente, el que *se sale del surco*¹. Su condición y su pensamiento resultan inalcanzables a nuestra comprensión, inquietan y provocan incertidumbre. El saber del loco trasciende los límites de nuestra razón y este hecho le confiere una fuerza que lleva, permanentemente, a intentar dominarle.

De hecho, la Psiquiatría no fue más que la respuesta de la Medicina para terminar con esta lucha. En lugar de encararse con la locura, emerge una disciplina para

¹ Desde el punto de vista etimológico, la palabra «delirar» proviene del latín *delirre*. El prefijo *de-* indica alejamiento, mientras que *lira* significa surco.

anularla, someterla y silenciarla². Aparece un nuevo modo de hacer y, sobre todo, un modo de saber sobre la locura que se irá forjando desde los *dispositivos*. Luego, primero fue el poder psiquiátrico y, más tarde, la construcción del supuesto conocimiento sobre las enfermedades mentales, que no es otro que el saber psiquiátrico.

En este orden de cosas, la historia de la psiquiatría en Occidente puede separarse en dos bloques atendiendo a su configuración en torno a la locura. El primero quedaría representado por los manicomios, donde un marco legislativo justificaba a la psiquiatría asilar como práctica de control social. La exclusión del loco se mantenía mediante medidas *físicas* y arquitectónicas. El encierro de los muros y la sujeción de las cadenas y celdas garantizaban su silencio a la vez que se mantenía una distancia segura y estable con la sociedad. El segundo movimiento estructural de la psiquiatría se inaugurará con la revolución de las neurociencias. Desde el siglo XX, el interés por el estudio del cerebro acabará construyendo un marco científico al saber psiquiátrico, ideario que hoy parece ya merecer estar expuesto en la pared de la Medicina Basada en la Evidencia. Aunque para entonces los asilos para locos están prohibidos y la limitación de la libertad de la persona es sometida al control de la Ley³, la situación de los enfermos varía relativamente poco. Se produce un perfeccionamiento en su vigilancia, más sutil y en apariencia menos violenta, pero de idénticos resultados. El control se realiza mediante el diagnóstico. Hablamos, entonces, ya no de una disposición física, sino de una estrategia *lingüística*. El diagnóstico psiquiátrico, bajo el amparo de la Ciencia, será desde el siglo XX, y aún es hoy, la herramienta de la psiquiatría para silenciar la locura.

Bien es cierto que entre una y otra época, entre la de los manicomios y la que actualmente vivimos, existe un importante punto de inflexión, la Reforma Psiquiá-

² Michel Foucault, en *El poder psiquiátrico*, nos advierte que el núcleo de la práctica psiquiátrica son las relaciones de poder y que éstas son previas a la creación de cualquier institución. En una clase de Noviembre de 1973, el filósofo señala dos escenas que representan el arranque del establecimiento de los poderes psiquiátricos, la del rey Jorge III y la más conocida de Pinel liberando de las cadenas a los locos. En la primera, el monarca, portador de un *poder soberano*—definido como aquel que se manifiesta a través de los símbolos de la fuerza del individuo que lo posee—, cae en la manía, por lo que es destituido de su cargo y aislado en el Castillo de Windsor a cargo de dos criados. Sus cuidadores reciben una instrucción muy precisa en el trato con el enfermo: no deben dirigirle la palabra hasta que el médico estime que está curado. Así, el poder del soberano queda sustituido por otro de diferentes características; un poder discreto, anónimo y repartido que se define porque recae sobre alguien, silenciándole y haciéndole dócil y sumiso. A este poder, Foucault lo llamará el *poder disciplinario*. Por otro lado, el afamado gesto de Pinel en La Salpêtrière impulsando la práctica del llamado tratamiento moral equivale al mismo desplazamiento de poderes que sucede con el monarca. La violencia de las cadenas sólo se traslada a la de las sujeciones de la obediencia. Desde el momento en que el loco debe someterse a la voluntad del médico, se instaura una nueva jerarquía de poderes; el poder de la disciplina prevalece sobre el del individuo.(1)

³ Recordemos que la Psiquiatría es la única especialidad médica sometida a la vigilancia de la Ley y que cualquier ingreso involuntario o medida física no consentida deben ser justificados por el médico ante la misma.

trica. Hace treinta años los movimientos internos y externos a la psiquiatría pudieron dar forma a los ideales revolucionarios de libertad. Los derechos del loco se defendieron como los de cualquier otro ciudadano. Se denunciaron el hacinamiento, la segregación y las prácticas supuestamente terapéuticas a los que era sometido. El impulso político de una sociedad despierta y unida permite el enfrentamiento ante un enemigo, que era común y estaba bien definido. Así, los movimientos de la reforma permiten construir un marco legislativo diferente a la psiquiatría, que denunciara la violencia y, al menos, hiciera más costosa la justificación del encierro. Pero en nuestros días el enemigo no es tan fácilmente distinguible. La psiquiatría se disfraza de salud mental y es mucho más elegante y prudente en el ejercicio de su poder. Pero el poder no ha cambiado. Los muros de los manicomios son hoy los de la cronicidad; las personas no están amontonadas y silenciadas en las instituciones, pero se encuentran segregadas en categorías diagnósticas que les arrebatan la identidad; el profesional no firma la entrada en el asilo de por vida, pero raramente le tiembla el pulso promoviendo una incapacidad civil; no da electroshock, pero defiende el eufemismo de la terapia electroconvulsiva.

Señores:

Las leyes, las costumbres, les conceden el derecho de medir el espíritu. Esta jurisdicción soberana y terrible, ustedes la ejercen con su entendimiento. No nos hagan reír. La credulidad de los pueblos civilizados, de los especialistas, de los gobernantes, reviste a la psiquiatría de inexplicables luces sobrenaturales. La profesión que ustedes ejercen está juzgada de antemano. No pensamos discutir aquí el valor de esa ciencia, ni la dudosa realidad de las enfermedades mentales. Pero por cada cien pretendidas patogenias, donde se desencadena la confusión de la materia y del espíritu, por cada cien clasificaciones donde las más vagas son también las únicas utilizables, ¿cuántas nobles tentativas se han hecho para acercarse al mundo cerebral en el que viven todos aquellos que ustedes han encerrado? ¿Cuántos de ustedes, por ejemplo, consideran que el sueño del demente precoz o las imágenes que lo acosan, son algo más que una ensalada de palabras?

No nos sorprende ver hasta qué punto ustedes están por debajo de una tarea para la que sólo hay muy pocos predestinados. Pero nos rebelamos contra el derecho concedido a ciertos hombres -incapacitados o no- de dar por terminadas sus investigaciones en el campo del espíritu con un veredicto de encarcelamiento perpetuo.

¡Y qué encarcelamiento! Se sabe -nunca se sabrá lo suficiente- que los asilos, lejos de ser «asilos», son cárceles horribles donde los reclusos proveen mano de obra gratuita y cómoda, y donde la brutalidad es norma. Y ustedes toleran todo esto. El hospicio de alienados, bajo el amparo de la ciencia y de la justicia, es comparable a los cuarteles, a las cárceles, a los penales. No nos referimos aquí a las internaciones arbitrarias, para evitarles la molestia de un fácil desmentido. Afirmamos que gran parte de sus internados -completamente locos según la

definición oficial- están también reclusos arbitrariamente. Y no podemos admitir que se impida el libre desenvolvimiento de un delirio, tan legítimo y lógico como cualquier otra serie de ideas y de actos humanos. La represión de las reacciones antisociales es tan quimérica como inaceptable en principio. Todos los actos individuales son antisociales. Los locos son las víctimas individuales por excelencia de la dictadura social. Y en nombre de esa individualidad, que es patrimonio del hombre, reclamamos la libertad de esos galeotes de la sensibilidad, ya que no está dentro de las facultades de la ley el condenar a encierro a todos aquellos que piensan y obran.

Sin insistir en el carácter verdaderamente genial de las manifestaciones de ciertos locos, en la medida de nuestra aptitud para estimarlas, afirmamos la legitimidad absoluta de su concepción de la realidad y de todos los actos que de ella se derivan.

Esperamos que mañana por la mañana, a la hora de la visita médica, recuerden esto, cuando traten de conversar sin léxico con esos hombres sobre los cuales, reconózcanlo, sólo tienen la superioridad que da la fuerza.⁴

Pocas cosas han cambiado. El discurso psiquiátrico se mantiene sólido, respaldado por un doble saber, nosológico y terapéutico, pues aún es el profesional el que conoce «lo que el paciente tiene y cómo repararlo». Explicar, clasificar y tratar siguen siendo los punzantes instrumentos con los que nos acercamos a la locura. Utensilios de poder que, desde los encierros asilares a las modernas unidades de primeras crisis, permanecen invariables aunque ataviados por distintos trajes de conocimiento. Así, las formas en que se ejercita el poder han ido variando a lo largo de la historia de la clínica, pero nunca el fondo. Es más: no puede variar. Todo profesional de la salud mental, por el mero hecho de serlo, ya ejerce un poder, pues hay una violencia intrínseca en toda relación con la locura, un intento de explicación y de dominio. Por muy *terapéutico* que llegue a ser, el encuentro de un profesional con un loco siempre lleva inherente esta lucha insalvable, que no es más que el fruto de esta posición de poder, de ese enfrentamiento, que nos señalaba Foucault. Cuanto antes asumamos esta condición, cuanto antes adquiramos *conciencia de profesional*, antes podremos repararla. Nuestra curación pasa por un único tratamiento: sostener la contradicción del que se sabe carcelero pero decide dejar la llave a mano del preso.

⁴ En 1925, Antonin Artaud publica, en el número 3 de la revista *La révolution surréaliste*, una serie de notas dirigidas a distintas instancias de poder. Entre ellas, esta «Carta a los Directores de los Asilos de los Locos», cuya belleza sirve para reflexionar en cómo, aunque las condiciones sociales pueden ser distintas, la crítica de los que terminan en manos de la Psiquiatría siempre se dirige hacia los mismos lugares.(2)

II.- El marco de un encuentro

La relación entre profesional y paciente en la Psiquiatría difiere en gran medida del resto de encuentros que se producen tanto en el ámbito sanitario como en el de la asistencia social. Para empezar, porque raramente es el paciente el que emite la demanda y, si lo hace, ésta suele alejarse mucho de la que su entorno estima como necesaria⁵. Pensemos, por ejemplo, cuántas veces son familiares o vecinos los que alertan sobre un caso de psicosis a los centros sanitarios mientras el supuesto enfermo permanece ajeno a esa solicitud. En segundo lugar, porque, cuando se produce la intervención de los profesionales, sus objetivos tienden a divergir en gran medida de los que el paciente fijaría si estuviera debidamente informado y, sobre todo, si se le preguntara. Vemos a diario que en la esquizofrenia se antepone acabar con un delirio mediante un neuroléptico que conseguir una vivienda para facilitar la independencia de la persona o, si nos salimos de lo estrictamente clínico, suele ser más común promocionar la invalidez laboral de un psicótico que procurar su salida al mercado laboral. En tercer y último lugar, el encuentro del que hablamos es particular porque la dirección a la que se dirige el esfuerzo con el paciente psiquiátrico nunca equivale a la que tomaría cualquier otro profesional, ya sea médico o agente social. Esto es, no suele tratarse de establecer una relación con el objetivo de que la persona satisfaga una necesidad concreta, sino que lo más habitual es que esta relación se prolongue sin un final determinado. Dicho de otro modo: «Una vez entras en la Psiquiatría, nunca puedes separarte de ella»⁶. Del Centro de Salud Mental a los Servicios Sociales, sea en el grado de dependencia que sea, tener un diagnóstico abrirá las puertas de un mundo del que el pestillo queda cerrado a la espalda.

El encuentro entre el paciente y el profesional es bueno para ambos y fortalecer ese vínculo o relación que se establece entre las personas fomentando la confianza mutua.

Pasado.

Las primeras veces que me comuniqué con un profesional, contaba mis síntomas, lo que me pasaba, pero pasaron años hasta que logre contar mis traumas, hasta que cogí confianza y fuerzas para contar porqué sufría realmente. Fue muy doloroso, pues es muy difícil contarle tus problemas a un desconocido.

⁵ Hablamos, por supuesto, de las personas a las que se les califica con el desafortunado nombre de «Trastorno Mental Grave» y que, en realidad, viene a englobar los casos de psicopatología más complicada, esto es, las psicosis y las estructuras psíquicas que quedarían entre los neurótico y lo psicótico o *estructuras límites*. A un lado quedarán los llamados «trastornos mentales comunes», menos graves y que supondrían un capítulo aparte en la reflexión sobre las relaciones entre profesional y paciente.

⁶ Agradecemos a Gloria González, tan oportuna aportación de su experiencia a nuestro conocimiento.

Esperamos un grado tolerable de comprensión cuando nos comunicamos; el significado puede ser diferente para cada persona, nuestra percepción de la realidad es relativa, pues está condicionada por nuestras experiencias personales.

Presente.

¿Buscar ayuda profesional? Uno te dice una cosa, el otro lo contrario. La verdad tiene sólo una cara: la de la contradicción, demostrando que es parte del sujeto humano que lo más comprensible es que sea incomprensible.

Perfeccionar el lenguaje del que me valgo para comunicarme es muy importante. El vínculo se forma al ser escuchado cuando expresas la necesidad de ser comprendido. Desahogo mis frustraciones sinceramente, mis dudas, sentimientos y el sufrimiento que me abate diariamente.

Yo tengo mi lado positivo y negativo como todos. Basado en mis experiencias personales. Yo no soy más que nadie pero menos tampoco. Si me tratas como inferior me siento mal evidentemente, sintiéndome en inferioridad de posibilidades, no facilitando la correcta comunicación.

Razonar excesivamente desconfiando, analizando, protegiéndose, puede crear un sufrimiento enorme. Por traumas quedan secuelas de por vida que deben ser tratadas adecuadamente. Yo soy consciente de lo que me hace sufrir pues no tengo el cerebro enfermo, y en todo hay de todo: conscientes, inconscientes, más malos y menos malos.

Futuro.

El encuentro con un profesional es complicado y puede crear dependencia, por eso la confianza debe ser tratada primordialmente siendo respetuoso.

A los profesionales: Pensad por vosotros mismos, reflexionar y recapacitar. Como me dijo alguien un día: «Aprended de vuestros errores». Sed justos, honrados; que no sea sólo un trabajo. Apasionaos, escuchad. No olviden que todos somos humanos. Valoramos la ayuda de quien se implica⁷

El encuentro entre profesional y paciente es, como vemos, «complicado». A su comienzo, durante el discurrir y en el momento de la finalización resulta difícil conciliar a las dos partes, lo que debe invita a reflexionar sobre cómo resolverlo. Empecemos por subrayar, de nuevo, que no se trata de una relación entre iguales. Como antes desarrollábamos, el poder de la disciplina psiquiátrica colorea toda escena que implique al profesional y al paciente, dotándola de una asimetría con escasa posibilidad de equilibrio. Poder que, si bien resulta inherente a la relación, queda apuntalado por el saber del uno *sobre* el otro y, por tanto, al ajuste de éste a la norma del primero.

Nuestras normas, las de la Salud Mental, se siguen constituyendo en instituciones. Ya no son manicomios, ahora las llamamos unidades o dispositivos de salud

⁷ Álvarez JC. El vínculo. Texto inédito. 2015.

mental, pero continúan siendo organizaciones construidas en torno al loco en las que se sigue un orden, se cumple un horario y se establece una jerarquía. En ellas, y tal y como lo estamos pensando, podríamos distinguir tres elementos para considerar el contenido del encuentro entre un profesional y un paciente: el saber se pone en juego, el espacio donde nos movemos y el tiempo en el que la relación discurre.

Saber

Se ha repetido en numerosas ocasiones que todos necesitamos una teoría para ponernos delante de un paciente, pues escuchamos lo que nuestra teoría nos permite y permanecemos sordos ante lo que ésta no contempla, pero tal afirmación admite numerosos matices. La teoría no sirve más que al profesional. Es una muleta con la que caminar por el inexplicable paraje de la locura, al que de ningún modo podemos acceder y, en raras ocasiones, asomarnos. Explicamos qué pasa, por otro lado, es una forma de demostrar respeto y rigurosidad ante el paciente. Conociendo, como sabemos, el riesgo que asume al exponerse a nuestra mirada, al menos le debemos la dedicación de nuestro tiempo a construimos el armazón teórico que mejor pueda serle de ayuda. Ahora bien, en la clínica no existe nunca la Verdad—al menos del lado del profesional—. Nada más peligroso que un profesional cuyos pacientes confirman su teoría; nada más violento que asignar nuestras conclusiones al otro. Cuando un clínico se siente en el derecho de imponer su teoría al paciente o su entorno, cuando un profesional cree que su posición le autoriza a dar «pautas» o cuando observamos que incluso se organizan medidas terapéuticas en torno a estos gestos; en otras palabras, cuando veamos que se *explica, aconseja y psicoeduca* la locura, lo mejor es que huyamos despavoridos a lavarnos los ojos, no vaya a ser que creamos que en esto consiste nuestro trabajo.

El saber es peligroso. En todos los ámbitos de la vida pero, cuando se refiere a hacerlo *sobre otro*, el riesgo de creerse en la verdad agita el río y las aguas se vuelven más turbias. De saber algo, será sobre las explicaciones que nos damos, la posición que hemos decidido o la teoría que nos ampara, pero nunca sabemos sobre otra persona. Teniendo esto en cuenta debemos admitir que el saber psiquiátrico está organizado, y que siempre lo ha estado, en torno a dos grandes pilares inconciliables. El que sitúa al cuerpo como objeto de estudio y el que se preocupa por el sujeto. Psiquiatría—y psicología—biológica o psicológica; cerebral o subjetiva; biotécnica o biográfica; evidente o crítica; que busca la causa o que indaga en el trauma. Cualquier búsqueda de confluencia entre estos extremos, como la afamada

posición *biopsicosocial*, debe ser mirada con lupa, pues solemos descubrir que, a la postre, está sujeta al mismo determinismo biomédico y positivista que hoy impera en la salud mental.⁸

Desgraciadamente, la mayor parte de la teoría en torno a la locura adopta una posición formal en la que la mirada se centra en el soporte físico, el cuerpo, el organismo. La persona con malestar psíquico⁹ es el *objeto del tratamiento*. Consiste en tratar su enfermedad mental. Así, la causalidad biológica, sus remedios químicos y sus ajustes sociales con el sello cognitivo-conductual, gobiernan la asistencia psiquiátrica en la actualidad. Hay quien se sorprendería, sin embargo, de que una postura amparada en tan inestables hipótesis, con un vaivén ininterrumpido de nuevos diagnósticos que aparecen y otros que se desechan, y que augura un futuro de cronicidad y sedación a sus enfermos, coseche tantos adeptos y defensores. Pero no olvidemos lo difícil que es abandonar el pedestal del saber —aunque aún no se haya descubierto *nada*— y más cuando la garantía de liderazgo depende de gigantes como la industria farmacéutica o la economía mundial. Este viento a favor permite que la clínica psiquiátrica se limite a evaluar, diagnosticar y prescribir, mientras que la asistencia se reserva a las competencias de lo social, que custodian, protegen y se aseguran de que los dictámenes clínicos sean cumplidos —en general, limitados a la conducta y a «que tome el tratamiento»—. De este modo, la práctica de los profesionales queda artificialmente separada en los que ordenan y los que aseguran que se cumplan las órdenes; sanitarios y sociales, clínicos y cuidadores, todos cómplices en el mantenimiento de un saber sobre un *pobre loco* que asiste impávido a como se le dice que «tiene *algo mal* en algún sitio», que no se conoce qué es, ni se cura con unas medicinas que, paradójicamente, debe tomar sin descanso.

Carta a los sordos.

El vínculo entre paciente y psiquiatra es complejo. En muchas ocasiones se ve al doctor como un enemigo que te tiene retenido en contra de tu voluntad, te obliga a la toma de pastillas y te etiqueta términos psiquiátricos que son incomprensibles. Desde el punto de vista del paciente pueden ser acciones deshumanizadoras. A posteriori, el paciente se siente enfermo, llevará el diagnóstico como carga y puede llegar a pensar que todo cuanto diga en adelante

⁸ Posicionamiento probado por la defensa, desde los enfoques biopsicosociales, de «medidas terapéuticas» como la psicoeducación, la asunción de *conciencia de enfermedad* o la *adherencia al tratamiento*. Tales estrategias, en nuestra opinión, se reducen a que el paciente se defina a sí mismo con nuestro lenguaje, sustituya su identidad por la de enfermo y acabe por admitir religiosamente que necesita un tratamiento —farmacológico, por supuesto— para seguir viviendo.

⁹ Término defendido por la mayor parte de los autores de este capítulo para explicar su experiencia con la angustia y, a la vez, su impotencia ante una sociedad que les observa desde la distancia.

sólo empeorará las cosas -como un aumento de medicación u otro ingreso-. Hay que dejarle espacio para que empiece a hablar. Él lo está deseando en su condición de incomprendido. Debéis convencerle de que todo lo que diga servirá para que mejore. Tratad sus delirios con naturalidad y nunca negadlos, pues esto también puede ser peligroso para él. También ayudaría intimar un poco: hay que tener en cuenta que el médico es a quien le cuentas tus secretos más íntimos y, como en toda relación, hay quien se cansa de dar y no recibir nada a cambio.¹⁰

Del otro lado, existe una parte de los profesionales que prefieren posicionarse en un lugar diferente. Un enfoque que aboga por la individualidad de la persona, que se interesa por lo que *es* y no por lo que *tiene*, y que muchos hemos llamado «subjetivista». No hablamos, por tanto, de tratar la psicosis, sino al psicótico, que es el *sujeto del trato*. La alusión al sujeto resulta fundamental ya que tratamos con individuos, de los que las zonas iluminadas en una neuroimagen no dicen nada, pero sí su biografía y su palabra. Historia y discurso se convierten en las dos variables que pueden dar cuenta de la subjetividad del que tenemos delante.

Vínculo, transferencia, relación, apego, son algunos de los términos que distintas teorías que se agrupan aquí han utilizado para designar a lo que se mueve entre paciente y profesional, coincidiendo todas en que se trata de un encuentro único y muy valioso en la práctica. Lejos quedarán, entonces, las baterías diagnósticas, protocolos, test psicométricos, imágenes coloreadas, escalas o guías clínicas, pues buscar lo objetivo y *evidente* sólo nos aleja de la subjetividad. Al sujeto uno se le acerca con el oído, nunca con el ojo ni con la vara de medir. La escucha permite atender a la narración del pasado, la elaboración de un discurso, la construcción del significado individual del síntoma o la localización de las propias estrategias defensivas. Pues si algo tienen en común las distintas corrientes teóricas agrupadas bajo el enfoque subjetivista es que, en su confluencia entre la psicopatología, la psiquiatría clásica y el psicoanálisis, todas entienden el síntoma como defensa. Es decir, que el enfermo no es un ser impotente y pasivo respecto a su malestar, sino que sus síntomas tienen que ver con su *yo*, con su más estricta intimidad.¹¹ Estos argumentos hablan a favor de una práctica psiquiátrica que promueva la responsabilización del individuo respecto a su malestar, afirmación que trasciende las palabras

¹⁰ Cid P. Carta a los sordos. Texto inédito. 2015.

¹¹ A estos efectos, resulta imprescindible aludir a la obra de Sigmund Freud. El psicoanálisis delimitó la línea infranqueable entre los que estiman que el delirio es una alteración del pensamiento cuyo contenido resulta irrelevante y los que lo valoran como un intento de reparación del mundo del psicótico. En su discusión sobre el caso del Magistrado Daniel Paul Schreber, Freud escribe: «El delirio, en el cual vemos el producto de la enfermedad, es en realidad la tentativa de curación, la reconstrucción». (3)

del discurso, algunas veces simplista y engañoso, que algunos mantienen bajo el lema la *recuperación*¹².

Ahora bien, no podemos concebir un saber teórico congruente con la defensa del sujeto que no implique una actitud asistencial determinada. En caso contrario, incurriríamos en un nihilismo teórico que, si bien no encontraría la *pedra de la locura* entre las neuronas, resultaría igualmente represor para el sujeto. Un supuesto saber que trate de preservar la individualidad del paciente y rechazar el carácter uniformizador del diagnóstico debe implicar, siempre, dos actitudes del profesional para alejarse del saber disciplinario y de la *verdad* de la Psiquiatría. La primera conlleva aceptar nuestra ignorancia. Asumir y proclamar ese abismo de desconocimiento que nos separa del que, en principio, nos sitúa como expertos. El saber debe quedar del lado del paciente, pues sólo él podrá dar cuenta de lo que le pasa, por qué sucede y cómo resolverlo. Este desplazamiento del saber es el más importante movimiento en la estrategia de nivelar ligeramente los poderes que se enfrentan entre el sujeto profesional y el sujeto paciente. Enrocamos, así, para demostrar que lo único que sabemos es que no somos más que acompañantes en el proceso de búsqueda de sí mismos, que ocupamos el lugar de «técnicos auxiliares de mantenimiento del deseo»¹³ del psicótico. La segunda condición que hay que tener presente es que, si construimos un bastidor teórico que nos contenga en nuestra disposición frente a la locura, elaboramos nuevas ideas rehabilitadoras y promovemos innovadores enfoques terapéuticos, debe ser siempre, siempre, con el fin último de que el paciente pueda perderlos cuanto antes de vista. Toda práctica psiquiátrica —clínica o social— que no se dirija a la emancipación y libertad de las personas que se atienden será, en última instancia, alienante.¹⁴

¹² Con recuperación o *empoderamiento*, se entiende la opción terapéutica de que las personas diagnosticadas de enfermedad mental sean los verdaderos directores de su tratamiento, defendiéndose su toma de decisiones y su modo de trabajar el malestar. Sin embargo, con estos conceptos está pasando algo parecido a lo que ocurrió hace unos años con la Rehabilitación Psiquiátrica, pues están siendo colonizados por las vertientes más positivistas de la Psiquiatría. La concepción biológica de la enfermedad mental, en la que la persona es mero soporte de síntomas, se está empezando a defender como compatible con pacientes, dicen, «autónomos e independientes». Esta paradoja se comprende cuando descubrimos que todo se traduce a que un enfermo puede incorporarse a la sociedad siempre y cuando acepte que tiene una enfermedad, tome su tratamiento y atienda a sus limitaciones. Hasta tal punto han llegado a pervertirse este tipo de concepciones que las últimas campañas promocionales de algunos laboratorios farmacéuticos están utilizando la recuperación en sus eslóganes para instar a la prescripción de los nuevos neurolépticos de depósito.

¹³ Afortunado término que Rosa María Poncela utiliza para designar su trabajo en el equipo del Centro de Intervención Comunitaria de Valladolid.

¹⁴ A este respecto, algunos hemos venido a reunir bajo el término *subjetivismo crítico* la confluencia de un enfoque teórico basado en la psicopatología y el psicoanálisis, que dirija críticamente su práctica asistencial hacia la libertad de los pacientes. (4)

Espacio

La coincidencia entre paciente y profesional no sólo se define por la carga de saber que cada uno soporta. El poder inherente a la relación terapéutica se cuela por muchos entresijos que, aunque parecen grietas sin importancia, repercuten en gran medida en la consistencia de sus cimientos. Uno de ellos es el espacio en que se produce ese encuentro, concepto que hace referencia tanto al lugar donde discurre como a la distancia en que sucede.

La relación con el psicótico, a día de hoy, siempre se da en el marco de un dispositivo. Sea en una consulta, sea en un domicilio, el profesional se encontrará abrigado por la institución allí donde lleve a cabo su trabajo. Como antes decíamos, la institución no es un lugar físico, sino una estructura organizada en torno al enfermo mental; de ahí que pueda traspasar los límites arquitectónicos de los hospitales o las residencias y llegar hasta la calle o la casa del paciente. La institución, por tanto, la configuramos nosotros, los profesionales, que, desde nuestras funciones, horarios, jerarquías, deberes y derechos, establecemos un dónde, un cuándo, un cómo y un para qué trabajar *sobre* otro.

La verdadera relación terapéutica es la que no asume el poder institucional y delega en el loco el saber que desde el dispositivo se le niega. Los lugares, por tanto, no son en sí mismos terapéuticos, sino que son las relaciones, cuando son terapéuticas, las confieren al espacio esa característica. Transformar, en este orden de cosas, los dispositivos en verdaderos *lugares de trabajo*, donde profesionales y pacientes se emplean en una tarea común es la forma de acabar con la Institución. Bien es cierto que resulta incómodo abandonar el despacho, renunciar al papel de expertos y dejar de seguir protocolos, pero los profesionales debemos empezar a asumir que una asistencia hecha a nuestra medida nunca puede servirle a otro. Se trata de lo que el paciente necesita, nunca de lo que nosotros suponemos que demanda. A fin de cuentas, no se trata de discutir, como en tantos lugares se hace, si hablamos de pacientes o usuarios, sino de demostrar cada día que es la persona la que hace *uso* de nosotros, pues no es otro nuestro cometido.

Puesto a expresar la relación que me une, desde la enfermedad, con los responsables tanto en materia de psicología, psiquiatría o del centro derivado donde acudo habitualmente, diré que es tan variada cómo profesionales de la salud lo componen.

En primer lugar, mostraré la parte más negativa. Ésta, es en sí, la preocupación a la que da lugar la situación en la que estoy inmerso. Relegado a una posición de exclusión social, según denominan esa fase en la que el paciente no encuentra hueco en la sociedad, el formar un colectivo donde todos desembocamos en problemas parecidos en el contenido, tiende

a globalizar unos síntomas, y el estigma se hace presente. En lo colectivo, los que queremos desarrollamos a pesar de todo, aprendemos desde una doble lucha. Por una parte, estarían los síntomas. Por otra, la lucha en la sociedad.

A veces es inevitable que joven y trabajador como fui, no añore y a la vez vea en los profesionales que nos atienden, esa capacidad que se plasma en el poder de hacer una vida normal. Pero diré que en el centro, los profesionales —por lo general— se lanzan en pos de ayuda, implicándose en lo que concierne a las tareas propias de su oficio. Algunos más y otros menos, habremos de tener presente los pacientes, que ante todo son profesionales, y que si nosotros acudimos aquí es porque necesitamos ayuda o estar en contacto con más gente.

Algunos se aparecen como ejemplo a seguir, otros como motivación en nuestras aspiraciones y, otras veces, simplemente nos olvidamos del rol que cargamos y que cargan a cuestas y conseguimos pasar un buen rato. Después de todo, debemos aprender en lo que anteriormente expliqué como una doble lucha, pues es el poder, palabra cargada de significante y significado, al que debemos todo el empeño de nuestras acciones para conseguirlo.

Debemos ser capaces de ver en nuestras acciones el reflejo de una personalidad. Se debe tener presente que la intención de centros configurados como éste son la ayuda, y a veces la solución, aunque a veces ésta pase por la primera y en ocasiones encontremos o no la segunda. Llevo tiempo acudiendo al centro, y opté por ser parte pasiva, simplemente queriendo calor, ya que dentro de mí había mucho frío. Me faltó compromiso. Pero es la parte activa la que nos involucra y hace entre pacientes y trabajadores unos lazos más fuertes entre nosotros. Ahora sé que es posible el trabajo en equipo, que el hacer de otros aumente el valor de uno y, además, las facilidades se muestran de cara a exponer, o realizar radio, o expresión por escrito. El compromiso es difícil en estas situaciones, y la relación es individual con cada uno de los pacientes o terapeutas, pero diré que nos insta, de manera pienso que adecuada, a sacar aquella parte creativa que por diversos factores tenemos presente, para no caer en el olvido de una sociedad que un día nos dejó en el umbral de las oportunidades.¹⁵

Ahora bien, nuestra tarea no puede realizarse de cualquier modo. El paciente precisa de un espacio del que disponer, pero se debe considerar la distancia a la que situarnos. Un profesional que no tiene en cuenta las distancias pierde la rigurosidad de su trabajo y no aporta nada diferente al mundo del paciente. Tolerar las distancias del psicótico es, además de una muestra de respeto, una obligación de cualquier trabajador de la Salud Mental. Primero, porque él las establece por una razón consistente, no es una medida casual. Su distancia tiene que ver con su historia, con su forma de ver y tantear la realidad o su talante para abordarla. El autismo del esquizofrénico, la soledad del melancólico, la separación del paranoico o la ambivalencia del límite no son fruto de un *gen del alejamiento*, sino de un modo específico e individual del relacionarse con el mundo. Abordar la clínica desde la

¹⁵ Baruque J. Sin título. Texto inédito. 2015.

subjetividad permite que nos demos cuenta de que esas distancias responden, respectivamente, al mayor o menor grado de indiferencia, culpa, sospecha o dependencia que cada paciente está soportando, por lo que variarlas a nuestro antojo no hace sino despreciar su individualidad y limitar su capacidad de recuperarse.

En segundo lugar, debemos considerar las distancias porque permiten que se abra el espacio temporal necesario para que emerja la confianza. La dosis de paciencia y prudencia que manejamos cuando establecemos la relación con un psicótico es la tarjeta de visita que le presentamos a su llegada. De ella, aunque en principio parezca irrelevante, depende el futuro de ese encuentro asistencial. La prisa, la intranquilidad o la desgana que el psicótico pueda ver en nuestra actitud son los grandes enemigos del posible lazo con nosotros. De ahí que, precavidos, debamos siempre mostrarnos serenos e interesados.

Como ocurre con los amigos, el profesional debe conocer a los pacientes para saber qué distancia tomar con ellos, qué temas evitar, cuándo prefieren que no se les pregunte y cuándo desean compañía. La clínica es el arte de la distancia. Es el cultivo de la habilidad para interesarse sin entrometerse, prestar atención sin invadir, alejarse sin abandonar, ser queridos sin que se nos hinche el pecho y ser despedidos sin sentirnos heridos.

Tiempo

Si tratar con el paciente es ser guardián de sus distancias, no existe forma de hacerlo si no protegemos también sus tiempos. La locura conlleva una retención, una parada de la continuidad temporal en la que el mundo gira a un ritmo y el psicótico, a otro. La melancolía inmoviliza; la culpa y la vergüenza aparecen en forma de apatía, de freno de las extremidades, que no quieren pisar fuera de la cama para evitar la acusación que fuera de ella se profesa. Del mismo modo, la escisión del esquizofrénico lo relega a un instante de perplejidad que aparece como eterno. Los fragmentos de uno mismo estiran los minutos y apresan al pensamiento que, transparente y difundido, se detiene en la reflexión con la esperanza de que un delirio lo libere. La paranoia, por su lado, siempre alerta ante la intromisión del otro, frena la maquinaria del discurrir temporal para evitar que éste se haga presente y, con ello,

su certero perjuicio. Del otro lado, las personas con *trastornos del límite*¹⁶, aceleran sus movimientos e impulsos como respuesta ante la impotencia de la espera que la elaboración del deseo exige. La inmediatez, de este modo, aparecería como respuesta ante el inmovilismo del deseo, siempre reivindicativo de sus tiempos y sus pausas.

La locura funciona a distintas revoluciones que la institución. Por eso el encuentro con ella debe respetar su curso. Acoplar a los pacientes a nuestro tiempo es una falta de consideración y un descalabro asistencial. Someter al psicótico a un programa es algo más que habitual en los dispositivos —incluso dicen que es hasta beneficioso «porque les centra»—, pero, si lo pensamos, no consiste más que en organizar su tiempo en función del nuestro. Bien es cierto que el trabajo diario exige cierto orden, pero cuando se dispone a pesar del plan subjetivo del paciente, descubrimos, una vez más, que sucumbimos ante la serpiente que nos ofrece la manzana del poder. La verdadera *individualización* de la atención no se reduce a hacer fichas y programas personalizados, sino a que no existan más objetivos que los que el individuo nos sugiere. A su modo y, sobre todo, a su tiempo.

Las personas que ven con mirada administrativa y oficial el sufrimiento ajeno —por ejemplo, los jueces, los policías y los médicos—, con el paso del tiempo y a fuerza de costumbre, se endurecen hasta tal grado que aunque quisieran ya no podrían tratar a sus clientes de otro modo que sea el formal. [...] Porque al tratar de un modo formal e impasible a una persona, para privar a un hombre inocente de todos sus derechos solo necesitan una cosa: tiempo. (6)

Ceder el tiempo es, a la vez, un ejercicio de humildad y una prueba de competencia. Renunciando a su dominio comprendemos que el encuentro con el paciente, como profesionales y como disciplina, es temporal y, por tanto, circunstancial. Debemos aspirar a una relación terapéutica circunscrita en sí misma, en la que nuestra presencia nunca se vuelva imprescindible y cada intervención responda a la verdadera

¹⁶ No hablamos del pantanoso concepto categorial denominado «Trastorno Límite de Personalidad». Ese diagnóstico no es más que un cajón de sastre en el que las personas pueden ser incluidas en base a sus síntomas y conductas (impulsividad, intolerancia a la frustración, toma de tóxicos), alejándose de la concepción psicopatológica de la clínica a la que acostumbran las clasificaciones tipo CIE o DSM. Aquí aludimos a la estructura clínica que se encuentra en el territorio intermedio entre la neurosis y la psicosis. En pocas palabras, el neurótico es alguien capaz de adquirir cierta solidez yoica, cuya estructuración del lenguaje avanza hasta la elaboración del deseo y las relaciones admiten siempre a un tercero. La estructura psicótica, por su lado, se caracteriza por la angustia, el empuje de la pulsión, el lenguaje desestructurado y el aislamiento del mundo, con el que la correspondencia es *a dos* —podemos ver, por ejemplo, la relación simbiótica con la figura materna del esquizofrénico—. Pues bien, existe un territorio intermedio que Francisco Pereña denomina *trastornos del límite* (5) precisamente porque la clínica responde a que se está en el límite. Casi alcanzando la organización neurótica pero con un pie en la psicótica. Sobra decir, por supuesto, que hablamos en términos clínicos y estructurales; se trata de una teoría psicopatológica, nunca de la definición de personas.

demanda de la persona. Si bien esto no siempre se consigue y hay encuentros que se eternizan, no debemos perder de vista la pretensión de que los pacientes deben, ante todo, liberarse de nosotros. Para ello, a veces la herramienta más cotidiana, aunque compleja, que tenemos a mano es la flexibilidad. Ser flexible con los tiempos, por ejemplo, puede ser el gran aliado en «la ruptura de la terrible sensación de continuidad temporal que impone la psicosis» (7). A veces basta con que sepan que pueden acudir a donde estamos cuando lo necesiten. Venir a vernos o a contarnos algo de forma no programada son gestos en apariencia insignificantes, pero que pueden revelar elaboraciones más complejas: comprobar si algo ha cambiado, si estamos bien o si pueden dejarnos sobre la mesa algo que les preocupa para irse más aliviados.

La flexibilidad y el tiempo abren las puertas de la confianza. Todos necesitamos un margen temporal para fiarnos de la gente, y el psicótico, más que nadie, debe ser mucho más precavido en esto. Pasar el rato con los pacientes no es perder el tiempo. Es una práctica que les cede las riendas de la temporalidad, que les permite conocernos, observarnos y escucharnos, y que, a la postre, facilita el vínculo terapéutico. Esta estrategia, tan criticada por muchos colegas como carente de rigor profesional, de no estar en desuso, determinaría otro tipo de relaciones al margen de las batas y los protocolos. No se puede pretender que alguien que no pasa tiempo con nosotros pueda confiarnos su intimidad. En esto, como en todo lo que nos concierne, el profesional debe ser paciente y esperar a ver si es elegido.

III.- Los personajes de una historia

Las publicaciones sobre Salud Mental se llenan de reflexiones, ideas y argumentos que versan sobre qué es la locura, sus síntomas, sus mecanismos o sus expresiones. También encontramos literatura sobre los modos de *paliarla*. Fármacos, terapias psicológicas, intervenciones rehabilitadoras, ocupan las páginas de libros y artículos que los profesionales leemos para aplicarlas en las consultas y centros de trabajo. Las técnicas terapéuticas se evalúan, se miden, se cuestionan y se aplican o no en base a distintos criterios; si bien unas se pasan por el tamiz de la evidencia científica, otras atienden a si su enfoque reconoce la subjetividad del paciente y es lo suficientemente respetuoso con su libertad.

Ahora bien, pocas veces nos paramos a pensar qué parte del éxito o fracaso de esos procedimientos asistenciales depende del profesional que los realiza. En otras palabras, nos centramos en qué hacemos y qué utilizamos, pero poco en el que lo

está llevando a cabo. Parece que tenemos claro en qué consiste que un paciente *esté bien* y nos preocupamos por qué métodos aplicar para conseguirlo, pero no reparamos en lo que necesitamos nosotros, los profesionales, como individuos que intervenimos activamente en el encuentro terapéutico, para favorecerlo.

Supongamos que me siento mal, psíquicamente desfondado, «descompensado». Cualquier problema me desborda, estoy nervioso y duermo mal. Igual siento angustia y respiro con dificultad.

Me aconsejan. Y entonces igual decido acudir a un psicólogo o a un psiquiatra.

Él me recibe en una primera cita. Y pueden ocurrir dos cosas muy distintas:

1.- Le cuento mi problema, él escucha (o hace como que escucha, porque en el fondo le importo un bledo y sólo le interesa la «minuta»). Detrás de su mesa, en su impecable despacho, me receta unas pastillas y me da la mano.

2.- Empatiza conmigo. Es decir, se percibe un «buen rollo» mutuo. Es mi compadre y mi colega. Me explica bien y con detalles:

a) Que hay mucha gente a la que le pasa lo mismo, y además por causas parecidas a las mías.

b) Cómo poner remedio sin exigirme un cambio de actitud de la noche a la mañana.

c) Procesos que se seguirían para, en lo sucesivo, actuar no como lo he hecho hasta ahora y que me ha traído a su consulta, sino que, en cambio, me liberarían del problema. Pasos a seguir en la planificación del futuro post-cura.

Según 1 o 2, la trayectoria que vaya a seguir mi salud mental va a diferir totalmente.

Si «tuve la suerte» de encontrarme en una situación 2, sanaré. Si es tipo 1, acabaré volviéndome loco con toda probabilidad, seré «carne de manicomio y pastillas a punta pala», y costará Dios y ayuda sacarme de esa situación.

Todo esto es válido para la primera cita con el profesional que la providencia me haya asignado. A partir de ahí ya se ha establecido un vínculo entre profesional y paciente.

El objetivo de la psiquiatría es fundamentalmente emancipador —como escribe el Dr. Collina en uno de sus libros (8)—. Emancipación también del terapeuta, y yo añadiría que de la medicación, aunque haya que ir despacito y con buena letra. La química influye en todo esto.

El vínculo, dicen algunos, obedece a una proyección de la relación hijo/padres. El cordón umbilical debe romperse con el tiempo y con él llegar a la independencia y superación como personas adultas —la mitosis de la relación, del problema, de la familia, del terapeuta... o sea del «cobijo materno» que nunca debiera no ser eterno—. En general, y mi experiencia así lo demuestra, los terapeutas tienden a ser muy pesimistas. Soy el pollito entecado que nunca crece emocionalmente; siempre necesitaré tratamientos farmacológicos y consultas periódicas y, posiblemente de vez en cuando, tendré recaídas y necesitaré ingresos hospitalarios.

Pero, ¿es «LA CURACIÓN» posible? Solo a medias. Muchas veces se puede pensar: «Siempre seré un menor, un tutelado, un pollo entecado...» También se podría encontrar, de manera más dinámica y sin prejuicios una tercera vía: disminución de la medicación, consultas más espaciadas en el tiempo. Depende de cada caso, pero lo que es seguro es que el terapeuta, más que otra cosa, debe ser alguien al que se le percibe como amigo. O que sea realmente un amigo.¹⁷

Probablemente no existe mejor forma de tasar una intervención en salud mental que la que se ocupa de observar las cualidades del profesional que la lleva a cabo. Si paciente y profesional son los dos sujetos de la psiquiatría, como aquí sostenemos, la mirada debe ponerse siempre sobre el que ejerce —o puede correr el riesgo de ejercer, bajo el amparo de la disciplina— su poder sobre otro. Por ello, si algo podemos añadir a la reflexión sobre qué se mueve entre estos dos individuos, que se encuentran en el contexto de la clínica y la demanda, es intentar perfilar los atributos que el profesional debe, irremediamente, trabajar respecto a sí mismo. Si bien criticar nuestra actitud es un tema comprometido, resulta coherente si intentamos evitar ejercer el poder que proferimos.

En nuestra opinión, tres deben ser las cualidades del profesional que trabaja en el ámbito de la salud mental. De su desprecio o su asunción podrán derivarse bien graves fracasos terapéuticos, bien vínculos respetuosos y clínicamente eficaces. En primer lugar, todo profesional debe ser una persona que goce de disponibilidad; ser y estar disponibles son condiciones fundamentales en la costura del vínculo. En segundo lugar, nunca debe faltar la ternura. Disposición malentendida en nuestro tiempo que determina la calidad de las relaciones clínicas. En tercer y último lugar, debemos ser firmes. La firmeza se aleja de la rigidez, abarca nuestra coherencia y la rigurosidad, alcanzando hasta el propio respeto por la persona que tratamos.¹⁸

Disponibilidad

Desdibujar el poder que representamos pasa, como vemos, por ceder el saber, el tiempo y el espacio al paciente. Estos gestos del profesional se reúnen bajo la cualidad de la disponibilidad. Estar disponible es estar abierto. Abierto tanto al diálogo como a la escucha, que son las dos escenas más potentes de la estrategia

¹⁷ Iñiguez C. El pollo *entecado*. Texto inédito. 2015.

¹⁸ Silvano Arieti, en *Interpretación de la esquizofrenia*, defiende como cualidades fundamentales del profesional ante el psicótico la cordialidad, la ternura y la firmeza. Desde nuestro punto de vista, tal reflexión admite un pequeño matiz en base a nuestra experiencia diaria. La cordialidad la consideramos condición indispensable para el profesional que puede ser tierno y, a la vez, implica a su disponibilidad y flexibilidad. (9)

terapéutica pero que, hoy en día, no hacen sino acumular polvo en los almacenes de la Salud Mental.

«Más importante aún que el tratamiento, prefiero pasar cinco horas con un enfermo hablando que prescribirle una pastilla. Me ahorraría cinco horas de trabajo, pero el parche que pongo no se va tan fácilmente. . .» Estas palabras dichas por mi psiquiatra me hicieron reflexionar y pensar que el mismo trabajo que hacía ella lo podrían hacer mis amigos o mi familia. Total, se trataba de hablar conmigo críticamente, de ver mi problema bajo la visión de una persona sana, con los pies en la tierra. Y que yo supiera discernir entre lo conveniente y lo inconveniente para mí en cada momento.

Antes era como una piedra. No aceptaba indicaciones y menos de extraños. Pero cuando en un sistema de trabajo compartes tensiones de otros compañeros, compartes el almuerzo y otras actividades, hablar te hace empezar a confiar.

El hecho de comprobar por mí misma que existen muchos caminos me libró de la angustia de seguir EL CAMINO, es decir, esos pasos establecidos por la vida, necesarios, pero no obligados para todos.

Somos como reenganchados de la sociedad donde vamos dando pequeños pasos, tarde, quizás, pero imprescindibles para el desarrollo de nuestras vidas y la tranquilidad de los nuestros, que ven nuestra mejoría lenta pero progresiva.

CONFÍAR para mí significa poder contar tus errores o el verdadero motivo del ingreso, o sentarte enfrente y notar que no te juzgan.

Sentir que confían en mí es de las mejores cosas que me pasan. Me hace sentir especial. Me pongo alegre y soy más accesible.¹⁹

Para estar disponible hay que trabajar el diálogo. Aprender a hablar con los pacientes es una tarea del profesional tanto o más importante que la identificación de sus síntomas o la pericia para mitigarlos. Hay que dedicar mucho tiempo al oficio de la conversación. Debemos ser hábiles para acertar sobre cuándo hablar y cuándo callar, para poder conversar de todo y de nada a la vez, o para identificar el territorio en que movemos, es decir, aquel lugar intermedio entre el compadreo y la sumisión. Pues tan peligroso es tratar con el paciente desde la jerarquía como relegarle al puesto de amigo.

Hay que hilar muy fino para hablar bien con los psicóticos. Atender a nuestro *sentido común* y, a la vez, considerar el *sentido único* de lo que se mueve entre ellos y nosotros. Un psicótico es un interlocutor más, luego, como pasa con cualquier persona, habrá temas íntimos en los que no debemos entrar o actitudes que le desagraden. Pero también es alguien con quien el discurso juega un papel muy

¹⁹ Alcaraz N. Carta a la confianza. Texto inédito. 2015.

relevante. Las palabras son el bálsamo de la angustia. Facilitar la narración, respetarla y animarla es acompañarle en su proceso de reparación. Por eso hay que huir de los cuestionarios. Es imposible conversar con alguien siguiendo una lista de preguntas, tanto si la tenemos escrita —test diagnósticos, cuestionarios de enfermería, formularios sociales—, como si aludimos a esa que todos tenemos mentalmente incorporada por nuestra condición de clínicos.

Estar dispuesto a conversar con los pacientes es permitir que ellos también nos conozcan. No en un sentido personal o familiar, sino en lo que respecta a mostrar nuestra intención. No hay nada que acabe con más rotundidad las relaciones terapéuticas que la ocultación, por parte del profesional, de sus verdaderas intenciones. Nuestra forma de expresarnos, las palabras que usamos, la naturalidad con la que movemos las manos al hablar, el gesto con que escuchamos deben definirnos a nosotros mismos, nunca representar el papel que creemos conveniente para el momento. El psicótico es un hábil cazador de simuladores y, tarde o temprano, dará presa a cualquier lobo con piel de cordero. Por eso es importante que revise-mos nuestra propia actitud, la escudriñemos e intentemos pensarla. Para empezar, nunca debemos creer que el paciente «piensa de un modo incorrecto». Es decir, resulta inadmisibile desde el punto de vista asistencial sostener que su malestar le hace razonar erróneamente porque, al final, entraríamos en la contradicción de acabar decidiendo por él. Por otro lado, debemos ser francos a la hora de distinguir hacia dónde nos estamos dirigiendo en la relación, si es él el protagonista o lo somos nosotros. Dejemos, entonces, de preocuparnos por nuestras aspiraciones —agradar, curar, saber, agradar o destacar entre los compañeros— y desplacemos el deseo hacia el de los pacientes —hacia el interés por ponerlo en marcha—.

Pero la disponibilidad del profesional no sólo implica que esté abierto al diálogo sino también a la escucha. Escuchar es mucho más complicado que conversar. Requiere estar presentes pero, a la vez, ser invisibles; dar un paso atrás sin desaparecer del todo. La angustia psicótica es la manifestación del desconcierto lingüístico, de la ruptura de un lenguaje que no puede dar cuenta del mundo que rodea al sujeto. De ahí que el delirio actúe como vía de salida de ese pozo; escapatoria que, además, permite pasar del retiro del pensamiento al diálogo con otro. En los casos *límite* ocurre algo similar. El paso al acto no es más que la manifestación explosiva de un pensamiento que no puede ser llevado a la palabra. De este modo, el consumo de tóxicos, las conductas adictivas y los arrebatos que tan frecuentemente aparecen en las estructuras *del límite* dan cuenta de que el lenguaje se vive como inestable y poco preciso para trasladar el mundo interno. Escucharles abre la posi-

bilidad de que se estructuren, de volver aquí y, con ello, asumir la responsabilidad de la propia identidad. De nada servirán, en ningún caso, los comentarios que interrumpen el discurso, los intentos por acabar frases que parecen quedarse a medias o las explicaciones a destiempo sobre lo que les está pasando. Estos torpes gestos sólo imponen nuestro lenguaje al suyo, cortando las yemas de recuperación que estaban brotando.

Los profesionales debemos ser receptores que faciliten la narración, nunca artífices de la misma. Saber comunicarnos, aprender a enmudecer y, sobre todo, encontrar el gusto por conversar y escuchar a los pacientes nos hace estar disponibles para ellos. Como tantas veces se ha repetido, el que hace preguntas obtiene respuestas, pero el que deja hablar consigue historias.

Ternura

La ternura es la gran desconocida de nuestra sociedad. Es diametralmente opuesta a la necesidad de ayudar, la caridad, la benevolencia y las buenas intenciones, que son sentimientos que emergen de la culpa y el narcisismo de los profesionales. Ante el compañero que se excusa de su desacierto o indolencia aludiendo a la buena intención que albergaba, solo cabe la sospecha y la distancia. El altruismo no cabe en nuestro trabajo, pues siempre se nutre de la superioridad y la condescendencia que, a la postre, deja entrever el deseo de dominar y controlar al otro. El psicótico ve estas oscuras intenciones con rapidez y, con razón, enseguida muestra su escepticismo. Del mismo modo que cuando la falta de sinceridad aviva nuestras decisiones, la compasión despierta el recelo de los pacientes, que terminan por confirmar su falta de confianza en los profesionales.

Querida hipocresía:

Te escribo a ti porque siento que en muchos momentos, reinas y guías nuestras vidas.

En el fondo de mi ser, lo que más nutre desde la raíz de mis valores, son el amor y la sinceridad. Aunque tú también formas parte de mí, ¡Incluso de esos valores! Me encuentro contigo en este mundo a cada paso que doy: cuando era niño, porque tenía que crecer, cuando era joven, porque tenía que descubrir, cuando quieres ser adulto... porque tienes que confiar en ti mirando hacia delante, con las cosas que crees, cosas que has descubierto, y cubrirlas con tu propia experiencia. Es tan complicado ordenar las verdades y las mentiras, además de comprender los sentimientos y las emociones...

En estas me encuentro querida hipocresía. Si paradójicamente nos han querido hacer creer que en un breve periodo de tiempo, hemos vivido por encima de nuestras posibilidades... Mi mente me ha hecho vivir a mí por encima de la realidad: en mis sueños, en mis metas sin alcanzar, y... el problema de volar con la mente, y sin alas, es que llega el momento de trope-

zarse, y caer de lleno en la realidad. De quedarse incrustado en ella, en el fondo. Donde uno ya no ve la luz, donde la ilusión se ha perdido en un laberinto por el que no queremos avanzar. Pero querida hipocresía, abarcas muchos sectores, muchos campos, muchos momentos... Céntrate en mis palabras, porque sólo quiero que pienses las preguntas de una en una, evidencias a que dimensión pertenecen, te alejes de dicotomías, y te esfumes... ¿Por qué tenemos una gran cultura, una de las mejores asistencias sanitarias, pero la psiquiatría parece que involuiona? ¿Tan difícil es comprender que la medicación solo es una herramienta y no una solución? ¿Hasta cuándo?!

Pedir paciencia a un paciente suena feo. Pedirle calma y darle calmantes también. Mostrar un camino que consiste en él... Pero diciéndoselo, nunca obviando nada.²⁰

La ternura se enfrenta a la hipocresía. La hipocresía está en el profesional cuyo deseo es el de *salvar* a los pacientes, pues sólo se da importancia a sí mismo. Se siente valioso y valiente; el experto, dirigente y guía. Incurrir en la catástrofe del paternalismo y de la *pauta*. Acaba, a fin de cuentas, recortando la libertad. Estar con un paciente no implica enseñarle cosas. Para ser tierno hay que ser humildes en nuestras funciones. Nunca somos expertos en la persona —aunque se nos suponga expertos en la enfermedad— y sí meros acompañantes que hospedan la voluntad de serles de utilidad. La humildad, entonces, permite que nuestra opinión pase desapercibida, nos ayuda a rasgarnos el saber que nos hemos cosido y proporciona ese punto de ignorancia que debemos soportar, que no es otro que la mancha ciega ante lo inabarcable de la locura. Por eso no hay encuentro terapéutico en el que quepa el consejo. El consejo es la enunciación de lo que otro debe hacer en base a nuestro saber, nuestras creencias y nuestra moral. Es una formulación violenta, un intento de someterle a una verdad que no es suya, sino nuestra y de la sociedad. El consejo es la camisa que damos al paciente para que parezca *normal*, pero que nunca está hecha a su medida.

Para ajustarnos a la medida del psicótico no existe otra forma que trascender la actitud formal que se nos supone. Desembarazarnos de lo que creemos saber y atender su subjetividad. Nunca creer que le entendemos, ni por supuesto decirse-lo, pero sí aspirar a comprender qué profesional necesita, para convertirnos en él. Personalizar los tratamientos pasa, entonces, por dar exclusividad a los tratos.

Los profesionales de la salud mental trabajamos con personas frágiles. Locos, enfermos, delirantes o maniaco-depresivos, su malestar psíquico da cuenta de que la subjetividad se muestra quebradiza —que no débil— en ciertas circunstancias. Un profesional, entonces, que se dirija hacia la emancipación de las personas con

²⁰ Pastor G. Querida hipocresía. Texto inédito. 2015.

diagnóstico de enfermedad mental, que valore su libertad y respete su palabra debe aunar en sí mismo todos los componentes, en apariencia contrarios pero perfectamente compensados, de la ternura. Ponerse a su disposición sin incurrir en el servilismo y la protección; saber ser únicos e insustituibles pero, a la vez, ser prescindibles; movernos entre el interés y la cierta indiferencia. En definitiva, trabajar con ellos un vínculo que proporcione nuestra presencia incluso sin estar físicamente allí, inaugurando una relación con el mundo diferente, en la que estar solo no es ser abandonado, ni acercarse a alguien implica invadir su intimidad. Se trata, a la postre, de suministrar un nuevo comienzo en el acercamiento a los demás.

Firmeza

La firmeza es la tercera condición que debe cumplir el profesional de la salud mental para favorecer el encuentro terapéutico. Si la disponibilidad facilita la emergencia del discurso y la ternura trabaja las relaciones con el otro, la firmeza implica a la labor de sostenimiento que nuestra posición exige en tantas ocasiones.

Ser firme no es ser rígido. Con la rigidez se gobierna, mientras que la firmeza representa la capacidad de sostener cuando el peso es excesivo. Si algo ha perseguido a la locura a lo largo de la historia es su incompatibilidad con las normas y los límites, rígidos y estandarizados, de la sociedad. De ahí que la *normalización* siga en boca de algunos profesionales. «Conducta normalizada», «vivienda normalizada» o «empleo normalizado», aún en los ámbitos supuestamente más respetuosos, son expresiones que se cuelan como lengüillas negras en la asistencia, dejando a corazón abierto su contradicción. Pretender normalizar es dirigir al distinto hacia la igualdad y, si los supuestamente cuerdos no pretendemos ser iguales, ¿por qué hacer a los locos iguales a nosotros? La rigidez va de la mano de la normalización porque asiste al saber psiquiátrico en el ejercicio de su control sobre el loco. Huir de ella es aceptar la diferencia que implica la psicosis, respetarla y, si llega el momento de intervenir como profesionales, hacerlo respondiendo a esa idea. Nunca debemos tener como meta el ajuste social de la locura, sino la reivindicación de su diferencia.

Por otro lado, la firmeza llama a la rigurosidad del profesional. A su capacidad para mantenerse a flote a pesar de las adversidades. La presencia de un profesional puede ayudar a mantener estable una psicosis o a configurar la identidad de un límite, tareas en las que seremos un pilar o en espejo, pero nunca un referente. Se trata de que nos usen como campo de entrenamiento para las grandes competiciones del día a día; torneos que se juegan en casa, el trabajo o la calle, pero que en los

que tantas veces ni se han inscrito por falta de expectativas ante la victoria. Sabiendo que nunca correremos por ellos, recordemos que somos un medio, jamás un fin. Mientras nos utilizan, debemos ser firmes y estables, pero no superhombres. Mostrarnos cansados, despiستarnos o tener un mal día puede, en muchos momentos, ayudar a que nos *bajen de las alturas* y se reconozcan en nosotros. Podemos —y debemos— cometer nuestros fallos, aunque es nuestra obligación saber qué dosis de errores del profesional puede soportar cada paciente

Precisamos de firmeza porque en muchas ocasiones ocuparemos un lugar incómodo. En primer lugar, por la posición en la que muchos nos suponemos. Nuestra ignorancia, falta de destreza o torpeza pocas veces se admite sin dobleces. Lo habitual es que la vergüenza y el orgullo nos lleven a depositar los tropiezos propios en los demás, sobre todo ante los compañeros. Cuántas veces se oye en los equipos eso de que «Fulanito es un manipulador», «Menganita nos toma el pelo» o «reaccionó así porque *está fatal*» y cuántas los pacientes son desplazados de un dispositivo a otro «porque no cumple criterios» o «no se atiende a las normas». Es raro que ante un fracaso se acabe cuestionando si el funcionamiento del equipo, la actitud de alguno o las normas que rigen el dispositivo han sido adecuadas. Es complicado y humillante siquiera imaginar que puede que no lo estemos haciendo bien y que, por eso, algo no funciona. La firmeza es la cualidad que nos permitiría admitir la impotencia sin rompernos, así como asumir la responsabilidad de nuestras decisiones sin sucumbir a la traicionera culpa.

En segundo lugar, la firmeza es un recurso imprescindible porque estamos en el punto de mira de muchas defensas del paciente. Desde la relación que establecemos con él, somos blanco fácil de proyecciones, idealizaciones y desconfianza. De ahí la importancia que antes dábamos a la distancia. Pero aun ajustando la distancia a su espacio, el psicótico muchas veces nos sobreestimaré. La idealización, entonces, debe encender las alarmas de la humildad para adoptar, rápidamente, una actitud que sostenga nuestra posición. Otras veces seremos odiados, personificaremos a los perseguidores e intrusos. La disponibilidad que se nos exige puede caer del lado de la hostilidad cuando la angustia llama a la puerta. Tendremos, en ese momento, presente que no somos más que un depósito delirante, una figura para soportar la carga de discordia que el delirante necesita elaborar y sacar fuera. Y por último, podemos ser retados. La necesidad de transgresión —eso de «saltarse las normas»— que tantas veces el sujeto siente como necesaria e incontrolable puede ponernos a prueba. A veces solo busca eso, probarnos. Comprobar si estamos del lado de los rígidos o de los firmes; si somos de los que castigan o de los que

permanecen. Si, como decía Bataille, la prohibición es el preludio de la transgresión (10), basta alzar la bandera de la rigidez y el cumplimiento para despedirse de cualquier relación terapéutica. Nuestra figura puede ser de utilidad al sujeto, por ejemplo, con estructura *límite* si sirve para aportar justamente un límite para la configuración de su identidad. El paciente límite está hecho como a retazos²¹ y su estructuración pasa por identificar los huecos entre ellos e ir rellenándolos. Amalgamarse y elaborar deseos propios es un trabajo que a veces precisa de un interlocutor, un acompañante sólido que aporte presencia, anime a la expresión de las cosas y ayude a encarrilar los proyectos. Luego ser un límite para un paciente no es construirle normas y muros, sino descubrir con él las fronteras entre sí mismo y el mundo, entre lo que desea y lo que no.

Del vínculo paciente terapeuta destacaría la firmeza. ¿Qué es para mí la firmeza? Es seguridad, solidez y estabilidad. Firmeza no es lo mismo que rigidez. Un terapeuta rígido no respeta la opinión del otro, ni está abierto a aceptar ninguna idea que no sea la suya.

También me gusta que sea consecuente con lo que me diga. En el tiempo que llevo en terapias lo que más me ha servido es la confianza que depositan en mí, yo pido a los profesionales que sean firmes. Eso no es sólo hablar, sino intentar que el paciente sea capaz de auto realizarse y de que se le de confianza.

Hablar con ellos me ha aportado tener paciencia, pensar antes de hacer las cosas y respetarme a mí mismo.

¿Cosas que me gustaría que supieran los terapeutas? Que no es tan fácil hacer las cosas bien, por fallar un día no tienes que fallar todos. No tendría que pedir perdón a nadie, sino responsabilizarme de mis actos. Hay profesionales que con sólo mirarte ya saben lo que te pasa y eso en realidad es positivo para los dos. Eso son los buenos terapeutas.

Pueden deshacerse de la rigidez sin perder la firmeza.²²

La firmeza es el un recurso fundamental para soportar las cargas positivas y negativas del paciente y tolerar la ignorancia propia y ajena, pero también para aguantar las contradicciones de la Institución. No olvidemos que la institución tiende a cerrarse en sí misma y, para ello, arrasará con cualquier intento de ser derrocada. Hasta en los sistemas más abiertos podremos comprobar cómo las normas laborales, los requerimientos administrativos y las luchas internas, siempre acaban por vencer a cualquier idea que promueva la apertura y flexibilidad de los profesionales

²¹ «Soy como piezas de un puzzle», nos decía hace un tiempo una persona con una estructura límite y un sinfín de diagnósticos que iban desde la Toxicomanía y Ludopatía a los Trastornos de Personalidad –Límite, Narcisista y Antisocial- y el Trastorno bipolar.

²² Rodríguez JC. La firmeza. Texto inédito. 2015.

con los pacientes. Y es que el gigante contra el que luchamos es más antiguo que la propia locura, pues se trata del poder psiquiátrico que a nosotros mismos nos constituyó. Estamos, definitivamente, sumidos en una lucha edípica; queremos matar al padre psiquiatra que se llevó a la madre locura.

IV.- Palabras finales

Las reflexiones aquí recogidas son fruto de una convivencia. Reflejan lo que debería ocurrir a diario en un lugar de trabajo: que los profesionales aprendemos de los pacientes, mientras ellos intentan liberarse de nosotros.

En estas líneas hemos recogido lo que pensamos sobre el encuentro entre el profesional y el paciente. Partimos de una situación de poder desigual, en la que el saber debe ponerse del lado del psicótico para compensar nuestro exceso como disciplina. Nos dirigimos a un lugar donde la relación terapéutica pase por el respeto de la subjetividad de la persona y la defensa de su libertad. Para ello, no hay sino que mirar con lupa la actitud de los profesionales, personajes *cualificados* para contener la locura y máximos responsables de su segregación mediante los diagnósticos. Con todo, llamamos a la responsabilidad de ejercer un trabajo en el que la crítica hacia nosotros mismos prevalezca sobre cualquier interpretación de los diferentes. Pues, a fin de cuentas, los que deberían ser juzgados son los que se creen en posesión de la Verdad y nunca los que, aun a pesar de su sufrimiento, legítimamente la portan.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Foucault M. El poder psiquiátrico. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2005. p. 15-33.
- (2) Artaud A. Carta a los directores de asilos de locos. En: Carta a los poderes. Buenos Aires: Insurrexit, 1974; p. 13-4.
- (3) Freud S. Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia. En: Obras Completas, T. IV. Madrid: Biblioteca Nueva, 1972; p. 1522.
- (4) Martín L. Subjetivismo crítico: una respuesta a los manuales diagnósticos. Bol Asoc Mad Neuropsiq 2014; 37: 35-40.
- (5) Pereña F. Denegación y límite. Acerca de los llamados trastornos límites. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2009; 103: 7-33.
- (6) Chéjov A. El pabellón nº 6. En: Cuentos imprescindibles. Barcelona: De Bolsillo, 2008; p. 191-2.

- (7) Leader D. *¿Qué es la locura?* Madrid: Sexto piso, 2013; p. 383.
- (8) Colina F. *Sobre la locura.* Valladolid: Cuatro ediciones, 2013; p. 120.
- (9) Arieti S. *Interpretación de la esquizofrenia.* Barcelona: Labor, 1965.
- (10) Bataille G. *El erotismo.* Barcelona: Tusquets, 1979; p. 91.

Otras referencias:

- (11) Álvarez JM^a. *La invención de las enfermedades mentales.* Madrid: Gredos, 2008.
- (12) Huertas R. *La locura.* Madrid: Libros de la Catarata; 2014.

4.- “La institución del sujeto, el sujeto de la institución”.

José Leal Rubio.

Psicólogo Clínico, Psicoanalista.

Con la luz, con el aire, con los seres.

Vivir es convivir en compañía.

Placer, dolor: yo soy porque tú eres.

Jorge Guillén

Aire Nuestro III, Homenaje.

INTRODUCCIÓN

La reflexión sobre la vida institucional en los distintos ámbitos (salud, servicios sociales, justicia) ha ocupado gran parte de mi actividad a lo largo de los años por mi tarea clínica y de supervisión en instituciones. (1, 2) Coincidió el inicio de la misma con los procesos desinstitucionalizadores y el desarrollo de muy interesantes perspectivas comunitarias en la atención a las personas con trastornos mentales así como en otros ámbitos. Las políticas progresistas que impulsaban las instituciones públicas hacían hincapié en los procesos grupales y la prevención y, en bastantes ocasiones, se corría el riesgo de estigmatizar las actividades asistenciales e individuales que podían ser tachadas de asistencialistas e individualistas. Esa dificultad para considerar al sujeto y su lugar en el espacio institucional y comunitario (3) generó en mí un creciente interés y un conjunto de reflexiones sobre las prácticas comunitarias. Éstas eran y siguen siendo la única alternativa a las instituciones cerradas y totalitarias que tan perturbadores efectos tienen en la vida de las personas. En el contexto histórico en el que se producía aquella reflexión podía estar produciéndose un pensamiento dicotómico que enfrentaba lo individual y lo colectivo y que corría el riesgo de asignar a una u otra posición valores conservadores o progresistas. Pero ya había quienes hablaban (4) del error que había sufrido el pensamiento progresista abandonando, según él, al individuo y diluyéndolo en un ensalzamiento de lo colectivo. Reivindicar al individuo no era dar la espalda a lo colectivo, al contrario, abandonar el individuo a los movimientos conservadores era reforzar

el individualismo. Éste no es más que el reconocimiento de la individualidad para pocos individuos y la supresión del individuo como existencia singular, irrepetible y peculiar para la mayor parte de los otros. Éstas son las ideologías que reconocen sólo las razones del individuo triunfador en detrimento de las potencialidades y virtualidades de todos los demás.

La propuesta comunitaria y la creación de servicios articulados que alejaran el riesgo de la institucionalización y la institución total corría el riesgo de, en la práctica, olvidarse del sujeto y huir de las prácticas asistenciales y la atención individual en muchos servicios y al predominio de un discurso preventivista, necesario pero insuficiente ante las necesidades de la población.

El discurso comunitario inflamado de buenos deseos y de más buenos aún compromisos con la comunidad hizo que, en mi criterio, las prácticas de los que consideraban que no hay colectivo sin sujeto -y a la inversa- corrieran el riesgo de ser tildadas de obsoletas y poco acordes con el momento comunitarista si tenían en cuenta al sujeto en su singularidad y en su particular necesidad y demanda.

Siempre entendí que tanto la concepción comunitaria de los servicios como el trabajo comunitario en tanto modelo de intervención debían huir del enfrentamiento sujeto-comunidad porque el sujeto es parte activa de ésta, causante y causado y tiene un importante papel en el desarrollo comunitario y social, tema muy importante en aquellos años de estreno de la democracia y superación de los horrores de la dictadura. Castilla del Pino, en aquellos años plantea que entiende “por desarrollo social, a semejanza de lo que se entiende por desarrollo de una personalidad en psicodinámica - la posibilidad que el organismo, que es la sociedad, tiene -si se la deja- de evolucionar hacia formas cada vez más perfectas. Considerar a la sociedad como organismo no significa, en modo alguno, el sostenimiento de su antítesis frente al individuo como singularidad sino todo lo contrario: la convicción meramente empírica, pero objetiva, de que la sociedad es la totalidad de los hombres que la componen. Cuando se dice, pues, que la sociedad es susceptible de perfección mediante el posible despliegue de sus potencialidades, queremos decir, nada más y nada menos, de las potencialidades de sus componentes, de las de los hombres que la constituyen” (5)

La sociedad es el medio humano, con sus particulares características, estructura y valores en un determinado momento histórico.

El reconocimiento de la individualidad lleva al reconocimiento de la igualdad de cada persona independientemente de su origen, rango, género o etnia. Y consagra la igualdad en dignidad a cualquier otro de lo que se derivan consecuencias

importantes. Una de ellas es la igualdad de cada uno frente a la ley en el doble sentido, según el cual no solo todos los ciudadanos son iguales (respecto a la ley) uno frente a otro sino que sobre todo están igualmente sometidos -o sujetos- a la ley como los individuos que poseen poder. La dignidad igual implica, en resumen, que el poder quede como mera función y no implique privilegio. El individuo debe entenderse no como tal frente a lo colectivo sino como individuo/coexistencia que no puede prescindir del nosotros (nos.otros) y que se ha construido mediante un "tu". Su realización pasa por el disfrute de todas las garantías vitales elementales necesarias para un desarrollo en igualdad, evidentemente de oportunidades. En este sentido la función del estado de bienestar tan en crisis, cuando no en desmantelamiento, es la creación de condiciones para el lógico desarrollo del individuo tomado en seriedad; es decir, una sociedad proyectada en modo tal que todos puedan vivir en ella como individuos, reconocidos en base a su singularidad y no a sus diversas pertenencias. Ello hace pensar en dos tipos de lógicas que coexisten en la vida de los sujetos y que dan lugar a valores muy diferentes. La lógica de la ciudadanía se sustenta en el principio de legalidad antes señalado: cada sujeto tiene valor por sí mismo y a la defensa y cuidado del mismo van dirigidos los diversos desarrollos legislativos. Es la lógica de la ley y está inscrita en todas las constituciones occidentales pero desmentida continuamente en la práctica cotidiana. Porque lo que predomina en nuestro mundo en la práctica es la lógica de la pertenencia que valora al individuo en función de sus identificaciones a un determinado grupo. Es la capacidad de negociación e influencia de éste la que va a determinar su desarrollo y premiada su fidelidad que es un valor imprescindible en la lógica de la pertenencia. La virtud de la fidelidad será mucho más tenida en cuenta que la virtud de la conciencia, de la autonomía moral, de la libre opinión. La sumisión jerárquica primará sobre la igualdad comunicativa entre los individuos y el individuo se diluye mientras la corporación aumenta su prepotencia. El discurso ideológico neoliberal niega al individuo, fomenta el individualismo vinculado al peso corporativo. El individualismo es la negación del otro en su igualdad y, por tanto, en su dignidad. El individuo, al contrario, es a la vez una relación a sí mismo y una relación al mundo basado, ya hemos dicho, en la igualdad ante la ley.

El estado de bienestar en crisis o desmantelamiento incrementa el peso de la pertenencia y deja sin protección a un cada vez más alto número de sujetos frágiles o fragilizados sin protección de una pertenencia con poder. El choque entre esas dos lógicas es un choque entre dos formas de ver o estar en el mundo, de entender al individuo y de organizar la vida en común. Tenemos evidentes pruebas de ello

en las características de la situación de crisis actual y en el permanente riesgo de exclusión de todos aquellos de frágiles pertenencias y del incremento de riesgos de estigmatización tan difícil no solo de erradicar sino de no incrementar. De ello conocemos mucho quienes trabajamos en el campo de la salud mental y de la atención a las personas.

Venimos hablando del individuo, de sus derechos y deberes enmarcados en contextos democráticos cuya protección es función de sí y también de las instituciones sociales surgidas para ello. Esta condición de ciudadanía -reconocible a todo ser humano por su condición de tal- se adquiere por el hecho de nacer y formar parte de una comunidad que reconoce a cada individuo como singular.

LA INSTITUCIÓN DEL SUJETO

Hasta aquí venimos hablando del individuo portador de derechos como ser vivo de la especie humana desde que nace. Ahora nos preguntaremos cómo el individuo se relaciona con lo social y cómo entender lo social en la persona desde el inicio de la vida o, dicho de otro modo, cual es el papel del otro, del otro en la vida psíquica, en la doble perspectiva de la constitución del sujeto y en la del sustento de toda forma de relación social a lo largo de una vida.

El otro preexiste para el ser humano a la construcción de la sociabilidad (6). Basta con observar como el bebé de algunas semanas busca con sus ojos la mirada de la madre, cómo esta mirada lo tranquiliza, dado que el primer encantamiento del ser humano está en ese encuentro con la mirada del otro. Pero ese encuentro aún no es pensable como relación, para esto es preciso la constitución intrasubjetiva de lo que Freud, ha llamado el "lazo social". Se trata de la incorporación por vía identificadora de un adulto en función que consideramos paterna, aun cuando no está limitada a la paternidad biológica. Esa identificación es la que dará lugar a contar con el vínculo social para establecer relaciones con sus semejantes, logro que a algunos les permita disfrutar con alegría y expansión el encuentro con los otros, y a otros puede producirles temor y dificultad. Esta capacidad que llamamos lazo social, ligada luego a la adquisición del lenguaje y los vínculos sociales, no es una evolución natural, es decir, biológica. Un niño que no conviva desde el inicio con otros adultos y que no reciba la imposición de relacionarse a través del lenguaje, por más que su cuerpo y su biología evolucione, no logrará transformarse en ser humano, ya que la evolución biológica no implica necesariamente desarrollo hu-

mano del ser. Sin duda que el ser humano pertenece a una especie de mamífero de manada, y como muchas otras especies de mamíferos vive y desarrolla su vida en conjunto; es probable que este rasgo de especie tenga incidencia en el sentimiento de soledad y desamparo ante la falta de otro para el ser humano, pero sin duda, una vez constituido como individuo humano el otro juega un papel en la subjetividad, mediado por el lenguaje y la palabra, que hacen de la soledad del hombre un tema no biológico sino social. Como señala Todorov, (7) “tal vez el hombre vive en primer lugar en su propio cuerpo pero sólo comienza a existir por la mirada del otro; sin existencia la vida se apaga. Todos nacemos dos veces: en la naturaleza y en la sociedad, a la vida y a la existencia; ambas son frágiles pero los peligros que las amenazan no son los mismos”.

Se nace como individuo, en calidad de cachorro de la especie humana, y se accede en contacto con ésta al lugar de sujeto, de sujeto psíquico. El sujeto psíquico es el resultado del proceso que va de cachorro de la especie a un ser no solo merecedor de derechos sino inscrito muy prontamente y sin él saberlo en el deseo de otro que le ofrece un vínculo y convierte lo animal en psíquico, transformando lo instintivo en pulsional. Ese proceso solo se da en el ser humano y en contacto con humanos. Recibirá de ellos la protección imprescindible para la supervivencia que no puede lograr por sí solo. De entre los animales el humano es de los más necesitados de una intensa ayuda y protección para subsistir y, desde luego, para lograr los atributos y características de la especie: la marcha bípeda, el juego simbólico, el lenguaje y todos los instrumentos para acceder a la libertad. Se inscribirá en la cultura a través de los necesarios procesos de identificación. El proceso de identificación, su origen y sus avatares quizás sea uno de los más estudiados por el psicoanálisis y otras corrientes del pensamiento. No es éste el espacio para un detalle preciso de tal proceso, por otro lado extremadamente complejo, pero sí para decir que es un proceso ineludible, transversal al recorrer todas las etapas, lugares y relaciones de cada ser, que nunca está del todo hecho porque es característica del mismo la incompletud y el desarrollo permanente aunque con etapas privilegiadas para el aprendizaje (8). En realidad puede ser difícil expresar que es lo que ha sucedido para que cada sujeto sea tan singular, tan diferente a otro incluso habiendo tenido experiencias similares y compartido tiempo y espacios. Esa es la grandeza de cada ser que no puede ser encorsetado en una identidad homogeneizadora. Y es que, podemos decir, que cada sujeto “escoge” de una manera que no podemos definir entre los muchos estímulos que percibe o se le ofrecen en los distintos espacios facilitadores de identificación y los hace suyos en cantidad y calidad de lo

que resulta el sujeto singular que cada uno somos. Esos espacios facilitadores de identidad (9) por la posibilidad de ofrecer aportes identitarios, son dinámicos y de ellos el sujeto captura y elabora elementos que van a ir configurando su personalidad. Esa identidad lo vincula consigo y con los otros.

La dialéctica sujeto-institución, que es el tema central que pretende abordar este trabajo, comienza en el momento en que el niño percibe, a instancias de la madre, en un proceso más o menos forzado y siempre forzoso para devenir sujeto social, que el mundo mágico y maravilloso de completud entre ellos ha acabado, no sin dolor y que lo que llega es una realidad cargada de sujetos con los que ha de aprender a convivir. El sujeto es prontamente institución y ésta no es sin sujeto. El sujeto es pues instituido e instituyente. Instituido en tanto su ser está forjado por las miradas, las expectativas y los deseos de otro. Instituyente en tanto su presencia, su mera existencia modifica en alguna medida al otro y al entorno en que vive. El padre no es para el niño solo un ser, es la cultura, o mejor, su representante. El padre, en tanto tercero, instituye y confirma con su presencia la existencia de los otros y las exigencias de la cultura para cuya inserción se pondrán en marcha todos los mecanismos educativos en la familia y en el resto de instituciones y que también podemos describir como proceso de socialización. El proceso de socialización es la internalización de valores culturales, preparación para roles, normas y comportamientos esperables de cada sociedad en cada momento histórico. En el último siglo se ha producido un cambio importante en la firmeza y solidez de los valores que regían en la sociedad que va hacia unos valores altamente cambiantes y líquidos, en expresión muy celebrada de Bauman (10) y ello lleva a importantes reflexiones en el campo de lo psíquico y lo social.

La familia es la primera institución. “La familia es la célula germinal de la cultura” (11) desencadenante y estructuradora de lo psíquico, es decir del sujeto y de la subjetividad. Esta primera y básica institución tiene la importante función de preservar la vida y acompañar al sujeto de la dependencia absoluta a la autonomía relativa y al establecimiento progresivo de relaciones de interdependencia y aprendizaje de cuidar de sí y de los otros cuando sea la ocasión. (12, 13) El sujeto aprende a cuidar desde las experiencias de ser cuidado constituyéndose así a un modo de ética en el que el cuidar es consecuencia de la percepción de la fragilidad y sustento de la ciudadanía, es decir, del vínculo que surge del reconocimiento de que el otro también es frágil y que la cooperación es necesaria para aminorar los efectos de la fragilidad que nos constituye.

Por tanto, el sujeto es/está desde el origen (en) una institución y sin ella es imposible vivir. El vínculo de todo sujeto con las organizaciones de las que forma

parte está en alguna medida condicionado por las experiencias primeras en el seno de su institución familiar todo lo cual se pone, en intensidades variables en juego en cualquier relación asistencial o, sencillamente, en cualquier relación.

No se nace sujeto, se deviene sujeto mediante un complejo proceso de identificación y pertenencia a un grupo humano, la familia, que sostiene la vida que tan frágilmente llega al nacer y que conduce al recién nacido, que nace cachorro de la especie, al estatus de sujeto, es decir, psíquico. Comienza ahí la gran aventura, aquello que hace decir a Foucault (14) que “en la vida y en el trabajo lo más interesante es convertirse en algo que no se era al principio”. Ese llegar a ser es un permanente proceso de desarrollo porque el ser humano es una totalidad abierta, siempre en vías de hacerse, siempre inacabada en continua evolución desde el nacimiento.

Para Castilla del Pino, (15) “desde el punto de vista psicológico no se es persona (o individuo, o ciudadano) -persona es un concepto jurídico, religioso, moral, social- sino que se es sujeto de actuaciones, es decir, un sistema del organismo que hace posible un tipo diferenciado de actividad, distinto al respirar, distinto al metabolizar, etc., y que son lo que llamamos comportamientos, o sea, actuaciones intencionales, con sentido, actuaciones simbólicas”. Y añade “los contextos sociales donde es usual la consideración de sujeto, se sustraen del sistema de relaciones constantes en los que se resuelve el sujeto, aquellas que se refieren a actuaciones codificadas y se habla de sujeto del delito identificándolo con el de persona jurídica, persona se corresponde en tales casos con un determinado hombre pero a nosotros lo que nos interesa es el sujeto en tanto que sujeto psicológico y no la visión antropomórfica que se puede hacer del sistema que llamamos sujeto cuando actuamos en los contextos de la vida cotidiana, sociales, jurídicos o legales”.

La básica y prolongada necesidad de valimiento procurado necesariamente por otro que el cachorro humano necesita es la que, al recibirla, le hace ser original y definitivamente social. Tal vez sea lo que le hace decir a Maimónides que “el ser humano es sociable por naturaleza y es ésta naturaleza la que le hace vivir en sociedad”. (16) Esa naturaleza es la incompletud originaria y la extrema fragilidad que comporta y que hace inviable el acceso a sujeto sin el acompañamiento de un sujeto adulto de su especie. Y le hace ser un sujeto, además de singular, extremadamente rico en matices y en capacidad de aprender. De hecho, como señala Spitz (17), en la inmadurez y la extrema carencia con la que nace que le permite la adquisición de un número de aprendizajes mucho, mucho mayor que el de los animales que nacen con una mayor maduración.

La convivencia permanente y definitiva del sujeto con el sujeto, del ser que llega con el que lo recibe, donde se funda lo humano, está sujeta a tensiones y conflictos cuya resolución tiene lugar, no rectilíneamente, a lo largo de la historia.

“El hombre (18) está en sociedad; en primer término y en un primer momento, en la sociedad que es su madre concreta, con las concretas circunstancias de ésta. Por ser, por tanto, el hombre primaria y originariamente social, precisa de la sociedad, no solo en el ostensible desvalimiento de sus primeras etapas, sino también en el no menor desvalimiento que son sus etapas posteriores. Ni el niño se hace hombre sin la preocupación por él de esa sociedad en germen que es la familia, ni el hombre se desenvuelve en plenitud sin la preocupación por él de toda la sociedad”. De aquí se deriva el convencimiento de que es necesario un permanente esfuerzo colectivo por la solidaridad y el soporte compartido porque el desvalimiento originario tiene modos de ser aminorado y que ello depende de los soportes que la sociedad ponga en la redistribución y reparto de los bienes y recursos.

El sujeto es para siempre un sujeto atado. Atado por vínculos en cantidad y calidad deferente que conllevan pertenencias de diferente efecto sobre la calidad de su vida.

“Ser sujeto, continúa Castilla (19) en el citado texto, o hacer de sujeto consiste en establecer relaciones significativas con los objetos. El sujeto aparece, en consecuencia, no a modo de un órgano del ser humano sino como una función que el ser humano lleva a cabo en su adaptación al mundo. No al entorno, si entendemos por entorno el medio físico-químico, sino al mundo como realidad significativa, como realidad dotada de sentido, es decir, como realidad simbólica. Adaptarse el sujeto es adecuarse semánticamente a los objetos de la realidad que construimos como situación o contexto;... el sujeto está siempre deseando”.

Aunque en el libro en que se incluye este trabajo hay relevantes aportaciones acerca del sujeto y su construcción yo no quiero dejar de señalar algunas que son las que, con otras aportaciones, orientan mi práctica clínica e institucional y también las que subyacen en este trabajo sobre sujeto e institución. Aunque Freud nunca hizo una definición de sujeto ésta se desprende de la concepción que él mismo tiene del aparato psíquico concebido como una idea de organización interna en distintos sistemas y cuya función es mantener una estabilidad entre los mismos. La idea de aparato psíquico y de su organización remite a una concepción tópica, es decir, a una concepción de lugares organizados en sistemas de características y funciones distintas y con una representación espacial figurada. A partir de la descripción de las diversas tópicas, puede decirse que el psicoanálisis ofrece un nuevo

concepto de sujeto, el sujeto del inconsciente, descubrimiento que significó una revolución en la concepción del ser.

Para Paul Ricoeur (20) el narcisismo del hombre occidental ha sufrido tres severas humillaciones: la copernicana y el descubrimiento de que la tierra no es el centro del mundo; la darwiniana que situó en su justo término la primacía del hombre sobre las distintas especies y la freudiana que negó al ser humano ser el dueño de su propio psiquismo. Como señala Prat, (21) “el ser humano no puede entenderse ya si no es a partir de un fondo abismal en el que habitan la pulsión y el deseo, que son algo indestructible, inmortal e intemporal”.

Ya no es posible hablar del sujeto sin referirnos también a esa dimensión inconsciente del mismo, es decir, del sujeto que se des/conoce porque siempre hay una parte de sí que se le escapa y con la que tiene que vivir. Es lo que lleva a Julia Kristeva (22) a afirmar que “somos extranjeros para nosotros mismos”.

Hablamos de un sujeto atado, unido, conectado mediante el vínculo y la intersubjetividad (23) que, aun no siendo histórica y clínicamente la primera en la teorización psicoanalítica, funda epistemológicamente toda inteligibilidad del sujeto: sujeto del inconsciente fundado en la intersubjetividad, por la parte que le toca a su condición de “sujeto de grupo”. El sujeto (psíquico) es para siempre sujeto social ya que sin esta condición no habría accedido a ser.

Por tanto, decir simplificando un tanto, que para el sujeto la institución son los vínculos y desde esa concepción es que pienso las instituciones (sociales) y las organizaciones que son la concreción material de las mismas. Es decir, la institución iglesia, ejército, trabajo, conocimiento, salud concretan en lo específico de una parroquia, un cuartel, una empresa, una escuela, un hospital, etc.

LA INSTITUCIÓN PARA EL SUJETO

Las instituciones son producciones de la cultura entendida como el depósito de valores y recursos de una sociedad construidos a lo largo de su historia. Sirven para regular las relaciones entre las personas de tal modo que las articulaciones entre cuidado por uno mismo y por el prójimo sean facilitadas así como el vivir en común. Acumulan todo el saber originado a lo largo de la historia de la humanidad para hacer frente a las dificultades del vivir y al sufrimiento humano que tiene diversas fuentes: la principal es la necesaria pero difícil convivencia con el otro que es como yo y diferente a mí. Las otras dos son la supremacía de la naturaleza y la caducidad del cuerpo. (24)

La primera función de la institución es posibilitar y garantizar el pasaje del estado de naturaleza al estado de cultura. Levi Strauss (25) demostró que el papel primordial de la cultura es garantizar la existencia del grupo como grupo sustituyendo al azar por la organización, de modo que se asegure el reparto de todos los bienes en el interior de éste. Para ello, como señala Kaës (26) “reglamenta los deseos, prohibiciones e intercambios. La institución debe producir y hacer reinar orden y control social para efectuar el pasaje de la naturaleza a la cultura: domesticar las pulsiones y humanizar las pasiones. La institución produce el orden contra las derivas pasionales del estado de multitud, para no sufrir desorden y caos y para asegurar el control social. La meta de la institución es organizar todas las pasiones: el amor, el odio, el miedo, la envidia. Ello lo realiza de distintas formas a lo largo de la historia, con períodos estables o convulsos siguiendo una dinámica de tensión entre el conservadurismo de lo instituido y la fuerza modificadora (no siempre exitosa o progresista) de lo instituyente. Y a la vez hace una “prescripción de los vínculos” asignándolos en función de la organización y no regidos por cada uno de los sujetos sino por una dinámica que les sobrepasa. Surgen de la necesidad y exigen múltiples sacrificios y la sujeción a leyes colectivamente establecidas. Sin instituciones no podemos vivir porque no es posible vivir fuera de la cultura. Tranquilizan el corazón pero embotan la mente e impone importantes restricciones. Pueden contribuir al crecimiento personal y colectivo pero implica renunciaciones y éstas generan malestar. Ofrecen seguridad pero limitan la libertad. Creadas por las personas han de ser protegidas de los embates de éstas. Ofrecen crecimiento personal pero también encadenan al sujeto y generan sufrimientos. Todo sujeto tiene una gran cantidad de libido depositada en cada una de las instituciones de las que forma parte.

La importancia de las instituciones es que son necesarias para garantizar en primer lugar la subsistencia de las personas ante la fragilidad originaria y ante los avatares y poderío de la naturaleza pero también para regular las relaciones difíciles de las personas y grupos entre sí.

Por ello cuidar las instituciones y las organizaciones en que éstas se concretan es un importante deber de todos. Pero también ha de cuidar/se el sujeto de los ataques y violencia de algunas formas o modos institucionales. Entre sujeto e institución hay una permanente tensión que tiene como efecto el cambio y las transformaciones en los modos de vivir. Porque la separación entre hombre y sociedad (y sus instituciones), no ya la antítesis, es una falacia en cualquier aspecto que se le considere.

Como señala Bleger “las Instituciones resultan depositarias y sistemas de defensa o control frente a las ansiedades psicóticas primitivas y no solo cumplen dicha

función las instituciones sino también en igual medida la cumple la imagen que el hombre tiene de sí mismo y de sus instituciones". (27)

El malestar es inherente a la cultura debido a las restricciones que impone la vida en común. La cultura coarta las posibilidades de libertad no solo como condición del ingreso de un sujeto a la misma sino como cuota extra, innecesaria y efecto de modos injustos de dominación a lo que Marcuse llamó "represión sobrante".

No estamos exentos de un pago en términos de renuncias como peaje por la garantía de ejercicio de una cierta libertad común que sería imposible sin las construcción de normas o que llevaría a la libertad dominadora de los más fuertes; el efecto de ese pago se expresa en malestar producto de una necesaria violentación pactada. Pero esa violentación se convierte muy frecuentemente en violencia y arbitrariedad. Por parte del sujeto cierta violencia es la respuesta a la ruptura del pacto inconsciente y cuando la institución no sostiene más el narcisismo de sus sujetos, la institución es atacada a su vez.

Pero también la institución y las organizaciones en las que ésta se concreta ejerce una violencia "en exceso" sobre los sujetos, que los niega como tales, los anula y les somete mediante diversas formas de maltrato. Este exceso de violencia (28) de la institución sobre los sujetos se manifiesta en dolor, abuso, impotencia y constituye una "encerrona trágica", situación que "se da cada vez que alguien para amar, divertirse, trabajar, estudiar, transcurrir su vejez, depende de alguien que lo maltrata o simplemente lo distrae, negándolo como sujeto" (29). También es "el malestar sobrante" que Silvia Bleichmar (30) define como "esa cuota de malestar extra que nos vemos obligados a pagar en ciertos casos, más allá de las necesarias e imprescindibles renuncias que toda vida social impone".

La función de las instituciones y de los sistemas sociales (31) de los que éstas forman parte es reforzar los personales mecanismos de defensa contra la ansiedad, hacer posible la convivencia, lograr el éxito colectivo de aminoramiento de la indefensión y el sufrimiento. No siempre lo logran y, en ocasiones, se vuelven contraproductivas (32), es decir, que generan efectos opuestos aquellos para las que fueron creadas: las instituciones sanitarias pueden generar iatrogenia, las educativas incultura, las rehabilitadores cronificar y las protectoras generar indefensión e incluso maltrato.

Los efectos contraproductivos posibles de las instituciones se deben a muchos factores; uno de ellos puede ser que sus miembros han perdido el sentido de su función, están frustrados y vuelve contra la propia institución su descontento y la atacan atacando su tarea. Cada sujeto coloca una parte de sí en la institución y la

institución forma parte en mayor o menor medida del sujeto. La cantidad de líbido puesta en la institución depende de la estructura psíquica de cada sujeto; para algunos la institución es una prótesis al servicio del narcisismo.

Son muchos los factores en cada organización (concreción espacial o física de lo institucional) que hace que su funcionamiento concreto y su capacidad de centrarse en la tarea sea una u otra. La sobredeterminación que ejercen los factores “externos” está en alguna medida condicionada por las dinámicas del grupo y por la posición que cada individuo puede sostener. Porque toda institución así como la concreción de cada una de ellas en una forma determinada está constituida por personas, cada una de ellas con sus propios valores, objetivos, intereses, etc. Las personas se integran en las instituciones para alcanzar los objetivos personales que no son susceptibles de lograr por sí mismas. El ser humano espera obtener de la institución soporte, apoyo, un elemento de seguridad, de identidad, inserción social y pertenencia. El sujeto se vincula a una institución en búsqueda de realización no siempre cumplible en los términos de su deseo y está dispuesto a un pago por ello que no siempre siente recompensado. Ese a modo de contrato consiente por un lado pero inconsciente por otro (como prácticamente todas las opciones de los sujetos) genera un vínculo mediante el cual la institución forma parte de la estructura psíquica del sujeto que la tiene comprometida allí en calidad y cantidad variable. La vinculación con ésta y las reacciones frente a sus características tienen relación con el modo en que cada individuo construyó sus vínculos sociales. René Kaes plantea que “la institución nos precede, nos sitúa y nos inscribe en sus vínculos y sus discursos. La vida psíquica no está centrada exclusivamente en un inconsciente personal, sino que una parte de él mismo, que lo afecta en su identidad y que compone su inconsciente, no le pertenece en propiedad sino a las instituciones en que él se apuntala y que se sostiene por ese apuntalamiento” (33)

El exceso de expectativas depositadas en la institución conlleva un riesgo alto de alienación pero su déficit impide el compromiso necesario. Mientras más parte de uno está comprometida en ella más difícil es tolerar los cambios porque ésta puede funcionar para el sujeto como una prótesis al servicio de su debilidad yóica. Por el contrario un déficit de vinculación es un serio obstáculo para la realización de los objetivos personales y colectivos. Goffman (34) describió los efectos devastadores que pueden ejercer sobre las personas las instituciones y muy especialmente aquellas a las que llamó totales por pretender imponer al sujeto su dominación a costa de a negación de éste, la libertad, el respeto y la dignidad.

Es imposible pensar las instituciones, su sentido y sus efectos sobre el sujeto sin citar las muy importantes aportaciones de Foucault (35) quien afirma que “quizás

he insistido demasiado en el tema de las tecnologías de la dominación y el poder. Cada vez estoy más interesado en la interacción entre uno mismo y los demás, así como en las tecnologías de la dominación individual, la historia del modo en que un individuo actúa sobre sí mismo, es decir, en la tecnología del “yo” que las entiende como “las prácticas sensatas y voluntarias por las que los hombres no solo se fijan reglas de conducta sino que buscan transformarse a sí mismos, modificarse en su ser singular y hacer de su vida una obra que presenta ciertos valores estéticos y responde a ciertos criterios de estilo”.

Su interés por los sistemas sociales opresivos y por los sujetos que han sufrido sus efectos se debe al deseo de “mostrar la arbitrariedad de las instituciones y mostrar cual es el espacio de libertad del que todavía podemos disfrutar y qué cambios pueden todavía realizarse. Busco más bien producir una historia de los diferentes modos de subjetivación de los seres humanos en nuestra cultura” (36).

Esa arbitrariedad se muestra como un poder disciplinario que se ejerce mediante la creación de entornos e instalaciones de reclusión. La familia, la escuela, la cárcel, el cuartel, el hospital y la fábrica representan esos espacios de reclusión, espacios de vigilancia y castigo. Pero los entornos tradicionales de reclusión (37) están en crisis aunque no el pensamiento que los sostiene y la sociedad/cultura disciplinaria y sus instituciones está en transformación, como señala Byung Chul-Han y pasando de un régimen de la biopolítica al de la psicopolítica (38). De ahí que la psicopolítica sea su forma de gobierno e instituye entre los individuos una rivalidad interminable a modo de sana competición, como una motivación excelente. La motivación, el proyecto, la competencia, la optimización y la iniciativa son inherentes a la técnica de dominación psicopolítica del régimen neoliberal. El poder disciplinario es un poder normativo. Somete al sujeto a un código de normas, preceptos y prohibiciones, así como elimina desviaciones y anomalías. Ejerce explotación ajena y crea sujetos obedientes (39).

Foucault vincula expresamente la biopolítica, asociada fundamentalmente a lo biológico y corporal socializado para lograr producción a las formas disciplinarias de la sociedad capitalista. “El neoliberalismo, como forma de mutación del capitalismo, no se ocupa primeramente de lo biológico, somático, corporal. Por el contrario, descubre la psique como fuerza productiva. Este giro a la psique, y con ello a la psicopolítica, está relacionada con la forma de producción del capitalismo actual, puesto que éste último está determinado por formas de producción inmatriciales e incorpóreas. No se producen objetos físicos, sino objetos no físicos como informaciones y programas. El cuerpo como fuerza productiva ya no es tan central

como en la sociedad disciplinaria biopolítica. Para incrementar la productividad no se superponen resistencias corporales, sino que se optimizan procesos psíquicos y mentales. El disciplinamiento corporal cede ante la optimización mental. Así el neuro-enchantment (aumento del rendimiento psíquico mediante la toma de sustancias psicoactivas) se distingue fundamentalmente de las técnicas disciplinares psiquiátricas más centradas en reprimir y someter” (40).

La sociedad disciplinaria de Foucault, que consta de hospitales, psiquiátricos, cárceles, cuarteles y fábricas ya no se corresponde con la sociedad de hoy en día. En su lugar se ha establecido desde hace tiempo otra completamente diferente, a saber: una sociedad de gimnasios, torres de oficinas, bancos, aviones, grandes centros comerciales que en la sociedad moderna ocupan pobremente el espacio del ágora. La sociedad del siglo XXI ya no es disciplinaria sino una sociedad de rendimiento. Tampoco sus habitantes se llaman ya “sujetos de obediencia” sino “sujetos de rendimiento”. Estos sujetos son emprendedores de sí mismo. Aquellos muros de las instituciones disciplinares, que delimitan el espacio entre lo normal y lo anormal, tienen un efecto arcaico.

El análisis de Foucault sobre el poder ya no es suficiente para describir los cambios psíquicos y topológicos que han surgido con la transformación de la sociedad disciplinaria en la de rendimiento. Y añade Byun “la sociedad disciplinaria genera locos y criminales. La sociedad del rendimiento, por el contrario, produce depresivos y fracasados”. Entiende que el paso de una sociedad a otra es fundamentalmente productivo y que con el fin de aumentar la productividad se sustituye el paradigma disciplinario basado en el deber al del rendimiento basado en el poder. La positividad del poder es mucho más eficiente que la negatividad del deber. De este modo el inconsciente social pasa del deber al poder. El sujeto del rendimiento es más rápido y más productivo que el de obediencia”.

Las discrepancias o matices que plantea Byung_Chul Han a algunas aportaciones de Foucault son una importante aportación para describir un nuevo estado de las cosas pero unos efectos similares en la dialéctica sujeto-institución y sus tensiones. El resultado de estos cambios sociales y los efectos sobre los sujetos es como la generación de un alto número de sujetos, incapaces para las exigencias que se les imponen y que se convierten en “excedentes sociales” con escasa posibilidad de participación creativa en la sociedad.

La progresiva fragmentación de los espacios de la vida, la atomización social así como la carencia y fragilidad de los vínculos y la tremenda presión por el rendimiento conduce a la sociedad del cansancio (41) en la que predomina la de-

presión que viene a ser la expresión patológica del hombre tardo moderno para devenir él mismo (42). “La depresión se desata en el momento en que el sujeto no puede poder más”. Entonces viene en su auxilio la farmacología que le facilita seguir pudiendo. “No poder más conduce a una destructivo reproche de sí mismo y de la autoagresión. “Las enfermedades psíquicas de la sociedad del rendimiento constituyen precisamente las manifestaciones patológicas de la libertad paradójica” consistente en ser esclavo de sí mismo para maximizar el rendimiento (43).

Sea cual sea la forma que una sociedad y sus instituciones adopten el éxito de las mismas ha de estar vinculado a la consecución del objetivo que culturalmente tienen fijado y que constituyen su razón. No siempre lo consiguen y con alguna frecuencia pueden volverse contraproductivas, no lograr su función o generar efectos opuestos. Ninguna institución está libre de ese riesgo en el que es más fácil caer de lo que suele suponerse. Son contraproductivas no solo para los objetivos de los usuarios, también los de legítima realización sublimatoria de los profesionales. En éstos la rutina, la estereotipia, el excesivo cansancio y los sentimientos de impotencia pueden dificultar una práctica creativa y útil. O derivar en práctica, en alguna forma, de sometimiento más o menos sutil hacia los usuarios a protocolos, normativas, programas o actividades muchas veces sin sentido, de entretenimiento sin efectos (44).

Es evidente que en la actualidad asistimos a un debilitamiento de las instituciones y a un aumento de las ansiedades no contenidas. Esta situación es el agravamiento de tendencias percibidas desde hace ya largos años. En el trabajo de 1995 sobre el incremento de las demanda de consulta en los servicios de Salud Mental (45) planteé que, entre otras razones, éstas eran “debidas a los efectos sobre la población de la crisis de las políticas de Bienestar, del recortes de prestaciones y de los cambios en el papel de las instituciones como contenedoras de la ansiedad” producto de lo que ya venía señalándose como la ofensiva neoliberal y el ataque a los postulados progresistas que sostenían el Estado del Bienestar. Y señalaba «el Estado del Bienestar, se dice, está en crisis cuando aún está muy lejos de haber satisfecho los objetivos de redistribución de rentas y garantías de niveles de calidad de vida a toda la población. Al contrario, parece más que evidente el aumento de los procesos de exclusión y de desigualdad el detenimiento del cual no parece ser objetivo prioritario en las políticas conservadores que se están desarrollando. La crisis de las políticas de bienestar coinciden, sin que sepamos del todo por qué, con las crisis de las instituciones y los profesionales cuyo trabajo es poner en marcha la concreción de las mismas: salud, educación, servicios sociales, cultura, etc.

Por eso a medida que entramos en una era marcada por la precariedad de la vida institucional, las instituciones devienen más incapaces para defenderse individual y colectivamente contra las ansiedades. Los cambios en el seno de las instituciones obligan a una redistribución de roles, funciones y de los estatus en el interior de las mismas. Sujetos y organizaciones incapaces de adaptaciones rápidas corren el riesgo de estancarse, cronificarse. Las instituciones creadas o financiadas por el estado están cada vez más amenazadas por razones a la vez económicas e ideológicas y aumenta la desconfianza hacia las mismas.

Los ataques tanto a las estructuras como a los fundamentos del Estado providencial pueden ser considerados como una erosión de una de las principales defensas colectivas contra la ansiedad que surgieron en la Europa de la posguerra. Una de las consecuencias más importantes de esta evolución ha sido una disminución de la confianza tradicional del individuo en la continuidad de sus instituciones o de las instituciones en general. En efecto desde hace algún tiempo se ha debilitado uno de los mitos más aseguradores del siglo XX: el de la indestructibilidad de las instituciones de trabajo. La ciencia continúa ofreciendo medios de gran importancia para reducir el sufrimiento humano y aumentar la calidad de vida pero obtiene menos éxito en la contención de las ansiedades. En el campo de la salud mental y de la asistencia psiquiátrica no hay día en que la prensa (*El País* 2.12.96) no informe de los inminentes definitivos avances, "Psiquiatría de diseño", en el desarrollo de fármacos de efectos "rápidos y seguros", el "sueño de los cuales sería impedir todas las enfermedades mentales". Pero a la vez los avances tecnológicos generan otras inquietudes: radiaciones, polución, degradación de recursos naturales, efectos negativos de algunas medicaciones, etc. Es decir que la ciencia, ella misma, es fuente profunda de ansiedad, o, como decíamos antes, se vuelve contraproduktiva.

El aumento de integristas de distinto signo, sustitutos en alguna medida de las viejas prácticas religiosas que han perdido valor como contenedoras de ansiedades, de la intransigencia y de las pertenencias excluyentes, han de ser leídos, en mi opinión, como elementos de afirmación reactiva frente a fuertes inseguridades y una búsqueda de pertenencias e identidades aseguradoras, para cuya afirmación no existen límites.

Guiados por el nuevo esquema de supervivencia de los más aptos, el individuo está cada vez más solo y aislado frente a su ansiedad. El debilitamiento, cuando no ruptura, de los vínculos solidarios lleva aparejada el riesgo de inhibiciones frente a flagrantes injusticias y desigualdades cuya frecuente aparición en los medios de comunicación parecen tener más efectos insensibilizantes que movilizaciones solidarias.

Podemos decir que en nuestro mundo actual se están produciendo situaciones que aumentan las fuentes de ansiedad a la vez que disminuyen las formas tradicionales de hacerles frente. Es necesario un esfuerzo colectivo, interinstitucional para buscar formas de hacer frente a un malestar cuyo desbordamiento tendría efectos altamente nocivos sobre sujetos y colectividad”.

Estas pesimistas reflexiones de 1997 han sido más que superadas por la evolución política y social de los últimos diez largos años de recortes y sufrimiento, en especial para los más frágiles. La confianza en las instituciones tradicionales es cada vez menor y el aumento de inseguridad y la incertidumbre genera comprensibles sentimientos de fragilidad de los sujetos y ataca sus defensas frente a una realidad cada vez más hostil e incrementa no solo un aumento de la percepción de la vulnerabilidad sino el número de sujetos evidentemente vulnerados. La aparición de neotribalismos y pertenencias e identidades excesivas (46) excluyentes (47) incrementan la debilidad de los más frágiles y genera una sociedad más fragmentada y desigual. La cada vez más radical separación entre ricos y pobres está muy vinculada al incremento de la lógica de la pertenencia y la disminución de la lógica de la ciudadanía que implicaría una distribución más equitativa de los recursos disponibles. Cada vez más personas están excluidos del disfrute y degustación de la experiencia de igualdad y son empujados al sufrimiento, la desesperanza y la huida de sí y a la búsqueda de prótesis y desarrollo masivo de tecnologías identitarias (aparatos de distinto signo) e industrias de la autoestima. El resultado, sujetos que funcionan con una autonomía asistida cronicante en una sociedad en donde los diversos servicios de soporte y apoyo, también los de salud mental, corren el riesgo de transformar la evidente frustración individual y colectiva en un aparente trastorno psiquiátrico y la medicación o la terapias de distinto signo como calmantes cuando no anestésicos de un sufrimiento que, aunque fuere acompañado, debería convertirse en un motor de cambios colectivos. Si una sociedad tiende a dañar en sus individuos el lazo social, daña a su vez la capacidad de estos individuos para establecer relaciones con el otro y el mundo simbólico en común. Esto tiene consecuencias directas en los procesos de subjetivación de cada individuo, que a su vez determina los comportamientos prácticos en la vida social y, como es obvio, caracteriza las formas de expresión del sufrimiento mental.

Bajo estas condiciones, el individuo queda indefenso en su capacidad de intervenir en los procesos de subjetivación que lo afectan. La pérdida de la presencia del otro, la atenuación de su papel para la vida propia, es también la pérdida de la función de sostén y regulación de la vida psíquica que el otro, los otros, efectúan.

Porque ya hemos dicho el hombre es un ser social, que no existe el yo sin el otro, que incluso en su soledad está hecho de des.encuentros con los otros, que no puede conocer otra existencia que la vida en común, que ésta no garantiza nada más que una frágil felicidad pero que no hay otro modo de estar en ella.

No es posible concebir las expresiones del sujeto aisladas de la historia del mismo, las condiciones de su existencia, la cultura que habita, o la historia que lo constituye y lo singulariza en el mundo. El individuo con su sufrimiento y también sus disfrutes, es siempre sujeto de un lugar físico y de una sociedad determinada, de una época y una cultura, las cuales modelan su subjetividad, y su relación con los otros.

LAS INSTITUCIONES DE CUIDAR. USUARIOS Y PROFESIONALES, SUJETOS.

Aunque breve quisiera hacer algunas aportaciones al desarrollo de las dinámicas e instituciones de Salud Mental cuyo interés late en el trasfondo de todas las anteriores reflexiones y a las relaciones de cuidado que en ellas se producen, temas que he desarrollado en anteriores trabajos (48). La relación que el profesional establece con el paciente o usuario está muy determinada por la consideración del otro como sujeto y el valor que asigne a sus producciones sintomáticas. Toda práctica profesional está sustentada en alguna perspectiva y conjunto de posiciones marcadas por valores. La que mueve mi práctica “considera al sujeto, su historia, su sensibilidad, su experiencia y su memoria, la dimensión conflictiva de toda existencia humana y propone al sujeto una comprensión conjunta del malestar psíquico, esto es su participación en el proceso de atención” (49).

Prescindir del sujeto e ignorar que el síntoma expresa un conflicto o darle una significación desconectada de su historia lleva a una lectura mecánica de su malestar que se intenta suprimir mediante la medicación o el consejo. “La oferta del medicamento es a la vez un ofrecimiento de desubjetivar el conflicto psíquico, atribuirlo a causas exteriores al sujeto y por lo tanto eximirlo de cualquier responsabilidad a la hora de entenderlo o tratarlo” (50).

Comprender y aceptar la subjetividad consecuente a la consideración de la existencia del sujeto (no desde la consideración de usuario, cliente, persona, individuo, etc.) lleva a una posición ética en cualquier tipo de relación y en la relación asistencial que se sostiene en valores el primero de los cuales es el reconocimiento como un semejante. La exigencia ética consiste en que entre lo que sentimos, lo

que pensamos, lo que decimos o teorizamos y lo que finalmente hacemos con el otro, debe responder a la coherencia de un relato con nuestro semejante a quien tratamos de ayudar.

Reconocer al otro como sujeto significa reconocer mi propia subjetividad y abandonar la posición objetivista que pretende entender el comportamiento por la sola observación dándole valor al mismo sin considerar la subjetividad de quien lo expresa ni los efectos de quien lo escucha.

Pero es que estos principios son básicos en la relación asistencial con el usuario pero también en la organización grupal (51) de la misma. Partimos del convencimiento de que el paso de la relación asistencial en la institución manicomial o total a una atención comunitaria implica la organización de dichos cuidados mediante el equipo multidisciplinar, la dinámica interdisciplinar (52) sin la cual solo hay sumatorio de intervenciones. Los profesionales y los equipos (junto con los usuarios) toman decisiones (53) en situaciones de muy alta complejidad. En toda decisión hay valores en juego y, por ello, no puede buscarse una inexistente total objetividad. Incorporar lo subjetivo de cada uno es condición para la creación de un espacio deliberativo, única forma de acceder a acuerdos razonados y cuyo resultado tenga la menor posibilidad de ejercicio inadecuado del poder (54).

Estas consideraciones son extremadamente importantes para el establecimiento de una relación asistencial o de cuidados basada en los vínculos y en el saber sobre el sufrimiento del sujeto que se va construyendo en la interacción y no en un saber profesional previo que anula al sujeto o lo fascina y apabulla con un poder dominador escasamente útil cuando no hostil.

Los profesionales, en nuestro caso en el campo de la Salud Mental, trabajan en instituciones e influyen y son influidos por las dinámicas de su organización además de por las características de una tarea frecuentemente difícil.

La relación de los profesionales con sus organizaciones, o las direcciones de éstas, no suelen ser fáciles. Como señala Gracia (53), “el encaje de los profesionales en la organización suele ser difícil, hasta tal punto que tradicionalmente se ha descrito el «conflicto organización-profesional», como un rasgo característico de las organizaciones de profesionales. El descontento, la desmotivación y la insatisfacción profesional, manifestados de forma reiterada, suelen interpretarse como uno de los síntomas con los que se presenta este conflicto. Ahora bien, este conflicto no es el mismo en todas las profesiones. La predisposición y la forma de manifestarse varían si se trata de una profesión de servicio a las personas, como el derecho, la medicina, la psicología, el trabajo social o de una profesión técnico-científica”.

Es decir, el conflicto se produce en las organizaciones de profesionales por las dificultades para encajar las normas y valores de éstos (autonomía profesional, conformidad con los estándares y ética profesionales, autoridad colegial, lealtad y orientación al cliente) y los requerimientos y demandas organizativas, que enfatizan la autoridad y el control jerárquico, la conformidad con las normas y regulaciones organizativas y la lealtad a la organización.

Ser buen profesional no es solo hacer lo que se debe hacer en contextos concretos aplicando las habilidades y técnicas de manera adecuada. Hoy ser un buen profesional incluye desarrollar la sensibilidad ética suficiente que permita trabajar desde el respeto por el paciente en tanto que persona enferma, no solo en tanto que enfermo.

Es más que evidente que la mayoría de las veces las opciones que tomamos están motivadas por nuestra posición ante valores tanto sean los instrumentales como los intrínsecos. Desde éste convencimiento cabría decir que un gran número de sufrimientos procedentes de la tarea en los trabajadores de los servicios públicos son de contenidos básicamente éticos y debidos a la impotencia de tener que hacer frente a la “curación” de padecimientos, no siempre enfermedades, producidas muchas veces por las injusticias y la violencia de las condiciones sociales inaceptables. Sufrimiento profesional que procede, entre otras razones, de estar asistiendo permanentemente a los efectos de esas situaciones pudiendo hacer poco en la prevención de las causas que los generan.

Algo habrá que hacer para facilitar soluciones a malestares profesionales, desencuentros, malentendidos, sobreentendidos, etc., que se producen en los equipos de trabajo así como en las descoordinaciones entre instituciones y que corren el riesgo de ser traspasados a los propios usuarios que pueden sentir ansiedades confusionales y fantasías de desmembramiento como efecto de unas prácticas profesionales no coordinadas.

SUJETOS, INSTITUCIONES, SALUD MENTAL ¿EL FUTURO?

Habrà que ver cuáles serán los efectos que se derivarán de la falta de ingredientes utópicos con los que están emergiendo nuevas instituciones sanitarias al amparo o propiciadas por propuestas políticas más que cuestionables en las que parece primar el beneficio privado rápido sobre el interés público y colectivo.

La llamada “crisis económica” que está siendo a la vez una crisis de valores, una crisis de la cultura y, por tanto, una crisis de la instituciones en las que ésta

se concreta no genera necesariamente enfermedad mental pero sí un muy alto sufrimiento psíquico y un debilitamiento de las defensas de que el sujeto dispone para hacer frente a las adversidades o sencillamente al vivir y sus avatares. No genera enfermedad mental pero sí sufrimiento psíquico y hace de desencadenante de procesos insanos que no se producirían de no darse dicha situación. En la salud influyen grandemente los factores sociales como determinantes. Hoy por hoy se puede observar que la crisis se relaciona con algún aspecto de la salud, especialmente la salud mental y en grupos vulnerables (54).

Esto presenta un alto número de interrogantes a los servicios de salud mental y muy especialmente a la psiquiatría. Las atenciones psiquiátricas son parte de las atenciones de un equipo de salud mental pero no las únicas ni las más importantes. Ni el concepto de salud mental es una suavización del término psiquiátrico sino un campo conceptual nuevo, interdisciplinar en el que intervienen profesionales de distinta formación para hacer frente a sufrimientos de distinto signo, algunos procedentes o vinculados a trastornos orgánicos y un alto número de ellos sin dicha vinculación. Están dentro del sistema sanitario pero no son problemas médicos ni las dificultades de las personas a quienes atienden son necesariamente enfermedades. Son problemas del sujeto no problemas de órgano. Su tratamiento no es igual a los tratamientos de los órganos aunque aun tratándose de éstos hay que considerar que son de la persona y no tratarlos como ajenos a ésta. Hay un alto riesgo de un deslizamiento semántico-conceptual del término "salud mental" por el que se entienda la patología psiquiátrica y un ejercicio de la misma abierto, comprometido con el sujeto y lejano al poder psiquiátrico tradicional pero se olvide de que la salud mental es un nuevo marco conceptual y operativo en el que todas las disciplinas están, o deberían estar, en un plano e horizontalidad real con las otras disciplinas que constituyen el equipo o servicio.

Por tanto, el debilitamiento del sujeto y de sus mecanismos defensivos, vinculados a los avatares de la cultura y a la debilidad sostenedora que ha de tener lo institucional y lo colectivo, son problemas a atender en el campo de la salud mental. Es sufrimiento del sujeto y se expresa en los diversos síntomas muchos de los cuales (aumento de suicidios, marginalidad, respuestas depresivas, consumo de tóxicos, dependencias de diverso signo, etc.) son de una envergadura tal que pueden llegar a limitar seriamente los desarrollos personales. Son malestares provocados por la cultura pero sufrimientos psíquicos más o menos invalidantes. En tanto tal deben ser cuidados. Los sufrimientos provocados por las situaciones sociales, frecuentemente injustas, merecen ser atendidos; no hacerlo sería priorizar los sufrimientos corporales solo producto de la limitación que el cuerpo impone.

La despsiquiatrización y desmedicalización del sufrimiento psíquico no puede ir acompañada de una psicopatologización y “psicoterapización” sistemática pero conviene no olvidar que no todos los sufrimientos son iguales y que no podemos ampararnos en el hecho de que el malestar proceda de la cultura para dejar desasistidos a tantos sujetos indefensos frente a tanta adversidad. Quiero decir que el sufrimiento psíquico no debe estar medicalizado pero que hemos de encontrar modos de hacer frente al mismo desde una perspectiva además de interdisciplinar, interinstitucional e intersectorial en la que no valga la desresponsabilización de los servicios a veces muy escasamente coordinados que dejan al sujeto a la deriva con su sufrimiento. Sea cual fuere el tipo de atención así como los espacios en que ésta se realice debe llevarse a cabo mediante el diálogo y la participación activa del usuario. Eso significa asumir y respetar la dignidad (55), considerar valiosa tanto como la nuestra la palabra de la persona y alejarse de cualquier atisbo de práctica basada en el poder del supuesto saber profesional y los efectos dominadores que éste ejerce. Es urgente recuperar el ingrediente utópico de profesionales e instituciones necesario para evitar la instauración de prácticas en las que el descontento de los distintos sujetos haga que la importante tarea de cuidar al sujeto desde el sujeto devenga en una práctica desvitalizada, repetitiva e inútil donde imperen los números y las estadísticas y los protocolos sustituyan o hagan imposible el encuentro entre profesional y usuario dentro de una práctica de la reciprocidad y del reconocimiento compartido que no de otro modo se puede hacer una práctica responsable generadora de subjetividad (56). Y en la que sea posible la experiencia sustentada en el don de la escucha, de una profunda y respetuosa atención y la degustación de la palabra que tenga como efecto conocerse a sí mismo, cuidar de sí y aumentar la capacidad de un cuidado colectivo solidario.

Regenerar la vida colectiva, revitalizar las instituciones necesarias para el desarrollo del bien común, recuperar la justicia y la solidaridad como valores es imprescindible porque señala Tony Judt (57) “a partir de la década de los ochenta se ha producido un cambio total en nuestro sistema de valores que, cuando menos, necesita revisión y la necesidad de resucitar los valores colectivos y el compromiso. Hay algo profundamente erróneo en la forma en que vivimos hoy. El estilo egoísta de la vida contemporánea, que nos resulta «natural», y también la retórica que lo acompaña (una admiración acrítica hacia los mercados no regulados, el desprecio por el sector público, la ilusión del crecimiento infinito) se remonta tan sólo a la década de los ochenta. En los últimos treinta años hemos hecho una virtud de la búsqueda del beneficio material hasta el punto de que eso es todo lo que queda de nuestro sentido de un propósito colectivo.”

Ante ello es necesario incrementar el compromiso y la responsabilidad individual y colectiva. No parece que haya otras muchas opciones. Un esfuerzo personal y colectivo que nos lleve a articular cuidados y articular saberes desde la perspectiva de que no hay un saber incuestionable sobre el otro sin el otro, sea éste paciente/usuario o profesional/compañero; e instaurar una práctica de la asistencia o el cuidado centrada en el sujeto y todo lo que forma parte de él y de lo que él forma parte, la familia, el grupo y la comunidad. Conscientes también, los profesionales, de que somos portadores de un saber que ya es nómada porque es producto de poner a trabajar las teorías y las disciplinas en espacios abiertos, sin miedo al intercambio y a la mutua modificación de los saberes disciplinares de partida. Ese reconocimiento es indispensable para una práctica creativa, horizontal, no gremial, que no construya fronteras, dispuesta a la modificación creativa de estatus y roles que se basen en las necesidades de los usuarios y no de las disciplinas.

El esfuerzo de todos ha de ir en el sentido de generar una vida en común en condiciones de igualdad basadas en el respeto, el reconocimiento del otro como un ser semejante con iguales derechos y deberes en la sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Leal J. Cuidarse, cuidar, ser cuidado. En *La soledad del cuidador*. Barcelona (2001) CRIPS. Societat Catalana de Rorschach i Mètodes Projectius; 2001
- (2) Leal, J. Aproximación a una lectura institucional de los Servicios de salud Mental. En: Leal J, coord. *Equipos e instituciones de Salud (mental); Salud (mental) de equipos e Instituciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1997.
- (3) Leal J. Lugar del sujeto en el discurso comunitario. *Quaderns de Serveis Socials*, nº 1. Diputació de Barcelona; 1991.
- (4) Flores P. El eclipse del ciudadano. En: *Crisis económica y Estado de Bienestar*. Barcelona: IEF; 1989.
- (5) Castilla del Pino, C. *Dialéctica de lapersona, dialéctica de la situación*. Barcelona. Editorial Península, 1975
- (6) Galende, E. *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2015
- (7) TODOROV, T. *La vida en común. Ensayo de antropología general*". Madrid: Taurus, 1995
- (8) Leal, J *Acompanyar el creixement humà: les referències ètiques*, en Dolors Cabrera y altres. *Noves Mirades a l'Educació Infantil*. Barcelona, ICE, Universitat de Barcelona , 2014
- (9) Agustín González. *Eso que somos*. Publicacions de la Universitat de Barcelona.2002
- (10) Bauman Z. *Amor Líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 2005.

- (11) Freud S. El malestar en la cultura. En: Obras Completas, Tomo VIII. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (12) Leal, J. Renau, D. Roig, M. Familia i infància. Diputació de Barcelona, 2008
- (13) Leal, J. La relación en los cuidados y el trabajo en red en Salud Mental. En Leal J y Escudero, A. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Madrid: Aen, 2006
- (14) Michel Foucault. Tecnologías del yo y otros textos afines. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1990
- (15) Castilla del Pino, C. Sujeto y expresión del sujeto. En "Salud mental y servicios sociales: el espacio comunitario". Diputació de Barcelona, 1993
- (16) Maimónides. Guía de perplejos. Editorial Trotta. Madrid, 1998
- (17) Spitz R. No y el Sí. Sobre la génesis de la comunicación humana. Buenos Aires: Ed. Hormé; 1972.
- (18) Castilla del Pino, C. Sujeto y expresión del sujeto. En "Salud mental y servicios sociales: el espacio comunitario". Diputació de Barcelona, 1993
- (19) Castilla del Pino, C. Sujeto y expresión del sujeto. En "Salud mental y servicios sociales: el espacio comunitario". Diputació de Barcelona, 1993
- (20) Paul Ricoeur. Caminos del Reconocimiento. Madrid, Trotta, 2005
- (21) Prat, J. Los sentidos de la vida. Barcelona. Edicions Bellaterra, 2007
- (22) Kristeva, J. Extranjeros para nosotros mismos. Plaza y Janés, Barcelona, 1991
- (23) Cortina, A. Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI. Oviedo: Ed. Nobel, 2007
- (24) Freud S. El malestar en la cultura. En: Obras Completas, Tomo VIII. Madrid: Biblioteca Nueva.
- (25) Levy Strauss Las estructuras elementales del parentesco. Barcelona. Paidós, Buenos Aires, 1969
- (26) Kaës, R. Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales. Buenos Aires: Paidós, 1998
- (27) Bleger J. Psicohigiene y Psicología Institucional. Buenos Aires: Ed. Nueva Visión; 1974.
- (28) Leal, J. Violencia, Maltrato y sufrimiento en las instituciones. En Markez, I. Fernandez, A. Pérez, P. Violencia y Salud Mental. Madrid, AEN, 2009
- (29) Ulloa, F. Novela clínica psicoanalítica. Buenos Aires: Paidós, 1995
- (30) Bleichmar, S. Acerca del "malestar sobrante. Revista Topía. Buenos Aires, Noviembre, 1997
- (31) Jacques E. Y Menzies, I. Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad. Buenos Aires: Ed. Hormé, 1980
- (32) Illich I y otros. Profesiones inhabilitantes. Madrid: H. Blume Ediciones; 1981.
- (33) Kaës, R. La institución y las instituciones. Buenos Aires: Paidós, 1987
- (34) Goffman E. Internados. Amorrortu; 1970
- (35) Foucault, M. Historia de la sexualidad. La voluntad de saber, Madrid, Siglo XXI, 2006
- (36) Foucault, M. Tecnologías del yo y otros textos afines. Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1990
- (37) Deleuze, G. "Post-scriptum sobre las sociedades de control" en Conversaciones 1972-1990, Valencia, Pretextos, 1999
- (38) Byung-Chul Han. Psicopolítica. Barcelona, Herder, 2014
- (39) Foucault, M. Vigilar y Castigar, nacimiento de la prisión, Buenos Aires, Siglo XXI, 2002
- (40) Byung-Chul Han. Psicopolítica. Barcelona, Herder, 2014
- (41) Byung-Chul Han. La sociedad del cansancio. Barcelona, Herder, 2012

- (42) Ehrenberg, A. La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad, Buenos Aires, Nueva Visión, 2000
- (43) Byung-Chul Han. La sociedad del cansancio. Barcelona, Herder, 2012
- (44) Saraceno, B. El fin del entretenimiento. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2014
- (45) Leal J. Nuevas demandas, nuevas necesidades en la atención a la salud mental. En: Leal J, coordinador. Equipos e instituciones de Salud (mental); Salud (mental) de equipos e Instituciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1997.
- (46) Maalouf, A. Identidades asesinas. Alianza Editorial. Madrid 2005
- (47) Saraceno, B. La ciudadanía como forma de tolerancia. En Quaderns de Salut Mental nº 1, Barcelona, 2002
- (48) Leal J. Cuidarse, cuidar, ser cuidado. En la soledad del cuidador. CRIPS. Societat Catalana de Rorschach i Mètodes Projectius; 2001
- (49) Galende, Conocimiento y prácticas de Salud Mental. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2015
- (50) Galende, E. Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2008
- (51) Vallejo F. Características, funciones y tareas de los equipos comunitarios de salud mental. En: Leal J coordinador. Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1997.
- (52) Leal J, Roig M. Interdisciplinarietat: paradigma o ficció? CIFA Rev. Informatiu; 5.
- (53) Boladeras, M. Bioética: La toma de decisiones. Capellades, Proteus, 2011
- (54) Leal, J, Roig, A. L'imperatif du questionnement éthique dans les nouvelles professionalités. En Prende soin de la professionalité. Rhizome, Bolletin National de Santé Mental et Precarieté. nº 33, París, décembre, 2008
- (53) Gracia, D. Ética profesional y ética institucional: entre la colaboración y el conflicto en La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial. Barcelona. Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, nº 28, 2012
- (54) Generalitat de Catalunya. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 201
- (55) Sennett R. El respeto. Sobre la dignidad del hombre en el mundo de la desigualdad. Buenos Aires: Anagrama; 2003.
- (56) Uriz, J. La subjetividad de la organización. Madrid, Siglo XXI, 1994
- (57) Judd, T. Algo va mal. Barcelona, Taurus, 2011

5.- Acerca de la autonomía y el sujeto en el ámbito de la salud mental

Manuel Gómez Beneyto y Fernando Márquez Gallego,
Psiquiatras

Autonomía, como ya señalaron en 1994 Beauchamp y Childress (1), es un término griego, inicialmente referido, en su época clásica, a la autorregulación y autogobierno de sus ciudades—estado, que fue aplicado posteriormente al ámbito de la autodeterminación y autogobiernos de las personas, como sujetos con derecho a una elección libre entre distintas alternativas, es decir, a una toma de decisiones de forma autónoma.

Es casi obligado rendir homenaje, en este acercamiento inicial a la autonomía, a la crítica radical de Etienne de La Boétie (2) de la renuncia de las personas a la autonomía y el subsiguiente sometimiento al otro como prueba de servidumbre y, al llegar el siglo de las Luces, a la entronización kantiana de la autonomía como fruto extraordinario de la conjunción de dignidad, razón y libertad (en que se apoyan decididamente Beauchamp y Childress.)

Este derecho de las personas a su autogobierno debe aplicarse, en principio, a toda persona que no haya sido incapacitada formalmente y con las debidas garantías jurídicas y, consecuentemente, a cualquiera con problemas de salud mental que conserve su capacidad jurídica o no haya sido privado expresa y legalmente de ella.

La autonomía como atributo de un sujeto humano requiere, según consenso prácticamente generalizado en nuestras sociedades, las siguientes condiciones previas para su ejercicio:

- a. Información y comprensión suficientes y adecuadas de las alternativas a su disposición y las consecuencias de cada una de las alternativas
- b. Capacidad de elección libre y, por tanto, sin estar sujeto a coacción alguna, para elegir la que estime conveniente
- c. Capacidad para actuar libremente como sujeto

En la práctica clínica el ejercicio de la autonomía se materializa básicamente mediante el Consentimiento Informado, que apareció en el horizonte sanitario a

finales de los años 60 del pasado siglo XX, y se materializó en EEUU en la Carta de Derechos de los Pacientes en los hospitales norteamericanos.

En España se concretó en el contexto de la creación del Sistema Nacional de Salud, en los artículos 9, 10 y 11 de la Ley General de Sanidad (1986) sobre derechos y obligaciones de los pacientes.

El ejercicio de estos derechos y la aplicación, lenta y trabajosa, del Consentimiento Informado a contribuido y sigue contribuyendo a un cambio radical en el ámbito de la relación clínica: El paso desde el paternalismo, benevolente en la mayoría de los casos, a la restitución de la autonomía (3) es decir, a la mayoría de edad de los pacientes con problemas de salud mental para considerarlos como interlocutores válidos y últimos decisores en las prescripciones que les afectan. Las excepciones a este criterio han de justificarse sólidamente y tener las debidas garantías.

Este principio de autonomía se ha convertido desde el último tercio de del siglo XX en el eje central y el motor sobre el que pivotan las relaciones entre profesionales sanitarios y pacientes en los distintos escenarios de la clínica y la asistencia. Este marco ético, de acuerdo con un muy amplio consenso, lo completan los principios de no maleficencia, de beneficencia y de justicia que añaden nuevas dimensiones, a considerar, en los análisis éticos aplicados al ámbito sanitario.

Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías

No obstante, desde la potenciación de la autonomía en el territorio de lo sanitario y lo socio-sanitario, han surgido dificultades y debates de distinta entidad sobre su aplicabilidad al campo de la salud mental y de sus pacientes. Este campo, a su vez, se ha ido conectando transversalmente a las nuevas concepciones de la discapacidad.

Como señala J. A. Seoane (4) “La concepción y la asistencia a las personas con discapacidad han adoptado diversas formas a lo largo de la historia”, insistiendo en el paso de la marginación a la participación social, de la atención centrada en lo accidental aunque relevante (existencia de discapacidad) a la priorización de lo esencial (la condición de persona), del paternalismo a la autonomía, de subrayar la dependencia y los déficits a la recuperación de sus capacidades y a generación de otras nuevas, de la posición de sujeto pasivo de cuidados a la posición activa como ciudadano, sujeto de derechos y obligaciones.

Estos nuevos planteamientos surgen básicamente en la segunda mitad del siglo pasado y, específicamente en lo que se refiere a la salud, a partir de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (5). Esta clasificación supone un nuevo enfoque que clarifica dimensiones de las enfermedades y las discapacidades que generan agrupándolas en tres niveles:

- Nivel orgánico-funcional: La deficiencia (impairment) caracterizada como pérdida o anomalía, permanente o transitoria, de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica.
- Nivel personal-individual: La discapacidad (disability) en el sentido de restricción, limitación o carencia, derivada de una deficiencia de la capacidad estimada como normal.
- Nivel social: La minusvalía (handicap) entendida como una situación de desventaja para una persona, derivada de una deficiencia y/o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol establecido con parámetros de normalidad, de acuerdo con la edad, género y factores culturales y sociales.

Esta visión tri-dimensional, supone un significativo avance en el esclarecimiento conceptual de la discapacidad y en el engarce y articulación dinámica de sus dimensiones orgánico-funcionales, anatómicas, fisiológicas y psicológicas así como de sus, cada vez más relevantes, dimensiones sociales. No obstante, hay que señalar, en esta clasificación, el sesgo que conlleva su énfasis en los aspectos deficitarios o limitativos.

Un nuevo enfoque: Funcionamiento, discapacidad y salud

Fueron necesarias dos décadas para que una nueva clasificación abordase una formulación que incorporase una concepción de la salud que integrase los aspectos positivos del bienestar y no solamente la ausencia de problemas de salud. Esta clasificación se denomina “Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud” (6).

Este nuevo enfoque clasificatorio aspira a poder aplicarse a todas las personas, y no exclusivamente a las que padezcan algún tipo de discapacidad. Combina para ello funciones, actividades, participación y factores ambientales y sociales.

Se mantienen las características de responsabilidades individuales y se acentúa la responsabilidad social y, en cierto modo, la dimensión identitaria de grupo que,

siendo positiva, debe evitar desempoderar a nivel personal, para eludir el riesgo de pasar de actitudes de aceptación superadora de la discapacidad a la defensa de su deseabilidad, reactivando secundariamente actitudes y políticas paternalistas (E. Kitay (7) vs M. Nussbaum (8)).

El desarrollo de la dimensión social y de la identidad de grupo en las discapacidades se ha visto impulsado por la creciente presencia y fortaleza movimientos asociativos y cívicos de autoayuda y ayuda mutua que han potenciado extraordinariamente su visibilidad y la sensibilidad de sociedades y administraciones a los problemas asociados a la discapacidad.

Asimismo han promovido activamente la búsqueda legítima y legitimada socialmente de proyectos de vida plenos y diversos, personalizados, a través de la reivindicación de políticas públicas inclusivas que apoyen un papel activo de las personas con discapacidades teniendo en cuenta también sus capacidades. Para lograrlo han de realizar planteamientos integrales de tipo preventivo, terapéutico y rehabilitador al tiempo que promueven la recuperación de capacidades y el desarrollo de otras nuevas dentro de una filosofía general de reconocimiento y participación como ciudadanos activos y responsables (9).

La contracultura de los años sesenta supuso un cambio radical en los movimientos sociales que reivindican más justicia social. Mientras que en épocas pretéritas los movimientos que reclamaban más justicia social giraban en torno a la superación de la desigualdad económica, a partir de los sesenta empezaron a ser relegados a un segundo plano dejando paso a movimientos de reivindicación identitaria. En la era del postsocialismo no se plantea ya tanto la redistribución de la riqueza como el reconocimiento de la identidad (10) y con ello, el reconocimiento de la dignidad de la persona y el derecho a la ciudadanía. Colectivos maltratados socialmente, aunque no necesariamente desde el punto de vista económico, tales como las mujeres, los homosexuales y los negros afroamericanos salieron a la calle en los años sesenta en Estados Unidos para exigir su derecho a ser tratados como personas. Las personas discapacitadas constituyeron uno de los colectivos más luchadores y que mayor éxito tuvieron en lograr que sus reivindicaciones fueran reflejadas en cambios legislativos. Identificar y denunciar la opresión, promover organizaciones para la vida independiente y cambiar las leyes fueron los objetivos de este movimiento, pero sobre todo, redefinir el concepto de discapacidad. La discapacidad no es el resultado de una deficiencia o enfermedad (modelo médico de discapacidad), si no de las barreras que la sociedad pone al discapacitado y que le impiden ejercer como ciudadano autónomo (modelo social de discapacidad).

Es más, algunos sectores radicales de este colectivo proponen, en mimetismo con colectivos de afroamericanos, de feministas y de gays, celebrar la discapacidad con orgullo. El individualismo, la cultura de autoayuda, la ausencia de sindicatos, la ausencia de un estado del bienestar y los discapacitados de las guerras hicieron posible estos movimientos sociales y culturales en Estados Unidos.

Las personas discapacitadas con trastornos mentales, aunque no formaron parte orgánica del colectivo de discapacitados, también lograron hacerse socialmente visibles reclamando sus derechos y exigiendo el reconocimiento de los trastornos mentales como una manifestación más de la diversidad humana. Socialmente respaldados por el éxito reciente de la desinstitucionalización en Estados Unidos y liderados por la carismática Judi Chamberlain, usuaria de servicios de salud mental y autora de “Por nuestra cuenta”, la “biblia” del movimiento (11), el llamado “Movimiento de los supervivientes de la psiquiatría” es considerado hoy en día como el promotor del paradigma de la recuperación personal (recovery), posiblemente el avance más importante en el reconocimiento de la dignidad y el derecho a la autonomía de las personas con trastornos mentales desde la época de la desinstitucionalización

Enfoque de las Capacidades

A mediados de los ochenta, de forma más evidente a partir de la caída del muro de Berlín y de los gobiernos de Margaret Thatcher y Ronald Reagan, comenzó el desarrollo del movimiento neoliberal moderno, que sigue plenamente vigente hoy en día, caracterizado por una concepción puramente economicista del desarrollo humano. Desde esta perspectiva el crecimiento económico es la única fuerza capaz de promover el desarrollo y el progreso social. El bienestar depende de la disponibilidad y adquisición de mercancías, y esto a su vez depende de la riqueza nacional, es decir del PIB. Usando este indicador se asigna clasificaciones privilegiadas de calidad de vida a países con muy alto PIB enmascarando desigualdades dramáticas que afectan a importantes y vulnerables sectores de la población excluidos por políticas públicas discriminatorias y no redistributivas.

Sin embargo la historia ha demostrado que los frutos de la riqueza nacional no se traducen en mejoras relevantes en campos decisivos para el bienestar del conjunto de la población como los de la salud, la educación, la protección social y todos aquellos vinculados a las oportunidades de trabajo y desarrollo de proyectos de

vida personales. Pese a todo, este modelo sigue vigente, pero está siendo sometido desde hace años a críticas crecientes que, aunque demasiado lentamente, están modificando sus parámetros de análisis, con fuerte énfasis en criterios de justicia distributiva y equidad que luchan por flexibilizar los modelos de contrato social imperantes con elementos de cooperación, atención a la diversidad de situaciones y personas y sus necesidades, solidaridad y aumento de la cohesión e inclusión sociales.

Estos nuevos enfoques y modelos bajo el paraguas conceptual de “Enfoque de la Capacidad o de las Capacidades” se plantean responder a preguntas como: ¿Qué son capaces de hacer y ser las personas, tengan o no discapacidad? ¿Qué oportunidades y apoyos tienen para luchar por hacer realidad sus aspiraciones y proyectos en sus vidas? ¿Qué políticas públicas pueden o deben ponerse al servicio de las respuestas que demandan dichas preguntas?

Estos planteamientos persiguen realizar una aproximación innovadora a la evaluación y desarrollo del bienestar más integral y respetuoso con la dignidad de las personas y a concepciones orientadas a la acción para el logro de condiciones universales de justicia social básica.

El enfoque de capacidades concibe a las personas como un fin en sí misma y no como un medio (12), está centrado en la capacidad de elegir libremente, en la autonomía para las decisiones y en el respeto a la pluralidad y diversidad de las personas y sus valores; focaliza los cambios en la identificación de las desigualdades y discriminación, es decir en la quiebra de la justicia social básica; plantea la necesidad de la implicación y participación de las personas, especialmente las concernidas, y de la responsabilidad de las Administraciones y del Estado que han de traducirse en políticas públicas congruentes con el desarrollo de las capacidades y la reducción o desaparición de las desigualdades y la discriminación.

Para (13) el bienestar no aumenta con la posibilidad de adquirir mercancías si no con la capacidades para elegir. Las capacidades son combinaciones alternativas de “funcionamiento” (entendiendo como tal lo que una persona “es y hace” como opuesto a lo que “tiene”) entre las que puede elegir una persona, a la libertad de alcanzar combinaciones diversas de “funcionamiento”. En este sentido las capacidades no son solamente habilidades de las personas, sus capacidades internas, sino que han de incluir las interacciones con el entorno cultural, social, económico, político, es decir las condiciones externas. De la resultante de dichas interacciones surgiría el concepto de “capacidades combinadas”, que constituirían el conjunto operativo de las mismas (14, 8), ya que las capacidades internas (personalidad, ca-

pacidades cognitivas, emociones, conocimientos, experiencia, valores, habilidades sociales, etc.) tienen, generalmente, que afrontar diversas barreras y dificultades externas que limitan o pueden impedir la libertad de elección o para la búsqueda de funcionamientos alternativos. Cuando dichas barreras desbordan las capacidades individuales, la actuación colectiva, cooperativa y solidaria, y las políticas públicas que desarmen las barreras y doten de recursos y mecanismos, y que permitan y promuevan la reapertura de vías de funcionamiento alternativo y personalizado a los implicados, se convierten en fórmulas decisivas de cambio y progreso.

Todo ello se establece al amparo del concepto de dignidad inherente a la persona (las personas “tienen dignidad y no precio” (12), que ampara y fundamenta poner énfasis y priorizar políticas y cursos de acción que protejan y apoyen la capacidad de elección entre modos de funcionamiento alternativo que favorezcan la toma de decisiones autónomas de las personas, en lugar de promover políticas infantilizadoras que las traten como receptoras pasivas de prestaciones.

Como se puede apreciar estos planteamientos se enlazan e hibridan con el campo de los Derechos Humanos. Además de la universalidad por su contenido también son universales desde el punto de vista del sujeto (incluye a todos los sujetos, a todas las personas) así como en relación con los que han de protegerlos y respetarlos (otros sujetos, grupos, entidades y poderes públicos).

Por otra parte los derechos identifican, expresan y deben promover su aplicación práctica (buscando garantizar su cumplimiento) generando de este modo las condiciones esenciales para el desarrollo de una vida digna, fundamentada y exigible por ser una categoría moral (que expresa las capacidades y los bienes más valiosos para las sociedades), una categoría jurídica (materializada en normas jurídicas) y una categoría política (articulada jurídica e institucionalmente para orientar y promover la actuación de los poderes públicos al respecto) (16).

Enfoque de Derechos. La Convención de la ONU

Todas las consideraciones anteriores sobre la Discapacidad y el modelo de Capacidades y su vinculación con los Derechos Humanos encuentran acogida y respaldo en la “Convención de la ONU sobre los Derechos de las personas con discapacidad” (17) aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2006 y que está considerada como “El primer tratado de Derechos Humanos del siglo XXI” (18)

Este respaldo se manifiesta ya en su artículo 1º, que recoge el propósito de dicha Convención con toda claridad:

“Promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente”.

“Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, a largo plazo, que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás “

Este respaldo claro se mantiene a lo largo del texto de la Convención. Señalamos como referencia los apartados de Principios generales (artículo 3º) y Obligaciones generales de los Estados Partes (19):

Artículo 3º:

- a. Respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual incluida la libertad de tomar las propias decisiones.*
- b. La no discriminación*
- c. La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad*
- d. El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas*
- e. La igualdad de oportunidades*
- f. La accesibilidad*
- g. La igualdad entre el hombre y la mujer*
- h. El respeto a la evolución de las facultades de los niños y niñas con discapacidad y su derecho a preservar su identidad*

Artículo 4º:

1. Los Estados Parte se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad. A tal fin los Estados Partes se comprometen a:

- a. Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos reconocidos en la presente convención.*
- b. Tomar todas las medidas pertinentes, incluidas medidas legislativas, para modificar o derogar leyes reglamentos, costumbres o prácticas existentes que constituyan discriminación contra las personas con discapacidad*
- c. Tener en cuenta, en todas las políticas y todos los programas, la protección y promoción de los derechos humanos de las personas con discapacidad*
- d. Abstenerse de actos o prácticas que sean incompatibles con la presente Convención y velar porque las autoridades e instituciones públicas actúen conforme a lo dispuesto en ella.*
- e. Tomar todas las medidas pertinentes para que ninguna persona, organización o empresa privada discrimine por motivos de discapacidad*
- f. Empezar o promover la investigación y el desarrollo de bienes, servicios, equipos e insta-*

laciones de diseño universal, que requieran la menor adaptación posible y el menor costo para satisfacer las necesidades específicas de las personas con discapacidad, promover su disponibilidad y uso así como el diseño universal en la elaboración de normas y directrices.

- g. Empezar o promover la investigación y el desarrollo así como la disponibilidad y el uso de las nuevas tecnologías (incluidas las TIC), ayudas para la movilidad, dispositivos técnicos y tecnologías de apoyo adecuadas para las personas con discapacidad, considerando coste/ efectividad.*
- b. Proporcionar información que sea accesible sobre este tipo de tecnologías de apoyo y dispositivos técnicos para las personas con discapacidad*
- i. Promover la formación de profesionales y personal que trabaja respecto a los derechos reconocidos en esta Convención, a fin de prestar mejor la asistencia y los servicios garantizados por esos derechos.*

2. Con respecto a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes se comprometen a adoptar medidas hasta el máximo de sus recursos disponibles y, cuando sea necesario, en el marco de la cooperación internacional, para lograr, de manera progresiva su cumplimiento, sin perjuicio de las medidas previstas en la Convención que sean de aplicación inmediata en virtud del derecho internacional

3. En la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la presente Convención y en procesos similares que sobre cuestiones relacionadas con personas con discapacidad, los Estados Partes celebrarán consultas estrechas y colaborarán activamente con ellas.

4. Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que puedan facilitar, en mayor medida, el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad y que puedan figurar en la legislación de un Estado Parte o en el derecho internacional en vigor en dicho Estado.

Constituye esta Convención de Naciones Unidas de este modo y a través de su articulado un auténtico modelo de derechos y capacidades que integra y supera las respuestas anteriores a la cuestión de la discapacidad. Desde la perspectiva de la Convención se definen una serie de términos para su interpretación ajustada a la misma de los que destacamos:

- Por “Discriminación por motivos de discapacidad” se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o consecuencia de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil... Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables
- Por “Ajustes razonables” se entenderán las modificaciones o adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las per-

sonas con discapacidad el ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

- Por “diseño universal” se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El diseño universal no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando se precisen.
- “Personas con discapacidad” incluye a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”

Aplicación de los enfoques anteriores al ámbito de la Salud Mental

Esta definición de discapacidad se ajusta al constructo de Trastorno Mental Grave y Prolongado (TMGP) y coincide básicamente con la descripción del Modelo de Atención a las personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera (EMGD), coordinado por la Española de Rehabilitación Psicosocial y publicado por el IM-SERSO en la Serie de Documentos Técnicos en 2007 (20). Este modelo considera como nuevo paradigma de referencia el concepto de “recuperación” (recovery) que busca pasar de un ajuste pasivo y centrado en la desaparición de los síntomas a un enfoque basado en la recuperación de capacidades ya disponibles y en el desarrollo de otras nuevas, empoderando (21) a los pacientes para construir y desarrollar, con su participación activa, su identidad como ciudadano (9) integrados y participantes en su comunidad de referencia.

En su introducción se dice “Ha sido necesario mucho tiempo para que las sociedades hayan comprendido las características de este complejo colectivo. Las causas de este secular olvido han sido: Su condición de colectivo privado de voz y capacidad de auto-representación, los enormes prejuicios sociales y estigmatización social, la ignorancia y el pesimismo acrítico sobre sus verdaderas posibilidades de funcionar en sociedad, la falta de evaluación realista de la efectividad de las prácticas médicas y sociales, la falta de información realista sobre la verdadera magnitud e importancia del problema y la falta de prioridad concedida al colectivo. En los últimos diez años hemos asistido a un proceso de toma de conciencia sobre los problemas de salud mental, especialmente los más graves, los cuales han sido tradicionalmente subestimados”

La OMS (22) alerta (además de la características de complejidad de los problemas mentales) sobre la importancia cuantitativa de los trastornos mentales como generadores de discapacidad en la población que en su conjunto suponen >12% de la carga de los años vividos con discapacidad a lo largo de la vida del total de todas las enfermedades.

Si nos atenemos al conjunto de personas que tienen diagnósticos compatibles con su inclusión en el grupo de TMGP como esquizofrenia y otras psicosis, trastornos afectivos graves, trastornos graves de la personalidad, presentan síntomas que pueden afectar severamente a su funcionamiento cognitivo y perceptivo, a su estado afectivo, a su conducta, impulsos e iniciativas y proyectos. De ellos derivan dificultades significativas para su autonomía, auto-gestión y auto-cuidado que se acentúan por la interacción con entornos que generan barreras y dificultades añadidas que interfieren en sus relaciones con su comunidad de referencia, sus relaciones familiares e interpersonales, su acceso al trabajo y sus posibilidades de participación social. Todo ello configura un escenario personal y relacional que pone en riesgo derechos y libertades personales aún en los intentos bienintencionados de protección paternalista.

Nos centraremos ahora en el escenario de la salud mental que pone a prueba la autonomía fundamental del sujeto, de la persona que ha sido diagnosticada de Trastorno Mental Grave y Prolongado (TMGP): La toma de decisiones autónoma respecto a su vida y a sus cuidados.

Para ello retomaremos el texto de la Convención que, quizás demasiado silenciosamente, posee la potencia y claves que nos deberían permitir avances en territorios como el de las personas con TMGP y su grado de autonomía en decisiones que les conciernen muy directamente como son la de su atención y cuidados sanitarios y sociales. Se hacen necesarios al respecto planteamientos transversales que unifiquen esfuerzos y estrategias.

La tan nombrada, merecidamente, Convención en su artículo 12, que trata del “igual” reconocimiento como persona ante la ley dice, entre otras cosas, lo siguiente:

1. *Los Estados Partes reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho en todas partes al reconocimiento de su personalidad jurídica*
2. *Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida*
3. *Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso (a las personas con discapacidad) al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica*
4. *Los Estados Partes asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad*

jurídica se proporcionen salvaguardia adecuadas y efectivas para impedir abusos... en materia de derechos humanos.

5. *Esas salvaguardas asegurarán que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de las personas, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de la persona, que se apliquen en el plazo más corto posible, que estén sujetas a exámenes periódicos por parte de una autoridad o un órgano judicial competente, independiente e imparcial.*
6. *Las salvaguardas serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.*

En síntesis:

- Todas las personas, con discapacidad o no tienen derecho a tomar sus propias decisiones (toma autónoma de decisiones)
- Todas las personas, con discapacidad o sin ella, tienen derecho a recibir el apoyo adecuado para dicha toma de decisiones (toma de decisiones con apoyo)
- Todas las personas, con discapacidad o sin ella, tienen derecho a tener salvaguardas que aseguren que, de existir, las limitaciones han de ser proporcionadas y adaptadas a las circunstancias de las personas, que no haya conflicto de intereses ni influencia periódica por parte de una indebida, durar el mínimo tiempo posible, tener en cuenta los derechos, las preferencias y la voluntad las personas y realizarse en un marco de garantías jurídicas que incluya una revisión periódica de la situación y que sean proporcionadas al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas (salvaguardas proporcionadas, adaptadas, de la menor duración posible y con garantías jurídicas y revisiones periódicas)

La Convención establece dos niveles de seguimiento de la aplicación del mismo:

1. Un nivel nacional de seguimiento
 - Se traducirá en la designación por los Estados Partes de uno o más organismos que se encargarán de las cuestiones relativas a la aplicación del Convenio
 - Los Estados Partes establecerán a nivel nacional un marco para promover, proteger y supervisar la aplicación del Convenio
 - La sociedad civil, y en particular las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, estarán integradas y participarán plenamente en todos los niveles del proceso de seguimiento

2. Un nivel internacional de seguimiento
 - Se crea un Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad que serán elegidos (un mínimo de 12 y un máximo de 18) entre los propuestos por los Estados Partes y que realizarán diversas funciones como expertos que realizan una misión al servicio de Naciones Unidas
 - Este comité emitirá sugerencias y recomendaciones que remitirá a los Estados Parte

En lo que respecta a España el Comité Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, que realiza el seguimiento del Convenio, dirigió al gobierno español, en septiembre de 2011, entre otras las siguientes recomendaciones:

A. Recomendación 34:

El Comité recomienda al Estado español que revise las leyes que regulan la guarda y la tutela, y, que tome medidas para adoptar leyes y políticas por las que se reemplacen el “modelo de sustitución en toma de decisiones” por el “modelo de apoyo en la toma de decisiones” que respete la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona.

B. Recomendación adicional:

El Comité recomienda, además, que se proporcione formación sobre esta cuestión a todos los funcionarios públicos y otros interesados pertinentes. Como puede colegirse son recomendaciones de gran interés filosófico y operativo en la línea de potenciar la autonomía de las personas con diagnóstico de TMGP en la que seguiremos insistiendo.

La toma de decisiones con apoyo

La toma de decisiones con apoyo adopta diversas formas en distintos países, pero en todos los casos la persona discapacitada retiene su capacidad legal completa. Describiremos brevemente dichos diseños antes de centrarnos en uno que tenga en cuenta el contexto normativo e institucional que permita realizar una propuesta contextualizada y operativa.

a. Toma de decisiones con apoyo informal

La persona con discapacidad recibe el apoyo de un “asistente personal”, que

elige ella misma. Dicho apoyo puede instaurarse por tiempo indefinido o, coyunturalmente, para una tarea concreta de duración determinada por la conclusión efectiva de dicha tarea. El procedimiento se basa en un acuerdo libre que conlleva la existencia de una relación de confianza entre la persona con discapacidad y el asistente personal. La persona discapacitada toma sus propias decisiones. La función del asistente es, en la medida que la persona lo precise, ayudarla a entender las opciones implicadas en la decisión y las distintas consecuencias seguras, posibles o probables de cada una de las alternativas disponibles. Si es necesario, puede encargarse de comunicar, a quien proceda, la decisión tomada. En este modelo se asigna, a cada paciente que ingresa involuntariamente, un abogado. Dicho abogado es independiente, no es un tutor ni tiene reconocimiento oficial. Este abogado sirve a los intereses de los pacientes y lo representa con su consentimiento. Entre sus funciones se incluye la de promover la creación de un clima de diálogo con los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes “como si” el ingreso hubiese sido voluntario (23). También según este mismo autor, en comparación con un grupo control, los pacientes apoyados con un “asistente personal”, y los profesionales implicados en su tratamiento, experimentaron durante la hospitalización y un seguimiento de 12 meses, un grado de satisfacción subjetiva significativamente mayor, constatándose, además, una disminución de abandonos de tratamiento y de reingresos involuntarios.

b. Toma de decisiones reglada

El modelo de “Defensor Personal” (Personal ombudsman/woman) que está disponible en los servicios de salud mental en la provincia de Skane (sur de Suecia) desde 1985. Tiene un horario flexible, adaptado a las circunstancias del caso, no necesita oficina, ni burocracia ni registros.

Requiere una persona competente en abogacía. Según la información disponible incrementa la satisfacción de los usuarios y disminuye el número de reingresos involuntarios. Dispone de un enlace WEB (http://www.po-skane.org/Jesperson_Berlin_2011-09-02.php). El modelo de “Círculos de Apoyo”, es una organización de voluntarios nacida en Canadá en los años 80, difundida e implantada a nivel nacional en el Reino Unido, para apoyar y empoderar a las personas con riesgo de exclusión. Se constituye como un grupo estable que se reúne regularmente para apoyar a una persona con discapacidad en su toma de decisiones. Los componentes del grupo y los temas a tratar son elegidos por la persona discapacitada, si es necesario con la ayuda de un miembro del grupo que actúa de facilitador. Este grupo también

dispone de enlace WEB para facilitar la comunicación entre los interesados: (http://www.circlesnetwork.org.uk/home.asp?sllevel=0z&parent_id=1)

Instrucciones previas. Contexto español

En el ámbito internacional, los derechos de los pacientes se han ido incorporando como elemento básico de las relaciones entre usuarios y pacientes con los profesionales y las organizaciones sanitarias. Esta tendencia se acentuó en entorno europeo tras la Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes de la OMS en 1994 y sobre todo después del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina en 1997. Dicho Convenio aprobado en Oviedo el 4 de abril de 1997 entró en vigor en España el 1 de enero del año 2000 (24) Constituye un paso decisivo al ser el primer Convenio internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscribieron, como sucede con el Convenio sobre Discapacidad de 2006, tantas veces citado, que todavía tiene un ámbito más amplio al ser de carácter mundial, auspiciado por la ONU.

En España estos derechos han sido abordados, apoyándose en el artículo 43 de la Constitución de 1978 sobre protección de la salud, en una primera regulación básica, ya citada, como fue la Ley General de Sanidad de 1986. Habría que esperar 16 años para que la LGS fuese desarrollada y completada por la “Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica” en adelante LAP/2002 (25)

Esta ley potencia y amplía el derecho a la autonomía del paciente y dentro de él pone el énfasis, expresándolo explícitamente, en la cuestión de las instrucciones previas (voluntades anticipadas) que incorpora en su tratamiento del consentimiento informado, la regulación de que los deseos de los pacientes previamente expresados, para que tengan eficacia en su momento, todo ello en sintonía con el criterio al respecto establecido en el Convenio de Oviedo de 1994. La autonomía tiene tal relevancia en esta ley que además de recoger en relación al consentimiento informado sus límites y regulación para los actos clínicos y sanitarios inmediatos, establece la posibilidad de los pacientes de ampliar y anticipar consentimientos informados futuros, por si en esos momentos por venir no se encontrara la persona afectada en condiciones de decidir por sí misma. Esta posibilidad se denomina, en

el artículo 11 de la ley, “documento de instrucciones previas” e implica que 1) una persona mayor de edad, capaz y libre, manifieste anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla en el momento en que llegue a una situación en que no sea capaz de expresar personal y eficazmente sus preferencias y deseos sobre sus cuidados de salud u otras disposiciones; el otorgante puede designar un representante que sirva como interlocutor suyo con los profesionales, para velar por el cumplimiento de sus instrucciones. Continúa diciendo que 2) cada Servicio de Salud ha de garantizar el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito, 3) que no serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico o al “estado del arte”, 4) que en la historia clínica de los pacientes quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con esta previsión y 5) que las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento, dejando constancia por escrito.

Como se puede apreciar en el texto de este artículo 11 de la LAP/2002, el documento de instrucciones previas abarca potencialmente un gran número de situaciones aunque, hasta el momento, en España se han aplicado básicamente a problemas relacionados con el final de la vida (sedación paliativa en pacientes en situación terminal, órdenes de no aplicar medidas extraordinarias, etc.).

La posibilidad de aplicación de dichas instrucciones a otros supuestos vinculados a situaciones clínicas y/o asistenciales parece clara. Nos referimos a los casos que requieran consentimiento informado y en las que se puedan prever escenarios en que los pacientes no estén en condiciones de realizar elecciones libres y voluntarias entre las alternativas disponibles e indicadas. En nuestra opinión este es el caso de las personas con discapacidad y específicamente, en el ámbito de la salud mental, el de las personas que padecen un TMGP en algunos momentos muy concretos de su evolución.

De las Instrucciones Previas a la Planificación Anticipada de la Asistencia Sanitaria

Estas previsiones se han ido conceptualizando con un planteamiento más amplio que el de las instrucciones previas aunque incluyéndolas necesariamente como su núcleo central. Dicho planteamiento se conoce como “Planificación Anticipada de la Asistencia/Atención Sanitaria” (PAAS). Estos modelos incluyen, además de las imprescindibles instrucciones previas que conlleva un proceso de consentimiento

informado, una historia de valores y decisiones de representación (Planificación anticipada de la asistencia médica (26))

Con carácter general, se trataría de un proceso en que los pacientes y los profesionales sanitarios, en el curso de la relación clínica, planificasen con tiempo suficiente, en previsión de situaciones futuras en que el paciente no pudiese decidir y cuando el caso lo requiera, como proceder respecto a los planes de cuidados integrales y continuados incluyendo tratamientos, de acuerdo con una previsible evolución clínica o eventos clínicos puntuales. La PAAS se compone, como hemos señalado antes, de cuatro elementos integrados.

El primero y substancial es, lógicamente, el que le da razón de ser a las instrucciones previas como es el principio de autonomía materializado al efecto en el Consentimiento informado. Este ha de entenderse como el núcleo básico de una nueva relación clínica y asistencial, que permite superar (sin abandono de los pacientes y sus necesidades) una posición sobreprotectora y paternalista, respetando y promoviendo decisiones de los pacientes con el máximo ejercicio de la autonomía que les sea posible. Haciéndose así cargo de las decisiones relativas a su vida, problemas y cuidados, en un esfuerzo de toma a cargo de su responsabilidad como sujeto activo de sus derechos (empoderamiento). Dicho consentimiento para que sea tan valioso como válido ha de cumplir las condiciones básicas ya señaladas por Beauchamp y Childress (1) de 1) Ser un consentimiento libre, sin coacciones externas ni internas, 2) Tener capacidad para comprender y elegir entre alternativas ponderando los aspectos positivos y negativos de cada una de ellas y valorando las consecuencias de la elección, 3) Para la comprensión suficientemente completa y adecuada que exige el punto anterior es necesario disponer de una información suficiente y suficientemente buena, incluyendo que sea una información adaptada a las capacidades de quien ha de decidir.

En cuanto al segundo elemento, en la toma de decisiones válida desempeña una notable importancia la “congruencia” de las mismas con los valores de las personas, sean los propios pacientes o las personas que elijan como sus representantes, que deberán actuar, en estos casos, en consonancia con los valores de las personas que a las que representen. Los valores han de entenderse como personales, subjetivos, y no como hechos objetivos. La obligación respecto a los valores personales debe ser inequívocamente de respeto. Esto no impide hablar o deliberar sobre ellos y/o, en su caso, modificarlos, siempre que sea con el acuerdo de quien los sustenta y tras una deliberación adecuada. Los valores sin ser exclusivamente racionales, ya que implican entre otros, factores emocionales y experiencias muy variadas, deben

tender a una razonabilidad fundamentada en criterios de valoración subjetiva, expectativas, creencias religiosas o no, proyectos de vida... (27).

Todo ello puede materializarse en notas clínicas o un documento anexo de la historia clínica que los recoja con la máxima fidelidad posible. Esta "historia de valores" puede ser de gran ayuda para quienes puedan o tengan que tomar decisiones de cuidados y tratamiento, en el supuesto de que los pacientes no estén en condiciones de explicitarlos. Se puede prevenir, de este modo, innecesarios conflictos, equívocos y lo que más grave no tener en cuenta los valores genuinos de los paciente en la toma de decisiones. Además de evitar ansiedades y tensiones que puedan distorsionarlas decisiones de terceros, disminuyendo la incertidumbre e incrementando la probabilidad de actuar conforme a los deseos de los pacientes. Dado que los valores pueden evolucionar o modificarse a lo largo de la vida resulta conveniente mantener actualizada dicha expresión de valores, haciendo saber dichos cambios para que se incorporen a la historia clínica.

El tercer elemento se refiere a las instrucciones previas. Teniendo en cuenta lo ya reseñado al comentar el artículo 11 de la LAP/2002, es relevante recordar que llegado el momento de aplicarlas, como los valores en juego son extraordinariamente significativos, convendría reflexionar de nuevo con los pacientes o sus representantes sobre su contenido, a la luz de su situación actual, evitando automatismos y aplicaciones literales de instrucciones realizadas (cuando así sea) en otros momentos vitales distintos y/o lejanos.

Designación (o no) de representante constituye el cuarto elemento. Esta figura, nombrada por los propios pacientes como persona de confianza con funciones de representación de sus intereses (de los pacientes) debe, de existir, incluirse en las Instrucciones previas. Su finalidad no es cambiar las indicaciones de sus representados, sino la de actuar como interlocutor del equipo asistencial o de la persona responsable de la atención sanitaria, para facilitar y asegurar el proceso de cumplimiento de las voluntades anticipadas y de los valores de los pacientes. Además del representante designado en el documento de instrucciones previas, pueden los pacientes elegir un representante dotado de capacidad para tomar decisiones, en el caso de que no estuviesen reflejadas en las I.P., y delegar en dicha persona de confianza (que podría ser la misma), que conozca sus valores para que sea interlocutor de los profesionales sanitarios (art.9 de la LAP/2002), pudiendo serlo también familiares o allegados al paciente. De todo lo anterior se deriva la importancia para el paciente de la elección de quien/quienes han de representarle. No es necesario que sea una única persona, podrían ser varias. Ambos, paciente y representante,

deberían reunirse con los profesionales sanitarios correspondientes para establecer explícitamente las funciones ante el equipo sanitario de dicho representante y facilitar así las relaciones asistenciales futuras. Naturalmente el criterio rector en las decisiones de representación que es actuar en el mayor beneficio de los pacientes. Adaptando al máximo las decisiones a la subjetividad de cada paciente concreto, teniendo en cuenta sus valores, preferencias, creencias y expectativas y reconstruyendo de la manera más completa y fidedigna posible (“como si”), lo que el paciente, probablemente, hubiese decidido al respecto.

Como se puede apreciar por lo dicho anteriormente, existe un soporte legal y fundamentos éticos para poner en marcha procedimientos de toma de decisiones autónomas en todas las personas incluyendo las llamadas instrucciones previas, voluntades anticipadas o la planificación anticipada de la asistencia sanitaria. Estos derechos y procedimientos son de aplicación a todas las personas, y como se ha reiterado anteriormente también a quienes tienen una discapacidad en los términos recogidos en la Convención de la ONU de 2006.

De lo que no disponemos hasta el momento de experiencia práctica suficiente en la aplicación de toma de decisiones con apoyo en el ámbito de las personas que presentan problemas de salud mental

Planes de Crisis con Apoyo (PCA): Propuestas de procedimiento

Los pacientes en condiciones de competencia y capacidad jurídica de actuar, inicialmente con el concurso de un facilitador (Profesionales sanitarios o del ámbito de los Servicios sociales, profesionales de salud, mental, familiares, cuidadores, allegados, ciudadanos, miembros de asociaciones de familiares y/o usuarios) y posteriormente, una vez elaborado un borrador, con la colaboración de los profesionales que le atienden de forma habitual, redacta finalmente un documento en formato ficha o similar en previsión de posibles crisis futuras, que contenga las instrucciones previas o las medidas de atención que pueda conllevar la planificación anticipada de la asistencia. La ficha puede contener el nombre de la persona o personas de la confianza del paciente que le representen durante la crisis, contactos de interés, diagnóstico y plan de tratamiento, especialmente lo relacionado con las circunstancias concretas referidas a la medicación (por ejemplo rechazo de determinados psicofármacos o de la administración parenteral o de determinados niveles de dosificación) o referidas al hospital o a los profesionales que pudieran estar implica-

dos en su tratamiento, circunstancias relacionadas con las recaídas, ayuda práctica durante la crisis y otro tipo de instrucciones previas. El documento lo guarda cada paciente y una copia se adjunta a su historia clínica.

Los PCA tienen por objeto promover al máximo la autonomía de los pacientes en la toma de decisiones en relación a su atención integral en salud mental, reforzar la alianza de trabajo, potenciar la adherencia al tratamiento y la cumplimentación de los acuerdos y planes de tratamiento, fortalecer las relaciones y la colaboración con familiares y cuidadores y reducir al máximo la aplicación de medidas coercitivas, especialmente la reducción de ingresos involuntarios.

La efectividad de los PCA para reducir la tasa de ingresos involuntarios se ha puesto a prueba mediante ensayos clínicos randomizados, dos de ellos con resultado negativo (28, 29) y dos con resultado positivo (30, 31). Uno de las razones que se aportan para explicar los resultados negativos, al menos en el caso de Thornicroft, es la escasa implementación de las instrucciones previas contenidas en la ficha del PCA por parte de los psiquiatras que atendieron a los pacientes durante las crisis. Si no existe una información rigurosa y generalizada sobre los PCA y una cultura médica favorable, no se respetarán las instrucciones previas y se correrá el peligro a medio plazo de que los usuarios terminen por no creer en el método. Así pues parece razonable promover un cambio favorable de las actitudes de los profesionales antes de introducir su uso.

Uno de los fantasmas recurrentes referidos a las instrucciones previas es la idea preconcebida de que los pacientes, aun cuando se encuentren en condiciones de capacidad y conserven un grado aceptable de conciencia de enfermedad, si se les deja expresar libremente sus preferencias, escogerán no volver a ser hospitalizados o rechazarán el uso de psicofármacos para su tratamiento. Nada de esto se ha confirmado en la práctica. En el análisis temático de 221 PCA cumplimentados por los pacientes enrolados en el ya mencionado ensayo clínico de Thornicroft (29) reveló que menos del 10% rechazaron de plano la hospitalización o los neurolépticos. Por el contrario los pacientes expresaron sus preferencias por poder participar en las decisiones sobre la atención que recibirían en caso de crisis, porque se les aplicasen planes de tratamiento consistentes y claros, por ser tratados con respeto y compasión, por tener acceso a profesionales que estuviesen familiarizados con su historial y, en caso de tener que ser hospitalizados, prefirieron que la hospitalización se llevase a cabo en su propio domicilio, cuestiones todas ellas sumamente razonables (32).

Como ya se ha dicho el usuario ha de redactar las instrucciones previas cuando se encuentra en condiciones de competencia y capacidad jurídica de actuar, pero

la determinación de si se cumplen estas condiciones no siempre resulta fácil, pudiendo darse desde situaciones que no haya dudas hasta casos que requieran su determinación formal, aunque la presunción, en caso de duda, es de existencia de dicha capacidad salvo que se demuestre lo contrario.

Una variante aplicable cuando, como suele suceder con métodos de decisión de tipo casuístico, la competencia no se produce como un dilema de si “existe por completo o no existe en absoluto”, pueden ser modelos que buscan rescatar para la decisión autónoma, en casos dudosos (que no son infrecuentes), situaciones de competencia incierta, al tiempo que intentan proteger de perjuicio o daño a los pacientes, en primer lugar y también a terceros concernidos. Entre esos modelos figura el de escala móvil de competencia de J. Drane (33) que busca responder a las siguientes preguntas: ¿Comprende el paciente lo que se está explicando? ¿Puede tomar una decisión sobre el tratamiento basándose en dicha información? ¿Qué grado de comprensión y capacidad de toma de decisiones (suficientemente) racionales es necesario para que el paciente sea considerado competente? ¿Qué grado de disminución de su capacidad de toma de decisiones para que sea considerado incompetente?.

Un instrumento adecuado para evaluar la competencia debería evitar dos tipos de errores: el de impedir que personas competentes puedan decidir acerca de sus propios tratamientos y el de que fracase la protección de personas no competentes ante los efectos perjudiciales de una mala decisión“. La propuesta de Drane intenta combinar en tres niveles de complejidad creciente y de mayor importancia de la decisión, y para cada nivel, criterios de competencia, estados (situaciones) clínicos (evaluados en cada caso) que pueden suponer incompetencia, estados que pueden suponer competencia y decisiones posibles en quienes son valorados como competentes para dicho nivel.

El criterio general es que cada paciente tiene la última palabra y puede revertir o anular el documento si se encuentra en situación de capacidad, en otro caso puede actuar en su nombre (si ha sido designado) el representante legal y en último caso familiares próximos o allegados. La vinculación por tanto es variable y reversible. Únicamente se invalida en caso de conflicto con la *lex artis* o cuando el supuesto clínico asistencial no esté contemplado en el documento de instrucciones previas o en el de la planificación anticipada de la asistencia sanitaria.

Conclusiones:

Disponemos de la apoyatura del Convenio Mundial de Discapacidad (ONU 2006) y especialmente del contenido de su artículo 12, de la Ley de Autonomía del paciente de 2002 que trata con especial relevancia las cuestiones esenciales relativas al consentimiento informado y en sus artículos 9 y 11 el consentimiento por representación y las instrucciones previas, de experiencias y documentación sobre la planificación anticipada de la asistencia sanitaria adaptable al ámbito de la salud mental y de los TMGP, de planes de crisis y toma de decisiones con apoyo informal y reglado que no conllevan costes organizativos ni económicos relevantes y de temas susceptibles de aumentar la capacidad de toma de decisiones autónoma con apoyo que refuerza la corresponsabilidad de los pacientes y los empodera, mejora la relación con profesionales y cuidadores y puede permitir superar, en un territorio tan complejo e importante como el de la salud mental una larga etapa de estigma, sobreprotección y paternalismo. Siendo así parece una empresa necesaria y un cambio de etapa de enormes y humanizadoras perspectivas. Parece exigible ponerse a la tarea, al menos todos los concernidos, pacientes, familiares, cuidadores, profesionales sanitarios, juristas, gestores, representantes públicos, organizaciones y administraciones sanitarias.

La experiencia acumulada indica que la “Abogacía personal” y sobre todo los “Planes de Crisis con Apoyo” son efectivos para mejorar los resultados clínicos, en algunos casos reducir la duración de las estancias y especialmente reducir la tasa de ingresos involuntarios. Sin embargo ninguno de estos procedimientos ha sido objeto de estudio en nuestro medio, ni se aplican en la práctica clínica de forma generalizada, aunque tienen una apoyatura legal clara.

Estas figuras y fórmulas pueden ponerse en práctica con escaso coste económico añadido, ofreciendo una extraordinaria oportunidad y un auténtico salto cualitativo en la defensa de los derechos de las personas con TMG y de mejorar la satisfacción de los usuarios

Es necesario antes de introducir el uso de estas medidas informar a los profesionales sobre su fundamento legal y ético y sobre la metodología a seguir, así como generar un clima favorable a su implementación práctica.

Las Asociaciones de usuarios y familiares podrían liderar su desarrollo con la colaboración de las asociaciones profesionales o de los profesionales del ámbito de la salud, la salud mental, los servicios sociales y los jurídicos además de recurrir al apoyo institucional del Defensor de Pueblo español y de los defensores autonómicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson, 1999.
2. Etienne de La Boetie . El discurso de la servidumbre voluntaria. Madrid: Tecnos.
3. Gracia D. La práctica de la Medicina. En: A Couceiro, editora. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela,1999;
4. Seoane JA. Derecho y personas con discapacidad. Hacia un nuevo paradigma. X: Siglo Cero, 2004
5. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías OMS 1980. Consultado 23-03-2015. Disponible <http://sid.usal.es/internet/discapacidad/1227/9-1/ciddm-2-clasificacion-internacional-de-deficiencias-discapacidades-y-minusvalias.aspx>
6. Clasificación Internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud. OMS 2001. Consultado 23-03-2015. Disponible http://conadis.gob.mx/doc/CIF_OMS.pdf
7. Kittay EF, Love's Labor: Essays on Women, Equality and Dependency. New York: Routledge, 1999
8. Nussbaum MC. Las fronteras de la Justicia. Barcelona: Paidós 2012
9. Gutmann A. La identidad en democracia. Buenos Aires: Katz, 2008.
10. Fraser N. From redistribution to recognition? Dilemmas of justice in a 'post-socialist' age. *New Left Review* 1997 I, 212: 68-93
11. Chamberlin J. Por nuestras propia cuenta: Controlada por el paciente alternativas al sistema de Salud Mental. Nueva York: Hawthorne 1978.
12. Cortina A. Estudio preliminar. En: Kant I. La Metafísica de las Costumbres. Segunda edición. XX: Tecnos 1999
13. Sen A. Nuevo examen de la desigualdad. Madrid: Alianza.1995
14. Sen A. Desarrollo y Libertad. Barcelona: Planeta 2000
15. Nussbaum M.C. Crear capacidades. Paidós. Barcelona.2012
16. Seoane Ja. Derecho y Salud Mental: Capacidades, derechos, justicia. *Revista Jurídica del Perú* 2006, 68: 261-279
17. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad Naciones Unidas Enable. Consultado: 23-03-2015. Disponible en <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
18. Sanjosé Gil A. El primer tratado de derechos humanos del siglo XXI: La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Revista electrónica de estudios internacionales*.13, 2007 Consultado 23-03-2015. Disponible en <http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.reei.org%2Findex.php%2Frevista%2Fnum13%2Farchivos%2FSanjoseGil%2528reei13%2529.pdf&ei=fO4SVfCpNML3UsGUgLGb&usq=AFQjCNGWxi7ignxv81Q0syKYjKjPu85T9w&bvm=bv.89184060,d.d24>
19. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (UN 13/12/2006)(BOE 21/04/2008)
20. Modelo de Atención a las personas con enfermedad mental grave. Serie Documentos Técnicos. IMSERSO 2007. Consultado 23-03-2015. Disponible en <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenenfermental.pdf>

21. Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: toward a theory for community psychology. *Am J Comm Psychol* 1987, 15: 121-147.
22. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2001 Consultado 23-03-2015. Disponible en <http://www.who.int/whr/2001/es/>
23. Rosenman S, Korten A, Newman L. Efficacy of continuing advocacy in involuntary treatment. *Psychiatr Serv.* 2000 Aug;51(8):1029-33.
24. Convenio sobre los derechos humanos y la biomedicina 1997. Consultados 23-03-2015. Disponible en <http://www.colmed2.org.ar/images/code04.pdf>
25. LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Consultado 23-03-2015. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
26. Gracia D, Sendín JJ Planificación anticipada de la asistencia médica. Guía de ética en la práctica clínica. Madrid: FCC Salud 2011
27. Gracia D. Construyendo valores . Madrid: Triacastela 2013
28. Papageorgiou A, King M, Janmohamed A, Davidson O, Dawson O Advance directives for patients compulsorily admitted to hospital with serious mental illness : Randomised controlled trial *Br J Psychiatry.* 2002, 181:513-519.
29. Thomicroft G, Farrelly S, Szmukler G, Birchwood M, Waheed W, Flach C et al. Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial *Lancet.* 2013 11; 381 (9878): 1634-41
30. Henderson C, Flood C, Leese M, Thomicroft G, Sutherby K, Szmukler G Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial *BMJ* 2004, 329: 136-138
31. Ruchlewska A, Wierdsma AI, Kamperman AM, van der Gaag M, Smulders R, et al. Effect of Crisis Plans on Admissions and Emergency Visits: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE* 2014) 9 (3): e91882. doi: 10.1371/journal.pone.0091882
32. Farrelly S, Brown G, Rose D, Doherty E Henderson CR Birchwood M et al What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2014) 49:1609–1617
33. Drane, J.F. Las múltiples caras de la competencia en En: A Couceiro, editora. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela 1999

