

BOLETÍN SEMESTRAL
Nº 3 · ABRIL DE 2017

AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA



**PROFESIONALES
DE LA SALUD MENTAL**





ÍNDICE

- 5** Editorial
- 7** Psicólogos clínicos en atención primaria, dudas y planteamientos
- 13** El cientificismo en la ciudad de Londres y alrededores
- 17** El armario del lenguaje
- 19** Retazos de un enfermo mental
- 24** Locura, encierro, dignidad
- 26** Determinismo o libertad: recorrido filosófico (inevitablemente parcial)
- 37** Mientras tanto en la prensa: Trevicta, publici-ciencia y discurso
- 38** Mientras tanto en la prensa: discursos de odio, especialistas y guerras culturales
- 40** Mientras tanto en la prensa: No, Trump no está loco.
- 41** Mientras tanto en otras asociaciones: rigurosa evidencia, modelos únicos y conflictos estructurales
- 42** Acreditados por la ESM AEN
- 45** Mientras tanto en la AEN
- 47** Javier Montejo, un psiquiatra ejemplar



Poco a poco llegamos ya al tercer número de esta publicación semestral de la AEN en la que intentamos acercaros contenidos más inmediatos que en otras publicaciones, a modo de toma de pulso de la actividad asociativa de esta organización. Como sucede siempre en lo que a la comunicación respecta tenemos la duda de si reaccionar a cada uno de los eventos que consideramos preocupantes (ora en lo social, ora en lo político-sanitario-social, ora en otros colectivos, profesionales o no) o si seguir nuestro propio ritmo a la hora de producir contenido, opinión y propuestas-desde-lo-profesional. Al final nos sale una mezcla, con secciones puramente reactivas como “mientras tanto en la prensa”, artículos más o menos dirigidos (como el excelente texto con el que nos deleita Moncho Area en torno a las sombras del cientificismo) o con textos “de hoja perenne”, si nos permiten la comparación, como los que nos ofrecen Amaia Vispe y José Valdecasas o Jose Manuel Lalana. Particular atención nos merecen los análisis

elaborados por Ana Elúa o Javier Carreño, que son, como este boletín, una mezcla de reacción a un tema de actualidad y un retorno a preguntas nunca contestadas y que se encuentran bajo los cimientos de toda nuestra actividad profesional. Agradecemos la generosidad de Isabel Pérez al prestarnos su testimonio personal, inaugurando en este boletín la línea ya tomada por la AEN en otras publicaciones de incluir testimonios en primera persona que nos permitan entender el sufrimiento psíquico desde el punto de vista de sus protagonistas; trataremos de mantener esta sección en próximos números ya que lo consideramos francamente enriquecedor.

Os resumimos también parte de la bulliciosa actividad de autonómicas, secciones y grupos de trabajo reflejando sólo una parte de todas las iniciativas que se están llevando a cabo.

No os entretenemos más. Os recordamos que podéis leer los números anteriores del boletín [aquí](#) y [aquí](#).



SUJET_S A LO SOCIAL

XXVII JORNADAS ESTATALES

SALUD MENTAL AEN



MADRID 1, 2 Y 3 JUNIO 2017



AENJORNADAS2017.WORDPRESS.COM



PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN ATENCIÓN PRIMARIA, DUDAS Y PLANTEAMIENTOS

Ana Elúa Samaniego

La propuesta nacida desde el Colegio Oficial de Psicólogos de intervención psicológica en Atención Primaria (PSICAP)¹ ha abierto diferentes debates y preguntas: quiénes deberían realizar esas intervenciones (psicólogos clínicos, psicólogos sanitarios, personal de enfermería, trabajadores sociales); qué tipo de intervenciones son la que se deberían realizar (terapia cognitivo-conductual, grupal, relajación). Preguntas que reducen a la técnica y capacitación el problema de cómo atender la sintomatología ansiosa-depresiva tan frecuente en las consultas, limitando una reflexión más profunda del problema que se pretende resolver.

La situación-problema que se intenta solventar queda clara, en los últimos años las prevalencias de depresión y ansiedad en las sociedades occidentales se han disparado y la prescripción de fármacos, de dudosa efectividad y resolución de las conflictivas emocionales, ha aumentado estrepitosamente. Las consultas de Atención Primaria y de Salud Mental se encuentran desbordadas ante determinados malestares que no llegan a configurar ningún trastorno; malestares sobre los que se demanda poner remedio y que en la actualidad suponen un gran gasto socio-sanitario imposible de sostener (gasto farmacéutico, bajas laborales, cronificación de determinados malestares, uso excesivo de los servicios sanitarios).

La hiperfrecuentación por determinados malestares, como la tristeza, apatía o ansiedad, así como su excesiva medicalización, supone un desafío a los profesionales tanto de Atención Primaria como de Salud Mental en aras de pensar y buscar posibles alternativas y soluciones a tales demandas. Señalar que este tema ya fue reflexionado en el XXIV Congreso Nacional de la AEN, cuya ponencia fue publicada por la propia asociación: *Trastornos Mentales Comunes: Manual de Orientación*² en 2009.

La primera cuestión a plantear es si el aumento de las prevalencias de determinados trastornos es realmente debido a un aumento de los malestares psíquicos en los últimos años o a un cambio en el discurso psicopatológico que propone una serie de etiquetas diagnósticas, donde ciertos malestares encuentran su razón de ser y se transforman en objeto de intervención sanitaria ante un modelo

1. Este proyecto parte de la experiencia británica iniciada en 2005 IAPT, *Improving Access to Psychological Therapies*, ante el aumento del gasto sanitario ante los problemas de Salud Mental (gasto farmacológico, incapacidades, bajas laborales). La experiencia británica de poder acceder a tratamiento psicológico desde el primer nivel de atención sanitaria lanzó datos esperanzadores en contra de la medicalización de los trastornos mentales menores como la ansiedad y la depresión moderada-leve; si bien, es necesario señalar como la experiencia británica de intervención psicoterapéutica no fue llevada exclusivamente por psicólogos, participando enfermeros, trabajadores sociales o terapeutas ocupaciones previamente entrenados y supervisados por terapeutas.

2. RETOLAZA, Ander (coord.). (2009). *Trastornos mentales comunes: Manual de orientación*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.



biomédico que los equipara a cualquier otra enfermedad somática. Tanto el posible aumento de malestar psíquico como el cambio del discurso psicopatológico han de examinarse desde una perspectiva histórica, social y cultural, sin olvidar, como advierte Manuel Desviat, *demanda y respuesta van a estar condicionadas históricamente. Se enferma y se trata según te deja tu época, la historia de tu pueblo y aún de tu tribu*³.

El resultado de las últimas versiones de las clasificaciones oficiales (DSM, CIE) ha sido una proliferación de diagnósticos, la incorporación de síntomas leves y confusos, expandiendo los límites de la psicopatología a situaciones insospechadas, desdibujándose las fronteras entre la normalidad y la psicopatología; produciéndose un cambio en la sociedad en cuanto a cómo se perciben y se tramitan determinados malestares. La tristeza o la ansiedad dejan de ser sufrimientos inherentes del ser humano y se empiezan a transformar en estados evitables gracias a que los expertos tienen diferentes remedios (farmacológicos, psicoterapéuticos). La solicitud de ayuda se convierte en una relación mercantil de consumo de técnicas sanitarias adecuadas a determinadas demandas de supresión del malestar. Como señala Juan Gérvás, *la salud ya no es la capacidad de superar los inconvenientes y adversidades de la vida diaria, sino la ausencia de inconvenientes y adversidades; es decir, la salud es imposible, y lo “normal” estar enfermo, tener trastornos mentales y problemas sanitarios*.

Las taxonomías actuales, con sus múltiples trastornos, complican el discernir qué demandas serán objeto de intervención sanitaria, y cuáles no. Los criterios diagnósticos propuestos para cada categoría diagnóstica son simples, superficiales y sujetos a la interpretación del clínico y de la persona aquejada; criterios que descontextualizan el dolor psíquico. El diagnóstico categorial prescinde de la realidad cotidiana, la historia y los valores culturales de la persona que solicita ayuda, sin apreciarse como frecuentemente los factores contextuales son determinantes en la aparición y cronificación de terminados trastornos leves o comunes, donde la propia psicoterapia puede ser poco efectiva e incluso contraindicada. A pesar de las recomendaciones de los propios manuales, en el DSM se advierte como *los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico, sin seguirse a rajatabla como un libro de cocina*; hay quienes identifican trastornos mentales a partir del cumplimiento de determinados criterios, obviando la subjetividad e historia del sujeto sobre las que poder encontrar un sentido a los malestares cotidianos. La escucha y mirada clínica son sustituidas por preguntas o cuestionarios más orientados a detectar síntomas que a comprender el sufrimiento psíquico, o a valorar los recursos individuales, familiares y sociales para gestionar los malestares. Cuando lo que se impone es una escucha al síntoma, la práctica clínica corre el riesgo de quedar reducida a la diagnosis y prescripción terapéutica (farmacológica, psicológica), sin realizar un balance de los beneficios o perjuicios que pudieran causar determinados diagnósticos e intervenciones. Además de renunciar a la búsqueda de posibles causas sociales y soluciones colectivas para muchos de los malestares actuales. Cuando se opta por escuchar a la persona frente al síntoma, su malestar puede cobrar sentido en su propia historia y cotidianidad, donde la escucha empática puede tener un efecto de alivio y posibilita la búsqueda de soluciones en escenarios no

3. DESVIAT, Manuel (2016), *Cohabitar la diferencia. De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Madrid: Grupo 5.



estrictamente sanitarios, en los que la no-intervención por parte de los servicios sanitarios se prioriza frente a un posible intervencionismo excesivo e ineficaz. Una clínica más centrada en las necesidades del sujeto, alejada de rótulos diagnósticos, ayudará a discernir si los malestares son reactivos a conflictos internos-individuales (esquemas irracionales, deseos reprimidos) de la persona, donde la psicoterapia aparecería como una opción de intervención de primera elección frente al fármaco; o si por el contrario, si dichos malestares son reactivos a situaciones de precariedad más en relación a políticas económicas y sociales actuales, cuya resolución, contención y apoyo ha de encontrarse en otros escenarios colectivos no sanitarios, sin la necesidad de los expertos en salud mental.

Otra cuestión a plantear, es la que concierne a la propia organización del sistema sanitario. La crisis económica y las políticas públicas para su gestión están poniendo en peligro el Sistema Nacional de Salud, sobre todo en su vertiente más comunitaria de prevención y promoción de salud, se prioriza la detección y supresión de síntomas, frente a la promoción de entornos más saludables y protectores para los ciudadanos. La Atención Primaria es la más afectada ante el recorte presupuestario en sanidad frente al desarrollo especializado y tecnológico de los hospitales, siendo necesario tener en cuenta [la precariedad laboral en la que se encuentran los profesionales de Atención Primaria](#). Una clínica más centrada en el sujeto, que se aleje del diagnóstico categorial de los trastornos mentales, requiere una escucha activa, escucha que a su vez necesita de un tiempo necesario para ir configurando la demanda de la persona en un proyecto terapéutico, tiempo del que los profesionales de Atención Primaria carecen, hay que recordar la plataforma en la que solicitaban diez minutos por consulta. El valorar y atender determinadas demandas de malestar emocional requiere de una formación y disponibilidad de recursos, empezando por un tiempo mínimo de consulta para los médicos de AP, así como un mayor desarrollo de la propia Atención Primaria si lo que se quiere es defender un modelo asistencial comunitario que tenga en cuenta el contexto social de los pacientes.

La falta de recursos suficientes ya en el primer nivel de asistencia sanitaria impide un mejor conocimiento de los entornos y poblaciones foco de atención, con el peligro de considerar en exceso las variables individuales en los procesos morbosos, obviando otros [determinantes sociales](#) que pudieran estar influyendo en el estado de salud de las personas de una zona concreta, de ahí la importancia de defender las áreas de salud descentralizadas frente al hospitalocentrismo. La zonificación sanitaria facilita la obtención de información relevante sobre las condiciones contextuales de determinadas poblaciones y de su impacto en la salud, pudiéndose planificar actuaciones orientadas a reducir desigualdades sociales, mejorar las condiciones de vida y de trabajo en coordinación con otros servicios. Desde una perspectiva biomédica surge la confusión entre lo que son programas de promoción/prevenición de la salud (actuar sobre los contextos) y programas de detección precoz (actuación sobre las variables personales, ubicando al sujeto en una pasividad frente a su contexto), iniciándose una serie de intervenciones técnicas individuales que no resuelven el problema de base, sino que se acerca más a lo que podría ser una especie de cuidados “psi” paliativos para sobrellevar las injusticias sociales.

El retroceso de la Atención Primaria frente al desarrollo técnico de los hospitales, como el [confundir la mejora de la asistencia médica con un mayor número de especialistas y recursos en servicios](#)



de segundo nivel de asistencia, puede ser una de las explicaciones por lo que las diferentes especialidades se están viendo desbordadas, no tanto por un desconocimiento o mal manejo de determinadas demandas por parte de los profesionales de Primaria. La presión asistencial en la actualidad en los diferentes niveles de atención sanitaria empuja a pensar en medidas para optimizar los recursos sanitarios, ya que no son ilimitados ni inagotables. La coordinación en nuestro país entre Salud Mental y Atención Primaria queda reducida en muchos de los casos a informes, protocolos superficiales de derivación, con el peligro de que determinados malestares psíquicos leves queden medicalizados, patologizados, con la cronificación subsiguiente y los costes económicos a largo plazo. El modelo de coordinación sustentado únicamente en la derivación según protocolos y criterios estandarizados, predominante en nuestro país, conlleva diferentes inconvenientes como es la falta de continuidad en la atención, ausencia de comunicación entre ambos niveles y se obstaculiza la priorización de determinadas demandas. El crear espacios de coordinación ante el aumento de demandas de sufrimiento psíquico se impone como una necesidad básica; sin bien, el cómo han de ser esos espacios deberán ser contruidos entre los distintos profesionales de ambos niveles. Las propuestas de cooperación o programas de intervención deberán tener en cuenta las necesidades, dificultades y recursos de ambos niveles. El desamparo en el que nada la Atención Primaria en nuestros tiempos ha de reflexionarse en profundidad, replantearse su importancia en el modelo asistencial que se quiere defender desde una perspectiva más social, colectiva o comunitaria.

La coordinación y ordenación de recursos, para una buena planificación y programación sanitarias, han de estar orientadas al beneficio de la ciudadanía en cuanto a responder a sus necesidades e ir más allá de la pura supresión de síntomas, y teniendo en cuenta las desigualdades sociales, ya que determinadas intervenciones precoces se están realizando en personas con mejores recursos sociales o económicos, abandonando a aquellas personas con un perfil más complejo y en situación de vulnerabilidad social. La coordinación entre ambos niveles tendría que orientarse hacia qué será objeto de intervención (ya sea en primaria o en especializada) y qué tipo de intervención es la que se adecua más a las necesidades del paciente. Frente a la avalancha de demandas sanitarias urge delimitar la oferta de servicios sanitarios y despatologizar determinados malestares ubicándolos en su contexto social, histórico y cultural. La espera expectante y escucha comprensiva, en diferentes encuentros paciente-médico, se imponen a un intervencionismo inmediato, que lejos de resolver el problema puede perpetuarlo. Los profesionales, tanto de primaria como de especializada, tendrán que buscar espacios y tiempos para la cooperación, donde las intervenciones en un nivel u otro se integren en un actuar común centrado en las necesidades reales de la sociedad, frente a un actuar exclusivo sobre el síntoma. Como advierte Guillermo Rendueles, *los de arriba prometen solucionar todos los problemas sociales desde el paro, la violencia de género o el racismo diseñando programas específicos de salud mental. Los de abajo, en situación de indefensión aprendida, y carentes de cualquier proyecto autónomo de defensa colectiva contra su malvivir real, consienten en buscar soluciones que individualicen sus problemas. Individuación que obviamente conduce a un consultorio donde los malestares reales son aislados de la situación en que se generan y transformados en sus dobles imaginarios: la explotación laboral se llama ahora mobbing. Problemas subjetivos ya etiquetados como*

Trastornos por Angustia-Depresión Secundarios al Estrés se alivian no cambiando la situación, sino con píldoras y adquisición de habilidades en procesos de subjetivación positiva con los que advenir a la felicidad prometida desde arriba.

Otro de los aspectos a tener en cuenta, es la propia iatrogenia de las intervenciones psicoterapéuticas, como es el peligro, ya señalado por Rendueles, de individualizar conflictivas más relacionadas con las condiciones sociales o el de generar falsas expectativas de que para todo malestar subjetivo existe un remedio psicoterapéutico. Intervenciones que depositan en el sujeto la responsabilidad de su malestar, mientras que sus contextos continúan inmodificables, al no contemplarse otros cauces para canalizar la queja, como es un cambio social, cultural, político y económico. El peligro o daño de cualquier intervención psicoterapéutica, ante cualquier demanda de sufrimiento psíquico, ha de cuestionarse seriamente. Existe una tendencia a negar el daño que puede llegar a producir determinados tratamientos psicológicos, o el de sobrevalorar sus beneficios frente al no-tratamiento; como señala [Alberto Ortiz](#)⁴, *la psicología proporciona un sistema de tutelaje, aparentemente sin daños colaterales ni contradicciones, bajo dos asunciones: hay una forma idónea de vivir la vida basada en conocimientos científicos y un profesional experto que puede asesorar y dar respuesta al cliente sobre sus dilemas de índole laboral, de pareja, familiares o sociales.* En un sistema neoliberal, que promueve el individualismo y la búsqueda de la felicidad inmediata, la psicoterapia puede transformarse en un objeto de consumo bajo promesas inalcanzables de un bienestar psicológico óptimo y sin conflictos. El no contemplar los beneficios o perjuicios de los tratamientos psicoterapéuticos en cada caso concreto, sino proponer intervenciones en función del diagnóstico, puede producir varios daños en las personas. Daños como es el sentirse menos capaz de afrontar las adversidades cotidianas y por lo tanto, establecerse relaciones de dependencia de difícil resolución; cualquier intervención, aunque sea un simple consejo, proyecta al sujeto la imagen de alguien carente o deficitario, y el experto aparece como alguien omnipotente capaz de darle lo que a él le falta. El posicionarse como alguien necesitado de ayuda psicológica puede limitar su propia sensación de autonomía y su propia capacidad de gestionar su vida, la persona puede quedar instalada en un rol pasivo frente a sus problemas. La técnica psicoterapéutica y el saber experto, a su vez, puede anular el sentido común de las personas a la hora de solucionar sus problemas cotidianos e impedir una perspectiva comunitaria, colectiva o de apoyo mutuo para la tramitación de los malestares. Guillermo Rendueles⁵ realiza un análisis a través del libro *Desde dentro*, que narra la experiencia de la Red Ciudadana que tras el 11M trabajó para rescatar el dolor de las víctimas tanto del intimismo como del profesionalismo, para devolverlo a la memoria colectiva, en el libro se relata cómo fueron emergiendo vínculos informales y de apoyo mutuo entre los supervivientes. Para [Rendueles](#) tal experiencia que nació espontáneamente resaltó *lo ambiguo e inoperante de la acogida profesional que se ofreció a las víctimas. Una visión tecnológica del drama y unas intervenciones ritualizadas, generaban actuaciones del psicólogo que*

4. ORTIZ, Alberto (2013), *Hacia una psiquiatría crítica*. Madrid: Grupo 5.

5. RENDUELES, Guillermo (2016). “Medicalización, psiquiatrización, ¿despsiquiatrización?” En Roberto RODRIGUEZ (ed.), *Contrapsicología*, Madrid: Dado Ediciones.



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

en algunos casos se sentían como invasión del duelo por un extraño que ordenaba llorar, tomar tila y no sentirse culpable.

El ofertar determinadas intervenciones psicológicas, como el aumento de recursos más especializados para resolver la sobredemanda por malestares cotidianos, sin reflexionar en profundidad todos los posibles determinantes de esa demanda inespecífica, puede ocasionar una iatrogenia mayor, como es el de una sociedad que se percibe como más enferma e incapacitada. Al perpetuarse determinados modelos y discursos reduccionistas que justifican determinadas prácticas se ocultan los problemas de índole social o laboral producto de políticas injustas y desiguales más interesadas en el beneficio económico privado que el bienestar del ciudadano. Los problemas sociales, que lejos de resolverse en ámbitos sanitarios y de tener soluciones técnicas, invitan a proyectarse hacia lo comunitario, a la acción colectiva para promover cambios de orden social desde la cooperación y solidaridad ciudadana. La reflexión y debate sobre propuestas tan sugerentes como la incorporación de intervenciones psicológicas en Atención Primaria, no ha de desligarse de cuestiones centrales como qué clínica, qué modelo asistencial y qué sociedad queremos defender, y construir desde lo común y lo plural alternativas que vayan más allá del acto sanitario o técnico, posibilitando espacios compartidos donde procesar los malestares.

AEN retweetó

 **AMSM** @AMSaludMental · 9 abr.
Entrevista en @MIA_Hispana sobre DDHH en SM a Fernando Santos Urbaneja, fiscal, sección ética de la @AENEUROPSI



**“El respeto a los derechos no puede depender del grado de human...
Fernando Santos Urbaneja es fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba (España) y una de las personas que más están trabajando por la exist...
madinamerica-hispanohablante.org**

← 3 ❤️ 2



EL CIENTIFICISMO EN LA CIUDAD DE LONDRES Y ALREDEDORES

Moncho Area Carracedo

AGSM-AEN

UNO/

El otro día, mientras escuchaba un vinilo antiguo de los *Prettythings*, me dio por pensar que no es fácil discriminar un final de época. El instante, en lo social, de cambio, de aceleración, de ruptura, de desmoronamiento o de creación, de aparición de lo nuevo y de superación de lo viejo.

Su rock 'n' roll (al que algún periodista de la época bautizó como “el de los *primos feos*”) tiene (fijísimo) algo que ver con Hegel (y supongo que no es el momento de entrar en explicaciones pormenorizadas). El asunto es que el filósofo de Stuttgart entendía la historia como una dialéctica eterna donde el cambio es consustancial al mundo a través de una sucesión de tesis, antítesis y síntesis. A pesar de ser calificado como un idealista (contrapuesto al materialismo dialéctico de Marx) yo siempre lo vi muy gélido, como un frío esquema en el que las personas y los hechos no tienen demasiado que decir, arrastrados por esa fuerza universal hacia el enfrentamiento de los opuestos y la emergencia de algo distinto.

Quizás el fin de época ejemplar, en mi imaginario, se corresponde con la Viena del *alegre apocalipsis* (como le llamó *Hermann Broch*) durante aquellos años finales de la monarquía de los Habsburgo. La Austriahungría de principios del siglo veinte era cosmopolita, ilustrada, individualista, postromántica, tradicionalista y, sin embargo, moderna.

Después de su desaparición, el escritor *Joseph Roth* recordó, precisamente, el mundo pluricultural de aquel Imperio y lamentó el nacimiento de una nueva obsesión en Europa por conseguir la plena coincidencia entre las fronteras culturales y políticas. Estos tipos de nostalgias fueron comunes al finalizar la Primera guerra mundial, cuando aquel mundo desapareció por completo.

No obstante, los vieneses ya poseían mucho antes una cierta conciencia de excepcionalidad histórica. En los periódicos, la literatura, las tertulias... se hablaba de un vacío de época y de un desconcierto frente al cambio de siglo. También de los ideales de la Ilustración en colisión con el nacionalismo y el romanticismo, del debate entre cultura y civilización, del antagonismo -según *Musil*- entre la actitud racional y los partidarios de una mentalidad espiritual.

En los textos de aquella intelectualidad centroeuropea, uno siempre tiene la sensación de que los autores, cualquiera de ellos, están deseándole un buen final de mundo a sus lectores.

Puede (es solo un decir) que la evolución de los *Prettythings* desde el r&b hacia la psicodelia también fuese, más que un comienzo, una despedida en toda regla.

Lo desconozco.



DOS/

La historia oficial cuenta un fin de época llamado transición donde, desde el franquismo, se instaló la democracia. La psiquiatría también tuvo su transición, encuadrada en el cambio en la asistencia a la salud mental pero también situada específicamente en el proceso político del país.

Durante los últimos años la historia ha pretendido dar por cerrada la cuestión de las incertidumbres, las complejidades y las tensiones en el oficio hasta finiquitar todos los finales de épocas posibles bajo un nuevo imperio tan seguro (en apariencia) como el de los Habsburgo: el cientificismo. Sin embargo (y a diferencia de la compleja Austriahungría), este nuevo imperio aspira a esconder las inseguridades inherentes al trato con el sufrimiento mental construyendo una (dis)topía en la que el descubrimiento y la eficacia delimitan el nuevo horizonte hacia el que es obligado caminar. En cierta manera, es un idealismo dialéctico que transforma las contradicciones y las imperfecciones en algo temporal, en una sucesión en la que la síntesis es siempre la misma (un nuevo descubrimiento o un aumento de la eficacia) y las tesis y antítesis son códigos de enfermedades y psicofármacos varios. El cientificismo, entonces, como parte de ese fin de la historia que atribuyen a nuestro tiempo.

Las dudas y matizaciones se dejan al margen (o en la marginalidad teórica) mientras que la tendencia es hacia la forclusión de un pensamiento crítico, la preferencia por la quietud en los debates, la superficialidad, y, con carácter general, la aceptación del orden establecido en una sumisión llamativa. No es lo mismo, si hablamos de países, distopías y geografías, Bulgaria que Vulgaria, La primera se piensa que remite a un río, el Volga. La segunda es un neologismo que pretende dar cuenta del país de lo vulgar.

Como cualquier otra disciplina científica (léanse polémicas recientes sobre revistas y currículums), la psiquiatría capituló al formato de artículo, con palabras clave, resúmenes, conclusiones y factores de impacto desechando otras formas de saber insertadas en lo cualitativo, en el cruce de disciplinas, en opiniones que saben de sus incertezas y en teorías construidas desde una imperfección de la que se es muy consciente.

El cientificismo debe también contemplarse en relación a los que trabajamos en salud mental ya que, inexorablemente, somos ciudadanos del Imperio. Llamativamente, una parte importante de los profesionales no se han considerado durante décadas miembros comunes de la sociedad sino técnicos en un saber objetivo dedicado al alivio de enfermedades a través de sus prácticas. *Todolodemás*, ha sido minoritario por parte de una psiquiatría que huye de las indeterminaciones y de las ideologías al afirmar que se trata de algo, afortunadamente, superado. El estatuto de ciencia se ha alcanzado pendiente de *es-tu-dios* posteriores. Hegel en Vulgaria, me temo.

TRES/

Vivimos un fin de época en que la psiquiatría guarda el silencio del que renunció a decir tras aceptar la pseudo-dialéctica propuesta por el Imperio. Hoy en día, el malestar de la cultura propio de la Viena de principios de siglo ha sido sustituido por el descontento.

Las palabras no son neutrales y si el malestar remitía a la cultura, ¿a qué remite el descontento?

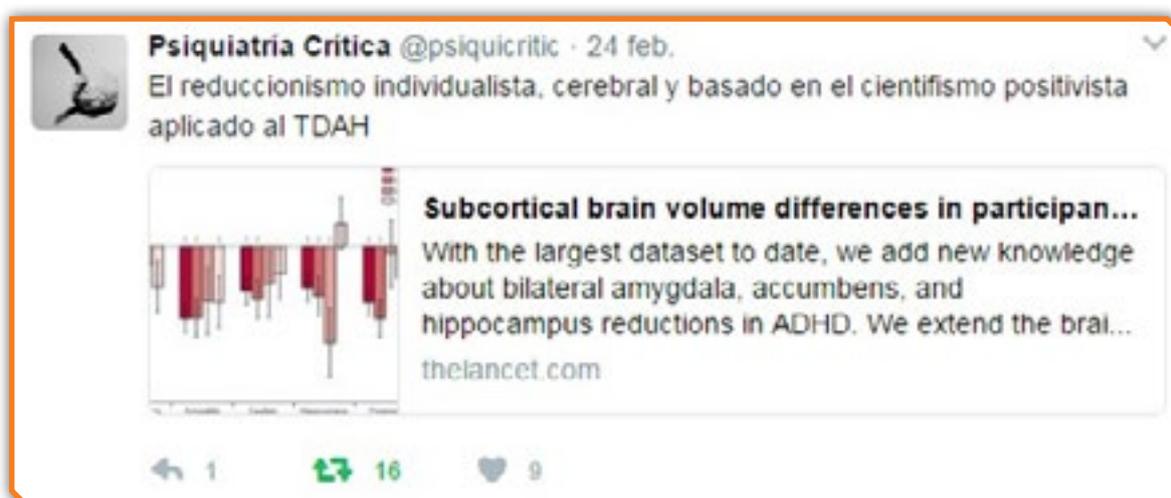
Creo que los profesionales tenemos una cierta sensación de estar trabajando a disgusto, de que algo no va bien, de que el sistema tiene grietas y que no acoge de forma adecuada a las personas que atendemos. El cientificismo tiene su reflejo en una clínica de sube-baja y quita-y-pon, con un quehacer diario en el que casi todo queda por fuera y, sin embargo se encarcela como un cuerpo extraño, en el interior de fármacos y dsms. Pero cientificismo es también, por supuesto, la forma en que expresamos las dificultades a través de las quejas sobre las listas de espera o la sobrecarga asistencial. Opinamos (algunos días melancólicos) sobre las dificultades de los problemas sociales. Intuimos (a la hora del té) que las exigencias están más allá de nuestra tarea. Lamentamos (un fin de semana en la playa) la caducidad del rol profesional que estuvimos ocupando. Algunos (en la intimidad) muestran un hartazgo ante este saber de congresos repetitivos y desconsideración hacia la clínica. Llevábamos (acéptese como opción) demasiado tiempo siendo solamente sociedad en el instante de la reivindicación laboral o salarial.

En general, se podría hablar de un *escapismo* de la clínica como expresión del cientificismo en los profesionales que, a veces, es un puro nihilismo y, en otras ocasiones, busca estructuras de resistencia presididas por la consigna, la otra cara de la repetición en formato eslogan.

La crítica (mayoritariamente) es tímida y prefiere la discreción de una conversación de pasillo cuando no puede ser claramente mayoritaria. Huye de posicionarse en las organizaciones tradicionales y constituye una forma de protesta que rechaza la teoría y el debate, prefiriendo la seguridad de lo obvio.

Y luego está la *nostalgia* que, como Roth, habla de los tiempos pasados y de una pluralidad heroica...

Estamos, por todas estas razones, en una psiquiatría del descontento.





AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

CUATRO/

En el malestar, los individuos se sabían sujetos a una cultura que languidecía en sus contradicciones. Hoy, los ciudadanos están descontentos, término que procede del mundo de los negocios. Quiero decir, después de la sensación inespecífica de no estar a gusto en el trabajo, después de sentirnos como profesionales injustamente tratados, después de la era de la protesta y la reivindicación, después de la resolución de la tensión hegeliana entre lo viejo y lo nuevo a través de una síntesis (lo seguro), después de finiquitar el modelo comunitario, las librerías, los decretos y normativas, los planes de salud mental, la unidad de salud mental como eje del sistema... después de todo esto solo existe una posibilidad de estar descontento: el cliente insatisfecho. Esta es la expresión de la rebelión en la (dis)topía del cientificismo.

El vaciamiento ideológico del presente deja cualquier posibilidad de disidencia a merced de los servicios de atención al cliente. En eso coinciden la resistencia y el poder. Quizás sea esta la otra dialéctica del cientificismo contemporáneo: queja (si somos todos y con cautela o pancarta), atención (si hay dinero y elecciones a la vista), convenio (aunque no se cumpla) y apaciguamiento (en un retorno plácido al conformismo).

Ya he dicho que Hegel me parecía un tipo muy frío. Prefiero la soledad del malestar al refugio de un impreciso descontento. Y, ya de paso, creo que *S.F. Sorrow* es un tema genial.

Ayer y hoy. O, en *vulgaro*, imperecedero.





EL ARMARIO DEL LENGUAJE

Javier Carreño Villada

Se trafica últimamente en los medios, quizás de forma diletante, sobre la cosa de ser mujer y ser hombre. Sobre ser homosexual, transexual, bisexual o porque no asexual. Se habla gratis y de forma estentórea sobre lo enfermo o no de las diferentes opciones sexuales. A veces pasan autobuses naranjas, otras veces hay una fiesta/parade que siempre es más divertido.

Todo el mundo opina y algunos avisan, como siempre agoreros, de las terribles consecuencias para las futuras generaciones de todo este repertorio sexual que para algunos es Sodoma y Gomorra. La ciencia, como siempre en todo asunto peliagudo y social, empieza a lanzar estudios a la voz de “hay cupones hoy, salen hoy oiga” en una suerte de ceguera sintomática.

Estudios de muchos tipos y con muchos intereses detrás. Depende de lo que quieras encontrar tendrás que hacer la pregunta adecuada y tendrás el resultado buscado. Porque todos los estudios están hechos de palabras, de situaciones humanas donde la ciencia mentirosa no cubre todas las variables y aunque nos impresionen los titulares de: “[Nuevo informe: los hijos de parejas gays o lesbianas están en desventaja](#)” ante los criados por padres biológicos” o “[Los hijos de las parejas gays son mejores. Eso dice la ciencia](#)”, lo insoportable es que “la verdad tiene estructura de ficción”¹ que decía Lacan. De esta guisa cualquier estudio “so called” científico donde se incluyan las variables humanas, de pregunta, respuesta, escalas, estrato social, entrevistador/entrevistado, osease cualquier estudio que toque la cuestión humana va a ser siempre una ficción, una [ciencia ficción](#). Un vago intento de ser física o matemáticas. Nos retiramos entonces a la angosta senda de la ciencias sociales con sus estudios observacionales, sus metaanálisis, también subsidiarios de esta pátina de subjetividad insoslayable. Quizás aquí en este entorno, la historia y la hermenéutica también subjetivas nos puedan orientar un poco más a la hora de analizar los fenómenos humanos en torno a la identidad y la sexualidad. Y es que es relativamente reciente, concretamente del DSM-III de 1980 cuando se retiró la homosexualidad del catálogo de trastornos mentales y ha sido solo hace cuatro años cuando el DSM V ha retirado el diagnóstico de transexualidad como patología mental. Y así como la iglesia suele ir 50 años con retraso a los cambios sociales (cuando no tres siglos), la psiquiatría, en su actual trabazón con la ciencia y los laboratorios farmacéuticos, también anda un poco desnortada y a remolque de la realidad humana. Yerra en el método como la iglesia yerra interpretando las escrituras como le viene en gana según el momento. Asume la subjetividad, la dimensión del sujeto como un objeto medible y cuantificable. Y para ello utiliza los mismos cuantificadores que crean la propia cosa a medir que no es otra que la subjetividad. Intenta fracasadamente medir a sujetos inmersos en el lenguaje mediante el lenguaje. ¿Cómo es posible medir el grado de satisfacción de un sujeto tras la toma de una pastilla preguntándole como está de satisfecho? Como si satisfecho significase lo mismo para todo el mundo, en todo lugar, en toda experiencia vital o delante de tal o cual médico. Argumentan

1. J.Lacan. *Escritos I*, La cosa freudiana, 1955. Ed Siglo XXI.



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

con la estadística que hay diferencias constatables. Y, ojo, por un segundo las cosas parecen ciencia pero esa es la ficción, ser capaz de medir diferencias no significa que puedas medir la verdad sino que estas, en una carambola de Perogrullo, aseveran la propia existencia del lenguaje. Un aparato donde una palabra remite a otra por no ser esa misma. Cada vez que decimos que es A lo explicamos diciendo que es B. En la ciencia física o química X e Y cumplen la misma función, también se pueden correlacionar pero la glucosa, la posición de Ganímedes o la gravedad no se suelen ver afectadas por nuestra medición (salvo que trabajemos en física cuántica). Para que se entienda, el medidor de glucosa no está hecho de glucosa lo cual facilita el trabajo. Pasa a menudo que ante cuestiones como la evolución de las psicosis, la eficacia de los medicamentos psiquiátricos, o la mejoría en la psicoterapia, resulta que un tercio van bien, otro tercio regular y otro tercio mal². Más o menos como si preguntas cómo te gusta la pizza o cuál es tu equipo favorito. Sí, no y a veces, en definitiva estadística de las decisiones humanas al juego de la media, la mediana y la moda.

Por lo tanto que la ciencia se meta en que es ser hombre, ser mujer, homosexual, bisexual, transexual o intente analizar con que te satisfaces sexualmente e intentar medirlo o patologizarlo es tan absurdo como prohibirlo porque lo dice la biblia en Levítico 21:5. Eso sí, es excelente y podríamos decir sano mentalmente si eso tuviese algún significado, que todo el mundo exprese su opinión con o sin autobús. Todo el mundo merece hacerse oír y todo el mundo debería intentar escuchar. Porque en el agujero que dejan la ciencia y la religión es donde habitualmente pasan las cosas, donde cada uno se hace con el lenguaje en una suerte de arte individual e intransferible. Si ese lugar no es permitido aparece el dolor, la miseria, las “enfermedades mentales” y a veces hasta el suicidio. Curiosamente esa trágica cosa que no hacen los animales salvajes porque quizás no hablan como nosotros o no se sienten tan preocupados por eso del hablar y de ser criado entre palabras.

En definitiva quizás hay que montar un autobús o una parade psiquiátrica en clave hermenéutica desde la [Otra Psiquiatría](#) con el nombre “To be a human being is not a disorder”.



2. En psiquiatría esta estadística era conocida como “la ley de los tercios de Black”. El Dr Kepa Matilla a petición del que suscribe ha intentado denodadamente encontrara el origen de este mito bibliográfico. Tras una exhaustiva búsqueda, expertos en la materia como el Dr Berrios o el Dr Jose María Alvarez nos ha confirmado lo mítico e inextricable de esta leyenda. Aún así creemos como dogma de fe, que no de ciencia, en su existencia.



RETAZOS DE UN ENFERMO MENTAL

Isabel Pérez Rodríguez

Soy Isabel y tengo un diagnóstico de esquizofrenia paranoide hace unos veintitantos años y desde entonces convivo unas veces mejor y otras peor con una enfermedad mental. Mi único deseo es el de ofrecer mi propio testimonio con este trastorno, unido a lo vivido con las diferentes experiencias que lo acompañan, sin ningún motivo más y sin tener que ser extensible a otros compañeros que se encuentran en la misma situación.

En realidad no se sabe cuáles son los orígenes de la esquizofrenia, se habla de factores genéticos acompañados muchas veces de factores ambientales. En mi caso creo que pudieron convergir ambos con un período de gran stress que me tocó vivir, aunque la enfermedad puede aparecer ya de manera latente con anterioridad desde hace tiempo e incluso años.

Cuando tuve el primer brote psicótico me pasaba algo parecido a lo que le sucedía a John Nash, el protagonista de “Una mente maravillosa” (película que la mayoría de los enfermos con esquizofrenia hemos visionado varias veces). Recibía mensajes cifrados por todas partes y me dedicaba a realizar recortes de noticias de los periódicos y luego los ocultaba en un cuaderno para que nadie (se supone que los enemigos, o no sé quién) los pudiera descubrir. Luego me metía en la mente de otras personas y sabía lo que pensaban. Oía voces, y al final no distinguías entre lo real e irreal. Así hasta que terminas en el psiquiátrico con lo que en términos médicos se denomina descompensación.

Una vez que estás en plena descompensación empieza la tarea médica de tener que compensarte a base de tratamientos y esa es la parte más cruda y dura porque tienen que volver a colocarse todas las variables físicas de nuevo en su lugar. Yo quiero confesar que en las fases de descompensación me lo pasaba muy bien, pero más tarde cuando en el psiquiátrico hay que compensarte aquello es terrible, y en estos momentos prefiero no acordarme...

He tenido unos 7 u 8 brotes psicóticos, el último hace unos 3 años. A veces porque tienes una crisis y te viene el brote y otras por haber dejado la medicación. No se puede dejar la medicación, es muy importante. Es como para un diabético que se tiene que suministrar su dosis de insulina todos los días, o un enfermo de corazón que diariamente tiene que tomar sus pastillas, pues lo mismo ocurre con las enfermedades mentales. Además cada vez que tienes un brote psicótico no das un paso atrás, das muchos pasos atrás y ya no vuelves a estar como antes.

También hay que insistir que en cuanto a las medicaciones ha habido grandes avances. Antes los efectos secundarios eran muy difíciles de soportar. Con la medicación no podías hacer absolutamente nada, en cuanto te centrabas en algo te descentrabas. No podías leer, ver una película, ni escuchar música, ni trabajar en nada, no podías centrarte en ninguna actividad, parecía como si tuvieras Parkinson, así que al poco tiempo de tomar la medicación la dejabas y enseguida a la vuelta de la esquina tenías un brote psicótico. Las nuevas generaciones con una enfermedad mental tienen



un gran camino recorrido respecto a los que tenemos más edad y tuvimos que sufrir las anteriores situaciones.

Efectos secundarios de las medicaciones actuales que yo percibo actualmente

- Disminuyen las capacidades cognitivas.
- Disminuyen las capacidades perceptivas. Antes conducía, pero con la pérdida de reflejos llevo más de 3 años sin conducir.
- Falta de apetito (deseo) sexual.
- Se suele coger también más peso, sin embargo, otras personas con enfermedad mental tienen una deficiencia de peso.

Señales de aviso. Cuando vas teniendo varios brotes psicóticos vas conociendo una serie de señales de aviso que te van indicando que un brote psicótico está a punto de aparecer. A veces he reconocido esas señales de aviso y he ido al médico, pudiendo frenarlo e impidiendo un ingreso hospitalario, pero otras veces aunque me he dado cuenta de esas señales de aviso la mente es tan sumamente poderosa que no he podido evitar el brote psicótico ni el ingreso hospitalario.

A mi me costó mucho aceptar la enfermedad, me pilló alrededor de los 30, cuando una mujer se plantea los proyectos vitales y sobre todo el tema de la maternidad, y ya con tantos medicamentos como tienes que tomar no puedes tener hijos y eso me costó mucho asumirlo. Además está el hecho de ser crónica, al principio yo creía que aquello era como un catarro que tras un tiempo de tratamiento desaparece, pero al ver que aquello es para toda la vida, te deprimes un montón y hay que aprender a vivir con la enfermedad mental, no siendo tan sencillo. Yo me digo que hay que aceptar la enfermedad mental y vivir como si no la tuvieras, es decir, lo primero aceptarla, pero luego hacer tu vida sin acordarte para nada de que eres un enfermo mental, sólo tienes que acordarte de tomar la medicación y luego olvidarte de todo.

Ahora en el momento actual con unas prescripciones médicas adecuadas, porque la medicación te estabiliza, compaginándolo con unas terapias psicosociales supondría a mi modo de entender el 50% o 60% del tratamiento, el resto lo tienes que poner tú, tener una fuerza de voluntad enorme para salir adelante. Con todo ello se puede llevar una vida normal, y tener una calidad de vida que puede ser aceptable e incluso buena.

A mi no me gusta el término de minusválido cuando nos referimos o se refieren a nuestro colectivo, más bien pienso que somos personas con capacidades diferentes, con otras capacidades. A mí me ha enseñado muchas cosas la enfermedad, me ha hecho plantearme muchas preguntas. Cuando oyes voces te planteas la posibilidad de la existencia de otras realidades, y cuando te metes en la mente de otras personas y conoces su pensamiento te das cuenta de las inmensas posibilidades que tiene nuestra mente y de lo desconocida que es, porque de la esquizofrenia se conoce muy poco.



ENFERMEDAD MENTAL Y VIOLENCIA

Muchos enfermos ocultan públicamente su condición de enfermos mentales y las familias en muchos casos también. Yo nunca he ocultado que tengo una enfermedad mental y lo he contado públicamente, pero a veces me doy cuenta que hay que ser también (y hubiera tenido que haber sido) un poco más reservado, porque no todo el mundo lo sabe entender.

Por mucho que se está trabajando, sobre todo desde las asociaciones y otros medios, para erradicar esa visión totalmente negativa que nos afecta todavía está muy extendida la idea de que los enfermos mentales somos personas violentas, agresivas, antisociales etc. La persona que es violencia y agresiva lo es siendo taxista, publicista o político y el que es pacífico, tranquilo, tolerante o sociable lo es siendo enfermo o no, no tiene nada que ver la enfermedad mental con la imagen que de nosotros ofrecen los medios de comunicación y que tanto daño nos hace tanto a nosotros como a nuestras familias.

Además lo que se ha venido a llamar estigma se convierte en autoestima y tú haces tuya esa imagen, la introyectas, piensas si los demás me ven así, será porque yo soy así y te haces unos líos mentales impresionantes pasándolo muy mal. Ya lo dijo un pensador muy inteligente de la antigüedad "no nos afecta lo que nos sucede sino lo que nos decimos que nos sucede".

ENFERMEDAD MENTAL Y TRABAJO

El trabajo es muy importante para todas las personas, y para los enfermos mentales por supuesto que también. Sobre todo estructura y ordena tu vida cotidiana. A veces huimos de la rutina pero es muy importante tenerla en el día a día. Además te aumenta la autoestima, ya lo dice el refrán más vale estar ocupado que preocupado y te posibilita lo que a todo el mundo, poder llevar a cabo un proyecto vital.

Estoy de acuerdo con el trabajo protegido, pero siempre que sea un paso intermedio para la empresa normalizada.

Pero si no se tiene trabajo, como es mi caso, hay que llenar y programar ese tiempo libre con actividades porque de otra manera el stress te absorbe. A mí me encanta la lectura, la música, el cine, viajar, la gimnasia, el tai-chi, la reflexología, caminar, senderismo, los talleres de risoterapia que organiza la asociación y también me gusta mucho sentarme en los parques y observar a la gente que pasa e imaginarme su vida.

Yo he trabajado durante mi vida laboral en muchas cosas, siempre de manera temporal, pero en cuanto se enteraban que tenías una enfermedad mental tenías el despido. De todas formas el porcentaje de personas en desempleo en nuestro colectivo supera el 80%, cifras a todas luces escalofriantes. Habría que hacer un llamamiento a los empresarios para que confíen en nosotros porque somos personas tan válidas como cualquiera.



FAMILIA

El núcleo familiar es muy importante en esta enfermedad, ha sido el sustento principal con el que he contado, me ha apoyado constantemente en todos mis malos momentos y en todas mis crisis siempre ha estado junto a mí. Son los que están ahí cuando me da la neura, las bajadas de ánimo y los que soportan todas mis obsesiones.

He tenido mucha suerte en ese aspecto, porque también hay casos en que las familias se desentienden totalmente del enfermo y dejan que sean las instituciones las que se hagan cargo de ellos.

ASOCIACIONES

Las asociaciones son muy importantes dentro de este colectivo. Cuando tienes el primer brote psicótico te encuentras totalmente solo, no sabes dónde acudir, quién te puede ayudar y ahí están para ello las asociaciones. Son como un barco en el horizonte para un naufrago que se encuentra en una isla desierta.

Te ofrecen orientación, información, apoyo, y el sentirte arropado por un montón de gente a la que le ocurren cosas parecidas a ti, al mismo tiempo, se organizan un montón de actividades a las que poder acudir.

Haces un montón de amigos con los que compartir tu tiempo de ocio, pero también hay que decir que se tiene que tener amigos con enfermedad mental y sin enfermedad, si todos son con enfermedad mental caes en un círculo vicioso que te impide ver la realidad tal cual.

FUTURO

A la vida hay que pedirle vivir el momento presente, porque es lo único con lo que contamos (como dicen por ahí "carpe diem"). El pasado ya no está, así que para atrás no hay que mirar ni para coger impulso, aunque a veces cuanto nos atormenta y nos agobia, y el futuro todavía no está y lo que tenga que venir vendrá, sólo queda nuestra actitud ante los acontecimientos.

Yo cada mañana cuando me levanto pido: "virgencita que me quede como estoy" y luego doy gracias a Dios por el nuevo día recibido y me digo... a disfrutar todo lo mejor posible de él. Definir lo que entendemos por felicidad es muy difícil, no creo que nadie tenga una definición de ella, para mí consiste en estar a gusto con uno mismo y sentirte querida por las personas a las que quieres.

Como dice un abuelito que vive cerca de mi pueblo, a la vida hay que pedirle salud, trabajo y poco dinero, lo justo para que te llegue y yo añadiría que una pizquita de amor tampoco le viene nada mal.

ENFERMEDAD MENTAL Y RETOS PENDIENTES

Todavía quedan varios retos pendientes en los que tenemos que seguir insistiendo y trabajando

- Dedicar mayores recursos para la salud mental. El número de enfermos mentales va en aumento, sin embargo los recursos dedicados a este colectivo cada vez son menores.

- Integración social plena. La lucha contra la estigmatización todavía es un tema pendiente de resolución.
- Integración laboral. La lucha contra las enormes tasas de desempleo hay que abordarlo con medidas apropiadas.
- Mayor atención a las familias ya que son las primeras y las que mayor carga de trabajo soportan.
- Y yo personalmente, por la parte que me ha tocado, y con esto acabo el artículo, rompería una lanza a favor de los grandes olvidados, las zonas rurales. Difícil y complicado es enfrentarte a una enfermedad mental si te toca en un medio urbano, pero si te encuentras en un medio rural la indefensión en la que te encuentras es absoluta, sólo cuentas contigo y con tu familia.



C. González-Blanch @cgblanch1 · 9 feb.

Criterios propuestos por Gøtzsche para el Trastorno obsesivo-compulsivo de promoción de enfermedades (TOCPE). Tan común, ay.

1. Haber cobrado dinero de la industria farmacéutica durante los últimos 3 años.
2. Estar dispuesto a incluir su nombre en artículos y estudios que no ha escrito él mismo, sino un escritor fantasma (negro).
3. Creer que establecer un diagnóstico no hace daño a nadie.
4. Pensar que los cribados no son perjudiciales y que los fármacos no tienen efectos secundarios.
5. Creer que la gente que padece trastornos psiquiátricos sufre un desequilibrio químico en el cerebro.
6. Explicar a sus pacientes que los psicofármacos son como la insulina para los diabéticos.
7. Pensar que la depresión y la esquizofrenia destruyen el cerebro, y que los fármacos evitan que esto ocurra.
8. Creer que los antidepresivos evitan los suicidios infantiles.
9. Creer que la información que proporcionan las farmacéuticas es útil.



LOCURA, ENCIERRO Y DIGNIDAD

Jose Manuel Lalana Cuenca

La locura debe ser estudiada en el conjunto de las condiciones que generaron su aparición, teniendo en cuenta no sólo las formas sociales que con ella se crearon, sino también todos los intereses económicos y el poder que generó dichas formas sociales. La experimentación de la enfermedad mental se dará junto con la explicación del medio humano y su condición real, su historia, y la situación de poder en ese contexto histórico determinado.

La locura siempre ha estado en mayor o menor medida relacionada con la razón, ya que es un producto más de ella. Dicha relación se ha creado a partir de la diferencia y como oposición, y por ello los poseedores de la verdad se enfrentarán a ella con miedo, entendiéndola como una amenaza a su bienestar. Los sujetos de la locura, no lo son sólo porque son inmorales, sino porque actúan como necios, es decir, sus acciones ponen en peligro el bienestar y la seguridad de la sociedad en la que viven, por lo que debe ser la misma sociedad la que se encargue de controlar a estas personas sin razón.

El loco es el otro que ha sido colocado frente a la sociedad y será ella misma quien lo apartará, marcándole los límites de lo que es normal y por los que él o ella quedan fuera de la sociedad, son excluidos. Y no sólo excluidos, sino que a sus palabras no se les atribuirá sin ningún valor, es decir serán considerados sujetos sin dignidad. La locura queda completamente silenciada, y con ello su mundo, transformándose su experiencia en la vivencia de un sujeto alienado, reservándosele el único lugar que le es propio: el encierro.

En la sociedad capitalista, la norma está representada por la eficiencia o la productividad; quien no responde a estos requisitos tiene que encontrar su ubicación en un espacio en que no entorpezca el “ritmo” social. Es en esta relación entre ciudadano y sociedad, en la que se inserta la relación entre salud y enfermedad, que como toda otra contradicción humana, puede ser usada como instrumento de liberación o de dominio. La segregación como respuesta institucional y la codificación de una diversidad pueden ser instrumentadas como elementos de control y de discriminación social a través de la enfermedad, que, por lo tanto, será alimentada en vez de curada.

Desde la Sociedad Aragonesa de Salud Mental queremos reflexionar, de forma colectiva, en torno a estos silencios y a estos encierros. Queremos enfrentarnos a estas contradicciones, abordando los diferentes tipos de encierro que se dan en nuestra sociedad y en nuestro tiempo, y que son expresiones de ese poder y ese control, unas veces de forma más sutil que otras, siendo incluso ejercitados bajo nombres como el de justicia, tecnología, conocimiento u objetividad. También queremos re-pensarlos, en tanto que poder facilitar una nueva posibilidad de discurso, en el que el ser escuchado y el querer ser escuchado no son sólo actos de dignidad, sino de reafirmación de un compromiso entre el sujeto y la sociedad.

Para esto nos/os convocamos a las X Jornadas de la Sociedad Aragonesa de Salud Mental (SASM-AEN), que tendrán lugar a finales de octubre de este año en Zaragoza, y que llevarán por título: “LOCURA, ENCIERRO Y DIGNIDAD”.





DETERMINISMO O LIBERTAD: RECORRIDO FILOSÓFICO (INEVITABLEMENTE PARCIAL)

[Reproducimos a continuación un capítulo del libro “¿El fin de la psiquiatría? Textos para prácticas y teorías postpsiquiátricas”, coescrito por Amaia Vispe Astola y José García-Valdecasas Campelo y que será próximamente editado por [Grupo 5](#) en la colección [Salud Mental Colectiva](#)]

En nuestra disciplina, como en todas, se parte de una determinada posición filosófica a partir de la cual se construye una cierta concepción del mundo y el ser humano (o se acepta una construcción elaborada por otros). En psiquiatría, campo donde las certezas escasean y las pruebas objetivas brillan por su ausencia, es aún más necesario reconocer la base filosófica en la que cada uno confía para cimentar sus *castillos en el aire*. Estas bases filosóficas, explícitas o implícitas, conscientes o inconscientes, condicionan la forma de ver a las personas que atendemos y a la sociedad en que vivimos. Creemos indispensable para cualquier profesional, antes de empezar a hablar de psiquiatría, de trastornos o de *trastornados* esforzarse en explicitar (primero ante sí mismo y luego ante los demás) cuál es su visión de conceptos clave como *libertad, voluntad, vida, materia, inteligencia...* por poner sólo unos ejemplos. Evidentemente el hecho de que el profesional crea en la existencia del libre albedrío o, por el contrario, en la determinación de la conducta por la química cerebral, será clave en la forma en que tratará a las personas que atiende. La filosofía no es, en nuestra opinión, un elegante juego de salón, con humo y espejos, para mostrar nuestra habilidad dialéctica y entretener a los amigos, sino la base indispensable para edificar nuestro conocimiento teórico (y darnos cuenta de que lo edificamos a partir de ahí) y para luego, a partir de eso, desplegar nuestro trabajo práctico con la personas que llegan hasta nosotros.

En nuestra opinión, y de ahí el tema de este texto, es clave pensar si confiamos en la pertinencia de una noción como el libre albedrío o, por el contrario, creemos que nuestros pacientes están determinados y condicionados por los trastornos que puedan padecer, ya sea cosa de su neurotransmisión o del desarrollo de su Edipo, pero en cualquier caso como algo ajeno a su voluntad y, por tanto, en gran medida lejos de cualquier responsabilidad. Intentaremos un cierto recorrido filosófico, inevitablemente sesgado por nuestros propios intereses y conocimientos. Para nada nos proponemos (ni nos creemos capaces de ello) presentar un sistema filosófico cerrado y coherente, sino más bien algunas ideas, un tanto interrelacionadas, desde las que elaborar una determinada actitud ética y política con la que trabajar (y con las que vivir la vida, evidentemente). Por supuesto, tampoco estamos exentos de contradicciones entre la posición teórica que defendemos y todas nuestras conductas en la práctica, pero dicha posición nos marca (como a cada uno la suya) un ideal regulador, una meta, hacia la que mirar, aunque se tropiece en el camino con cierta frecuencia.

Evidentemente, todo esto gira en torno a la elección y si esta es o no libre. Ello nos lleva sin duda a *Rayuela*, la novela de Julio Cortázar (1), que hemos trabajado en profundidad en [algún escrito previo](#)



(2). En *Rayuela* todo es elección, desde las primeras páginas del tablero de direcciones, donde se elige cómo leer la novela y, por tanto, qué novela leer, hasta en la decisión de qué final se ha leído. Y *Rayuela* es una novela donde vemos aparecer continuamente distintos juegos. El juego en muy diversas formas. Un juego de elecciones. No significa eso que el azar no tenga su papel (en el lanzamiento de la piedrita sobre el dibujo en el suelo, por ejemplo, aunque es un azar debido a la imposibilidad de calcular todos los factores que intervienen...), pero, en general, son juegos de habilidad y elección: la rayuela, el ajedrez, los juegos de palabras¹, el jugar a encontrarse entre las calles de París entre Horacio y la Maga, el juego de equilibrismo sobre las calles de Buenos Aires de Talita, entre Horacio y Traveler... El juego funciona en base a elecciones, y son estas elecciones, desde el principio al final, las que marcan el recorrido por *Rayuela*.

Horacio elige abandonar a la Maga; el club elige abandonar a Horacio; Talita elige a Traveler, el trío elige pasar del circo al manicomio. El lector, en fin, y desde el principio, elige qué camino recorrer y, en él, qué historia interpretar.

Los años de la escritura y la acción de *Rayuela* son los cincuenta y sesenta del siglo XX, los mismos de Jean Paul Sartre y su existencialismo, quien nos habla de la condena a la libertad, de la imposibilidad de la no elección. Y esto leemos también en *Rayuela*. La libertad de elegir, siempre, y la inevitable y terrible responsabilidad que tal elección lleva aparejada.

A través del libro *Doce textos fundamentales de la Ética del siglo XX* (3), editado e introducido por Carlos Gómez, pudimos leer el texto de Jean Paul Sartre titulado *El existencialismo es un humanismo*, en traducción de Victoria Praci del original francés, que a su vez corresponde a una conferencia pronunciada en París en octubre de 1945. El texto de Sartre nos parece fundamental para entender cierta perspectiva de la naturaleza humana, que creemos estrechamente relacionada con muchos aspectos de nuestras profesiones, con la visión de la enfermedad mental y sus causas, con la visión del enfermo mental y sus terapias.

Queremos entresacar algunos párrafos del mismo que, en nuestra opinión, son especialmente reveladores y que a continuación reproducimos textualmente:

“[...] Significa que el hombre empieza por existir, se encuentra, surge en el mundo, y que después se define. El hombre, tal como lo concibe el existencialista, si no es definible, es porque empieza por no ser nada. Sólo será después, y será tal como se haya hecho. Así pues, no hay naturaleza humana, porque no hay Dios para concebirla. El hombre es el único que no solo es tal como él se

1. En *Rayuela*, capítulo 21: “Apenas nos separan unas horas y unas cuerdas y ya mi pena se llama pena, mi amor se llama mi amor...”. Nos recuerda una obra de un registro muy diferente: la tercera película de la trilogía *Matrix*, dirigida por las hermanas Wachowski. En una [escena](#) en la que Neo está atrapado en un mundo virtual entre *Matrix* y el mundo real, se encuentra con la personificación de un programa informático, quien le cuenta que quiere una vida para su hija, más allá de la eliminación que le espera a él. Porque *-dice el programa- la amo*. Neo responde entonces: “El amor es una emoción humana”. Y replica el programa: “No. Es una palabra”. Las palabras son traidoras y hay que tener cuidado con ellas. A veces engañan y hacen creer que tras sus letras se esconden significados esenciales y profundos existentes en la realidad, más importantes incluso que los seres humanos que las pronuncian. Pero son imprescindibles para poder manejar la realidad, aunque sea a riesgo de cosificarla y dejarla un tanto rígida.



concibe, sino tal como él se quiere, y como él se concibe después de la existencia, como él se quiere después de este impulso hacia la existencia; el hombre no es otra cosa que lo que él se hace”.

“Estamos solos, sin excusas. Es lo que expresaré al decir que el hombre está condenado a ser libre. Condenado, porque no se ha creado a sí mismo y, sin embargo, por otro lado, libre, porque una vez arrojado al mundo es responsable de todo lo que hace. El existencialista no cree en el poder de la pasión. No pensará nunca que una bella pasión es un torrente devastador que conduce fatalmente al hombre a ciertos actos y que por tanto es una excusa; piensa que el hombre es responsable de su pasión. El existencialista tampoco pensará que el hombre puede encontrar socorro en un signo dado, en la tierra, que lo orientará, porque piensa que el hombre descifra por sí mismo el signo como prefiere. Piensa, pues, que el hombre, sin ningún apoyo ni socorro, está condenado a cada instante a inventar al hombre”.

“No es necesario tener esperanzas para actuar”.

“El quietismo es la actitud de la gente que dice: los demás pueden hacer lo que yo no puedo hacer. La doctrina que yo les presento es justamente la opuesta al quietismo, porque declara: sólo hay realidad en la acción; y va más lejos todavía, porque agrega: el hombre no es nada más que su proyecto, no existe más que en la medida en que se realiza; por lo tanto, no es otra cosa que el conjunto de sus actos, nada más que su vida”.

“Un hombre se compromete en la vida, dibuja su figura, y, fuera de esta figura, no hay nada”.

“Si la gente nos reprocha las novelas en que describimos seres sin coraje, débiles, cobardes y algunas veces francamente malos, no es únicamente porque estos seres son flojos, débiles, cobardes o malos; porque si, como Zola, declaráramos que son así por herencia, por la acción del medio, de la sociedad, por un determinismo orgánico o psicológico, la gente se sentiría segura y diría: bueno, somos así, y nadie puede hacer nada; pero el existencialista, cuando describe a un cobarde, dice que el cobarde es responsable de su cobardía. No lo es porque tenga un corazón, un pulmón o un cerebro cobarde; no lo es debido a una configuración fisiológica, sino que lo es porque se ha constituido como hombre cobarde por sus actos. No hay temperamento cobarde; hay temperamentos nerviosos, hay sangre floja, como dicen, o temperamentos ricos; pero el hombre que tiene una sangre floja no por eso es cobarde, porque lo que hace la cobardía es el acto de renunciar o de ceder; un temperamento no es un acto; el cobarde está definido a partir del acto que realiza. Lo que la gente siente oscuramente y le horroriza es que el cobarde que nosotros presentamos es culpable de ser cobarde”.

“Lo que dice el existencialista es que el cobarde se hace cobarde, el héroe se hace héroe; para el cobarde hay siempre una posibilidad de no ser más cobarde y para el héroe la de dejar de ser héroe”.

“Si hemos definido la situación del hombre como una elección libre, sin excusas y sin ayuda, todo hombre que se refugia detrás de la excusa de sus pasiones, todo hombre que inventa un determinismo, es un hombre de mala fe”.



“[...] *la vida no tiene sentido a priori. Antes de que ustedes vivan, la vida no es nada; les corresponde a ustedes darle un sentido, y el valor no es otra cosa que ese sentido que ustedes eligen*”.

Evidentemente, un texto filosófico como éste no es una *verdad revelada* incuestionable. Es una opinión. Una determinada forma de ver las cosas y los casos que constituyen y afectan al ser humano como tal. Nos parece interesante porque cuadra poco con muchas de las perspectivas más frecuentes en nuestros días alrededor de nuestras profesiones. La psiquiatría, como definían Luque y Villagrán (4), se encarga del estudio de la conducta patológica. La conducta que una determinada sociedad histórica valora como patológica. Y, dado que, como señaló Foucault (5) si le entendimos bien, la institución psiquiátrica que se hizo cargo de los asilos de alienados intentó *posteriormente* constituirse como ciencia, pues analiza científicamente dicha conducta patológica. Es decir, busca causas que expliquen el origen de dicha conducta a la que luego, no sin cierto salto epistemológico difícil de justificar, define como enfermedad mental.

La conducta patológica (propia de la psicosis, de la neurosis o, tal vez, de la condición humana en cuanto tal) se pretende explicar en base a teorías genéticas como una predisposición ante la que el sujeto está *predeterminado* a ser un enfermo. O a teorías psicológicas sistémicas que sitúan la conducta como una expresión de dinámicas familiares que designan como paciente al sujeto, que queda *predeterminado* a ser un enfermo. O a teorías psicoanalíticas que refieren la conducta a experiencias traumáticas tempranas no recordadas que constituyen el psiquismo sin remedio y hacen que el sujeto quede *predeterminado* a ser un enfermo. O a teorías de muy diversos signos y tipos que siempre encuentran una causa que coloca al sujeto en la posición de paciente (es decir, *que padece*) ante lo que, en definitiva, *hace*.

Y tales modelos pueden tener su utilidad (o no tenerla) en procesos psicóticos o melancólicos, por ejemplo. En la locura, objeto histórico de la psiquiatría, tanto para su estudio como para su control, hasta que decidió (o decidieron por ella) que debía dedicarse al consuelo y distracción de la infelicidad (de la vida humana, en definitiva, porque la felicidad tal como pretende definirla nuestra cultura, como estado de absoluto bienestar y falta de problemas que además viene caído del cielo sin mayor esfuerzo personal, directamente no existe). Pero dichos modelos, en nuestros tiempos sobre todo el llamado paradigma biológico (que no es en realidad sino genético y neuroquímico, porque el nivel biológico es bastante más complejo que eso), pretenden explicar cualquier conducta patológica: agresividad, maltrato, alcoholismo, drogadicciones, adicciones sociales, etc., etc.

Un alcohólico, por ejemplo, ya no es responsable de su conducta de beber alcohol en exceso. Será un gen o un neurotransmisor *vicioso* que provoca la adicción, y el paciente no es culpable porque no lo puede evitar. Todo ello convenientemente apoyado por estudios de metodologías también bastante *viciosas*... Porque la cuestión es, como sea y al precio que sea, esquivar la culpa (y si, de paso, una multinacional hace negocio con algún que otro fármaco, pues fiesta para todos).

Si soy ludópata, entonces será por mis genes, mi serotonina, mi educación, mi difícil vida, el paro... Lo que sea menos admitir que es porque llego al bar y elijo meter el dinero en la máquina en vez de



en el bolsillo. Y aliviar la culpa es beneficioso sólo si uno no es culpable. Porque si uno es culpable o, mejor dicho, *responsable*, de aquello que hace, eso significa que tiene el poder de dejar de hacerlo. Y nadie dice que sea fácil, pero la herramienta más útil para hacer lo que uno considera correcto es darse cuenta que uno es culpable y responsable de lo que hace mal, pero por ello mismo tiene el poder de dejar de hacerlo y ganarse el mérito por ello.

Porque creemos, y evidentemente no es más que una opinión, que cada uno debemos hacernos responsables de nuestros actos. Del mérito por los buenos y de la culpa por los malos. De la responsabilidad por todos. Porque la culpa sólo es negativa cuando te paraliza, pero si es un acicate para cambiar, para corregir cosas, entonces se convierte en imprescindible. El problema no es ser culpable de hacer algo malo sino persistir en el error moral. Muchas veces desculpabilizar es simplemente tranquilizar la conciencia propia y ajena e impedir al sujeto asumir las responsabilidades y consecuencias de sus actos para ser capaz de decidir actuar de otra manera. O para decidir seguir actuando igual.

Y cuando protestamos ante determinado estado de cosas, cuando nos *indignamos* por la mala gestión de los políticos que elegimos, por la ambición desmesurada de grandes corporaciones (bancarias o no bancarias, que de todo hay) que hunde muchos países en la crisis o la bancarrota sin ningún escrúpulo, por la falta de ética que vemos en mil escándalos de corrupción, etc., etc... Cuando protestamos indignados por todo ello, no debemos perder de vista que cada uno es responsable de lo que hace. Que pensar *yo solo no puedo arreglar nada* no es en absoluto una excusa éticamente aceptable para elegir no hacer nada. Que cada uno es responsable de sus acciones e inacciones. Y crea ejemplo con unas o con otras.

Nos dicen que no podemos cambiar las cosas, que no se pueden hacer de diferente manera, nos dejan sin esperanza y nosotros *decidimos* creerles. Siempre *decidimos*. Nos consideramos libres y responsables. Y no querríamos vernos de otra manera.

Las demoledoras palabras de Sartre que hemos leído más arriba precisan poco aclaración. Aunque nos atrevemos a apuntar algunas cosas: el ser humano (acerquémonos a un lenguaje inclusivo en cuestiones de género, huyendo de expresiones como “el hombre”, que ya no estamos en los años sesenta) no deja de estar influenciado por factores poderosos que escapan a su control: su constitución biológica, tanto en términos de herencia como de desarrollo en un ambiente determinado o su crianza en un determinado entorno familiar, que a su vez está claramente condicionado por las características de estructura y funcionamiento de la sociedad histórica en las que está inserto. Pero la cuestión, tal como creemos que la concibe Sartre -y como nos parece leerla en *Rayuela*- es que, pese a dichos condicionamientos, en última instancia persiste la libertad porque persiste la elección. No es, evidentemente, una elección entre posibilidades infinitas sino que muchas veces será solo entre lo malo y lo peor, pero elección al fin y al cabo, con lo que la responsabilidad es completa y no se puede escapar de ella. Ni de la culpa que lleva aparejada, al menos en nuestra cultura. En último término, como Horacio llegó a saber bien, siempre queda la opción de matarse como alternativa, y elegirla o no es responsabilidad de cada uno.

En nuestra opinión, la novela de Cortázar es un canto a la libertad en tanto en cuanto subraya las elecciones, las del tablero de dirección, las de Horacio en París, las de Talita en Buenos Aires, la de Horacio al final, la del lector más allá del final. Elecciones libres -como no podría ser de otro modo-, de las que cada uno es plenamente responsable.

Pero hay, como siempre, otra lectura. Desde el primer capítulo de la novela se hace referencia al destino, a la necesidad, a lo inevitable: “Y mirá que apenas nos conocíamos y ya la vida urdía lo necesario para desencontrarnos minuciosamente”. La noción de destino del que no se puede huir sobrevuela toda la novela, del lado de allá y del lado de acá. El final de la relación entre la Maga y Horacio casi no parece decidido, querido ni buscado por ninguno de los dos pero, a la vez, se vislumbra inevitable. La escena agónica del tablón, entre las dos ventanas, sobre el vacío, porta la marca de un destino funesto que, si no se cumple, es porque no está escrito como creíamos, pero no porque deje lugar alguno al azar. Aquí, pese a lo que dijimos antes, no parece que Horacio o Talita tengan la posibilidad de elegir no dejar a la Maga o no salir por la ventana. Pero Sartre nos regañaría: ésta referencia al destino es un ejemplo claro de *mala fe*. Sartre diría que ambos escogen y es responsabilidad suya la decisión tomada. Y sin embargo, la atmósfera de determinados pasajes de la novela parece cargada de cierta necesidad, de un destino insoslayable.

Esta dialéctica irresoluble entre libertad y destino ha recorrido toda la historia del ser humano y toda la historia de la filosofía (que no es otra cosa que la historia del ser humano, evidentemente). Continuaremos con más apuntes sobre ello:

Los **estoicos** (6) creían que el destino era inevitable, a un nivel incluso cósmico, que un logos dominaba la naturaleza y todo lo que en ella habitaba, también por supuesto el ser humano. Consideraban que la sabiduría era aceptar *-estoicamente*, claro- tal destino, tal logos, tal naturaleza, que regulaba todo con necesidad absoluta sin dejar el menor espacio a la contingencia. Sin embargo, defendían la libertad humana, en tanto en cuanto el ser humano podía libremente aceptar los designios del logos -y sería el caso del sabio- u obrar irracionalmente contra el logos. La paradoja salta a la vista: si se puede obrar mal -irracionalmente- es que la necesidad y el destino no son absolutos (en cuyo caso, nada son). Y si no se puede vencer tal destino, entonces es absurdo el llamado a la racionalidad, porque no se podría no ser racional. O bien el ser humano es libre y hay contingencia o bien hay destino, pero entonces la libertad no existe.

Lo primero que llama la atención al abordar el tema de la ética estoica es esta dicotomía entre la libertad y el destino o necesidad. A pesar de su visión determinista finalista, los estoicos intentan salvaguardar la libertad suficiente, a través de las causas próximas de Crisipo, para mantener la responsabilidad del sujeto. En el sabio esta libertad es aceptación del destino (destino que, por su parte, el animal irracional acepta también sin necesidad alguna de libertad). Por lo tanto, esta libertad, si se ejerce para quebrar o modificar el camino del destino, es la libertad de equivocarse, de errar. Y si no se puede quebrar dicho camino, entonces no hay ni libertad ni responsabilidad, y es imposible hablar de una ética digna de tal nombre. Luego la alternativa que aparentemente se plantea, si la libertad existe, es entre ser libre para aceptar la esclavitud al destino o ser libre para caer en el error y el mal.



Y no es menor el problema, ni menos obvio, de cómo una razón universal que todo lo ordena y es perfecta, puede convivir con el error, la ignorancia y el mal que denunciaban los estoicos en la mayoría de los hombres, siendo tan escasos los sabios. Esto se evita afirmando que, incluso lo que parece malo obedece a un plan de resultado perfecto. Pero si el mal es parte del plan universal, ¿cómo responsabilizar y castigar a los malvados?

Una posible salida apuntada a estas cuestiones es que el determinismo del logos universal es el mismo de la razón individual, con lo cual uno está determinado pero, en cierto sentido, por sí mismo. Y si uno está determinado por sí mismo, también en cierto sentido su libertad se conserva y su responsabilidad también. Es una idea similar a la que expresa el psicoanálisis al considerar al sujeto dirigido por su inconsciente, por sus vivencias primeras, sus deseos ocultos, sus defensas secretas. Mientras que a nivel consciente muchas veces ignoramos por qué hacemos lo que hacemos, todo tiene una causa y una dirección en la negociación que a nivel inconsciente se establece entre deseos y pulsiones del ello y prohibiciones superyoicas, con el yo y sus defensas en medio de este combate, haciendo pactos aceptables para todas las partes que dan lugar a los síntomas, en sentido psicoanalítico, más allá de lo morboso. El sujeto, pues, está determinado por su inconsciente, aunque no lo sepa o lo vea, y escoge libremente sus elecciones y es responsable de ellas. No su yo, solo una parte del psiquismo, sino el conjunto de sus instancias que llamamos, precisamente, sujeto. Los animales poseen instintos, que pueden entenderse como reglas de funcionamiento que deciden y organizan su conducta en todo, ya sea referente a la autoconservación o a la perpetuación de la especie. Por ello, diríamos desde un punto de vista estoico, que siguen esa legalidad universal que rige el *kosmos*. El ser humano como animal racional, además de instintos, tiene pulsiones entendidas como fuerzas o impulsos que claman su satisfacción. Pero que, a diferencia de los instintos, no tienen un objeto predeterminado al que dirigirse. La pulsión exclusivamente humana es, por así decirlo, ciega. Y, a partir de esa ceguera, cada sujeto (desde su inconsciente y desde su responsabilidad) debe elegir cada objeto al que dirige la pulsión. Es decir, el ser humano, a diferencia de los animales, no viene con reglas de funcionamiento. No hay libro de instrucciones. No está atado a esa legalidad universal, la cual puede o no seguir.

La visión estoica evoca la imagen de una razón poderosa que lucha y, en el sabio, vence y extirpa esas pasiones insanas. Desde el psicoanálisis, se vería más esa razón como la parte consciente del psiquismo, como una *cáscara de nuez* a la deriva en el océano del inconsciente, lleno de deseos inconfesos, de pulsiones/pasiones irracionales que, si son controladas, lo son por fuerzas defensivas igualmente inconscientes, sin que la razón como tal sepa siquiera de tales luchas.

Luego o la razón es débil, como afirma el psicoanálisis y no puede contra pasiones y pulsiones; o bien esa razón humana no es parte del logos universal sino algo opuesto al mismo. ¿Cómo explicar si no que los únicos seres dotados de razón en el mundo son los únicos que yerran? Sin seres humanos en el mundo, la legalidad universal se cumpliría sin problemas, sin errores. El mundo estaría en equilibrio, el marcado por la naturaleza, constituido en una suma de ecosistemas (entendiendo tales como aquellos sistemas biológicos en los que el ser humano está ausente), lejos del peligro, que los



estoicos no pudieron anticipar y nosotros no podemos obviar, de cambios climáticos, guerras atómicas y desastres planetarios diversos.

Esa razón humana, tan elevada para los estoicos como banal para el psicoanálisis, ¿qué especificidad tiene? Una visión lacaniana insistiría en el papel del lenguaje como estructurante del psiquismo, dejando al sujeto como efecto suyo. Es decir, el lenguaje que nos constituye no nos completa. Deja un resto no decible, no expresable, que no puede ponerse en palabras, una falta originaria a la que se añade luego el paso por el Edipo, la frustración, la incompletud, la castración, es decir, el descubrimiento terrible de que no se puede tener todo lo que se desea. La plena instauración de la falta, causante del deseo y constituyente del ser hablante. Por lo tanto, ese animal superior dotado de razón lleva implícita su propia contradicción: la racionalidad superior que otorga el lenguaje va acompañada sin remedio de la falta que genera el deseo, la pulsión, la pasión, y que hace tan difícil la impasibilidad a que aspiraba el sabio estoico, llevándonos en el mejor de los casos a una neurosis normalizada y normalizadora. Ese lenguaje lacaniano nos determina y genera indefectiblemente a la vez y sin remedio razón y pasión, *logos* y *pathos*, constituyendo al sujeto humano tal y como lo conocemos.

La paradoja psicoanalítica es clara: el ser humano está condicionado por sus experiencias tempranas y dirigido por su inconsciente, que determina desde sus más pequeños actos fallidos hasta las decisiones trascendentales en una vida. Pero, a la vez, el psicoanálisis insiste en la responsabilidad del sujeto ante sus acciones. ¿Y cómo puede uno responsabilizarse de sus actos cuando, a la vez, se supone que dichos actos son realizados por un determinismo inconsciente que se constituyó en una época de la que no tenemos ni memoria?

Kant (7) resolvía la paradoja creando dos mundos. Uno de fenómenos, sometido a las leyes naturales y en el que el ser humano es un ente físico entre otros. Otro de noúmenos, de la *cosa-en-sí*, donde reina la libertad, como condición de posibilidad de una ética marcada por el deber, y en el que el ser humano es comparable a los más altos astros del mundo físico. El problema es, ha sido siempre, cómo relacionar ambos mundos, y cómo pueden ambos ser sin que uno niegue la existencia del otro. Pero Kant también nos dejó una salida, no del todo falsa: “[...] todo ser que no puede obrar sino *bajo la idea de libertad* es por eso mismo realmente libre, esto es, valen para él todas las leyes que se hallan indisociablemente vinculadas con la libertad, tal como si su libertad también fuese dada por libre en sí misma y fuese válida en la filosofía teórica. [...] a todo ser racional que tiene una voluntad también hemos de otorgarle necesariamente aquella libertad bajo la cual obra. [...] su voluntad sólo puede ser una voluntad propia bajo la idea de la libertad y, por lo tanto, ésta ha de ser atribuida a todo ser racional”. Y también: “Tomo este camino [...], el camino de asumir la libertad solo como fundamento colocado por los seres racionales entre sus acciones simplemente *en la idea*, para no verme obligado a demostrar también la libertad desde un punto de vista teórico. Pues aun cuando esto último quede sin estipular, esas mismas leyes que obligarían a un ser que fuese realmente libre, valdrían también para un ser que no puede obrar sino bajo la idea de su propia libertad [...]”. En última instancia, siguiendo al pensador de Königsberg, ya que no podemos desde un punto de vista teórico demostrar la existencia de la libertad humana, nos parece evidente que tampoco debemos, desde un punto de vista práctico, prescindir de nuestra *creencia* en ella.



Nietzsche (8) plantea una dualidad similar: por un lado, el superhombre, heredero de la Tierra, que ha de superar todas las mediocridades y mezquindades humanas, liberado de cualquier moral cristiana, fuerte, valiente, vital. Aunque Nietzsche es oscuro y rico en contradicciones, parece difícil no incluir aquí la cualidad de la libertad. ¿Cómo imaginar un superhombre que no sea libre? Por otro lado, [el eterno retorno de lo idéntico](#) (9), doctrina tampoco claramente explicitada pero que parece apuntar a una repetición de todas las cosas, de todo el tiempo, de todas las circunstancias. Tanto los estoicos como algunas de las modernas teorías del Big Bang conciben el universo como algo cíclico: una explosión inicial con toda la materia y energía del universo concentrada en una singularidad única, una expansión hasta llegar a la máxima entropía y el enfriamiento completo, para luego reiniciar un proceso de contracción por atracción gravitatoria que acabe en una singularidad idéntica a la primera. A partir de aquí, se puede hipotetizar que, a igualdad de condiciones iniciales, igualdad de resultados finales. Todo volverá a ser y, tal vez éste era el sentido que daba Nietzsche al eterno retorno: todo volverá a ser igual cada vez. ¿Qué mérito tiene, pues, un superhombre que no es libre y se limita a repetir una serie de movimientos sin fijarse siquiera en los hilos que tiran de él en una dirección u otra? Una tentativa de respuesta podría venir de la visión de la libertad humana que defiende David Hume en su [“Tratado de la naturaleza humana”](#) (10). No la libertad asociada a la espontaneidad, es decir, la libertad impredecible, meramente azarosa, no determinada por nada y que incluso estaría exenta de la inevitable responsabilidad, sino la libertad asociada a, y guiada por, las determinaciones de la voluntad. Hume considera indemostrable la asociación necesaria entre causa y efecto, pero sí observa asociaciones entre hechos y conductas. Una conducta totalmente azarosa no sería en realidad libre. La libertad humeana es la que da lugar a determinadas elecciones y no otras en base a lo que la voluntad del sujeto determina, voluntad que, inevitablemente, está conformada por una determinada biografía, temperamento, cultura, etc., hasta constituir un sujeto concreto en unas circunstancias concretas. En dicho contexto, un sujeto determinado, en base a todo su bagaje previo, biológico, psicológico y sociocultural, no puede sino querer un determinado curso de acción. Ese querer, que marca el ejercicio de su libertad, no podría ser de otro modo y si se ha de repetir infinitas veces -en el eterno retorno nietzscheano-, siempre será un querer igual. Lo cual para nada significa que no se produzca en el ejercicio de su libertad. Dos individuos con las mismas características biológicas, el mismo temperamento psicológico, las mismas experiencias vitales y criados en el mismo ambiente sociocultural, todo ello hasta el más ínfimo detalle, podemos pensar con escaso temor a equivocarnos que a la hora de elegir opciones, querrán las mismas cosas y rechazarán las mismas otras. Pero -y volvemos a la tesis del eterno retorno- eso no hace que uno sea más libre que otro por haber vivido primero y el otro menos por estar inserto en un universo posterior. Ambos son libres, aunque es necesario reconocer que su grado de libertad está lejos de espontaneidad alguna y tiene más que ver con la aceptación de sus propios deseos y condicionantes, como por otra parte el psicoanálisis también nos ha enseñado ya. Pero el hecho de que escoger lo que deseo -consciente o inconscientemente- y rechazar lo que repudio -de la misma manera- sea algo inevitable, no significa que no sea también, en última instancia, una decisión libre.

Comentaremos también algunos desarrollos científicos en física cuántica que plantean cuestiones muy interesantes. A nivel subatómico, el universo parece ser probabilístico en sentido no causal. Recordemos



la famosa partícula que tiene un 50% de posibilidades de provocar una emisión radiactiva que mate al pobre gato de Schrödinger, encerrado en esa agobiante caja. Además, mientras no haya un observador, la probabilidad no colapsa y se mantiene en el 50%, es decir, el gatito en cuestión no está ni totalmente vivo ni totalmente muerto. Al abrir la caja, la probabilidad va a un lado o a otro y el gato vive o muere. Y no hay causa desconocida que provoque una reacción o la contraria, sino que es algo *esencialmente* probabilístico. Algunos físicos teóricos -y muchos guionistas de ciencia-ficción- se han lanzado a la especulación y han planteado la hipótesis de que, en cada bifurcación, en cada caja, en cada elección, aparecen dos universos distintos, uno con un gato muerto y otro con un gato vivo, uno en el que escogemos el camino de la derecha y otro en el que escogimos el de la izquierda. Así, cada elección generaría un universo, pero no sería realmente una elección. Entre abandonar a la Maga y no abandonarla, Horacio no elige, sino que hace ambas cosas, una en cada universo distinto y luego se pregunta, en cada uno de ellos por qué lo hizo y por qué no hizo lo contrario. Casi igual que la pequeña partícula. Según esta -terrible- teoría, no habría ni libertad ni destino. No hay libertad porque no se escoge entre A o B, sino que se escogen las dos en diferentes universos, duplicándolo todo hasta el infinito y quedando cada fragmente de conciencia del yo convencida de que ha actuado por algún motivo, y tal vez la conciencia sólo va siguiendo las probabilidades ciegas, como el pie trata de seguir el camino de la piedrita en la rayuela. Pero tampoco habría un destino con un final escrito, porque todos los finales ocurrirían, en un multiverso de infinitos universos. Todos los destinos estarían escritos por igual.

La tensión libertad / destino que hemos esbozado subyace a través de toda *Rayuela*: elección o destino. Y aunque el lector elige, desde el principio del tablero hasta el final acerca de qué ha pasado con Horacio, tal vez haya un destino, una necesidad, que haga que cada lector, según quién sea, elija de una determinada manera y no de ninguna otra. Uno toma sus elecciones en *Rayuela*, ¿pero es acaso libre de tomar otras? Si no hay posibilidad de tomar una decisión diferente, el destino ha marcado el camino y la libertad es una ilusión. Pero en nuestra opinión, ya sea en la novela de Cortázar, en nuestra profesión con las personas que cuidamos o en nuestra propia trayectoria vital, la libertad debe ser preservada siempre, incluso aunque sea como ilusión. Si no somos libres, aún así deberíamos comportarnos *como si* lo fuéramos, porque una vida humana sin responsabilidad sobre nuestros actos no es digna de ser llamada humana.





Bibliografía:

- 1.- Julio Cortázar. *Rayuela*. Editorial Alfaguara. Madrid, 2003.
- 2.- Amaia Vispe, Jose Valdecasas. *De la existencia como búsqueda, de la búsqueda como arte: pasos en Rayuela*. Blog postPsiquiatría, 2015. Disponible en: <http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2015/07/de-la-existencia-como-busqueda-de-la.html>
- 3.- Carlos Gómez. *Doce textos fundamentales de la ética del siglo XX*. Alianza Editorial, 2005.
- 4.- Rogelio Luque, José M. Villagrán. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Trotta, 2000.
- 5.- Michel Foucault. *Historia de la locura en la época clásica I y II*. Fondo de cultura económica de España, 2006.
- 6.- Amaia Vispe, Jose Valdecasas. *Un lacaniano y un estoico entran en un bar*. Blog postPsiquiatría, 2011. Disponible en: <http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2011/04/un-lacaniano-y-un-estoico-entran-en-un.html>
- 7.- Immanuel Kant. *Fundamentación para una metafísica de las costumbres*. Alianza Editorial, 2005.
- 8.- Diego Sánchez Meca. *Nietzsche: la experiencia dionisiaca del mundo*. Editorial Tecnos, 2009.
- 9.- Amaia Vispe, Jose Valdecasas. *El concepto de eterno retorno en Nietzsche*. Blog postPsiquiatría, 2016. Disponible en: <http://postpsiquiatria.blogspot.com.es/2016/06/el-concepto-de-eterno-retorno-en.html>
- 10.- David Hume. *Tratado de la naturaleza humana*. Editado por Félix Duque. Editorial Tecnos. Madrid, 2011.



MIENTRAS TANTO EN LA PRENSA: TREVICTA, PUBLICI-CIENCIA Y DISCURSO

Desde hace unos días podemos encontrar en prensa, **especializada** y **generalista**, publicidad disfrazada de información en torno a la comercialización de un fármaco, **Trevicta**, avalada por diversos profesionales, concretamente psiquiatras y jefes de servicio de distintas áreas. Presumiblemente estas “noticias” aparentemente esperanzadoras tendrán mucho más recorrido en prensa que **este excelente texto publicado hace unos meses en postpsiquiatría: “Antipsicóticos atípicos de liberación prolongada: despilfarrando el dinero de todos”** en el que ya se desgranaban las trampas que subyacen a esta promoción; entre ellas la nula innovación terapéutica y la apuesta por un modelo basado en fármacos carísimos sin beneficio sobre sus equivalentes más baratos y cuyo **coste-oportunidad** pone en riesgo el modelo comunitario sobre el que deberían administrarse esos fármacos. También serán, presumiblemente, más leídas que las reacciones que hemos podido leer esta semana, como esta **contundente entrada de Mad in América Hispanohablante** donde se describe lo que subyace tras este tipo de publireportajes. O que **esta entrada de NoGracias** donde recogen otra andanada de argumentos incontestables.

Hay una serie de batallas que por el momento tenemos perdidas. La **publicidad disfrazada de ciencia** hace mucho que revistió el interior de muchas consultas, muchas publicaciones y mucha investigación. Será un camino largo y tortuoso conseguir deshacer ese fenómeno y recuperar la credibilidad. La promoción de fármacos que aportan **nula innovación terapéutica** pero son divulgados como nuevos **campa** desde hace décadas pese al **esfuerzo denodado de distintos organismos en combatir este fenómeno**. Si bien **no es un fenómeno exclusivo de nuestro campo**, en los psicofármacos lo encontramos de forma repetida junto a estocadas muy dirigidas al desmantelamiento del modelo comunitario y la hegemonía del modelo biocomercial.

Queremos fármacos mejores, claro está, y queremos que haya investigación desarrollándolos. Pero no queremos los mismos fármacos presentados una y otra vez con caja y nombre nuevo (“**Me too**“) para justificar sus **disparatados precios** y evidentemente no queremos que se venda como una ventaja el poder minimizar el seguimiento de los pacientes, por mucho que en una tabla de resultados eso pueda venderse como un éxito.

Pero aunque tengamos perdidas muchas batallas, no hay duda de que vamos a vernos en esta situación una y otra vez. Mientras sigamos sosteniendo la idea de que la solución al sufrimiento psíquico viene exclusivamente por un fármaco cuanto más nuevo mejor y que imaginamos perfecto y sin un solo efecto adverso, mientras gastemos en esa ilusión el presupuesto que podríamos gastar en una red que además de fármacos proporcionara otros recursos, mientras depositemos la esperanza de ese fármaco-mágico en empresas más preocupadas **por los beneficios** que por la **verdadera innovación terapéutica**, seguirán apareciendo en los periódicos publireportajes que nos traigan cada pocos meses el fármaco definitivo™, olvidando todos los anteriores, olvidando que se sostienen sobre una ilusión falsa y que mantener esa ilusión nos impide hacer lo que sí podríamos estar haciendo.



MIENTRAS TANTO EN LA PRENSA: DISCURSOS DE ODIOS, ESPECIALISTAS Y GUERRAS CULTURALES.

En esta semana convulsa en la prensa hemos observado varias polémicas, muy distintas entre sí, en las que sin embargo la figura de los especialistas (médicos en este caso) se utilizaba de una forma que ha llamado poderosamente nuestra atención.

Por una parte los medios de comunicación nos traían la muy desagradable noticia de que el **autobús propagandístico** de una organización de **ultraderecha** recorría las calles de Madrid, y pretendía hacerlo después en otra ristra de ciudades lanzando un mensaje de desprecio hacia un colectivo muy vulnerable, **los niños y niñas transexuales**. Basándose en una aparente tautología acerca de los genitales habitualmente presentados por cada género añadían a la aparente “verdad incontestable” el rechazo directo a la existencia de niñas y niños con disforia de género, con identidades de género **no binarias** o en cualquier otro punto del espectro de género, así como a los niños y niñas intersexuales. Un colectivo que con frecuencia salta a la prensa por ser víctima de situaciones de acoso escolar en las que los entornos infantiles o juveniles escenifican el discurso transfóbico de la sociedad adulta, empujando a esos menores a **situaciones insostenibles**. El discurso de odio impreso en ese autobús contra el colectivo de menores trans pasa por algo tan elemental como negarle la existencia a este grupo de personas, confrontando su identidad pretendiendo convertirla en algo opinable. En un primer momento en las redes surge la duda de si protestar contra este mensaje **no supone darle más publicidad** y pábulo a una organización muy minoritaria y escasamente representativa versus el planteamiento de que ante el odio ante un colectivo tan vulnerable la respuesta ha de ser clara y contundente. Sin embargo la **sociedad** se encarga de **responder** con un **mensaje de rechazo** claro al contenido propagandístico del autobús que sí, ha conseguido muchísima difusión desde la indignación pero ha ganado pocos adeptos en su **discurso de odio**. El autobús ha iniciado una batalla en lo que se ha denominado **“guerras culturales”** pero la ha perdido. Sin embargo durante el aluvión de respuestas surge un fenómeno que como asociación de profesionales nos llama la atención. Entre la argumentación de los escasos defensores del autobús de pronto aparece nombrado una y otra vez el **Colegio Americano de Pediatras** que alerta contra la “ideología de género” y el diagnóstico de disforia de género en la infancia. Rápidamente se recurre a esa opinión de expertos en una verdad incontestable que funciona como arma arrojadiza. Sin embargo poco tarda en aparecer una aclaración desde el otro lado de esta “batalla cultural”: el **Colegio Americano de Pediatras es una escisión minoritaria** de la **Asociación Americana de Pediatras**, la cual tiene un discurso claro a este respecto: **proteger a los niños y niñas trans, facilitarles su reasignación y su vida conforme a su identidad declarada**. Ese “colegio americano de pediatras” ha recibido la categoría de **“grupo de odio”** por su promulga de mensajes transfóbicos y ultraconservadores, precisamente en esta temática, que propugnó su escisión.

Más allá de lo mayoritario o minoritario de cada una de esas asociaciones que representan la voz de médicos especialistas (en este caso particularmente sangrante por la desproporción de socios a los que representan) este caso ejemplifica muy bien cómo ni la ciencia ni la opinión de los y las



científicas son neutrales ni son una verdad objetiva, aunque en contexto de una batalla ideológica sea muy útil considerarlos así.

Ha habido **más declaraciones** en prensa esta semana que nos han llamado la atención. Una de ellas en torno, otra vez, a la relación de la psiquiatría con la industria farmacéutica. De nuevo pretender responder con absolutos o con “opiniones objetivas de autoridades de criterio incontestable” nos parece un absurdo. **Nos hemos manifestado** en **múltiples ocasiones** en relación **a este tema**. Hasta qué punto ha permeado la industria farmacéutica en la clínica, en los diagnósticos, en los criterios de prescripción y hasta en nuestro lenguaje es tan evidente que basta con entrar a cualquier consulta de psiquiatría y contar el número de logos y cachivaches publicitarios que el paciente ve y el prescriptor no. La ceguera unilateral del **“a mí no me influye”** tan bien descrita y denunciada por colectivos como **NoGracias**, **Farmacriticxs**, **No es sano** etc. ha campado y aún campa a sus anchas. Los argumentos a favor de la independencia de la industria permanecen sólidos, progresivamente con más eco, aunque aún son mucho menos hegemónicos de lo que nos gustaría. Una prueba más de la potencia de la industria farmacéutica en nuestro mundo profesional es precisamente lo difícil y lento que resulta desprenderse por completo de los humos industriales. Dentro de la AEN aprobamos en las jornadas nacionales de Cartagena el no volver a realizar actividades financiadas por la industria, después de que algunas asociaciones autonómicas nos llevaran la delantera. Pero mentiríamos si dijéramos que en los años previos no ha habido un debate enconado dentro de la asociación, con facciones que defendían la necesidad de seguir disponiendo de esa financiación “industrial” para existir y facciones que alertaban de que sin independencia nuestro funcionamiento no tenía sentido. Los argumentos a favor de la independencia se han mantenido sólidos mientras los argumentos en contra han ido transformándose. Aunque estemos **lejos de conseguir que el discurso en contra de esa financiación sea hegemónico** en las transformaciones casi caricaturescas que vamos viendo en el discurso pro-financiación-de-la-industria, incluyendo las declaraciones que enlazábamos, queremos ver que poco a poco van perdiendo terreno. Dentro de las profesiones dedicadas a la salud mental se ha librado (y aún se libra) otra de esas guerras culturales en torno a esta financiación y esa independencia. En la que también se ha intentado recurrir a “la voz de los expertos” como hechos incontestables y arrojados, como con el colegio americano de pediatras. No es real. Ningún experto representa a todos los expertos (empezando por nosotros) ni el concepto “experto” es una garantía de verdad absoluta. No nos importan los números en este caso, ni cuántos profesionales estén de cada lado de esta batalla ideológica en torno a la relación con la industria. Los argumentos a favor de la independencia creemos que funcionan por sí solos. Aunque los defendiera un único profesional contra todo el resto de su profesión. Este debate, repetimos, enconado, continuará aún por un tiempo. Y a ese seguirá otro, porque la industria encontrará otros modos de crear discurso y de crear negocio (la industria diagnóstica, la financiación directa de asociaciones de pacientes y usuarios, de asociaciones de familiares, etc).

Mientras tanto como asociación de profesionales seguimos trabajando desde la humildad y desde la búsqueda de la coherencia en construir un discurso profesional carente de odio, carente de verdades absolutas y carente de influencias de quienes en la salud sólo quieren ver negocio. Tardemos lo que tardemos.



MIENTRAS TANTO EN LA PRENSA: NO, TRUMP NO ESTÁ LOCO

A continuación os reproducimos parte de [este artículo](#) de nuestro compañero José Leal acerca de la nunca suficientes veces repetida, por lo que parece, calificación de Trump como loco. Ya hablamos de este tema en [este artículo](#) y por lamentablemente tendremos que seguir insistiendo. Estamos seguros de que existen muchas, y harto menos estereotipadas y dañinas, de hacer valoraciones subjetivas desde la incredulidad y el rechazo que no sean estigmatizando (más) el sufrimiento psíquico.

“Me es imposible entender cómo a un prestigioso periodista de El País en su [crónica del 9 de noviembre de 2016 no se le ha ocurrido una frase mejor que “Donald Trump, un loco a cargo del manicomio”](#) para mostrar su perplejidad y su terrible enfado, que comparto, ante la victoria electoral de una persona como Donald Trump.

¿Qué ha hecho ese hombre para que el periodista lo tilde de loco y de manicomio al espacio que configuran todos quienes le votaron y quienes no? ¿Qué sabe el periodista de la locura?

Ni el Sr. Trump es un loco ni el mundo es un manicomio aunque en la sociedad y en sus instituciones se produzcan violencias tan terribles como en aquel se producían.

No digo que dejemos el diagnóstico para el uso de los profesionales sino que evitemos los diagnósticos y los adjetivos clínicos como armas contra los sujetos. También quienes somos profesionales hemos de combatir por el uso dañino, aunque involuntario, de expresiones de la psicopatología para descalificar a alguien por sus comportamientos cuando no son comprensibles o adecuados.

Es demasiado frecuente utilizar unos términos que proceden de la psicopatología de forma hiriente “contra” muchas personas. El término loco, si queremos llamar así a aquel comportamiento o persona con determinadas producciones psíquicas como el delirio y la alucinación, es hiriente cuando con el mismo se pretende descalificar o atribuir significados despectivos y, de paso, incluir al sujeto en una identidad colectiva devaluada y marginadora.

¿Y si el señor Trump o cualquier otro en lugar de estar loco hubiera estado loco? ¿Estaría incapacitado para gobernar? ¿Quiénes serían los sanos, los no locos, nuestros gobernantes europeos sin vergüenzas ante los tremendos atropellos que con sus políticas hieren a los más indefensos? ¿El gobierno español que construye vallas asesinas en Melilla y Ceuta? ¿El gobierno francés que construye vallas y muros en Caláis? ¿Los gobiernos ingleses, húngaros, polacos, croatas, daneses, en suma, los gobiernos europeos diversos que ponen vallas, cierran fronteras, pagan a dictadores y se someten al dictado de estos para que vigilen sus fronteras? ¿Los que callan por intereses geopolíticos ante las violencias de dictadores cercanos y, a veces, amigos? Nada tiene que ver todo esto tan rechazable, todos estos comportamientos y tantos más que pueden ser descritos, nada tienen que ver con el trastorno mental o la locura.

...”

Continúa leyendo [aquí](#)

MIENTRAS TANTO EN OTRAS ASOCIACIONES: RIGUROSA EVIDENCIA, MODELOS ÚNICOS Y CONFLICTOS ESTRUCTURALES

Recientemente hemos leído el [comunicado de la Asociación Castellano Leonesa de Psiquiatría sobre la OPE de 2016](#) que nos ha llamado la atención. Nada más lejos de nuestra intención iniciar una guerra entre sociedades/asociaciones/colectivos, si respondemos a su contenido es porque consideramos que refleja un discurso frecuente en torno a la psiquiatría y que nos preocupa.

Es habitual que el resultado de una prueba selectiva genere desacuerdo. Se trata de un grave problema estructural que en algún momento hemos de abordar. Sería deseable que las sociedades profesionales empezáramos a debatir, junto con el resto de los agentes implicados, como transformar el acceso a los puestos de la función pública. Que se elija a las personas más adecuadas para atender a la ciudadanía. Ya iniciamos esta discusión en los comunicados de la AGSM y de la AEN sobre la sentencia de Victor Pedreira, los dos últimos editoriales de la revista y la última entrada de nuestra sección [mientras tanto en la prensa](#). Pero continuamente surgen nuevas muestras de que en la psiquiatría y la salud mental hay muchos discursos enfrentados (más aún si salimos del espectro profesional) y que ese debate vivo surge sobre un fenómeno lleno de contradicciones.

La AEN no ha guardado nunca silencio acerca de su posicionamiento ideológico que no está enfrentado ni a la ciencia ni al conocimiento riguroso de las cosas. Pero no hacemos de la ciencia ideología, ni tampoco caemos en la común trampa de asumir que la “rigurosa evidencia” no puede ser un disfraz de otros posicionamientos ideológicos, porque muchas veces lo es. Posicionamientos ideológicos en torno a modelos, a qué es digno de ser estudiado y qué no y, en suma, a si existe una forma única y excluyente de comprender el sufrimiento.

Hay múltiples discursos en nuestro campo, algunos de ellos colisionan, otros son capaces de coexistir y enriquecerse entre ellos. Dedicaremos nuestro próximo boletín digital al científicismo, que consideramos que empobrece a la ciencia en sí, a nuestro saber y a nuestro ejercicio.





ACREDITADOS POR LA ESMAEN

A continuación os ofrecemos una relación de los cursos y actividades recientemente desarrolladas o que tendrán lugar próximamente y que han recibido la acreditación de la [Escuela de Salud Mental de la AEN](#). ¡No perdáis ocasión de [solicitar la acreditación](#) de las actividades que organicéis!

Recientemente han resultado acreditadas las siguientes actividades:

La actividad llevada a cabo por los compañeros de la Asociación Asturiana de Salud Mental “[Día mundial de la salud: Hablemos de depresión](#)” cuyo programa puedes leer aquí y que recibió la calificación de [excelente](#) por la escuela.

También organizada desde Asturias y también con la calificación [excelente](#) por parte de la ESMAEN resultó el encuentro “[Adolescencia y salud mental](#)”, cuya reseña posterior puedes leer a continuación bajo el título “Una tarde con Alberto Lasa”.

En tercer lugar, y también desde la [AANSM](#) y asimismo con la calificación excelente se realizó la actividad “Voluntades anticipadas en Salud Mental” cuya reseña podéis leer a continuación bajo el mismo título.

Por último, con la acreditación aprobada por parte de la ESMAEN y pendiente de resolución de calificación tenemos el curso “[Monográficos sobre Salud Mental Comunitaria](#)” organizados desde Grupo 5 que se celebrarán durante el próximo mes de mayo.

Reseña de la actividad [Adolescencia y Salud mental: “Una tarde con Alberto Lasa”](#)

Rocío Bouza Fustes

Psicóloga Interna Residente de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias Alberto Lasa Zulueta es psiquiatra y psicoanalista. Tiene una amplia experiencia clínica y docente a nivel nacional e internacional. En 2016 publica su libro “Adolescencia y Salud Mental.

Una aproximación desde la relación clínica”, en cuyas páginas comparte con el lector sus experiencias, conocimientos y reflexiones acerca de una apasionante y trascendental etapa del ciclo vital como es la adolescencia.

En enero del 2017 tuvimos la oportunidad de escucharlo en Gijón, en una ponencia titulada “Adolescencia y Salud Mental” a través de la cual nos transmitió la esencia del funcionamiento adolescente, así como alguna clave para su comprensión por parte del clínico.

La exposición de Lasa giró en torno a dos elementos fundamentales de la adolescencia, entendidos ambos de manera amplia: El cuerpo y los límites. El contenido de ésta, se reproduce en dos capítulos de su libro: “El cuerpo y la pubertad” y “Los adolescentes y los límites: Contención y transgresión”, si bien la ponencia aportó alguna viñeta clínica añadida a lo editado.



Lasa comenzó su exposición hablando de “los límites”: Los límites diagnósticos. Nos hizo reflexionar sobre qué elementos tienen en común los adolescentes con determinados trastornos de la personalidad como el antisocial, narcisista y el propio trastorno límite, y cuáles nos ayudan a discernir las características propias de una etapa evolutiva de la patología psíquica.

Dentro de este epígrafe y haciendo un gráfico similar sobre dónde está el límite entre cortarse para calmarse y cortarse las venas, Lasa dedicó unos minutos a hablar sobre la funcionalidad de las autolesiones, que tanto preocupan a clínicos y familiares. En relación a las autolesiones, cobra relevancia otro factor señalado por Lasa durante la conferencia: la hipersensibilidad del púber a la mirada del otro, dado que los “cortes” no suelen ser silenciosos, sino más bien un grito.

El otro tema fundamental desarrollado por Lasa fue la importancia del descubrimiento del cuerpo para el adolescente. Los cambios corporales propios de la adolescencia, y el descubrimiento del cuerpo sexuado, tienen su correlato en modificaciones intrapsíquicas.

Parafraseando a Lasa, “Si el cuerpo cambia, el mundo cambia, y si no se está de acuerdo con el cuerpo tampoco se está de acuerdo con el mundo”. Una de las tareas propias del adolescente es tomar posesión de su cuerpo, lo que implica modular la pulsión.

La relación del púber con el cuerpo tiene tres desenlaces en función de cómo es vivido por este. : Cuerpo cómplice, cuerpo prótesis y cuerpo adverso. El cuerpo cómplice es un compañero que colabora en el proceso de formación de identidad; El cuerpo prótesis es el utilizado para soportar insuficiencias en la construcción de la identidad, proporcionando una especie de falso self, no auténtico. Para finalizar, el cuerpo adverso supone que se convierta víctima del malestar que aqueja a su propietario (maltratos, perforaciones, ciertas formas de Anorexia Nerviosa...).

Del trabajo presentado por Lasa en el mes de Enero se extraen ideas fundamentales para desenvolverse en la clínica adolescente tomando un punto de vista más holístico y dinámico de lo que hoy en día se plantea en los sistemas de salud, más centrados en la modificación de la conducta y las alteraciones bioquímicas. Si bien es cierto que lo aportado por Lasa durante la ponencia está íntegramente recogido en su libro que, por otro lado, es de recomendable lectura para los interesados en la clínica.

Reseña de la actividad Voluntades anticipadas en salud mental:

Jaime Ramón López Fernández

Médico Interno Residente en Psiquiatría y vocal de la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Mesa redonda organizado por la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental en el Club de Prensa Asturiana de la Nueva España de Oviedo el 7 de febrero de 2017.

Fue presentada y moderada por Cesar Luis Sanz de la Garza, psiquiatra y presidente de Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental.



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

Durante dos horas pudimos escuchar la intervención de los siguientes ponentes:

- Sergio Gallego Riestra, responsable del Registro de Instrucciones Previas del Principado de Asturias.
- Ángel Luis Campo Izquierdo, magistrado de la sección cuarta de la Audiencia Provincial de Asturias.
- Catalina del Riego Ferreiro, presidenta de la Asociación Hierbabuena de personas que padecen o han padecido algún tipo de problema de salud mental.
- Daniel Rodríguez Vázquez, presidente de la Asociación de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de Asturias.

En el acto se abordaron aspectos relacionados con las voluntades anticipadas. Desde diferentes puntos de vista tanto de los profesionales implicados como los pacientes. En la última media hora parte del público asistente hizo preguntas a los integrantes de la mesa.





MIENTRAS TANTO EN LA AEN

A continuación os resumimos algunas de las actividades que están teniendo lugar por parte de autonómicas, secciones y grupos de trabajo.

Durante los últimos meses nuestras asociaciones autonómicas han permanecido francamente activas, desde la [Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental](#) cuya trepidante actividad hemos dado buena cuenta en la sección “Acreditados por la ESMAEN” y que además próximamente ofrecerán el “[X curso de Salud Mental](#)” dividido en dos bloques, dolor crónico y TDAH, que tendrán lugar en mayo y septiembre. Además han programado una conferencia para el próximo 17/05 a cargo de Iñaki Márquez bajo el título “[Vigencia actual en la práctica clínica del psicoanálisis de Ángel Garma](#)” y posterior presentación de su libro “Religión y psicoanálisis”. Además la excelente publicación “[Cuadernos de psiquiatría comunitaria](#)” pasa ahora a formato digital.

Una de las secciones más activas de la AEN, la de psicoterapia de grupo prepara unas jornadas para los próximos 5 y 6 de octubre “[La psicoterapia de grupo en los servicios de salud mental](#)”.

La sección de neurociencia clínica y el Grupo de Investigación en Neurociencia clínica de la Comunidad de Madrid ([GINC-CAM](#)) se han mantenido también muy activos. Su objetivo es integrar el conocimiento neurocientífico en la práctica clínica desde la filosofía del monismo emergentista, entendiendo la necesidad de integración de campos hiperespecializados con un enfoque interdisciplinar en el que la neurociencia sea un posible lugar para el encuentro bio/neuro/psiq/psico. Para esto desarrollan reuniones de formación, alternando lecturas compartidas con sesiones con ponente, apuestan por la investigación coordinando equipos y estableciendo sesiones del tipo “esculpido de una idea de investigación” y preparan unas jornadas para el próximo mes de noviembre.

Otro punto de alta actividad de la asociación es [OME-AEN](#). Durante los últimos meses realizaron una Jornada de Homenaje a [José Guimón](#), participaron en el [Curso de Especialización. El Profesional y el Equipo en la Atención y el Cuidado en Situaciones de Crisis Psíquicas](#), preparan [las I Jornadas sobre Retos ante la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica](#) y mantienen mucha actividad en los grupos internos de trabajo como el grupo de Atención Directa (con educadores sociales, psicólogos...), han constituido un grupo de trabajo sobre salud mental, Igualdad y Género; han constituido en Navarra un grupo de trabajo de reflexión sobre alternativas a la hospitalización en UHP, etc.

Desde la Asociación Galega de Saúde Mental han tenido lugar las “[III Xornada de psicopatoloxía e cultura música, loucura e creatividade](#)” y la [fiesta por el 35º aniversario de Siso Saúde](#) ¡felicidades!

La sección de psicoanálisis organiza sus XIV jornadas, con el título “[Angustia](#)” que han alcanzado aforo completo (¡enhorabuena!).

La asociación cántabra de Salud Mental recibe aún (y hasta el 15 de julio) candidaturas para el [Premio Ángel Garma al mejor trabajo de psicoanálisis](#). Aquí podéis encontrar las bases. Recordad que el fallo del jurado se hará público en las jornadas de Psicoanálisis que preparan para el 17 de noviembre en Santander.



Nuestros compañeros de Aragón se hallan inmersos en la organización de las jornadas del próximo mes de octubre bajo el título “Locura, encierro y dignidad”, cuya filosofía habéis podido leer en el hermoso texto que ha escrito Jose Manuel Lalana para este número.

La [AMSM](#) se encuentra inmersa en la organización de las XXVII Jornadas Estatales de la AEN y han organizado la presentación del libro “[Psiquiatría e higiene mental en el primer franquismo](#)”. Respecto a las jornadas de los próximos días 1, 2 y 3 de junio, llamadas [Sujet_s a lo social](#) se puede decir poco que no venga dicho ya por su excelente [programa](#). Figuras del calado de [Helen Spandler](#), [Sami Timimi](#), [Guillermo Rendueles](#), [Leonel Dozza](#), [Ana Távora](#), [Cristina Polo](#), [César González-Blanch](#), [Rafael Huertas](#), [Fernando Vidal](#), [Clara Benedicto](#), y muchos otros en un programa con títulos tan sugerentes como:

- “La MacDonalización de la Infancia”
- “Puentes en lugar de muros: hacia la verdad y reconciliación en psiquiatría”
- “¿Por qué “somos nuestro cerebro”? Una perspectiva histórica y cultural”
- “La psiquiatrización del suicidio: de la sociobiología al DSM”
- “Psicopatología De(s)generada”.
- “Uso de antipsicóticos a largo plazo: la ética del riesgo”.
- “Psiquiatría y cambio social en el tardofranquismo y la transición. Contradicciones y resistencias”.
- “Un acercamiento crítico a la rehabilitación psicosocial”.
- “Horizontalidad en la relación terapéutica”.
- “Medidas coercitivas: Avanzando en alternativas”.
- “Intervenciones psicológicas en Atención Primaria”.
- o la mesa a cargo de la Sección de Rehabilitación de la AEN: “La Rehabilitación y la Recuperación en la Atención Comunitaria. La necesidad de un debate global”

Un conjunto muy variado de temáticas y ponentes encaminado a posibilitar un debate enriquecedor y constructivo en un campo, el de la salud mental, en absoluta ebullición y cambio de ciclo. Aquí tienes el [tríptico](#) con la información completa de las jornadas para distribuirlo por mail. ¡Allí nos vemos!



JAVIER MONTEJO, UN PSIQUIATRA EJEMPLAR

Víctor Aparicio Basauri

[Texto publicado originalmente
 por el Comercio de Asturias el día 25 de marzo de 2017]

Javier se incorporó a los servicios de salud mental de Asturias al comienzo de la Reforma Psiquiátrica. En 1983, obtuvo una plaza de psiquiatra adjunto y comenzó su actividad en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo en un periodo apasionante donde los cambios sociales avanzaban día a día. En este escenario, junto a un grupo entusiasta de jóvenes profesionales promocionó la terapia sistémica en el ámbito de la salud mental, aportando las acciones psicoterapéuticas en el grupo familiar. Al verlo trabajar uno sentía que era un ejemplo de lo que podemos llamar la “psiquiatría de rostro humano” y me recuerda, en su manera de abordar los problemas de salud mental a lo que dice el Premio Nobel de Literatura, K. Oé, que tenía “*imaginación*”, es decir, “*esa capacidad activa, pero casi automática de penetrar en los sentimientos de otra persona*”.

Sin embargo, le esperaban retos más complejos dentro del proceso de Reforma Psiquiátrica. En 1987, asumió la dirección del Hospital Psiquiátrico y unos años después fue Gerente de los Servicios de Salud Mental. Una época donde tuvo que desarrollar las estructuras de rehabilitación (comunidades terapéuticas y hospitales de día), para poder finalizar el proceso de desinstitucionalización. De esa época surgió uno de sus trabajos más renombrados (“*Sobre los resultados de la reforma psiquiátrica y de la salud mental*”) que hoy es citado en uno de los textos sobre políticas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud.

Cuando pudo volvió a lo que más le gustaba el trabajo en la comunidad. Era alguien que “*hacía camino al andar*”. Su última dedicación fue en el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) del área sanitaria de Oviedo y en una de las experiencias más creativas e integradoras de este país, la Comunidad Terapéutica “*La Casita*”. Una Comunidad Terapéutica con ciudadanos necesitados de gran apoyo terapéutico y social donde encontraron un ambiente cálido y terapéutico con un equipo de enfermería liderado por Javier.

Junto a este trabajo profesional tuvo una dedicación comprometida con el movimiento asociativo y en 1987 formó parte como vicepresidente de la primera asociación multiprofesional de salud mental de Asturias, la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental (AEN) y más tarde fue también vicepresidente de la Asociación Nacional (AEN).

Por este compromiso continuado con la atención pública de salud mental varios ciudadanos y distintas asociaciones vamos a proponer que el Centro de Tratamiento Integral de La Corredoria lleve su nombre.

Como despedida a este hombre imaginativo, creativo y soñador esta poesía de Gioconda Belli.



AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL

*"Yo sostengo que soñar continúa siendo una práctica subversiva,
con una deliciosa, pero lícita, peligrosidad;
un hábito difícil de erradicar,
cuya ternura y perseverancia
sigue teniendo la innata capacidad de conmover
y abrir ranuras, por pequeñas que sean,
en corazas bien armadas y aparentemente impenetrables"*





AEN

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE NEUROPSIQUIATRÍA