Colegio de Psiquiatras Eméritos

Jesús Fernández Sandonís
José Luis Mediavilla Ruiz
(coordinadores)

CONCIENCIA HISTÓRICA DE LA PSIQUIATRÍA

DÉCIMA ENTREGA

De la Psiquiatría y el Eterno Retorno

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

Edición no venal
© Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEPSM).

Edición: HiFer Editor. DELIREMA.30
Impresión: HiFer Artes Gráficas - www.hifer.com
I.S.B.N.: 978-84-19256-00-3
Dep. Legal: AS-02880-2021

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, ni su préstamo o alquiler o cualquiera otra forma de cesión de uso del ejemplar, sin permiso previo y por escrito del titular del Copyright.

Colegio de Psiquiatras Eméritos

DÉCIMA ENTREGA

AUTORES

JULIO BOBES GARCÍA

ANTONIO LABAD ALQUÉZAR

JESÚS FERNÁNDEZ SANDONÍS

GUILLERMO MARTÍN SAPPIA

FRANCISCO ROMERO DEL HOYO

JOAQUÍN E. GALVÁN FRADEJAS

JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ INFANTE

JOSÉ LUIS MEDIAVILLA RUIZ

JOSÉ MARTÍN AMENÁBAR BEITIA

"Parece como si todo obedeciera al "eterno retorno", una de las leyes inmutables de las que hablaba Nietzsche"

Rodrigo Gonzalez-Pinto López. Madrid. Marzo. 1990.

LA PAZ Y LA PALABRA

Julio Bobes García

Después de la lectura de esta publicación de Psiquiatras Eméritos (Décima Entrega), quiero aprovechar la oportunidad que se me brinda de decir, como Blas de Otero escribió en uno de sus poemas, "pido la paz y la palabra".

La paz, antes que nada, para quedar libres por fin de la devastación y del bloqueo humano que ha supuesto el largo periodo de la pandemia, y poder volver a la vida saludable del entusiasmo por la existencia del trabajo. Y, en esta ocasión, la palabra para expresar una vez más mi admiración por este colectivo de compañeros veteranos, que llevados de su inagotable vocación por el enfermo mental y por la medicina, persisten sin desmayo, mostrándonos lo mejor de sus conocimiento y sus recuerdos.

Tengo la satisfacción de haber contribuido siempre, con mi modesto apoyo, tanto desde la Cátedra como desde los cargos desempeñados, a una colaboración en la organización y puesta en marcha de sus quehaceres y reuniones congresuales.

Transcurridos los años, he de confesar que esto constituyó una de las obras más entrañables: nuestra ayuda tiene la generosa correspondencia de poder mantener como encendida referencia, la confianza y la seguridad de su ejemplo.

NECROLÓGICA DE PEDRO GONZÁLEZ-QUIRÓS CORUJO

La sorpresa de su fallecimiento (01.09.21) nos hizo a todos más conscientes de que la pandemia limitó todo mínimo gesto social en el que siempre se basó la convivencia.

Conocer a Pedro Quirós requería llegar a entender que la presentación o el saludo, solo era el comienzo de todo un proceso. La primera impresión , dentro de la exquisita corrección de su trato, te hacía intuir que su conocimiento iba a exigir un cierto tiempo: su afectuosa sonrisa iba acompañada de una conversación puntual y comedida . Sin embargo, a medida de que le fui conociendo, comprendí mejor que su aparente reserva , era simplemente consecuencia de la prudencia de una personalidad como la suya, cuya existencia se debatía en distintas actividades , cada una de las cuales exigían un compromiso del que dependían trascendentes soluciones: unas derivadas del ejercicio profesional, y otras de carácter social, pues Pedro, llegado el momento, no rehuía responsabilidades y compromisos.

Como compañeros, siempre atendió mis observaciones y preguntas. Era sabio y complaciente. Sus respuestas eran meditadas, apoyadas en datos contrastados y ofrecidas con sencillez y gran afecto.

Además , hay algo que siempre mantuvo constante mi admiración hacia él: ejercientes de la misma especialidad, uno conoce al compañero, por el trato por los enfermos comunes. Es quizá la vía más directa y más auténtica. Pronto llegué a saber que a Pedro acudían los pacientes más complejos, y que aquellos aquejados de graves descompensaciones

psicóticas, encontraban en sus tratamientos, curación y alivio, conservando un gesto de gratitud por su trato preciso y humano.

Este comportamiento, el del médico experto, por un lado, y el del hombre conocedor de lo específicamente humano, tuve ocasión de verlo reflejado , en sus trabajos, no solo estrictamente de carácter bioclínico, sino también en sus escritos en los que queda patente su amplia cultura y su humanismo.

Por asuntos internos de la gerencia sanitaria, viví un traslado desde el Ambulatorio Central a Rehabilitación, dirigida entonces por mi recordado amigo Jaime Alvarez Buylla , siendo destinado al Servicio de Pedro, donde permanecí durante un año, lo que me permitió conocer de cerca a todo el equipo: los psiquiatras Víctor Álvarez Antuña, José Luis Suárez Fernández, Maribel Ruiz Corral, la psicóloga Concepción Fernández Pol y la auxiliar de enfermería Covadonga Bárcena Pañeda. La gran experiencia de Pedro era ostensible en el funcionamiento del Servicio, donde se atendían diversas patologías, y previa la realización de las historias clínicas, se pautaban los oportunos tratamientos, o se emitían informes. Existía una coordinación ge4neral que hacía del trabajo un continuado estímulo.

En dicho servicio, pionero de los Centros de Salud Mental, se atendían las consultas externas, pasando después a desempeñar la "psiquiatría de enlace" haciéndose cargo de la atención por las plantas de todo el complejo hospitalario.

En el magnífico discurso de contestación a su ingreso en la esta Real Academia, el Excelentísimo Sr. Juan Manuel Junceda , hizo puntual referencia del importante currículum , tanto de su periodo de Licenciatura y doctorado en la Facultad de Medicina de Valladolid, como al de su estancia en los hospitales franceses de la Salpetriere y la Pitié , ampliando su formación neuropsiquiátrica , que completó visitando distintos hospitales psiquiatricos alemanes, así como de su prolongada colaboración en Madrid con el profesor Juan José López Ibor.

Su labor asistencial inicialmente fue realizada en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo (La Cadellada) y en la Clínica San Rafael, al lado de su padre y con la colaboración de su hermano José Antonio, espe-

cialista en Psiquiatría y Neurofisiología. De forma paulatina, hubo de hacerse cargo de la asistencia integral de la Clínica, lo que intensificó su trabajo y sus responsabilidades.

Si su actividad clínica fue densa , no menos meritoria fue su labor a nivel universitario, donde impartió docencia y llevó a cabo una ingente cantidad de trabajos de investigación, siendo requerido con frecuencia como miembro en tribunales de Tesis Doctorales y de Oposiciones a jefaturas de Servicio, o Cátedras.

Experto en alcoholismo y adicciones hubo de hacer frente a la dura época en la que la droga comenzó a devastar a una juventud desinhibida y vulnerable, cuando aún no existía una programación estatal acorde con la tragedia de los hechos.

Sus muestras de valor y su eficacia profesional trascendieron en el mundo sanitario, siendo nombrado Socio de Honor de Socidrogoalcohol en reconocimiento a sus aportaciones. y, a nivel internacional, requerido como representante de España en la OMS como experto en Alcoholismo y Toxicomanías..

Deseo insistir en el tesón y la dedicación que Pedro hubo de dedicar a lo largo de vida laboral, las dificultades que hubo de sortear ejerciendo responsabilidades múltiples, y manteniendo su autoridad con talento conciliador, garantía del respeto general hacia su persona. El mérito es tanto mayor, si hemos de tener presente que su actividad hubo de desarrollarse en las últimas décadas de la psiquiatría, donde la especialidad fue invadida por extrañas y flamígeras influencias. En tales circunstancias, solo la solidez de su formación ,la fidelidad a la realidad clínica ,y su generosidad, hacía posible , capitanear el barco y llegar a buen puerto

Amaba a Asturias con todo su corazón. Se interesaba, con gran sensibilidad, por los conflictos sociales, o por los problemas habidos en la ciudad o en el campo. Nada le era ajeno. Además de cumplir con las obligaciones de lo profesional, mantenía un estrecho vínculo con la naturaleza .Era como un deseo irreprimible de hacer de la tierra madre el paraiso. Quizá esto pueda explicarnos sus días de caza y de pesca por los montes y los ríos asturianos, y su ya tardío proyecto de hacer

en sus dominios de Valsera, una pomarada de más de seis hectáreas, cultivando las más variadas manzanas (xuanina, regona, verdialona durota de la riega y collaos), llegando recoger, en el 2016, más de 80.000 kilos de manzanas, siendo reconocido como el mejor productor del año, logrando una calidad de sidra ("Sidra de Asturias"), protegida por el Consejo Regulador de la denominación de origen.

Su bibliografía es amplia. Su Tratado (El Alcoholismo en Asturias. 1976) es un clásico dentro de la psiquiatría. Años después, tuvo la consideración de hacerme partícipe en la presentación de su libro Historia del consumo de bebidas alcohólicas en España :"¿Consuminos los españoles cantidades excesivas de alcohol. El problema del Botellón.". Un trabajo rigurosamente escrito, dotado de amplia bibliografía , y cuya lectura evoca las obras de los que fueron los verdaderos maestros de la psiquiatría mundial

De no menor interés, es otro de sus libros titulado "Pintura y Enfermedad mental" donde aborda el capítulo de la expresión psicopatológica, una cuestión que , el autor, considera un factor a tener en cuenta, como complemento a una anamnesis biográfica bien dirigida, pues, según su experiencia, supone una vía más para un más completo conocimieto fenomenológico de las vivencias y facilita una mejor compenetración con el enfermo

Su discurso de ingreso en esta Academia fue leído hace 30 años, y versó acerca de "Los cuentos de tradición oral y el desarrollo emocional". Inició el mismo con la siguiente advertencia:"quizá sorprenda la presencia de un psiquiatra en el análisis de los cuentos procedentes de la tradición oral…", lo que daba a entender que la psiquiatría no se limietaba a un mal entendido cientificismo, sino que mantenía sus raices en la psicopatología, la antropología y la psicoterapia.

Aquí, Pedro adelantándose en el tiempo, nos invita y nos desafía a que no dejemos de meditar que es el hombre, cómo hemos de entender la infancia y la adolescencia, ese periodo que va a se r el esbozo, la "urdimbre", donde van a asentarse las lineas maestras de un destino, de un proyecto de vida, dentro de la ética y los valores universales.

Por todos estos motivos, yo creo que su bello discurso debería ser un texto recomendable , no solo para el público en general, sino también para todo el que quiera adentrarse en una actividad que pueda guardar relación con la psiquiatría , la psicología, o la psicopedagogía.

Porque, como Pedro expone con gran destreza literaria y rigor, la estructura de los cuentos clásicos, los personajes , el contenido, el entramado y la resolución de los mismos, es transcultural. Con ligeras variantes están presentes en todos los países..Llenan la curiosidad de los niños ,al tiempo que imaginan, juegan y aprenden, Los personajes de los cuentos, son en realidad, arquetipos, que pertenecen al inconsciente colectivo, y que , aunque aparentemente fantásticos, son tan reales como cualquier impulso instintivo.

Al recordarle, quiero evocar la figura de su padre D. Pedro, con el que siempre mantuve una relación de admiración y afecto, también a sus hijos y nietos. A Pedro, su hijo mayor ,de amistoso trato, siempre atento a hacer llegar a su padre mis saludos y buenos deseos, A Micaela, que sigue la tradición del ejercicio de la psiquiatría, y que viene llevando la dirección de la Clínica San Rafael con gran eficacia, haciéndose cargo de pacientes de compleja solución. A Marta, su esposa, siempre su apoyo y su aliento, eje del amplio mundo familiar por el que Pedro vivió, amó y trabajo con generosidad y esmero.

Rememorar a los seres queridos causa consternación, pero este sentimiento queda, al menos, parcialmente compensado por la toma de conciencia de todo aquello que nos dejaron .

Querido Pedro Quirós, la trascendencia está en nuestras vidas: somos , lo que dejamos, garantía de eternidad.

El viejo Jung, hizo grabar en el pórtico de su casa de Kustnach :

"Vocatus atque non vocatus deus aderit".

Tu presencia es ya trascendencia, en nuestra agradecida memoria.

José Luis Mediavilla Ruiz
Colegio de Psiquiatras Eméritos.
Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

UNA VIDA DEDICADA A LA PSIQUIATRÍA A TRAVÉS DEL H.U INSTITUT PERE MATA. ALGUNAS DE MIS VIVENCIAS EN 55 AÑOS..

Antonio Labad

Catedrático de psiquiatría. Ex director médico del H. U. Institut Pere Mata
Presidente de la Comisión de Deontología del COM de
Tarragona. Colegio de Psiquiatras Eméritos

En 2021, se cumplieron 125 años de existencia del H.U. Institut Pere Mata, ya que inicio su andadura en 1896 siendo registrado su nombre como "Manicomio de Reus. Sociedad Anónima".

Con motivo del acontecimiento, se ha editado un libro y el gerente de los últimos 25 años, Joan Amigó, que ha pasado a ser el Presidente del Consejo de Administración, me invito a que expusiera en 5 páginas mis vivencias relacionada con el Pere Mata.

Digo en el libro, ya publicado: "125 anys de Flama. Institut Pere Mata 1896-2021" de Carme Puyol e Isabel Martínez, que me inclino por narrar algunas de las vivencias que todavía conservo y que supusieron y suponen una experiencia emocional que con toda seguridad fueron configurando mi forma de pensar y de hacer, tanto en mi vida personal como profesional, que por cierto han ido bastante unidas. He ampliado alguna vivencia más para el texto que ahora les presento y que de antemano pido disculpas por el modo en que está escrito, de forma algo desordenada, tal y como han ido fluyendo las ideas aunque, eso sí, con las correcciones y modificaciones que hacen

que un discurso escrito sea bastante diferente del oral, aunque ambos pretendan aproximarse.

Llegué al Pere Mata recomendado por el Profesor Rey Ardid, mi Profesor de psicología y psiquiatría de la Facultad de Medicina de Zaragoza y médico consultor del Pere Mata, el día de San Pedro de 1966. Como era festivo, no me pudo recibir el director, Dr. Alier que es quien debía evaluar y decidir sí me aceptaba o no. El mayordomo, Sr. Torrebadell, me dijo más o menos: "chico, tendrás que quedarte en el Pabellón 4 bis, hasta que mañana pueda recibirte el Dr. Alier". Me condujeron a una habitación de dicho pabellón, de la segunda Planta. Era un pabellón dedicado a los enfermos/as pensionistas. En el 1er piso, bajo la misma habitación, se encontraba una enferma de Zaragoza, obsesiva y en el 3er piso un enfermo de Barcelona, psicótico defectual. Con el tiempo nos fuimos conociendo y haciéndonos casi amigos. La vecina de Zaragoza, del primer piso, años después me regaló un cuadro pintado por ella que sigue estando colgado en el recibidor de mi casa.

En ese momento, no residían otros médicos en ese pabellón, pero sí que el año anterior habían vivido varios médicos becarios, como se les decía entonces. A uno de ellos, le conocí años después y hoy nos une una gran amistad, José Luis Mediavilla.

Era una práctica habitual que los médicos becarios residieran en el hospital, Como sucedió años después con los Médicos internos residentes (MIR) y de ahí su nombre.

Comenté a los médicos del Pere Mata, que comían en el chalet y que a la vez era cuarto de guardia, que el Dr. Alier me había aceptado y que me había asignado al Pabellón de Ingresos de mujeres (Pabellón 2) con el subdirector, Dr. Cavallé Maresma y que además debería hacer guardias. Entonces el Dr. Subirá me hizo leer una hoja del Libreto del Estatuto de los Trabajadores. En ese libreto decía que eran dos actividades independientes, la dedicación médica en un servicio asistencial y la actividad laboral de médico de guardia y que por lo tanto, debía decirle al Dr. Alier que sólo podía realizar una de

las dos actividades. Yo le respondí: "Paco, sí tengo que decirle esto, creo que es más práctico que vaya al 4 bis, coja la maleta y me vaya".

He tenido la suerte de conocer la vida y la evolución del Pere Mata en tres etapas muy diferentes.

La primera corresponde a la de mi llegada. Era un manicomio, con 1460 enfermos en aquella fecha. Había un sistema formativo muy asistencial, con participación en las reuniones facultativas de ingresos y altas de los pacientes y algo que creo le diferenciaba de la mayoría de los psiquiátricos por el hecho de ser privado y tener enfermos pensionistas y qué consistía en que había médicos consultores que venían con frecuencia, como el Dr. Sarró o, el Dr. Solé Segarra y el Dr. Rey Ardid y que nos ofrecían clases magistrales y seminarios, a los que asistían todos los médicos, los de plantilla y los becarios. Sobre todo los becarios debíamos preparar exposiciones y casos clínicos relacionados con los temas previstos y que se referían a la mayoría de patologías psiquiátricas que atendíamos en el hospital.

La segunda etapa, nace en 1967, como consecuencia de los cambios producidos en el Consejo de Administración, ocasionados por el enfrentamiento de ideas que no sólo tenían que ver con el Pere Mata, sino también con las nuevas ideas que emergían en aquél tiempo en el mundo occidental, Europa y Estados Unidos. Y también en España, facilitado además por el cierto aperturismo franquista debido en gran parte al desarrollo económico, como consecuencia de la ayuda americana y la implantación de los Planes de Desarrollo. Las Diputaciones, que eran quienes se hacían cargo de los enfermos psiquiátricos de beneficencia, pasaron a pagar el doble en la mayoría de provincias. En Tarragona de unas 60 ptas. enfermo y día pasaron a 120.

Del nuevo Consejo de Administración, destacaron a dos delegados, Matéu y Vilella, para que conectaran con el cuadro médico. Matéu murió de accidente de coche al poco tiempo y fue Ramón Vilella quien tuvo que llevar, como consejero delegado, el peso del cambio.

Ramón Vilella tenía claro que había que cambiar la forma de hacer las cosas, aunque quizás no sabía cómo hacerlo, pese a su formación sociológica y humanista, además de ser abogado y economista. Empezó a hablar con todo el personal, para saber qué opinaba sobre cómo se hacían las cosas en el hospital y cómo deberían hacerse. Un día, fallecido ya el Dr. Alier, que murió de infarto mientras comía , tomando café, en su residencia del Pere Mata, me dijo que en mi próximo viaje a Zaragoza, ya que iba con frecuencia, le propusiera al Dr. Rey Ardid la oferta de dirigir el Pere Mata viniendo periódicamente a orientarnos en la nueva manera de hacer las cosas. En la segunda visita que le hice al Dr. Rey Ardid, a Don Ramón, como yo le llamaba, me dijo que no podía aceptar la propuesta. No voy a entrar en detalles, pero tenía que ver su decisión con el hecho de que su hermano estaba ingresado en dicho hospital desde hacía muchos años.

Esto hizo que se siguieran buscando otras alternativas. El Dr. Sarró es quien propuso a Vilella que fueran a hablar con Tosquelles. Primero porque se había formado en el Pere Mata, además de haber nacido en Reus. Segundo, porque en Saint Alban había desarrollado y publicado cuestiones relacionadas con la Psicoterapia Institucional, que es lo que se pretendía hacer en el Pere Mata. Tercero, porque se habían vuelto a ver en 1958 en el Congreso Internacional de Psiquiatría de Barcelona y le había explicado personalmente las cosas que estaban haciendo en Saint Alban en esa dirección. En definitiva, que apostaba por él de forma convencida.

Efectivamente, Tosquelles y Sarró habían debatido en encuentros grupales, cuestiones diversas relacionadas con la asistencia Psiquiátrica, antes de la guerra nacional. No es por casualidad que la laborterapia ya estuviera desarrollada en el Pere Mata por entonces, como tampoco es casual que uno de los libros que se llevó Tosquelles a Saint Alban fue precisamente el libro de Hermann Simon "Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales", traducido por Sarró y publicado en 1937. Ese mismo libro años más tarde me lo regaló a mí.

Cuando Matéu y Vilella fueron a Saint Alban, creyeron que Tosquelles sería receptivo a su petición y se llevaron la sorpresa de que su respuesta fuera negativa. Tosquelles me había contado en más de una ocasión, que cuando paso la frontera, acabada la guerra, miró con tristeza hacia Cataluña y tomó la determinación de que en aquel momento comenzaba para él una nueva vida, tanto desde el punto de vista personal, familiar como profesional. Cataluña y por tanto Reus y el Pere Mata, pertenecían al pasado aunque siempre permaneció vivo en su recuerdo.

Vilella y Matéu insistieron, volvieron una y otra vez (3 veces) y al fin consiguieron que aceptara venir para ver cómo estaba la situación, pero sin comprometerse a más de momento. Sin entrar en más detalles, a partir de marzo de 1968 se sistematizaron sus visitas, en principio, trimestrales de 8 a 10 días de duración. Posteriormente las visitas se hicieron mensuales, de una semana de duración . Los últimos años, era yo, la mayoría de veces con mi mujer, Ada, quien le traía de Agen y le llevaba, de domingo a domingo.

A partir de estas fechas es difícil saber qué cosas se debían a Vilella, a Tosquelles, o al personal de Pere Mata, ya que la participación activa y el deseo de cambio estaba presente en gran parte del personal, aunque no en todos.

Los médicos jóvenes participábamos en las reuniones de psiquiatras "contestatarios", reunidos en Málaga, Valladolid... Los conflictos en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo, en Conxo, Galicia o en las Clínicas de Ibiza 43, de Madrid, eran el ejemplo del malestar de los médicos psiquiatras con la asistencia que se estaba dando por aquel entonces.

Sin embargo, los médicos jóvenes del Pedro Mata nos dábamos cuenta de que a pesar de las muchas cosas que nos unían con nuestros compañeros asamblearios, había otras que nos diferenciaban de forma sustancial, sobre todo en la manera de abordar la solución de las problemáticas existentes. Ello tenía mucho que ver con los planteamientos que íbamos elaborando gracias a Tosquelles y con Tosquelles, intentando articular la teoría en el sentido más amplio y diverso

con la práctica, haciéndolo posible desde una praxis aplicada a cada territorio, en función de las situaciones, las personas y los contextos.

Entendimos que la formación del personal, en todos los niveles era fundamental. En 1967, antes de la llegada de Tosquelles, ya se contactó con el PANAP (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica) y se realizó un curso formativo para los cuidadores.

Con Tosquelles, se cambió el estilo de hacer. Los médicos que solicitaban venir a Pere Mata, pasaban una semana con nosotros conviviendo y viviendo en el Pabellón 4 bis y al final de la semana tanto ellos como nosotros sabíamos quién se quedaría y quién no. Los que se quedaban pasaban dos semanas haciendo de cuidadores en un pabellón, una semana en el turno de mañana y otra en el turno de tarde, para conocer cuál era la actividad de los enfermos y de los cuidadores. Tosquelles nos decía: "Es bueno ser cocinero antes que fraile..."

Desde que se nos hizo el contrato laboral reglado, en abril de 1968, firmamos la dedicación exclusiva en el hospital. Por eso en el libro: "Cien años de historia de Instituto Pere Mata", de Josep Poca, aparecemos como si hubiéramos venido el mismo mes, Otín, García Ibáñez, Virgós y yo, si bien la venida fue escalonada. A los tres meses de mi venida, llegó Otín y meses después García Ibáñez y más tarde Virgós. Todos procedentes de Zaragoza y recomendados por el Dr. Rey Ardid.

Los años de permanencia como médicos becarios no constaban en ningún registro laboral. Sólo en las historias clínicas de los pacientes. En el caso de José Luis Mediavilla, que se marchó en 1965, también hay constancia de su paso por el Instituto, porque el escultor y paciente Oller le realizó un busto en yeso, que actualmente está expuesto junto con la reproducción en bronce, en la Biblioteca, ubicada dentro de la Unidad Docente del H.U. Institut Pere Mata, por donación expresa del Dr. Mediavilla.

Si algún día se vuelve a disponer de un espacio-museo, como había hasta 1967, dedicado a las obras artísticas realizadas por pacientes de Pere Mata, una de ellas ocupará un lugar preferente en ese Museo y la otra permanecerá en la Unidad Docente. Oller tenía su taller

en el altillo de la carpintería y había realizado numerosas esculturas, entre ellas la del Cristo de la capilla del Hospital que aún preside hoy dicha capilla.

En esta segunda etapa, nunca hubo un director médico, la dirección siempre fue colegiada. Sólo después de la muerte del Dr. Alier, se llegó al acuerdo, entre los jefes de servicio del Institut y Vilella, de que habría una dirección rotatoria cada tres meses, antes de tomar una decisión definitiva. La experiencia fue tan funesta que después de una rotación completa, se desinfló el interés por la dirección única permanente.

Cuando se sectorizó el Instituto (1971) y se crearon las Unidades Terapéuticas (1972), se tuvo muy en cuenta que estas unidades no tuvieran un director o jefe de unidad único, sino que la capacidad de gestión debía ser colegiada. En el caso de la Unidad Terapéutica de Tarragona, la formamos García Ibáñez, Eduardo González y yo. Un día nos reunió Vilella, para decirnos que administrativamente debía haber una cabeza visible, pero que la gestión debía de ser compartida. Nos invitó a que fuéramos nosotros mismos los que escogiéramos esa cabeza visible de la unidad. Tuvimos un debate amistoso, reflexivo, de poner condiciones, que básicamente consistían en que la opinión de dos de los tres prevalecería sobre el tercero, aunque éste fuera el representante oficial de la Unidad Terapéutica. Acordamos que fuera yo dicho representante y creo que funcionamos bastante bien mientras duró el triunvirato.

En la provincia de Tarragona y prácticamente en todo el país, existían dos circuitos asistenciales referidos a la psiquiatría, completamente diferentes, el de la asistencia psiquiátrica gestionada por las Diputaciones, mediante hospitales psiquiátricos propios o concertados y en nuestro caso también los Dispensarios Psiquiátricos, hoy llamados Centros de Salud Mental y las Consultas de Neuropsiquiatría de la Seguridad Social, que era una asistencia ambulatoria de dos horas diarias, de lunes a sábado.

Vilella se lamentaba de que no estuvieran articuladas las dos y que no hubiera forma de conseguirlo. Por esa razón, un día nos planteó

por qué uno de nosotros no lo intentaba. Esto suponía preparar la oposición para conseguir una plaza de neuropsiquiatría en la Seguridad Social y en caso de de conseguirla ver qué posibilidades había de articular ambas redes. Me ofrecí voluntariamente a prepararla, y la logré. Fueron las últimas oposiciones que se convocaron oficialmente. Corría el año 1978. Cuando me dieron el primer salario como neuropsiquiatra, para mí supuso un conflicto personal. El salario suponía obtener el mismo sueldo que recibía por la dedicación de exclusividad en el Pere Mata. Lo comenté con mis compañeros, y casi todos ellos apoyaron que me lo quedara puesto que incluso el trabajo de la Seguridad Social era de 13 a 15 h., horario libre en el Pere Mata, teniendo en cuenta que el horario del hospital era de 9 a 13h y de 15h a 19h, de lunes a sábado, lo que hoy puede sorprender. Sólo uno me dijo que entendía mi preocupación, ya que a la larga podría ser un elemento de distanciamiento entre nosotros mismos. Así lo entendí y para mantener nuestros vínculos solidarios e ideológicos, entregué al Pere Mata el salario de la Seguridad Social, desde el inicio, hasta que solicité la excedencia indefinida de la plaza, en el momento que vino la Facultad de Medicina a Reus.

Si hago pública esta decisión mía, muy privada, es porque creo que refleja el ambiente de solidaridad grupal que teníamos entre nosotros, en donde primaba mucho más nuestro interés en el trabajo colectivo institucional que nuestros intereses personales.

Durante unos años, precisamente ejerciendo como neuropsiquiatra de zona de la Seguridad Social, debía recibir a los visitadores médicos con respeto y cierta justificación al tiempo que escuchaba recriminaciones.

Esto se debió a que sobre los años 80, acordamos los médicos del Instituto y Vilella, que los delegados de los laboratorios dejaran de venir a visitar a los psiquiatras del Hospital, tanto a nivel hospitalario como comunitario. En ese momento me pareció prudente notificar la decisión tomada a cada laboratorio farmacéutico, por escrito, lo que hicimos y firmé personalmente las cartas correspondientes, en nombre del hospital.

Esta decisión supuso que los laboratorios dejaran de subvencionar congresos como era habitual, a los médicos del Pere Mata. Sin embargo la administración del Instituto asumió que pagaría no sólo las inscripciones en los congresos sino los gastos derivados de viajes, hoteles y comidas. Esto benefició a otros profesionales, como los psicólogos que hasta ese momento no frecuentaban congresos con la asiduidad que lo hicieron a partir de ese momento, al igual que otros colectivos profesionales.

A nivel vivencial, nuestras participaciones en los congresos, en los años que duró la prohibición comentada, no dejaban de tener sus peculiaridades, observadas no sólo por nosotros sino también por los compañeros de otras instituciones. En las comidas, cenas y otros eventos organizados por los laboratorios no éramos invitados, con lo que quedábamos marginados de la convivencia con otros compañeros y amigos, en estos actos de carácter social. Lo cierto es que los compañeros de las otras Instituciones nos consideraban un colectivo distinto, casi "monacal". La opinión de los gestores de la sanidad pública tampoco era muy diferente.

Al hacerme cargo de la plaza de la Seguridad Social, hicimos un estudio de los pacientes que acudían a dicha consulta durante un año y lo contrastamos con los pacientes que atendíamos durante ese mismo periodo y en la misma demarcación en el Dispensario psiquiátrico de la Diputación, gestionado por el Pedro Mata, y el resultado es que solo el 10% de la población coincidía en ambos dispositivos.

Cuando tomaron la decisión de que la Facultad de Medicina pasara de Tarragona a Reus, no se sabía cuál sería su ubicación. Los responsables de tomar la decisión, vinieron a nuestro Hospital, para realizar una reunión, dado que nuestro Consejo de Administración había hecho la propuesta de ceder el Pabellón 16 para la puesta en marcha de la Facultad, avalada en un documento en el que la Institución se comprometía a ir vaciando pabellones, en la medida en que la Universidad lo solicitara, dando la opción de que todos los terrenos del Hospital llegaran a ser el Campus Universitario de la futura URV.

A esta reunión asistimos por parte del Institut Ramón Vilella y yo. Las llamadas telefónicas e intercambio de pareceres, de esa mañana, me impactaron. En esta misma reunión, que duró varias horas, se llegó a la decisión que se ubicaría en el edificio que todavía ocupa la Facultad en el momento actual, en la calle Sant Llorenç, muy cerca del Hospital General de Reus, el Hospital de Sant Joan.

Para nombrar a un responsable de la asignatura de Psiquiatría, la Universidad de Barcelona (UB) ofreció públicamente la plaza. Eduardo González, por aquel entonces coordinaba la formación permanente de todo el personal de Pere Mata y por esta razón entendíamos que era el candidato idóneo para articular también la formación en psiquiatría de los estudiantes de medicina. El Dr. Martí Tusquets, Profesor titular de Psiquiatría de la UB, le aconsejó a Vilella que solicitaran la plaza más médicos del Hospital, ya que posiblemente podría haber aspirantes de la Cátedra de Barcelona interesados en esta plaza y convenía que tuviéramos más opciones. Por esta razón enviamos nuestra solicitud y currículos, García Ibáñez y yo. En nuestra solicitud, tanto Pepe García como yo, exponíamos al tribunal evaluador que entendíamos que Eduardo González era la opción que nosotros mismos proponíamos, por ser él quien llevaba la coordinación formativa en el Hospital. Hubo otros aspirantes ajenos al Pere Mata y el tribunal acordó concederme a mí la plaza de Profesor responsable de la Asignatura de Psiquiatría.

El programa a impartir, en la asignatura de Psiquiatría, tanto en las clases teóricas como practicas, las elaborábamos conjuntamente, la mayoría de los médicos más comprometidos con la Institución, participando todos en su ejecución.

Muchos recuerdos, vivencias y anécdotas de esta segunda etapa las dejo de momento en el tintero porque su desarrollo merecería, cada una de ellas un amplio capítulo o incluso más de uno. No obstante para no dejar al lector y a mí mismo frustrado, enumeraré algunas de ellas.

Por ejemplo, cómo y por qué desarrollamos el Máster de Psiquiatría de Sector que fue el primero que se hacía en la VII División

de la Universidad de Barcelona, como se denominaba la Delegación Universitaria de Tarragona .

Cómo se gestaron "las casetes" de elaboración contra transferencial que formó parte , durante más de 25 años, de la esencia de la práctica psiquiátrica, como elemento imprescindible para poder acceder a una plaza en el Instituto Pere Mata, por parte de los médicos y psicólogos. La mayoría de médicos, psicólogos y otros profesionales, nos reuníamos semanalmente y de forma simultánea, todos los miércoles, fuera de las horas de trabajo, en grupos de 6/7 personas (llegó a haber 9 grupos) para hablar de sus actitudes sobre lo dicho y no dicho en la relación con el paciente. Había también sesiones de reflexión sobre lo que se había dicho en las sesiones anteriores. En las venidas de Tosquelles algunas de las cintas grabadas, que se le enviaban a él, volvían a reelaborarse conjuntamente a puerta cerrada, entre Tosquelles y los asistentes a esos grupos.

Cómo y por qué se desmanteló, a mi modo de ver erróneamente, el trabajo de los enfermos de la Colonia Agrícola. Su explicación requeriría cierto tiempo, puesto que lo que sucedió es para reflexionar.

Cómo no pudo llevarse a cabo la sectorización psiquiátrica en toda Cataluña, siguiendo el modelo de Tarragona cómo pretendía el conseller Trias, a pesar de haberle recomendado el intento a Ramón Vilella o cómo Pere Mata desestimó hacerse cargo de la asistencia psiquiátrica de la provincia de Lleida, siendo gestionada después por la Orden de San Juan de Dios.

Tampoco me planteo aquí desarrollar lo que supuso la creación del Club Emilio Briansó, cómo se llevo a la práctica de forma concreta, la esencia de lo que conocemos como Psicoterapia Institucional y que supuso una revolución en la manera de hacer, sentir y pensar, de los enfermos y personal de todo el Hospital. Fue una época en la que todo el personal, incluyendo administrativos, monjas, monitores de oficios y personal sanitario se sentían "cuidadores", amén de lo que supuso para los enfermos, objetivo fundamental de nuestro quehacer.

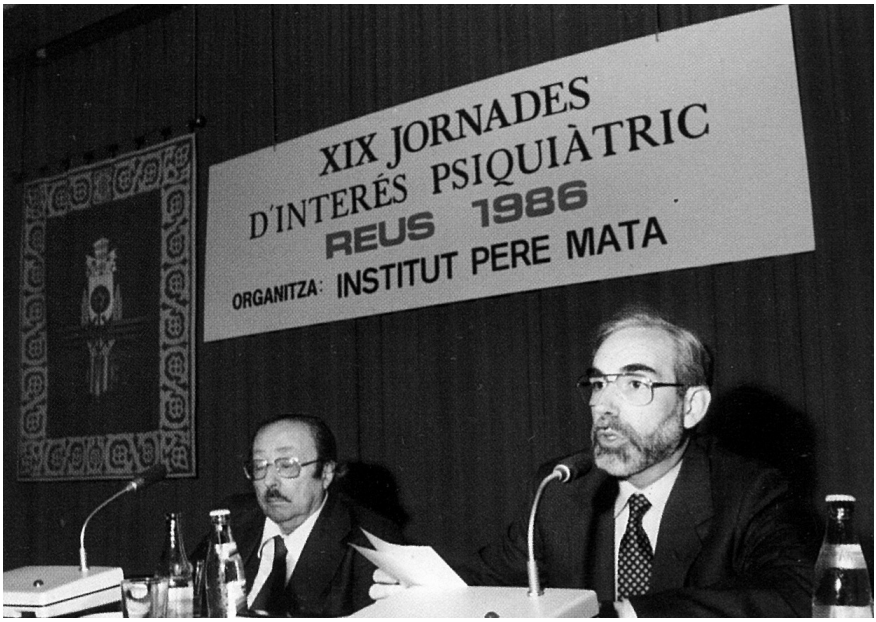
Evidentemente muchas de estas cosas pudieron hacerse, tal y como se hicieron, gracias a Tosquelles.

Sin embargo en Oviedo, que también solicitaron ayuda a Tosquelles, sus ideas no germinaron. El propio Tosquelles me comentó que Martínez Sierra y Rodríguez Reyes, del Hospital Psiquiátrico de Oviedo, fueron a Saint Alban para solicitar su orientación. Allí se enteraron de que Helena, la mujer de Tosquelles, era asturiana y eso hizo que su súplica de orientación fuera aceptada. Por entonces la reforma psiquiátrica ovetense, la pionera de España, ya estaba en marcha y ya habían contratado "40 psiquiatras 40" como decía Tosquelles. Lo que este no se imaginaba es que al llegar allí se encontraría con una sólida ideología anti psiquiátrica , defendida vehementemente que chocaba con sus planteamientos, que eran muy diferentes.

Otra de las muchas aportaciones que hizo Tosquelles al Pedro Mata y por tanto a las personas que pudimos convivir con él, fue el hacernos participar en las innumerables sesiones, siempre formativas, dedicadas unas veces a todo el personal, en general, y otras a grupos relacionados con su actividad más o menos especifica. De gran parte de esas sesiones, a veces seminarios, conservamos su voz y su discurso gracias a que la mayoría de ellas fueron grabadas. Los temas fueron muy diversos y sobre todo lo más importante, era el estilo del decir, completamente desenfadado, como si de un aparente juego de asociación de palabras se tratara. Solo citare aquí por poner un ejemplo, los seminarios que expuso a lo largo de varias sesiones sobre "los Mitos". Fueron cinco seminarios muy importantes, pero no más que otros. Quizás este aspecto mitológico es el que más le unía conceptualmente a Sarró, al que se le asocia más frecuentemente con lo relativo a la mitología y a los mitologemas.

La última vez que vi a Tosquelles, el 20 de agosto de 1994, en su casa de Agen, me llevó a su biblioteca y me enseñó una caja en la que había unos 8 o 10 libros todos ellos relativos a la mitología de diversos autores y culturas y me dijo muy solemnemente: "aquí está la base de la psiquiatría."

Esta segunda etapa, como la he llamado, se acabó porque debía terminar. Está dicho en otros escritos por otros y por mí mismo. Fue una época en la que las circunstancias facilitaron que el Institut Pere



Doctores Tosquelles y Labad

Mata pudiera tener una iniciativa e identidad propia, muy diferente a la forma de hacer que imperaba en ese momento y que a lo largo del tiempo fue creando rechazo.

Los enfermos a través de las estructuras del Club y de la psicoterapia institucional, participaban en muchos espacios y también hacían tareas en su pabellón, como si de su casa se tratara, haciéndose la cama, limpiando la habitación e incluso el pabellón o colaborando en la puesta, recogida de la mesa y comida. Estas funciones en los años 90 empezaron a ser muy criticadas porque los enfermos de los hospitales generales de nuestro entorno no lo hacían.

El personal cuidador, no eran enfermeras. Eran cuidadores psiquiátricos, procedentes de otros ámbitos profesionales y que adquirían la formación a partir de la experiencia y cursos formativos programados en la Institución. La enfermería como tal, era una asignatura pendiente, que debía introducirse con la oposición interna de intereses colectivos, profesionales y sindicales arraigados durante años.

Los médicos al principio no procedían de la especialidad vía MIR, primeramente porque al inicio de esta época todavía no estaba configurada esta vía de formación, segundo porque las primeras promociones MIR salían de hospitales generales que tenían servicios de Psiquiatría de agudos, con poca experiencia en rehabilitación que para nosotros era fundamental. Por eso con Tosquelles creamos un servicio de formación de médicos psiquiatras potente, que años más tarde lo transformamos en el Máster de Psiquiatría de Sector al que he hecho referencia, para dar a la formación que recibían un carácter más oficial y de autoestima, aunque seguían siendo "MESTOS" (Médicos Especialistas Sin Título Oficial). Más tarde creamos la Unidad Docente MIR que está acreditada para formar 5 MIR, 4 PIR y 3 EIR en Salud Mental.

En Barcelona, dentro del ámbito hospitalario y en el Servicio Catalán de la Salud (SCS), entendían que nuestra institución seguía unos criterios que no se correspondían con las corrientes psiquiátricas y organizativas de ese momento.

Esta situación la vio venir en su último año de vida Ramón Vilella y en el momento previo a su jubilación, entendió que quien debía llevar el timón de la institución debía ser una persona que tuviera unas capacidades ejecutivas y de gestión, diferentes a las suyas, pero que fueran de su confianza. Aún recuerdo, la noche que cenando en su casa, me expuso su proyecto futuro y cómo había propuesto al Consejo de Administración, que esta persona fuera Joan Amigó.

Por supuesto Ramón Vilella no pedía mi aprobación, pero sí mi opinión, ya que yo conocía a Joan Amigó desde hacía tiempo y la di: Creo que tiene una capacidad organizativa y planificadora desde el punto de vista empresarial muy potente y que entiendo puede aplicarse tanto a la organización psiquiátrica que parece venir, como a cualquier otro tipo de empresa. Lo que creo que no tiene es tu conocimiento y preocupación por los procesos tanto individuales como sociológicos relacionados con enfermedad mental. "Lo que busco es lo primero que me has dicho de él", me dijo. Y yo en tono sonriendo le añadí: "y lo segundo se adquiere".

El 19 de agosto de 1994, Vilella fue hospitalizado. Fui a verle. Yo tenía programado ir a ver a Tosquelles al día siguiente y le propuse aplazar el viaje hasta después de su intervención quirúrgica por su aneurisma de aorta. Me dijo que fuese igual, simplemente que le dijera a Tosquelles que estaba jodido. A Tosquelles le comenté la situación de Ramón y me dijo "desengáñate, Antonio, la época nuestra ha terminado". El día 21, viniendo de vuelta de Francia, Vilella murió.

Así terminó la segunda etapa y comenzaba la tercera. La muerte de Vilella y la de Tosquelles, un mes después, día de la fiesta de Reus, la Virgen de Misericordia (25-IX-1994), el mismo día que 82 años antes había sido bautizado, no fueron en el fondo los determinantes del cambio de etapa. Lo fue la ley de 1990, de Ordenación Sanitaria de Cataluña, la LOSC, por la que los pacientes psiquiátricos pasaban de depender de las diputaciones provinciales, al creado Servicio Catalán de la Salud, para integrar y normalizar la asistencia psiquiátrica, en la asistencia sanitaria y socio sanitario general.

Para Pepe García Ibáñez, Jesús Otín y yo mismo, en los meses siguientes fueron duros, vividos con preocupación e incertidumbre. Los tres representábamos el pasado que incluso desde el punto de vista de los directivos del SCS, podíamos frenar el nuevo enfoque que el Institut Pere Mata, debería tomar, es decir perder la identidad y diferenciación que había tenido hasta entonces, por facilitar la incorporación de la asistencia psiquiátrica en la sanidad General, de acuerdo con las directrices que emanaban del Servicio Catalán de la Salud y que Pere Mata debía desarrollar.

Otros psiquiatras del Instituto, fueron adquiriendo responsabilidades organizativas que hasta ese momento llevábamos nosotros. Sin embargo, Pepe siguió llevando la dirección médica de Villablanca, Otín la articulación con ACSAM, hasta su muerte, y yo la docencia, tanto a nivel institucional como con la URV, por decisión expresa de Joan Amigó.

Muchas de las actividades del Club fueron organizadas siguiendo las nuevas directrices. Esto supuso de forma paulatina, la incorporación de personal de enfermería y posteriormente de otros profesio-

nales, principalmente terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, que fueron sustituyendo las actividades que hasta entonces realizaban los cuidadores psiquiátricos, que pasaron a realizar tareas más específicas de auxiliar de clínica. La creación de la Fundación Pere Mata, facilitó que muchas de las tareas que realizaban anteriormente los cuidadores psiquiátricos, como el acompañamiento de los pacientes en actividades comunitarias, las hiciera el nuevo personal de la Fundación.

El Club Emilio Briansó, máximo exponente de toda la estructura dinámica anterior, fue desapareciendo a medida que se iban creando las nuevas estructuras organizativas. Por esta razón me pareció que el Club debía tener un final escenificado y que a su vez quedara constancia en el último de los 25 libros de actas de las asambleas del Club.

Las "Casetes", ya comentadas, creadas para elaborar las actividades contra transferenciales de los profesionales, en sus intervenciones psicoterapéuticas, desaparecieron el mismo año 1994, porque empezaban a tener detractores tanto dentro como fuera de ellas y por otra parte suponía uno de los elementos más diferenciadores de la Práctica psiquiátrica llevada a cabo en nuestras instituciones en esa época.

Sin embargo se siguieron realizando en los dispositivos asistenciales todo lo que se había aprendido en los años anteriores, como no podía ser de otra forma, por ejemplo se siguieron haciendo sesiones de psicodrama por parte de los psiquiatras y psicólogos y de algunos de los cuidadores psiquiátricos reconvertidos en cuidadores monitores. Esta práctica, por no decir cultura psicodramática, se inició con los cursos de psicodrama que durante varios años habíamos realizado en el Instituto bajo la experiencia del Dr. Ernesto Fonseca. Tosquelles también había sido siempre defensor de la práctica psicodramática.

Años después, comentamos con la entonces ya directora de Pere Mata, Pilar Casaus, la conveniencia de realizar una formación psicoterapéutica reglada, dirigida no sólo a nuestros especialistas en formación de la Unidad Multi profesional de Salud Mental, sino también a los profesionales ya especializados. Lo comenté con el Dr. Alberto Fernández Liria, quien junto con su extraordinario equipo,

vinieron durante varios años a impartir el "Máster de Psicoterapia Integradora".

Con Alberto Fernández Liria, Pilar Casaus y yo pensamos que en paralelo a los cursos de formación en Psicoterapia Integradora, que al principio fueron para psiquiatras y psicólogos, se dieran unos cursos más abreviados para enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales. Además, que hubiera un soporte de supervisión o control psicoterapéutico a los psiquiatras y psicólogos dedicados a la psicoterapia al margen de dichos cursos.

Con Alberto Fernández Liria pensamos que para esta labor de supervisión grupal, la persona idónea era Mariano Hernández, psiquiatra y psicoterapeuta de prestigio muy reconocido. Han pasado más de diez años desde este inicio y bajo su supervisión, habrán pasado entre 40-50 personas, entre psiquiatras y psicólogos. El único condicionante es que cada uno de ellos debía llevar a algún paciente en psicoterapia reglada. En los grupos, la dinámica consistía en que en cada sesión se presentaba un caso y se debatía sobre él. Con la pandemia las sesiones presenciales se han transformado en virtuales. El tiempo dirá, cómo se sigue…

Otra de las cuestiones que se han ido desarrollando y mejorando en esta tercera etapa y que forma parte de mis vivencias, ha sido la Historia Clínica Informatizada. La iniciamos en la década de los 80, a partir de la Historia Clínica Unificada de López Ibor, porque por aquel entonces no había todavía una voluntad de crear una historia clínica informatizada, para toda la asistencia psiquiátrica catalana. Hoy en día esta voluntad es ya una realidad, aunque no está completamente desarrollada por las dificultades técnicas que comporta. Sin embargo, una de las personas que en su momento escogí para que continuara el proyecto informático de la historia clínica que habíamos iniciado, fue Jordi Peris. Actualmente sigue formando parte del equipo dependiente de Cat Salut, que tiene como objetivo crear un ECAP de Red de Salud Mental, además de seguir siendo el Coordinador de los Servicios infanto juveniles del Pere Mata.

Cuando Pere Mata, consideró que debía hacerse un servicio nuevo para atender a los pacientes psiquiátricos agudos, situado fuera del recinto, Amigó consideró que yo debía formar parte de la comisión que se estaba elaborando en la Unión Catalana de Hospitales y ACSAM para visitar centros psiquiátricos en Alemania. Entre los componentes del grupo estaban Joan Gonzalo, Roser Pérez Simó y Tomás Arranz entre otros. Una idea que nos fue transmitida en esos hospitales es que una de las formas de disminuir la violencia en los servicios psiquiátricos, era dotar de mayor amplitud a los espacios de convivencia de los enfermos. Este criterio lo tuvimos en cuenta a la hora de construir la Clínica Psiquiátrica Universitaria, aunque alguna vez Amigó, de forma jocosa recuerda que este viaje al Instituto le salió muy caro.

Mi vinculación con la URV y concretamente la Facultad de Medicina, ha sido muy estrecha desde la venida de la Facultad a Reus, pero siempre por la vinculación que la Universidad tenía con el Instituto.

Esta vinculación, entendí que debería desarrollarla en la medida de lo posible al máximo nivel y esto fue lo que me motivó a realizar la tesis doctoral, sobre el lenguaje de los esquizofrénicos, a obtener la plaza de profesor titular y posteriormente la Cátedra de Psiquiatría y por supuesto en facilitar que el hospital fuera Hospital Universitario y a la vez tuviera la Unidad Docente universitaria.

Todo esto supuso una adaptación de mi forma de hacer, dedicándome y dedicándonos a realizar investigaciones y publicaciones impensadas por mí en la época anterior

Ahora lamento que los Trabajos de Fin de Máster de Psiquiatría de Sector que los alumnos realizaban, no llegaran a publicarse en ninguna revista, a pesar de su excelente calidad. Por aquel entonces, para nosotros, esas publicaciones eran secundarias que la obtención del título.

El día de la defensa del proyecto investigador y de la exposición curricular, ante el tribunal que debía evaluar mi acceso a la Cátedra

de Psiquiatría, vinculada al Hospital Institut Pere mata, el Profesor Julio Vallejo Catedrático de Psiquiatría de la UB y miembro de tribunal, me preguntó cómo me sentía a nivel personal, dado que había sido un histórico defensor de la psicoterapia institucional y ahora defendía la psiquiatría académica, con criterios bastante distanciados.

Creo que fui honesto: "Los tiempos cambian y uno debe adaptarse a las circunstancias". Más de una vez Tosquelles me había dicho que de no haberse producido la guerra española y la guerra mundial en Francia, posiblemente en lugar de haberse dedicado a lo que después se llamó Psicoterapia Institucional, se habría dedicado a realizar trabajos científicos, como el que publicó con Antoni Subirana en 1934 en la Revue Neurologique, sobre una enferma, África C. de Pere Mata, a la que llegué a conocer y tratar y que este artículo le sirvió para que pudiera salir del Campo de concentración Septfons.

Maurice Didé , alienista francés, republicano de la resistencia, humanista y a su vez biólogo, había conocido a Tosquelles en el Congreso de alienistas que tuvo lugar , en 1929, en Barcelona y una extensión en Reus y que sabia del artículo publicado por Subirana y Tosquelles en 1934, al enterarse de que Tosquelles estaba en Septfons, hizo que Paul Balvet de St Alban se interesara por él y le reclamara. No es por casualidad que Tosquelles, en 1940, se dedicara no sólo a conocer las costumbres de los enfermos, sus relaciones y las de su entorno, intercambios y mercados…, sino que también se dedicara a estudiar casos clínicos de base orgánica como lo demuestra este fragmento que aquí traigo, copiado del manuscrito, escrito por el mismo en español, que en su día comentamos él y yo y que me dio para que lo guardara: "Vamos a exponer un nuevo caso de calcificación intracraneal, la observación del cual , a pesar de ser incompleta no deja de tener un cierto interés teórico.

Si bien son frecuentes las comunicaciones de los neurólogos, sobre "les Hysteresis de Schiller", no conocemos muchas observaciones de procedencia manicomial. Recordamos el caso de Pierson , con una calcificación fragmentaria de la hoz del cerebro en un P.G. marroquí

y el de nosotros mismos en una epiléptica asistida en un asilo rural de España.

Ello se comprende por el poco interés teórico psiquiátrico que pueden presentar, pero cabe señalar también la falta de una exploración neurológica, sistemática en la mayor parte de los enfermos asistidos en los manicomios.

Nosotros queremos poner de manifiesto este fallo de la actividad psiquiátrica corriente. Es para nosotros significativo, el que a pesar de nuestra confesada preferencia por la orientación psicológica de los enfermos mentales, sea ya este, el 2º caso que observamos de calcificación intracerebral con especiales particularidades…"

No se trata de que vierta aquí todas mis evocaciones o vivencias transcurridas a lo largo de mi camino por el Pere Mata. Más de una vez, Francesc Font de Rubinat , amigo de Ramón Vilella y durante muchos años Presidente del Consejo de Administración del Institut Pere Mata, me había sugerido que escribiera mis vivencias relacionadas con Pere Mata, convencido de que serían muchas y jugosas. Todavía no lo he hecho, pero lo tengo presente y quizás algún día lo haga, al menos en parte por su recuerdo.

Como colofón a lo dicho aquí quisiera que quedara absolutamente claro, que estoy muy feliz de haber conocido las tres etapas del Instituto, a las que me he referido y que las tres han sido absolutamente diferentes, cada una de ellas adecuada a su tiempo y que el Instituto ha sabido estar por encima de la mayoría de instituciones a la hora de aplicar los recursos de que disponía.

Guardo un gran recuerdo de los maestros de los que aprendí mucho: Antoni Cavallé, subdirector de Pere Mata y que quizá por no tener hijos me llevó algunas veces al Liceo de Barcelona, acompañado de su esposa Doña María, o a comer un bocadillo en excursiones del domingo por los alrededores montañosos del Baix Camp, Joaquim Alier el director que siempre que se refería a su familia hablaba de "nosotros", de Sarró, Solé Segarra, Rey Ardid...

Los años de convivencia con Vilella y Tosquelles fueron mucho más largos e intensos.

Difícil de expresar en el contexto de este escrito la relación con Vilella, que sigue estando presente en la continuidad que tengo con sus hijos y sobre todo con su esposa Maria Dolors.

Si dijera que no tuve enfrentamientos con él mentiría. Uno de los fuertes encontronazos fue cuando rechazó mi propuesta de contratar a un epidemiólogo, que pudiera estudiar aspectos relacionados con los trastornos psiquiátricos epidemiológicos. La idea no fue mía, fue del profesor Carles Ballús, catedrático de psiquiatría del Hospital Clínic de Barcelona, recientemente fallecido, quien me sugirió la idea, ya que Pere Mata era el único centro de Cataluña que tenía la población de toda una provincia controlada tanto a nivel comunitario como hospitalario, desde el punto de vista del trastorno psiquiátrico y por tanto podía realizar un seguimiento longitudinal de los casos. Unos años después esta labor la hizo realidad la Orden de San Juan de Dios, con Josep María Haro, con la colaboración del Servei Català de la Salut, en otras comarcas catalanas.

De Tosquelles todavía me resulta más difícil hacer un resumen. Si se puede interpretar como un desacuerdo entre ambos, es cuando le planteé mi interés por psicoanalizarme. No sólo mostró su rechazo sino que me dijo: "Si lo que quieres es dedicarte a la privada, hazlo". Mucho tuvo que ver esta conversación con la aparición de los grupos de evocación contra transferencial, las casetes, de las que ya he hablado.

Años después y recordando aquel hecho, de forma jocosa, me dijo "en el fondo creo que tú ya estás psicoanalizado....ahora esto del psicoanálisis se ha formalizado mucho....Te puedo asegurar que otros a los que he certificado una formación analítica conmigo, la tienen inferior a la tuya". Por mí, quizá a nivel de vivencia, me quedo con el hecho de que mis padres reposan en la misma tumba, en Reus, con su abuela materna y su padrino, el tío médico, hermano de su madre, con el que iba de pequeño al Pere Mata.

De Joan Amigó podría decir muchas cosas. La primera que Vilella creo que acertó cuando eligió para dirigir la difícil etapa que se avecinaba, cuando él se jubiló. Joan supo orientar y gestionar, no sólo los recursos económicos que la Administración invirtió en la salud mental, sino también supo planificar y dirigir los distintos dispositivos asistenciales en sus diversas modalidades. De la misma manera supo crear las fundaciones del Grupo Pere Mata , que han servido para dar apoyo a la labor asistencial en esta etapa.

Con Joan, también he tenido algún enfrentamiento a lo largo de todos estos años, como pude tenerlos con Vilella y Tosquelles. Recuerdo que cuando obtuve la cátedra de psiquiatría, Joan estuvo presente en el acto. A la semana siguiente tuvimos una cena homenaje, con todo el Consejo de Administración y me regalaron un cuadro pintado al óleo, de Jassans, de la sala principal del Pabellón de Distinguidos. Una semana después, me planteó que los médicos jefes de los dispositivos asistenciales, entendían que era preferible que no existiera una dirección médica centralizada y que ellos preferían depender directamente de la gerencia. Le manifesté primero, mi sorpresa y después intenté argumentarle que no funcionaría el experimento. Insistió en esto y así se produjo.

A partir de ese momento yo me dediqué a la formación y la investigación. Pocos años después, se evidenció que el sistema no funcionaba y que se requería a un director médico. Uno de los jefes, pasó a ser el director, Pilar Casaus. Cuando me jubilé, se contrató a Joan de Pablo, psiquiatra procedente del Clínic de Barcelona para dirigir el Departamento de Formación y la vinculación con la URV y Elisabet Vilella dirigió el Departamento de Investigación.

Soy consciente de que no he hecho mención de nuestras actividades investigadoras en el Pere Mata , quizás se deba a que en los primeros años de lo que he llamado segunda época, estábamos más bien centrados en actividades asistenciales, formativas y docentes relacionadas con los aspectos psicosociales y psicoterapéuticos relacionados con el trastorno mental. Ello no quiere decir que no efectuáramos publicaciones y participáramos en Congresos Nacionales e interna-

cionales, sobre todo en Francia, con ponencias referidas sobre todo a aspectos teóricos o prácticos, vinculados al trastorno o al sufrimiento mental, desde la perspectiva psicoterapéutica.

Ya he comentado que en el Máster de Psiquiatría de Sector, cada alumno realizaba un trabajo de investigación de fin de máster y que a pesar de su excelente calidad la mayoría de ellos no fueron publicados. Mea culpa.

La llegada de la Facultad de Medicina a Reus y la responsabilidad que ello suponía para todos nosotros , así como los acontecimientos ya referidos alrededor de los años 90, hicieron que nos planteáramos la necesidad de generar un conocimiento que se hiciera visible en revistas de Impact factor. Ya he comentado el fracaso de desarrollar una vía investigadora de carácter epidemiológico. Cerrada esa puerta intentamos abrir otras y una de ellas se materializó con la venida de Elisabet Vilella, bióloga de profesión, muy sensible a las investigaciones del ADN, dentro de los trastornos mentales e hija del que había sido gerente en esa segunda etapa, Ramón Vilella.

Entendíamos , como ya lo he mencionado más arriba, que para conseguir el objetivo de que el Pere Mata fuera Hospital Universitario completo, deberíamos a aspirar a tener la vinculación al máximo nivel, es decir, con la creación de una cátedra que los vinculara. Lo cierto es que nuestro historial no se identificaba mucho con esos criterios. De seguir adelante en esa orientación, entendíamos que había que apostar a que alguien viniera de fuera o que nosotros mismos lo intentáramos desde dentro.

Quizás esa fue una de las mayores motivaciones que me llevo a preparar un proyecto de investigación que de paso me sirviera para presentarlo, llegado el caso, para optar a la Cátedra de Psiquiatría del a URV, vinculada con el Pere Mata.

Fue una inmensa alegría el que la Fundación Marató TV3 del año 2000, dedicada a la enfermedad mental, me financiara el proyecto que presenté: "Estudio para la detección de fenotipos esquizotáxicos en pacientes esquizofrénicos y sus familiares de primer grado. Relación con otros trastornos psicóticos", con la cantidad de 72.363€ lo que

nos permitió, poner en marcha dicha investigación, que entre otras cosas utilicé en la defensa de la Cátedra. Por entonces ya estábamos en la nueva etapa de la investigación. Al margen de publicaciones que por supuesto no voy a entrar, en aquella misma convocatoria de la Marató TV3 financiaron dos proyectos más del Pere Mata , uno de Andrés Garcia Siso, psiquiatra y otro de Lourdes Martorell, bióloga.

Y en la Marató TV3 del 2008 también nos financiaron otro proyecto: "Predictores hormonales, inflamatorios, genéticos, familiares y clínicos del incremento ponderal y síndrome metabólico en primeros episodios psicóticos y maniacos: estudio prospectivo de 1 año de evolución centrado en el eje hipotálamo- pituitario- adrenal", liderado por mi hijo Javier Labad , por entonces psiquiatra en el Pere Mata.

Por razones distintas, a los pocos años, Pilar Casaus y Joan de Pablo, renunciaron a sus cargos. Después de un período de reflexión se contrató al Dr. Francesc Arrufat como director médico, coordinando tanto las áreas asistenciales como la formación.

Con la jubilación de Joan Amigó, se ha estructurado de nuevo el organigrama. Al pasar Joan a la presidencia del Consejo de Administración, la gerencia ha sido incorporada a la dirección médica con el que Francesc Arrufat es director médico y gerente, quien junto con Enric Cardús gerente de las fundaciones Pere Mata y Terres de l'Ebre, Pep Amigó, director administrativo, Artur Martí, director de recursos humanos y la supervisión de Joan Amigó, dirigen los destinos de Pere Mata.

Para ir finalizando, desearía mencionar algunos aspectos que aún no siendo propios del Pere Mata, están íntimamente relacionados con él.

Siendo yo Presidente de la Comisión Deontológica (CD) del Colegio Oficial de Médicos de Tarragona (COMT), el Rector de la URV, Xavier Grau y el Presidente del COMT, Fernando Vizcarro, firmaron en 2014 dos convenios de colaboración. Un convenio marco general y otro convenio especifico para la realización conjunta de Formación en Deontología. Gracias a este convenio los miembro de la CD del COMT fuimos tutores de los alumnos de 5º de Medicina

, primero a través de la asignatura cuatrimestral de Medicina Legal y Toxicología y a partir del 2º año de su puesta en marcha trasladamos su gestión a la asignatura de Psiquiatría que era anual y permitía mayores posibilidades de acoplamiento, para potenciar los valores éticos de la profesión y nada mejor que hacerlo a través de la elaboración de casos prácticos, vividos por los propios alumnos a través de sus diferentes practicas clínicas, sobre aspectos éticos detectados por ellos mismos. Eso es lo que tenía que plasmar cada alumno, en el Portafolio "Ética Médica y Deontología en la práctica clínica" que posteriormente se debatían en grupos sus reflexiones, comentarios y conclusiones .Con todo ello el tutor calificaba a sus respectivos alumnos y la nota se integraba en la asignatura de Psiquiatría.

En este curso 2021-2022, esta actividad ha dejado de hacerse desde el Colegio de Médicos y la Asignatura de Psiquiatría, para ser incorporada formalmente dentro de una asignatura troncal nueva, la "Clínica II", con tutores, todos ellos profesores de la Facultad de diferentes asignaturas. La iniciativa del Colegio de médicos y el apoyo de la Asignatura de Psiquiatría, vinculada a Pere Mata, ha servido para que este año se haya consolidado como algo propio de la Facultad de Medicina, la actividad ética, deontológica y del profesionalismo en la práctica clínica. Enhorabuena.

Al no tener que dedicarme a la actividad que acabo de comentar, planteamos, con el Dr.Arrufat, que dada mi disponibilidad, podía ayudar a Joaquín Valero , responsable de la asignatura de Clínica Psiquiátrica y dedicado además a tareas asistenciales, en la recepción de los alumnos de Prácticas de Psiquiatría de 6º de Medicina. Posteriormente, los alumnos y yo tenemos unos encuentros para hablar del trastorno mental, del proceso rehabilitador y sobre todo de las vivencias que ellos han tenido en esas prácticas.

Hace unos días me comentaron los propios alumnos de 6º de Medicina que he sido elegido uno de los dos padrinos de la Promoción de dicho curso. No lo esperaba, como tampoco el hecho de que me incluyan en la Orla de dicha Promoción. Sensiblería humana, pero resulta emotivo y gracioso, casi irónico, que estuviera en la Orla de la

Facultad de Medicina de la primera Promoción en 1984 y que vuelva a estar en esta ultima de 2022. ¡Cuarenta y ocho años después! Estoy convencido que otros lo merecen más que yo, pero al menos pone en evidencia, que aun estando jubilados podemos realizar actividades útiles, como es este el caso, siendo profesor Ad- Honorem, de Psiquiatría, de la URV, plaza vinculada al H.U. Institut Pere Mata.

Subirá, Sarró, Tosquelles y Colom

ERGOTERAPIA PROYECTIVA CON MARIONETAS.

En recuerdo de su utilización en el antiguo Hospital Psiquiátrico Regional de Asturias.

Dr. Jesús Fernández Sandonís
Médico psiquiatra. Colegio de Psiquiatras Eméritos.

Guillermo Martín Sappia
Médico Especialista en Psiquiatría
Licenciado en Historia

Dibujos de la Colección de Francisco Romero

Durante la década de los años setenta del siglo pasado la asistencia psiquiátrica y sus fundamentos teóricos sufrieron un cambio importante, fue una década convulsiva, de manera que de una asistencia hospitalocéntrica, desde los hospitales psiqiátricos, se pasó a una atención comunitaria, dando preferencia a la atención ambulatoria. Se crearon unidades de Psiquatría para la atención de los enfermos psiqiátricos agudos en los Hospitales Generales y se cerraron los hospitales psiqiátricos monográficos.

Desde el punto de vista teórico también vivimos un cambio, la psicopatología, nacida predominantemente en Alemania y Francia, aireada por una corriente psicoanalítica procedente del anticiclón norteamericano, se fue tornando, por la eclosión de la antipsiquiatría, en una sociopatología.

En el fondo la "tabula rasa" de los filósofos empiristas. De la "madre esquizofrenógena", "todo se cuece antes de los seis años en el marco predominantemente de la familia", a la negación de la enfermedad.

Al final de la década apareció la DSM III, puesta de largo en el Congreso Mundial de Psiquitría de Viena, y desde entonces la corriente neurobiológica se fue enseñoreando de la orientación de la Psiquiatría.

En este marco general, relatado someramente, describimos nuestro trabajo psicoterapéutico llevado a cabo en el Hospital Psiqiátrico Regional de Asturias valiéndonos de la fabricación y animación de marionetas. La asistencia psiquiátrica en Asturias estaba sectorizada y este trabajo lo realizamos en dos de los sectores: en el sector de Gijón, que correspondía a lo que en la actualidad es el Area V y en el sector de Aviles, que correspondía a lo que en la actualidad es el Area III.

Los médicos psiquiatras que participaron en esta actividad a lo largo de estos años, a parte de los firmantes, figuran: F. García Fernández, G. Hortal (Fallecida),J.I. Aznarte López, Antonio Gimeno Tejedor (fallecido dramáticamente) y J. Bobes Garcia.

Los pacientes participantes fueron tanto enfermos en hospitalización completa como en hospital de día, abarcando todo tipo de categorías nosológicas, aunque con predominio de enfermos psicóticos. Asimismo se realizaron grupos laboratorio con estudiantes universitarios.

Estos grupos de ergoterapia proyectiva estaban formados por seis u ocho pacientes de ambos sexos, sin límite

de edad, aunque fue superior el número de los que se encontraban entre los veinte y los cuarenta años. Las sesiones eran realizadas dos veces por semana con una duración de una hora, a lo largo de dos a tres meses. El equipo terapéutico estaba constituido por dos médicos psiquiatras y un terapeuta ocupacional que se reunían periódicamente para realizar las síntesis de postgrupo.

Para resaltar la importancia de las marionetas, en las diversas culturas, a lo largo de la historia, haremos una breve referencia antes de proseguir con nuestra experiencia terapéutica utilizando las mismas como herramienta. Destaca, por un lado, la antigüedad de su conocimiento, "mas viejas que la historia" en palabras de Baty y Chavance, o como dice Chesnais "tan viejas como el mundo"; la marioneta tiene una gran trascendencia en el sentir de la humanidad, significando que al igual que Dios creó al hombre a su imagen, el hombre crea la marioneta y trata de darle vida y darle un alma, y con tal pretensión el hombre da la medida de su poder llegándose a hacer la ilusión de conseguir un poder divino.

Y así, a través del folklore y de las fuentes literarias,conocemos que las marionetas constituyeron elementos presentes en la culturas de antiguas civilizaciones.

Sabemos que en Egipto, y desde la mas alta antigüedad (XIX y XX dinastías), tenían estatuas animadas en los templos, con las que representaban en fiestas y conmemoraciones mitos de carácter religioso, como las que recoge Herodoto en su libro SegundoII, en el que habla de las fiestas de Isis y Osiris y en la conmemoración anual del mito de

la muerte y resurrección de Osiris, que se representaban a través de marionetas.

Del mismo modo en la India, Siglo XX a. de C., se describen tanto la importancia de los espectáculos de marionetas religiosas y las que surgen a su lado de sabor popular, con presencia de animales y significación de un personaje central padre de todos los pobladores, como la gran influencia que tuvo en el resto del mundo sus enseñanzas en estas materias (Ceilán, Archipiélago Malayo, Birmania etc.).

En China, ya en las crónicas de Lao-Tse, mil años antes de Cristo, se habla de marionetas, que generalmente tenían condición aristocrática. Posteriormente, en los Siglos III y II a. de C., toma carácter social al popularizarse.

En Japón, según señala el profesor Donald Keene en su libro " Los placeres de la literatura japonesa",editado por Siruela en 2017, el teatro de marionetas (Bunraku) y a veces representaciones especiales de Kabuki (forma mas antigua del teatro japonés) se remontan al siglo VIII. Cree que el arte de las marionetas llegó a Japón tras haber atravesado todo el continente asiático. Un dato que reseña es el de que el "Bunraku" se solía acompañar del ruido del samisen (agudo y penetrante). E indica que los textos del "Bunraku" fueron mucho mejores que los del "Kabuki", si bién hubo una gran rivalidad entre el público durante dos siglos. Y un dato de gran interés: Chikamatsu Monzaemon, considerado como el mayor autor dramático japonés, empezó a escribir para las marionetas en 1683 y desde entonces, durante casi un siglo, el teatro de marionetas se impuso, de tal

forma que un crítico del siglo XVIII declaró que no hacía falta que existieran actores de "Kabuki".

En Grecia las marionetas pierden sus rasgos sagrados, como señala Plutarco al destacar que estaban abundantemente extendidas para diversión de adultos y niños. También Jenofonte en el Banquete de Gallias, Siglo V a. de C., habla de las marionetas como distracción en los banquetes. Platón, Aristóteles y Herón de Alejandría se ocupan del teatro de marionetas en diversas de sus obras.

En Roma también tuvieron origen religioso para posteriormente hacerse populares. Apuleyo hace mención de sus obras de teatro de marionetas que tuvieron distinta acogida, pues mientras que al pueblo romano le fueron muy familiares, no así ocurrió entre los intelectuales en los que existió desdén hacia estas manifestaciones, precisamente por considerarlas juegos populares.

Se sospecha que la marioneta debió desaparecer en el Imperio Romano, ya que la irrupción del Cristianismo con su reacción contra el antropomorfismo pagano rechazando toda forma humana, debió representar una barrera insalvable, por los pesares de conciencia no solo en la representación (actor-espectador), sinó también en la elaboración argumental y mas acusadamente en la del muñeco.

Durante la invasión árabe en España, parece ser que hubo un auge y desarrollo importante de las marionetas. Se piensa que fue a trevés del norte de África como llegó a Europa el personaje de Carageuse de origen asiático.

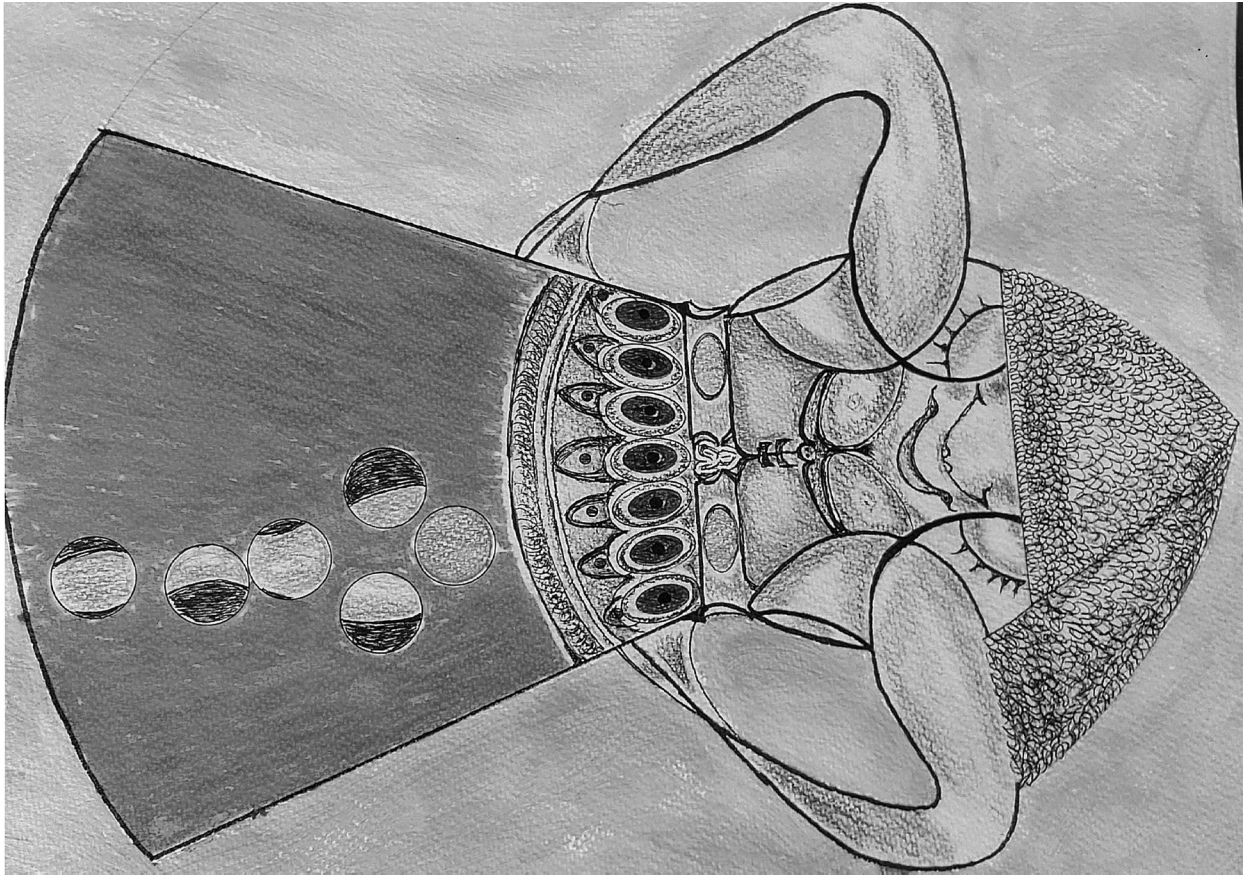
No obstante en la Edad Media se asiste a un renacer de las marionetas de carácter religioso, puesto que se conside-

raba que la representación, bajo forma simbólica de todos los objetos del culto de los primitivos cristianos era insuficiente echándose mano a la estatuaria móvil para responder a las necesidades de su proselitismo. En este empeño colaboraron principalmente los monjes de los conventos; así vemos que en el Siglo IX en la Abadía de Gandersheim escribieron comedias latinas, en una forma que se semejaba a las de Terencio, para marionetas que representaban en el claustro. En España, donde las marionetas han tenido un gran auge, se pueden todavía admirar cristos, vírgenes y gran número de estatuas animadas de esta época. Igualmente se debe señalar que en el Siglo XIII se asiste al inicio de los pesebres con personajes.

En la Época Medieval, las marionetas jugaron un gran papel en el aspecto educativo, religioso y popular.

En contraposición y de forma general, se puede considerar como nefasta para las marionetas religiosas la llegada del Renacimiento. Lutero y sus discípulos consideraban los espectáculos de estas marionetas como indignantes. La reforma provoca una verdadera desaparición de todas las representaciones animadas que se daban en lugares religiosos. El Concilio de Trento prohíbe la representación de marionetas en las iglesias, aunque un siglo más tarde el Sínodo de Orihuela levanta esta sanción.

Cervantes en el Quijote nos habla del espectáculo de marionetas en la tradición española, que se representaban en los patios de ventas y en las salas elegantes. El repertorio solía obtenerse del Romancero. Las representaciones reli-



giosas de esta época han sido tan severamente perseguidas que desaparecieron de las iglesias.

Pero paralelamente al declive de las marionetas religiosas y a partir del siglo XV aparece un esplendor del titiritero popular, personaje que fue labrándose la imagen del individuo soez, delincuente, malintencionado y provocador. Es cuando la marioneta está muy próxima al actor con máscara de la comedia.

En el Siglo XVIII se asiste a un auge de las marionetas a nivel aristocrático, y así se señala que todos los palacios venecianos tenían su teatro de marionetas. Este auge dura hasta el siglo XIX. La temática era generalmente de carácter profano, llegándose a representar grandes obras con marionetas. Es de destacar sin embargo que es en este tiempo también cuando hay una violenta ofensiva de los comediantes franceses e italianos contra los marionetistas.

En el siglo XIX se observa como autores de reconocida talla, como H. Von Kleist, Goethe, Brentano, Pocci, Maurice Sand, Sthendal, Gautier, etc. Escriben obras y adaptan clásicos para ser representados por marionetistas. En Francia se fundan una serie de teatros importantes que se continúan hasta el siglo XX con más o menos desventuras.

En el siglo XX (año 1.900) se demuestra un gran desapego general a las marionetas, al verse al mismo tiempo esclerosarse las creencias populares, derrumbarse las vivencias tradicionales y desaparecer las búsquedas artísticas, considerándose como sus causas el maquinismo, el cine, la industrialización y la virtuosidad de los progresos técnicos introducidos por los anglosajones. Aunque hay que señalar,

no obstante, que en Europa, la ciudad de Munich no entre en este marasmo general y de decadencia continuando vivos los teatros de marionetas a través del repertorio del poeta Pocci.

Presenciamos en este principio del siglo XX un afán por el coleccionismo de los teatros de marionetas, siendo sus representantes más conocidos Leopoldo Dor en París, Carl Niessen en Colonia, o Paul Braun que funda su museo en Munich.

Y es ya en la tercera dácada de este siglo cuando se asiste de nuevo al resurgir de los teatros de marionetas, a los que se incorporan valiosos elementos técnicos y notables libretos argumentales, llegándose a constituir verdaderas compañías de marionetas, como las Marionetas de Salzburgo, de afamada y reconocida solera.

De esta corriente de inquietud también participa España, y así García Lorca, y se cree que a través del interés que le despertó Manuel de Falla, en constante relación con el Teatro Espectáculo de los Títeres Andaluces, dedica su atención a las marionetas en los Títeres de la Cachiporra y luego con el Retablo de la Tarumba. Y a pesar de que solamente dos de sus obras, el "Retablillo de San Cristóbal", que llevó a Buenos Aires representándolo en 1.923 y "Don Perimplín con Maruja en su jardín" conocieron la luz pública, se sabe que escribió varias más, entre las que destacan una ópera cómica "La comediante", que hizo expresamente para Falla. Igualmente se tiene conocimiento de que Falla interpretó al piano la representación por marionetas de "El Misterio de los Reyes Magos", de que estuvo muy próximo

a los Títeres de la Tía Norica y con los que probablemente colaboró, y de que puso música a varias obras de marionetas presentando él mismo en París también en 1.923, el retablo de Maese Pérez.

No hay que olvidar tampoco la aportación al teatro de marionetas de los países del Este, Checoslovaquia, Yugoslavia, Rumanía, Polonia, etc., y particularmente Rusia, en la que, como relata González Badía en su libro "Los Títeres", son de resaltar por sus inapreciables características autores como Nina Efimova y Sergei Obraztsov que, a través del Teatro Central de Títeres de Moscú organizado en 1.931, ha alcanzado renombre internacional sirviendo de estímulo para el mantenimiento y difusión de esta profesión.

En nuestra cultura las marionetas han persistido, de forma predominante, como parte de juegos y espectáculos infantiles: gigantes y cabezudos, títeres al aire libre de las fiestas, marionetas de los centros de enseñanza etc., por lo que no es de extrañar que su aplicación en la terapia psiquiátrica haya sido primariamente en la psiquiatría infanto-juvenil. No obstante la posibilidad de su utilización en la terapia de enfermos psiquiátricos adultos es un hecho constatado desde principios de la década a la que nos referimos. Así se venían realizando trabajos en algunas instituciones francesas como el Instituto Marcel Riviere de La Verriere, Centro Psicoterapéutico de Mayenne, Centro Hospitalario de Belair de Charleville-Mezieres, Centro Hospitalario de Lens etc.,italianas como el Hospital Psiquiátrico de San Lázaro de Reggio Emilia y españolas, habiéndose publicado al respecto varios trabajos sobre estas experiencias.

Nosotros mismos, como hemos dicho mas arriba, las utilizamos con cierta regularidad, en los enfermos psíquicos adultos, durante mas de ocho años convencidos por la evidencia de la facilitación que la expresión a través de los dibujos y las marionetas produce en la comunicación, particularmente con los pacientes psicóticos muy difíciles de abordar de otra manera. Resulta sorprendente que pacientes con grandes dificultades de comunicación verbal pueden realizarla, en estos grupos, de una forma aceptable.

La fabricación del títere va mas allá de la pura ergoterapia, en la que se elaboran objetos comunes. Es en primer lugar expresión, su realización se ejecuta con gestos complicados que requieren habilidad en el manejo de objetos: cortar con tijeras, pegar, coser, etc. Esta expresión en principio no es todavía comunicación. Es necesario que lo expresado sea reconocido por alguien. En estos grupos es fácil que en el trascurso del tiempo se vaya creando un espacio de juego que bien puede calificarse de espacio intermediario, en el sentido que le da Winnicott, y este espacio segurizante facilita la comunicación al igual que la creatividad y aún el proceso de simbolización. Este proceso, como bien se sabe, está muy afectado en los enfermos esquizofrénicos y en general es la espina dorsal sobre la que se trabaja en las psicoterapias. Ciertamente que los gestos realizados en la fabricación del muñeco y en los dibujos, en el marco en el que nos hemos referido, deben de estar enlazados con recuerdos y vivencias mas o menos antiguas y mas o menos inconscientes; las imágenes evocadas al realizar los dibujos y el títere poseen gran capacidad de combinar, condensar, o sustituir ideas, objetos, sentimientos, lo que permite la

expresión de múltiples, y a veces contradictorios, significados. De esta manera salen a la luz sentimientos profundos e inaceptables, que no lo harían en la expresión verbal.

Las marionetas, por lo tanto en nuestro criterio, constituyen una herramienta, que dentro de la ergoterapia proyectiva, nos facilita el diagnóstico y la psicoterapia.

Los grupos que nos parecieron mas interesantes y con mejores resultados fueron los mixtos, en los que agrupábamos pacientes psicóticos, con los antes denominados neuróticos y depresivos.

En síntesis la metodología que se sigue es la básica descrita por el Dr. Garrabé y colaboradores.

Desde las primeras sesiones se les delimita el espacio en el cual se van a desarrollar las actividades, del mismo modo hay una delimitación de la duración y frecuencia de las mismas. También se fija una fecha para la representación final. Medidas que parecen imprescindibles cuando los problemas de los límites son uno de los núcleos mas importantes en la tarea terapéutica (limites del cuerpo, dentro y fuera, etc.)

En el grupo se les ofrece a los enfermos diversos materiales para la elaboración del títere: telas, goma espuma, papel, pinturas, etc., y se les indica que deben fabricas una marioneta que represente al personaje que ellos desean realizar.

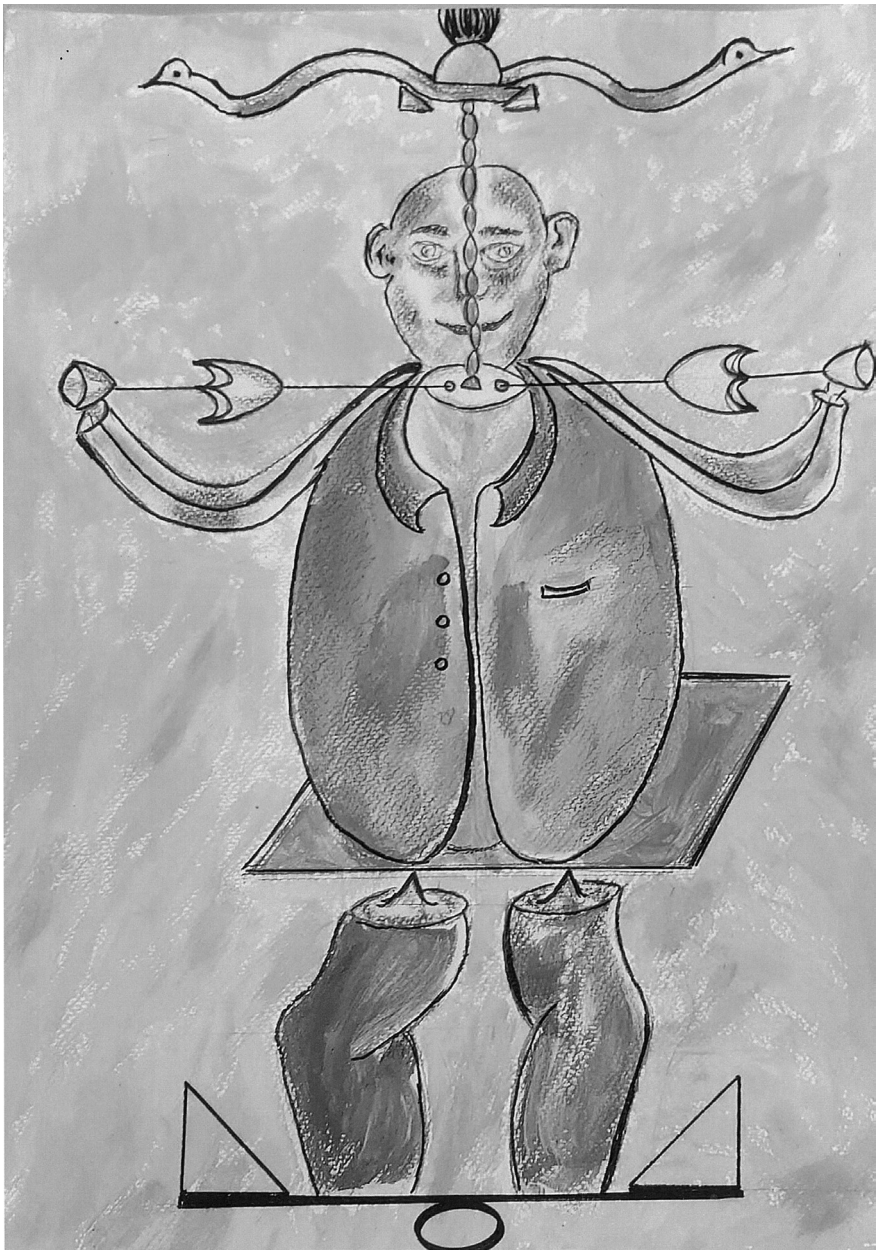
Al tiempo se les provee de unos paneles amplios en sentido vertical donde pueden realizar dibujos relacionados con el personaje elegido o bien escenas donde ese personaje

se mueve. Utilizamos el dibujo alternando con la elaboración de la marioneta porque creemos que ambas técnicas se potencian.

Como es conocido producir un objeto es, para un psicótico, la mejor comprobación de que él existe, de que no está aniquilado, disuelto. Si en la producción del objeto el paciente introduce algo de él en el mismo, está luchando contra su deterioro; fomentar esta producción siempre ha sido el mejor remedio terapéutico. Al fin y al cabo toda la ergoterapia está fundamentada en estas premisas con tal que ese objeto producido se articule en una red de intercambios.

Cuando el objeto producido es creado, y además es un títere, las cosas se complican y enriquecen. La relación entre el individuo y el objeto producido es muy particular en virtud de la forma humana de éste y de la posibilidad de animación del mismo.

Es sorprendente cómo la marioneta fabricada, sobre todo en enfermos neuróticos, se parece al sujeto que la ha creado. Todo el problema del cuerpo vivenciado, de la imagen corporal, del esquema corporal, etc., se nos plantea si queremos comprender, bajo un marco teórico, algo de lo que pasa en esta fase de elaboración de la marioneta. Esquemáticamente puede decirse que, la marioneta creada, representa simbólicamente al sujeto creador, siendo esto fácilmente reconocible en enfermos neuróticos, depresivos y parafrénicos. En los esquizofrénicos la marioneta no hace sino resaltar, objetivando, la perturbación de su ima-



gen corporal y de sus funciones simbólicas, facilitando así su reconocimiento por parte de los terapeutas.

Una observación somera de las marionetas producidas por sujetos normales, enfermos neuróticos y psicóticos pone de manifiesto de forma clara las diferencias existentes entre estos grupos. Ciertamente que nos vemos sorprendidos por los títeres fabricados por algunos sujetos normales o enfermos neuróticos. La ausencia de miembros y las dismorfias son llamativas, por el contrario es habitual que los enfermos parafrénicos realicen marionetas muy bien conformadas, a veces alcanzando grados de preciosista vistosidad.

El conocimiento de los sujetos y sus conflictos expresados en gran parte en la dinámica de grupo, pone de manifiesto cómo las ausencias objetivadas en las marionetas de los sujetos normales o enfremos neuróticos son interpretables, es decir, que puede hablarse, de otra manera, que entran dentro de un orden simbólico. En los psicóticos, por el contrario, las ausencias son carencia, agujeros, destrucciones del proceso de simbolización y por lo tanto no interpretables. Como dice Gisela Pankov, el enfermo psicótico presenta una imagen disociada del cuerpo: no es capaz de reconocer una parte del cuerpo, precisamente como parte del cuerpo: el cuerpo vivenciado no es sentido como una entidad. Es así que la marioneta que estos enfermos producen es muy defectuosa, constatándose que las partes no están integradas en el todo. Con gran frecuencia se encuentra que las cabezas son deformes, faltan detalles importantes; casi nunca tienen orejas, y cuando en el transcurso de alguna sesión alguien llama la atención sobre esta falta, a pesar

de mirar los títeres de los otros, suelen ponerlas en lugares que no les corresponden; del mismo modo la boca a veces es muy grande y deforme fabricando algunos una lengua enormemente larga. En líneas generales el cuerpo con sus miembros o es dismórfico o tiene carencias importantes.

De todas formas es preciso tener en cuenta que los defectos y alteraciones en la forma de las marionetas pueden estar determinadas por múltiples causas de mayor o menor trascendencia.

Es una regla común el hecho de que la marioneta creada llega a tener un valor muy particular para el sujeto, apreciable ya tras las primeras sesiones. Son frecuentes verbalizaciones como las de: "parece una bobada pero acaba uno por quererle", o las de "qué guapo le encuentro". En los grupos de psicóticos una joven esquizofrénica llegó a exclamar: "pero que me haces, estate quieto", cuando el terapeuta con una marioneta tocó la suya posada en la mesa de trabajo. De esta peculiaridad no se escapan las personas "controles", así una estudiante comentaba en una reunión postgrupo tras la terminación del espectáculo final y dejar su marioneta archivada, que había pasado varios días durante los cuales no había podido concentrarse en el estudio pensando en la marioneta abandonada. Siempre se aprecia que la capacidad de movilización de los conflictos por los títeres es enorme, por lo que nos hace estar muy atentos a los riesgos que puedan traer consigo.

La proyección de la imagen corporal tanto en el dibujo como en la realización de la marioneta parece evidente.

Cabe destacar que las dismorfias tan marcadas observables en los grupos formados únicamente por esquizofrénicos son menos cuantiosas en los mismos enfermos cuando éstos forman parte de grupos mixtos. La función especular y las indicaciones de los compañeros juegan aquí un gran papel.

En el transcurso de las sesiones y tras la fabricación de la marioneta comienza la animación. Primero moviéndola y realizando pequeños diálogos alrededor de la mesa de fabricación, posteriormente y en el escenario construido y decorado con los dibujos realizados por ellos, representando lo temas de su creación.

Con la animación se inicia otro periodo crucial en los grupos de marionetas, dar vida, "animar", a una cosa muerta, inanimada, constituye una especie de milagro que se produce y reproduce a voluntad. La criatura va a permitir al creador expresar sus conflictos individuales y va a facilitar su resolución dentro de la dinámica del grupo. En este punto del desarrollo del grupo van a cobrar significación la capacidad y dificultades de representar roles, de asumirlos; de desarrollar unas interrelaciones y construir una trama común.

La relación física que los sujetos mantienen con la marioneta es muy variable, encontrándose, desde una postura distante de aquéllos enfermos que dejan su marioneta en la mesa todo el tiempo que pueden tomándola solamente en los momentos de la animación, hasta el que se agarra a la misma y no la deja. Igualmente se puede decir de su forma de manipularla, desde aquel que la coge con cari-

ño y la mueve airosamente, hasta el que la tiene como un objeto indiferente al diálogo que ellos están manteniendo, pasando por los que la utilizan como arma o los que la portan en el antebrazo como si llevaran una cabeza sobre una bandeja.

Día tras día, sesión tras sesión, y por la índole de este quehacer especial se va creando un espacio de juego con todas las características del espacio intermediario, segurizante y liberador de fantasías en un grado suficiente para dar la sensación de libertad. En este espacio la realidad psíquica muchas veces llega a ser más importante que la realidad externa. Su calidad de segurizante permite abordar conflictos imposibles de abordar en otro espacio por la gran angustia que despiertan en los pacientes.

Ya desde el principio se realiza una comunicación por la expresión en los dibujos y en la fabricación de la marioneta, posteriormente por la manipulación y animación de la misma y luego en los diálogos.

La función de la marioneta es a veces muy diferente, casi siempre actúa como mediadora, facilitando la interrelación y los diálogos, en otras obras es un puro objeto proyectivo.

Generalmente la función del doble señalada por Garrabé y colaboradores es muy evidente. Muchos pacientes hablan a su marioneta como si fuera su doble, y no es raro que los pacientes fabriquen marionetas de verdaderos dobles.

Señalaremos algunos ejemplos: un psicótico ante su marioneta señalaba que el anverso de la marioneta, pintada de rojo, era el periodo bueno de la enfermedad, en el reverso de la marioneta, pintada de azul, quería indicar el periodo

angustioso e incómodo de la enfermedad. Otro esquizofrénico que había denominado su marioneta X1-X2, señala que X1, representado en el anverso, era un personaje masculino, al contrario que en el reverso, que mostraba su X2, personaje femenino, no existiendo ninguna incongruencia ni incompatibilidad en el conjunto formado cuando se trataba de la animación. Por el contrario, en enfermos neuróticos o normales, una estudiante "control" dibujó un personaje doble niño niña, verbalizando que ella quería haber sido niño pero plasmando solo este último en la marioneta, al no encontrar la fórmula congruente de representación de ambos. Otro estudiante que fabricó otro personaje doble, americano poderoso y tirano por una cara, y americano pobre y oprimido por otra, encontró la fórmula en un giro de 180° del palo y jugar con uno u otro alternativamente. Aunque muchos de ellos no llega a fabricar un doble, éste se ve presente en el funcionamiento de la marioneta. En la animación el doble y la muerte constituyen el núcleo central sobre el que se organiza el campo del discurso.

Otra de las funciones de la marioneta es la función de máscara. Donde hemos observado que se pone de manifiesto de forma más clara esta función de máscara es en reuniones de pacientes en los que se facilita una marioneta que no ha sido creada por ellos y precisamente en los trastornos de la personalidad. En la animación de estas marionetas generalmente aparecen transgresiones y provocaciones al resto de pacientes y personal cuidador. Pensamos que quizá la función de los titiriteros fue cercana a ésta a juzgar por la fama de soeces y maleantes a la vez que atractivos que tuvieron.

En casi todos los teatros de marionetas la muerte juega un papel muy importante, todos los antiguos juegos de marionetas llevan consigo la muerte. Hoy día se suele sustituir por el diablo, pero éste juega el mismo simbolismo. El dar vida a la marioneta es un verdadero desafío a la muerte, como señala Chesnais.

La animación, por un lado, plantea de lleno el problema de la muerte, en el sentido de dar vida a algo inanimado, y además darla por un tiempo limitado sabiendo que después al dejarla morirá. Ilusión efímera condenada a la muerte, esto se puede reproducir cuantas veces se quiera realizado dentro del espacio transicional, y a la suficiente distancia para no comprometer su integridad personal, y con la suficiente cercanía como para que no resulte extraño, todo lo cual incide en la facilitación del manejo de las angustias que representa el gran problema de la muerte. En el transcurso de los grupos suceden diversas fases depresivas como ya ha sido señalado, queriendo resaltar que dentro de nuestros grupos de marionetas se ve facilitada la resolución de estas fases por medio de la organización de comidas de trabajo, donde se realizan verdaderas incorporaciones.

Volvemos a incidir en la utilidad de los grupos mixtos, ya que en las comidas y sucesivas incorporaciones que van teniendo lugar en la evolución de los grupos, son los pacientes neuróticos, obviamente, los que impulsan y entretejen el campo social en el cual los enfermos esquizofrénicos van a encontrar apoyo, estímulos, seguridades y representantes de su yo mal estructurado.

Es sabido que el yo esquizofrénico ha de buscarse en el conjunto formado por el enfermo y todos los objetos complementarios de su entorno. El cuerpo institucional cobra así la máxima importancia en toda psicoterapia de enfermos esquizofrénicos. Es en este cuerpo institucional en donde hemos integrado nuestra experiencia de terapia con marionetas, la cual, no ha de verse aislada del resto de los componentes de la estructura institucional.

Desde el primer momento en que comenzamos los grupos de marionetas se observaron resistencias por parte del grupo del personal cuidador que vivió el nacimiento de dicho grupo como invasión de su espacio de trabajo, lo que nos hizo actuar en el sentido de que estos grupos estuvieran integrados dentro de la dinámica y del cuerpo institucional a fin de salvar el rechazo y enquistamiento por parte de la institución. Obviando esto, pensamos que los grupos de marionetas tienen una función catalizadora y dinamizadora de la dinámica institucional. En unos momentos en que los pacientes se resistían a bajar a terapia ocupacional, bastó la iniciación de uno de estos grupos terapéuticos para que todos los pacientes reclamaran su derecho de participación en este espacio. Algo similar puede decirse en relación al personal cuidador para quienes estos grupos tomaron especial importancia. Pero nos llevaría lejos comentar estos eventos.

El final del grupo es una representación del guión preparado en el transcurso de las sesiones de animación por los propios participantes. Al mismo suele asistir un público formado por pacientes de otras unidades, terapeutas y familiares, invitados. Este espectáculo se ha anunciado previa-

mente con fijación de la fecha del mismo lo que repercute en señalar un límite al grupo. Por otra parte los personajes terminan, mueren, y son depositados en una vitrina que existe dentro del espacio investido que harán la función de cementerio, todo esto como anteriormente se dice, facilita una elaboración del problema de la muerte al oficializarla y tenerla presente, cosa importante sobre todo cuando se trata de pacientes frágiles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aladro C.L. La tía Norica de Cadiz. Editora Nacional, 1.976.
2. Anzieu D. El grupo y el inconsciente. Edit. Biblioteca Médica, Madrid, 1.978.
3. Baty G. et Cavance R. Histoire des Marionnettes. París, 1.947.
4. Bedos F., Moinard S., Plaire L., Garrabé J. Marionnettes et Marottes. Les Editions ESF, 1974.
5. Bernard, P. et Trouve, S. Semiologie Psychiatrie. Massón, 1977.
6. Caro Baroja, J. El Carnaval. Taurus, 1.965.
7. Corraze, J. Schema Corporal et Image du Corps. Rhadamanthe, 1973.
8. Chesnais, J. Histoire Generale des Marionnettes. Presses Universitaires de France, 1972.
9. IV Festival des Theatres de Marionnettes. Charleville-Mezieres. France, 1976.

10. XII Jornadas sobre temas de interés psiquiátrico. Temores y esperanzas focalizadas en los familiares y pacientes esquizofrénicos. Reus, 1979.

11. Dolci M. La Mano e il Burattino. Fratelli Fabri Editori, 1977.

12. Festival Mondial des Theatres de Mariionnettes. Charleville-Mezieres. France, 1979.

13. Freud, S. Obras completas. Biblioteca Nueva, 1973.

14. González Badial, J. Los títeres. Librería del colegio. Buenos Aires, 1971.

15. Marionnette Therapeutique. Stage Fevrier, 1978. Unima France.

16. Mocio, F., Schallmann, L., Bitman, R. Psicoterapia en un taller. Clínica y análisis grupal, año 2 – nº 3.

17. Moinard, S. Exemple d'activité ergotherapique pour un malade mental: les marionnettes. Memoire de fin d'etude d'ergotherapi, soutenu le 23-6-70, a París.

18. Recamier, P.C. Le psychoanaliste sans diván. Payot. París, 1973.

19. Rojas-Bermudez, J.G. L'objet intermediaire. Bulletin de Psychologie. Le psychodrame, 1969-1670.

20. Pankow, G. Structura familiare et psychose. Aubier Montaugné, 1977.

21. Sivadón, P. , Gantheret, F. La reeducation corporelle des fonctions mentales. Les Editions ESF, 1977.

22. Varey, J.E. Historia de los títeres en España. Revista de Occidente, 1957.

23. Varey, J.E. Títeres, marionetas y otras diversiones populare de 1758 a 1859. Instituto de Estudios Madrileños, 1959.

24. Winnicott, D.W. Realidad y juego. Granica Editor, 1972.

25. Woodbury, M.L. L'Equipe Therapeutique. L'Information Psychiatrique. Vol. 42, 1966.

SALUD MENTAL Y SUFRIMIENTO

Joaquín E. Galván Fradejas

Jefe de los Servicios de Salud Mental y Psiquiatría. Comunidad de Madrid, Jefe de Servicio del Centro de Conducta Infantil en Madrid. Jefe Clínico y de Servicio del Hospital de Alcohete, en Guadalajara. Colegio de Psiquiatras Eméritos.

DEFINICIÓN: RAE: **Sufrimiento** m. Padecimiento, pena, dolor del que sufre || Paciencia, tolerancia, resignación con la que se sufre una cosa.-

Ya en la definición encontramos dos conceptos sobre el sufrimiento, uno es la pena que en su segunda acepción la define como, "cuidado, aflicción, pesadumbre", mientras que por dolor entendemos "la sensación molesta y penosa de alguna parte del cuerpo". La pena es un sentimiento psíquico y el dolor es una sensación física.

"Cartas desde el manicomio" es un libro donde se reproducen cartas escritas desde el manicomio de Leganés por enfermos que relatan su sufrimiento.

Henry Miller en su novela "Trópico de Cáncer" dice, un hombre que nunca ha padecido una neurosis no sabe lo que es sufrir.

El sufrimiento es una consecuencia de la enfermedad, pero ¿Qué es la enfermedad?

La OMS define la salud diciendo: No es solo la ausencia de enfermedad sino el bienestar físico, psíquico y social.

RAE- **Enfermedad.** (del lat. *Infirmitas,-ätem*). f. *Med.* Síndrome o conjunto de síndromes que se producen en un organismo o un cuerpo, animal o vegetal, que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona ante ella. || fig. Pasión del ánimo, alteración en lo moral.

- **Pasión.** (del lat. *passio, -önem*). Fem. Acción de padecer. Dolor, sufrimiento.

- **Bienestar**. (de bien y estar). m. Comodidad, conveniencia y satisfacción; estado o situación de bienandanza en que uno se encuentra. || Vida holgada y abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad.

¿Y qué entendemos por salud en psiquiatría, por salud mental? Como queda dicho no es solo la ausencia de enfermedad, si no que debemos introducir otros parámetros que nos ayuden a conocer este concepto.

Jaspers dice que existe un criterio popular de la locura que depende menos de los médicos que de la idea que tiene su círculo cultural: el mismo estado psíquico lleva a una persona a psiquiatra mientras otra acude al confesionario, por ejemplo, el obsesivo.

El criterio estadístico sería de aplicación en otras enfermedades. Si consideramos como absoluta normalidad el culmen de la campana de Gauss en el caso de la inteligencia correspondería con un coeficiente de 100. ¿Quiere esto decir que los que tengan 99 ó 101 son anormales? Claro que no, hay que tener un margen de tolerancia que se esta-

bleció en menos de 80. Con el paso del tiempo se vio que el 16% de la población se consideraba subnormal por lo que la 9ª Clasificación Internacional de Enfermedades revisó el concepto y decidió que el margen sería el establecido por dos desviaciones típicas, es decir, exactamente el cociente intelectual de 0,68 (coeficiente 68), en la práctica, 70 con lo que quedó reducido al 2 % cifra más acorde con la realidad pues decir que una sexta parte de la población es subnormal, es, evidentemente, exagerado. Pero con este concepto estadístico no hemos agotado la idea la desviación para aclarar el concepto de salud o enfermedad ya que tanto se desvían por más que por menos, es decir tan anormal es el que tiene un coeficiente de 68 como el que lo tiene de 132. Por ello establecemos un concepto de valor, es decir lo ampliamos considerando que lo que queda por debajo de esa cifra es morboso mientras que la misma desviación pero positiva es estadísticamente poco frecuente pero saludable.

Hemos de introducir otro concepto que nos modificará la idea de enfermedad y sería el concepto social. La sociedad confiere el status de enfermo a aquel individuo al que reconoce como tal, por ejemplo en términos de la seguridad social al que le da una baja temporal o definitiva y ese individuo pasa a ejercer el roll de enfermo. Mientra en una población rural el deficiente intelectual ligero se adapta bien a su medio, ese mismo individuo, trasladado a una gran ciudad se manifestaría como subnormal: el status y el roll han variado según el medio en el que se manifieste. Otro caso y para aclarar más esta idea podría representarlo el africano o el hindú aquejado de paludismo en una po-

blación en la que la gran mayoría lo padezcan pues todos están en esa situación.

Finalmente, y como continuación a lo ya expuesto podemos hablar de una enfermedad como es la caries dental. No cabe duda que nos hallamos ante una enfermedad pero si no se complica con un flemón no le daríamos a su huésped el título de enfermo. Otro tanto cabría decir de trastornos como la identidad sexual en la que ciertos individuos no se encuentra conformes con su sexo: antaño no se les hubiera prestado atención, hoy la seguridad social les acoge ante el desequilibrio que para ellos representa ese trastorno. Como ejemplo de la variabilidad de la norma decir que la 9ª clasificación incluía en su clave diagnóstica 302.0 la homosexualidad, desaparecida como trastorno en la 10ª C.I.E.

Aclarado qué consideramos como sano o enfermo, algo con límites tan difusos como confusos como puede ser el que definimos como bienestar social que nos lleva a considerarnos infelices si no poseemos un coche igual o mejor que el de nuestro vecino, si no salgo de vacaciones en el verano. Y esto no es exageración por mi parte: uno de los item que se han incluido últimamente para valorar la pobreza en nuestra sociedad es la posibilidad o no de salir de vacaciones al menos durante una semana. Según esta idea, no lograrlo, crearía desigualdad, incomodidad, ansiedad y en último término se carecería de bienestar social, es decir, no tendríamos salud mental y sería un motivo de sufrimiento. ¿No nos estaremos pasando de la raya?

Delimitado el concepto de enfermedad en psiquiatría vamos a entrar en cómo estos padecimientos psíquicos, llevan a sufrimientos tan tremendos, que en algún caso llevan incluso a renunciar a la vida.

Para comenzar, me gustaría decir unas palabras sobre el origen de estos problemas; se ha especulado sobre las dificultades durante la infancia que indudablemente tienen una trascendencia en el desarrollo de la vida del niño hacia la madurez. Así, consideraciones como la familia, donde la madre tiene un papel fundamental como núcleo nutriente del niño, no sólo físicamente, puede llegar a ser fuente de perturbación, culpabilizadora, castrante, esquizofrenógena o hiperprotectora, por inmadurez, ignorancia o patógenas por escrupulosidad, p. ej. El papel del padre, importante en el niño, sobe todo a partir de los seis años, como figura de autoridad y modelo de conducta, las relaciones parenterales que si no están bien estructuradas pueden dar origen a distintas orientaciones en la norma a seguir o aquellas otras parejas excesivamente ocupadas en sus respectivos trabajos con abandono de la tarea educativa en la prole, rechazo al hijo no deseado, las ideas de igualdad y compañerismo con los hijos tan en boga desde hace algunos años con abandono de la imagen paterna que les de seguridad y sirve de imagen para constituir su propio yo, el papel a desarrollar por el primogénito o, el benjamín, el niño único entre hermanas y viceversa, el hijo único en el que pueden abundar los rasgos negativos, el destronamiento del niño a la llegada del hermanito menor, los celos entre hermanos o las consecuencias de una orfandad sobre todo si es por desaparición de ambos progenitores o las consecuencias de un divorcio.

¡Qué duda cabe que todos estas dificultades están condicionando un porvenir!, pero no olvidemos que en una enfermedad de tanta transcendencia como la esquizofrenia, los niños criados por esquizofrénicos, no tienen una mayor incidencia de esta enfermedad mientras que los de los esquizofrénicos cuidados por padres sin esa patología, tienen una casuística similar a la que se daría si los hubieran atendido sus propios progenitores. Finalmente decir que todos los factores más arriba descritos, matizan la existencia pero no la condicionan insoslayablemente.

El ingreso en el colegio en ocasiones da origen a rechazo pues pasa de un ambiente cálido y afectivo a otro más frío y en ocasiones, hostil originando un rechazo y a veces un fracaso y al fenómeno del bulling, tan en boga últimamente.

La alimentación puede llevar desde un trastorno de anorexia/bulimia en la adolescencia a simples caprichos en la conducta alimentaria. Recuerdo el caso de una niña que con ocho años nos fue llevada a consulta pues solo comía cuando se le pasaba todo por la batidora, desde la carne, el pescado o lo que fuera, pero que no tenía ningún problema para lo que le apetecía como galletas, patatas fritas, caramelos o chucherías. Lo descrito, es motivo de sufrimiento e infelicidad para el niño y puede repercutir en un trastorno de conducta.

Como vemos, la educación influye en alteraciones del comportamiento

Los trastornos de ansiedad engloban varias enfermedades como pueden ser los de angustia con importantes somatizaciones, los fóbicos o los obsesivos. Se caracterizan

por la presencia de ansiedad y angustia diferenciándose la una de la otra por la presencia o no que se asocien de síntomas físicos. La más dramática por lo espectacular es la crisis de angustia en la que el paciente siente que no le entra el aire en los pulmones, que se ahoga, con palpitaciones, opresión precordial, sudoración fría, mareo, confusión, sensación de muerte inminente, creyendo o que le está dando un infarto de miocardio o que se está volviendo loco, pudiendo llegar incluso a perder el conocimiento. En uno de los casos que recuerdo, se vio en la necesidad de acudir a urgencias. En más de una ocasión he dicho que afortunadamente el cuadro no reviste gravedad pero a pesar de ello, añado que se halla justificada la urgencia ante el estado del paciente. Pues bien, como digo, acudió a urgencias ante su creencia en la gravedad del cuadro y atendido por el médico, le recetó únicamente un tranquilizante y le indicó asistiera una consulta psiquiátrica por lo que se fue con la convicción de no haber sido bien diagnosticado. Cuando a los pocos días repitió el episodio, realizó el mismo recorrido con los mismos resultados y misma convicción y así hasta una tercera vez en la que ante la reiteración de diagnósticos, tratamientos y derivaciones al psiquiatra, sin gran convencimiento acudió a la consulta donde se le puso remedio. Y qué no decir de las antes denominadas neurosis cuyo síntoma clave es la angustia en algún caso tan insoportable que les hace llegar a perder la conciencia. Recuerdo que tras una reunión de la promoción de médicos de 1967 de la Universidad de Salamanca, universidad de la que acabamos de celebrar su octavo centenario y que es la 3ª más antigua de Europa, volviendo en tren desde Bilbao

donde nos habíamos reunido, solicitaron por los altavoces, la ayuda de un médico en uno de los vagones, acudiendo al solicitado. Allí me encontré con un individuo tendido en el suelo al que dos compañeros ya habían atendido. No le encontraron patología física alguna pero seguía en estado de inconsciencia. Hablé con los que le acompañaban y me informaron que venían viendo una película especialmente sangrienta y tenía fobia a la sangre por lo que la conclusión fue que había tenido una lipotimia como consecuencia a lo ya dicho. Informé en este sentido al jefe de tren que sin embargo y para mayor tranquilidad había solicitado hubiera en la estación más próxima un equipo de urgencias médicas. Subió una médico a la que informé de lo sucedido a la vez que ella me dijo que había tenido que asistir en diversos cines en los que proyectaban la misma película por otros cuadros sincopales. Con esto quiero hacer ver la angustia, el malestar, el sufrimiento que tienen que padecer estos pacientes. Como consecuencia suelen tratar de evitar estas situaciones lo que conlleva unas limitaciones en su vida que les son más llevaderas que el sufrimiento que les originaría si se sometieran al objeto de sus fobias.

Algo similar sucede con los trastornos obsesivos en los cuales es la angustia que desarrollan en el caso de no llevar a cabo sus rituales obsesivos.

Las *obsesiones* se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan una ansiedad o malestar significativos.

Las *compulsiones* se definen como comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej. rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter recurrente, cuyo propósito es prevenir o aliviar la ansiedad, sin convicción de la realidad de su obsesión.

Líneas más arriba hablamos de resolver nuestros problemas en el confesionario o en el psiquiatra. No sería la primera vez que un sacerdote me remite a un paciente ante el acoso que sufre por parte de pacientes obsesivos que creen no haberse confesado debidamente y reiteradamente acuden al confesionario. Estos enfermos, como por ejemplo aquellos que sienten continuamente la necesidad de lavarse las manos por temor a la suciedad, o aquel que tiene que comprobar determinado número de veces si ha cerrado bien las puertas de sus casas o el gas pues en caso contrario no se queda tranquilo y siente una enorme angustia. Contra lo que pueda parecer, le causa un gran sufrimiento que no se mitiga por que se le diga que no lo haga pues eso le genera mayor ansiedad y sufrimiento al no poder realizar la comprobación. Este dolor se ve incrementado al saber y conocer que no tienen base real sus comprobaciones, pues son conscientes de lo absurdo de sus temores que no pueden evitar. Es tal la idea que tienen del origen patológico de su problema que tratan de ocultarlo incluso a su familia por el miedo que tienen a ser tomados por locos, cuando psiquiátricamente no lo son pues tienen una conciencia clara de la realidad aunque si esto es conocido por su entorno sí serían calificados de tales. Aquí tenemos un ejemplo de lo que más arriba decíamos del concepto médico o popular de

enfermo mental. El padecimiento psíquico de estas personas es uno de los mayores que pueden padecer.

La característica esencial del trastorno por estrés postraumático es la aparición de síntomas característicos que sigue a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. Hay una evitación persistente de los estímulos asociados a él y embotamiento de la capacidad de respuesta. A este respecto, recuerdo el caso de una señora que habiendo ido a su casa de la sierra se encontró allí con su hijo que tenía atada a una silla a la novia y la estaba sometiendo a todo tipo de abusos sexuales; cuando llegó la madre,, procedió a realizar las mismas acciones con ella. Como consecuencia desarrolló un cuadro de estrés postraumático, diciéndome que le era imposible acudir a visitarle a la cárcel donde le recluyeron.

La enfermedad depresiva es otra de las que mayor sufrimiento conlleva hasta el extremo que en muchas ocasiones conduce al suicidio.

Pero ¿qué es una depresión? ¿Está realmente deprimida aquella persona que la supera con solo salir a comprarse un capricho o tan solo está aburrida y cansada? Socialmente

es un padecimiento que es bien aceptado, hasta el extremo que tanto son depresiones las reales como la esquizofrenia, el alcoholismo o cualquier otro trastorno. En mi práctica profesional, cunado me informan que alguien padece o ha padecido una depresión intento concretar los síntomas para llegar a un conocimiento mas preciso.

La depresión se caracteriza por tres síntomas fundamentales, la inhibición psíquica, la motórica y la tristeza. Por inhibición psíquica entendemos la apatía, la abulia que padecen y que les lleva a no desear nada, a no tener ganas de hacer nada, todo cansa, todo es un esfuerzo sobrehumano, la anhedonia o imposibilidad de disfrutar de las cosa es lo habitual, la ideación se enlentece, la memoria parece, aunque no se altera, les parece que la han perdido y en síntesis, todo funciona al relantí, el tiempo parece que no transcurre. La inhibición motórica la vemos en el esfuerzo que necesita para cualquier movimiento, por la mañana no se levantaría de la cama y si lo hacer es para sentarse en un sillón y permanecer allí hora tras hora, el desayunar el arreglarse o ducharse si se hace es con un gran trabajo.

El otro síntoma clave es la tristeza, una tristeza amarga y profunda que les quita hasta el deseo de vivir. Preguntados si es similar a lo que se siente al perder un ser querido, afirman que es algo más doloroso, algo sin esperanza como un pozo profundo o un túnel sin salida. Conlleva un dolor moral, un enorme sentimiento de culpa que les hace interpretar la realidad distorsionada por esta percepción y que da origen a ideas delirantes secundarias a sus vivencias. Como vemos, en la depresión se combinan ambas modalidades de sufrimiento, el psíquico y el físico de tal forma

que muchas veces lleva al paciente a consultar al generalista en la convicción de padecer una enfermedad puramente orgánica.

El sufrimiento que tienen es tal que en ocasiones les lleva al suicidio que es la gran complicación que encuentras en psiquiatría.

En el año 2015 la relación fue de 1 caso en mujeres por 3 hombres.

En el año 2016 se dieron 8,7 casos por 100.000 habitantes mientras que a nivel mundial ascienden a 20.

En España se produjeron 3.569 suicidios, el 80,8% fueron atribuidos a enfermedad mental y de estos, el 10% es debieron a trastornos de personalidad y siendo la depresión la enfermedad donde el riesgo es mayor consiguiéndolo al primer intento en el 60% de los casos aumentando y ascendiendo al 90% en el segundo.

La enfermedad mental aumenta el riesgo en un 7%.

Según datos de la Sociedad Española de Suicidiología aportados al Congreso de la especialidad los días 6 y 7 de septiembre de este año, España es uno de los países con menor tasa de suicidios. Cada día se producen 10 suicidios, siendo la principal causa de muerte externa y la segunda tras los tumores en para el grupo de población de 15 a 34 años. Origina el doble de muertes que los accidentes de tráfico y 80 veces más que la violencia de origen sexual. Para la OMS es el mayor problema de salud pública del siglo XXI.

Estas cifras nos dan idea del sufrimiento que la enfermedad mental puede originar en el paciente cuando le lleva a renunciar al mayor valor existente, la vida.

Hemos hablado del sufrimiento en dos padecimientos; nos queda otro gran grupo de enfermedades, las esquizofrenias que son la enfermedad psiquiátrica por excelencia, la que popularmente se conoce como locura. Básicamente se caracteriza por la aparición de delirios primarios, de alucinaciones, frecuentemente auditivas u olfativas y vivencias de despersonalización con conciencia clara. El delirio primario se caracteriza por la una interpretación irreal de las vivencias que de forma irrebatible por la lógica les hace creer algo, generalmente absurdo y cuyo origen es en sí patológico. Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas y las suelen expresar cuando lo hacen y no las ocultan, diciendo que oyen voces que unas veces les ordenan qué han de hacer, o les indican cualquier otra idea. Las vivencias de despersonalización consisten en sentirse dirigidos de forma que les parece no ser ellos quienes dirigen sus movimientos o pensamientos con claridad de conciencia, para entendernos, estando despiertos sin alteración del nivel de conciencias por una intoxicación por ejemplo. Recuerdo el caso de un paciente esquizofrénico, enfermo antiguo de tuberculosis pulmonar, con insuficiencia cardiorrespiratoria crónica que hacía unos dibujos con gran colorido llegó a un cuadro terminal momento en el cual cambiaron a ser en blanco y negro, vaticinando su ya próximo final.

Una persona que tengan un delirio de persecución y que interprete que continuamente está siendo vigilado y perseguido es evidente que tiene que sufrir. El caso de

un paciente esquizofrénico con buen nivel intelectual que trabajaba de cajista de imprenta que se quejaba de que por la noche entraban en su habitación y le, perdón por la expresión que es literal, le perculeaban. El sufrimiento de este paciente es claro. Como demostración de lo irreductibles que son a la lógica estas ideas, hice le pusieran por el interior de su dormitorio un cerrojo para que nadie pudiera entrar mientras durmiera. Pues bien, cuando le pregunté si por fin le habían dejado tranquilo me manifestó que a pesar de ello, no sabía cómo pero había seguido con los mismos ataques. Es indudable el sufrimiento que encerraba para esta persona semejante delirio y alucinaciones, pero es que podría continuar relatando casos como este en los cuales se ve el sufrimiento que arrastran.

Con respecto a los psicópatas, recuerdo el primer paciente que vi con este diagnóstico. Hacía yo entonces mis estudios de medicina y en una clase práctica de psiquiatría, nos presentaron un enfermo que tras una discusión con su padre y como venganza a las reconvenciones paternas no tuvo mejor idea que ir a la funeraria más cercana y encargar un ataúd para el entierro de su progenitor. Imagino la cara y el susto del pobre hombre cuando abriera la puerta y se encontrara con toda la parafernalia para su propio entierro. Tienen reacciones en cortocircuito, es decir que ante cualquier estímulo responde directamente sin valorar las consecuencias de sus actos, son inestables por lo que no aplican a sus intereses la constancia necesaria para conseguir sus objetivos, motivos por los cuales tienen poca estabilidad en su trabajo, rara vez consiguen terminar unos estudios y de continuo están creando conflictos por lo que

muchos terminan refugiándose o huyendo a aquellos lugares donde pueden cobijarse de sus problemas bien sea en la Legión donde tienen un comportamiento aceptable ante la fuerte disciplina que les hace acatar la norma a la fuerza o en el manicomio donde no se rehabilitan pero a donde su conducta les lleva si es que no terminan en la cárcel. Una definición ya clásica, los cita como individuos que sufren y hacen sufrir.

Las adicciones son otro motivo de sufrimiento, sufrimiento que padece no solo el adicto si no también sus familias, vecinos y resto de la población. La población que sufre robos, atracos y todo tipo de perturbaciones, las familias que se ven presionadas y robadas para adquirir la droga y la angustia del enfermo durante el síndrome de abstinencia que se caracteriza por la urgente necesidad de consumir nuevas dosis para evitarlo.

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Existen multitud de sustancias que pueden originarlo, en unos casos es una dependencia física como sucede con el alcohol. Se observa un temblor brusco generalizado de frecuencia rápida, que empeora con la actividad motora o por el estrés, cuando se extienden las manos o la lengua. Los síntomas máximos ocurren entre las 24 y las 48 horas después del último consumo de alcohol, y casi siempre desaparecen a los 5 ó 7 días, incluso sin tratamiento, aunque la irritabilidad y el insomnio pueden durar 10 ó más días. Los pacientes presentan signos de hiperactividad autonómica, incluyendo elevación de la tensión arterial, taquicardia superior a 100,

sudoración, malestar, náuseas, vómitos, ansiedad, ilusiones o alucinaciones táctiles y alteraciones del sueño. Con frecuencia, estos síntomas conducen a un rápido retorno al hábito de beber para reducir los síntomas de abstinencia.

La abstinencia a benzodiazepinas se disminuyen de forma paulatina ambulatoria los pacientes toleran bien una reducción del 25% a la semana, aunque puedan presentarse más molestias en la reducción final gradual. Los síntomas más frecuentes son la necesidad de incrementar las dosis para lograr el efecto deseado, la dificultad de conciliar el sueño en ausencia del producto y la presencia de ansiedad de rebote.

La abstinencia leve de opiáceos presenta un síndrome parecido a la gripe con síntomas de: ansiedad, disforia, bostezos, sudoración, rinorrea, lagrimeo, midriasis, piloerección, hipertensión leve, taquicardia e interrupciones en el sueño. Los síntomas severos consisten en escalofrío, dolor muscular y de las articulaciones, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre y episodios de carne de gallina.

La abstinencia a la cocaína se caracteriza por consiste en la disforia inmediata después del uso de cocaína y se conoce como el «*c r a s h*». Durante la intoxicación prolongada, los sujetos indicaron que percibían efectos eufóricos disminuidos a dosis altas. El uso subsiguiente sólo sirve para evitar el «*c r a s h*», que consiste en depresión, anhedonia, insomnio, ansiedad, irritabilidad y deseos intensos de cocaína. A la larga presentan las características de una depresión mayor e incluso ideas de suicidio, produciéndose

un humor disfórico, náuseas o vómitos, dolores musculares, lagrimeo o rinorrea, dilatación pupilar, piloerección o sudoración, diarrea, bostezos, fiebre e insomnio.

Pero no solo son algunas substancias las que pueden originar dependencias si no también todo aquello que estimule a los receptores cerebrales de endorfinas, bien sea la adicción al juego, a Internet, al sexo, a las compras etc.

Creo haber pasado una revista general al sufrimiento que conlleva la enfermedad mental, sufrimiento que padece tanto el propio paciente y que se extiende a su familia y hasta a la sociedad en general.

AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA, ¿INEVITABLE EN LA PERSONA?

Itinerarios de Psicosomática y Filosofía de la Ciencia.

Por Dr. José Manuel González Infante

Catedrático de Psiquiatría
Academico de la Real Academia de Medicina de Cádiz

Preámbulo

Lo que debe entenderse por agresividad y violencia solo podemos encontrarlo en el más remoto pasado de la humanidad en cuanto "fenómeno humano", en el más puro sentido empleado por pierre teilhard de chardin, lo que nos conduciría, inevitablemente, a trascender a la misma Prehistoria.

Nuestro intento de abordar aquí estas conductas es mucho más modesto, abandonando cualquier posible derrotero ontológico, siendo incluso el enfoque epistemológico que seguiremos, necesariamente limitado.

Si consideramos la agresividad como un comportamiento general y la violencia como la expresión de la agresividad humana, pueden ser enmarcadas ambas conductas para su estudio, en el punto medio de dos relevantes paradigmas:

a) el agonístico, y

b) el irenológico.

Como sabemos la "conducta agonista", relacionada con la lucha y el combate, comporta múltiples variantes como la amenaza, la huida, etc., en definitiva mecanismos defensivos frente a los comportamientos agresivos, siendo la violencia una más de sus formas de expresión.

En cuanto al "pensamiento irenológico", como búsqueda de la paz, posee, sin embargo, como lema central de su quehacer, la supresión de cualquier forma de violencia.

Como vemos, sin llegar a ser el único ingrediente de estos paradigmas, en ambos nos encontramos con la VIOLENCIA. En el "agonista" entendida como posible conducta adaptativa a un medio hostil que debe ser dominado; y, en el "irenológico", como un evento indeseable que debería ser erradicado como comportamiento humano.

Posición "Agonista".-

Intentaremos analizar lo que entendemos por Agresividad y por Violencia, desde una triple perspectiva metodológica:

1. TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS (CIBERNÉTICA): Como ESTRUCTURA, es decir, como un típico sistema de interacciones.

2. SEMIÓTICA: Es decir, como SIGNO, en cuanto significante poseedor de un significado.

3. HISTORIA: Mediante la metodología historiográfica, es decir, analizando los cambios experimentados por ambos conceptos en distintos momentos históricos y la trascendencia de éstos en la conformación misma de la historia (referente: *"la interpretación bélica de la historia"* de ORTEGA Y GASSET).

Raíces de la violencia.-

Cualquier intento de estudiar la conducta violenta obliga, necesariamente, a bucear en las profundidades de un complejo magma de ingredientes biopsicológicos y socioculturales en estrecha interacción.

La *Agresividad*, es el sustrato que sustenta todas las formas de comportamiento violento y sólo puede ser entendida desde una po-

sición *polisistémica de interacciones,* entre los *factores genotípicos*, las características somáticas y conductuales del *fenotipo* y el *ecosistema social*.

Fundamentos biológicos.-

Es importante la descripción y delimitación de los niveles neurofisiológicos y bioquímicos de la agresividad: Nivel 1: *Núcleo amigdalino* y el *Hipotálamo lateral*. Nivel 2: Estructuras del *Sistema Reticular Activador*. Nivel 3: Neurohumoral: *Noradrenalina* y *mineralo corticoides*. (Alonso-Fernández, F.: Psicología Medica y Social. p. 133).

Bases psicológicas.-

La agresividad, desde la perspectiva comportamental, debe considerarse como un comportamiento mixto, *instintivo y emocional,* al constituirse como respuesta global del organismo, dependiente de estímulos *internos* (biopsicológicos) y *externos* (medioambientales) complejos, con intervención de niveles de conciencia afectiva y discriminativa y dependiente de las estructuras basales del SNC.

Formas de manifestarse el comportamiento agresivo.-

Una forma muy primaria de manifestarse la agresividad, está representada por la *agresividad predatoria*, motivada por una necesidad básica para el mantenimiento del individuo: *El hambre*. Este tipo de comportamiento agresivo innato, es absolutamente excepcional en el hombre.

Una segunda forma de comportamiento agresivo sería el constituido por la *agresividad de competición*, de carácter adquirido, preferentemente al servicio de la especie y tipificada como "defensa del territorio", generalmente considerada etológicamente, como "agresividad inter-machos".

Otra forma de conducta agresiva de carácter innato es la *agresividad defensiva*, al servicio del individuo y desencadenada frente a estímulos dolorosos y cuando la huida resulta imposible. Puede ser inhibida por el aprendizaje, generalmente punitivo. Cuando es recompensada, puede dejar de ser innata, para constituirse como un comportamiento agresivo adquirido. (Ver h. laborit: "Mecanismos

biológicos y sociológicos de la agresividad". En: "La violencia y sus causas", varios autores. Editorial de la Unesco).

Variantes humanas de la agresividad.-

Entendida la agresividad como un *polisistema de interacciones,* hemos de concluir que son las interacciones psicosociales las más genuinas conformadoras de la agresividad específicamente humana. En los seres humanos, esa respuesta instintiva y emocional que causa daño es tamizada por la conciencia, confiriéndole su más característico matiz definidor, la *intencionalidad* -como consideraba BRENTANO- que impregnará a todas y cada una de sus posibles variantes.

Las variantes humanas de la agresividad tendrán como común denominador a la Violencia, sometida siempre a una férrea regulación sociocultural. El marco normativo social y la jerarquía de los valores culturales conferirán a las acciones agresivas humanas su "quantum" de permisividad o su más enérgica repulsa. La prosocialidad de ciertas formas violentas, a tenor de su realidad incuestionable como fenómeno humano, se contrapone al carácter antisocial de otras, cuya peligrosidad sociocultural se sanciona legalmente y se repudia según las reglas morales.

Someto a la consideración de Vds. cuatro variedades de acciones agresivas humanas, cuyas definiciones hemos consignado en la tabla adjunta:

DEFINICIONES DE ACTO AGRESIVO Y SUS VARIANTES HUMANAS

ACTO AGRESIVO: *"Acción o respuesta instintiva y emocional inespecífica con que puede o causa daño".*

ACTO VIOLENTO: *"Acción u omisión intencional que puede o causa un daño a las cosas [vandalismo] o a los seres vivos: Animales [crueldad] y personas, para conseguir un fin"* (Ver Samartín, 2007 y 2008).

ACTO CRUEL: *"Acción u omisión intencional que puede o causa un daño a los seres vivos: Animales y personas, cuyo fin es deleitarse o complacerse con el sufrimiento ajeno".*

ACTO ALEVOSO: *"Acción u omisión intencional que asegura los medios para producir un daño y conseguir un fin sin riesgo para el ejecutor".*

ACTO SÁDICO: *"Acción sexual perversa que implica ["crueldad refinada con placer de quien la ejecuta"]"* (RAE).

EL ADJETIVO CRUEL SE DOCUMENTA EN CASTELLANO HACIA EL AÑO 1200 (SIGLO XIII).

EL TÉRMINO SADISMO ES INTRODUCIDO POR EL PSICOANÁLISIS A FINALES DEL SIGLO XIX.

EL TÉRMINO ALEVOSÍA APARECIÓ EN LOS POEMAS DE BERCEO 1230-1250 (SIGLO XIII). LA PALABRA PROCEDE DEL ÁRABE HISPÁNICO.

EL TÉRMINO VIOLENCIA PROVIENE DEL LATÍN. ("Violare": *Violentar la ley o norma*).

El carácter polisémico tanto de la agresividad como de la violencia, implica que ambos términos resulten claramente ambiguos, lo que obliga a su adecuada clarificación que en lenguaje telemático sería lo que se viene designando como la "desambiguación del sentido de las palabras" (WSD), lo que vamos seguidamente a abordar desde una perspectiva historiográfica y léxico-semántica.

Una vez planteadas las diferencias entre agresividad y violencia es necesario ahora, delimitar las distintas formas que suele adoptar la violencia analizándola desde una perspectiva lexicológica y semántica en el transcurso de distintos momentos históricos.

Hace unos años nos pareció de interés el estudio historiográfico de una particular forma de violencia: La Crueldad. Para ello nos servimos de un periodo concreto de nuestra historia medieval, en el que destaca un personaje, el rey castellano Pedro I, al que se califica como "El Cruel". Seguidamente nos ocupamos de desarrollar los aspectos que sobre la violencia en general y, la crueldad en particular, constituyeron la base de dicho estudio.

Además nos ha parecido interesante que a la vez que estudiamos la violencia históricamente, no dejemos de analizarla también como motor conformador de la misma historia. En tanto la historia es propia del hombre, es éste su artífice en todos sus extremos; pues bien, uno de los rasgos consustanciales a la naturaleza humana, como es la violencia, resulta ser un elemento fundamental en la conformación de la Historia misma.

Como estrella guía de nuestros comentarios a este respecto, tenemos lo tratado por el filósofo español ORTEGA Y GASSET, en EL ESPECTADOR (tomos V y VI. Colección Austral. Espasa-Calpe. Ps. 167-183) donde se plantea una "interpretación bélica de la Historia"; es decir, con la profundidad y amplísimo conocimiento con que D. José Ortega analiza las cosas, se estudian los hechos históricos mediante la influencia del carácter violento del ser humano, representado por la estructura adoptada por lo bélico.

Creo que es obligado reflexionar sobre lo que hay de realidad en el calificativo de CRUEL que se le da en la Historia al rey castellano Pedro I.

En primer lugar, la palabra CRUEL es un *lexema* (significante) con el que designamos a un *semema* (significado) poseedor de un rasgo semántico (*sema*) distintivo y específico: "el complacerse o deleitarse con el sufrimiento ajeno."

Entre el significante CRUEL y la realidad de la acción o situación violenta, se sitúa el significado o semema (definición conceptual), de ahí que no sea lo mismo la realidad, o verdad extralingüística, que su calificación lexicológica-semántica. Es decir, un determinado comportamiento violento puede ser calificado con un significante (lexema), cuyo significado (semema), no refleja con fidelidad la realidad extralingüística del acto violento. El que esto tenga lugar, obedece, a que el calificativo léxico-semántico que se da al acto violento depende de la subjetividad de lo percibido por el sujeto.

Las "variantes humanas de la agresividad", a las que nos hemos referido, son variedades léxico-semánticas con las que contamos en nuestra época y a las que el hombre de nuestros días se refiere frecuentemente para diferenciar las acciones agresivas.

A mi juicio, el adjetivo de cruel que se le suele aplicar al rey Pedro I de Castilla, se refiere a su comportamiento violento en general. Pero teniendo en cuenta que, si en la Edad Media, la violencia estaba ampliamente generalizada, si se quería calificar como "particularmente muy violento" a alguien, en nuestro caso al rey, le apodaban como cruel, destacando, sobre todo, la impunidad de la acción vio-

lenta, ejercida sobre una víctima indefensa. Todo lo cual entraría de lleno dentro del concepto de alevosía. Entendiendo por alevosía lo que la RAE considera "cautela para asegurar la comisión de un delito contra las personas, sin riesgo para el delincuente", para la RAE "con alevosía sería un acto efectuado "a traición y sobre seguro". El comportamiento violento de Pedro I de Castilla es más alevoso que cruel, pues solía engañar a sus víctimas atrayéndolas al lugar más idóneo para asesinarlas sin riesgo para él; sin embargo, creo que, aunque según Ayala lo pareciera, no llegaba a complacerse ni a sentir deleite frente al padecimiento de su víctima.

Los lexemas "*violencia*", "*crueldad*", "*alevosía*" y "*sadismo*" poseen ciertas características que deben ser resaltadas; así, en ellos tiene lugar, por un lado, el que me atrevo a denominar como "cambio lexicológico parcial", ya que se mantiene aunque sólo sea parcialmente el semema (significado), cambiando los lexemas (significantes) que lo manifiestan, pero además en tres de ellos se incrementa el semema añadiéndoseles a cada uno un sema (Ver gráfica adjunta).

ANÁLISIS LEXICOLÓGICO - SEMÁNTICO

[Lexema (significante) - Semema (significado) - Sema (rasgo semántico distintivo]

Semas

	Acción u omisión intencional	Que causa un daño	Para conseguir un fin	Le deleita el sufrir ajeno	Asegura medios sin riesgo	Acción sexual
VIOLENCIA	+	+	+			
CRUELDAD	+	+	++			
ALEVOSÍA	+	++	-			
SADISMO	+	++	-			

Lexema *Semema*

¿Qué cambios diacrónicos (transhistóricos) ha experimentado el "*semantema*" (lexema + semema) CRUEL?

Como hemos tenido ocasión de referir anteriormente, en la Edad Media el culto a la agresividad (violencia) solía ser una regla de obligado cumplimiento, sobre todo entre los poderosos. En cuanto comportamiento normalizado y generalizado, no poseía las connotaciones que le damos en nuestra época, en la que hay una manifiesta actitud sociocultural general antiviolencia. Para el hombre de la Edad Media, como hemos referido, la conducta violenta era no sólo tolerada, sino una forma de comportamiento habitual. Para ellos, la única auténtica violencia reprobable era la CRUELDAD, considerada como una variante anormal y antisocial del común comportamiento violento. El punto de inflexión entre el comportamiento general violento y la CRUELDAD eran el respeto o no de ciertos fueros y privilegios constitutivos de los principios caballerescos; así, las injurias recibidas se reparaban en el "campo del honor", mediante el duelo, en el que ambos contendientes se atacaban con gran violencia, pero si uno caía, no necesariamente tenía que ser muerto por el vencedor, era suficiente que reconociese la superioridad del otro, para que le fuese perdonada la vida; en el curso de una batalla medieval, generalmente cuerpo a cuerpo, el que caía era perdonado si "pedía cuartel", a cambio de quedar sujeto a pagar a su vencedor un rescate por su persona. Aquellos que transgredían estos principios hacían un uso, digamos, anormal y antisocial de la violencia, que adoptaba el apelativo de CRUELDAD.

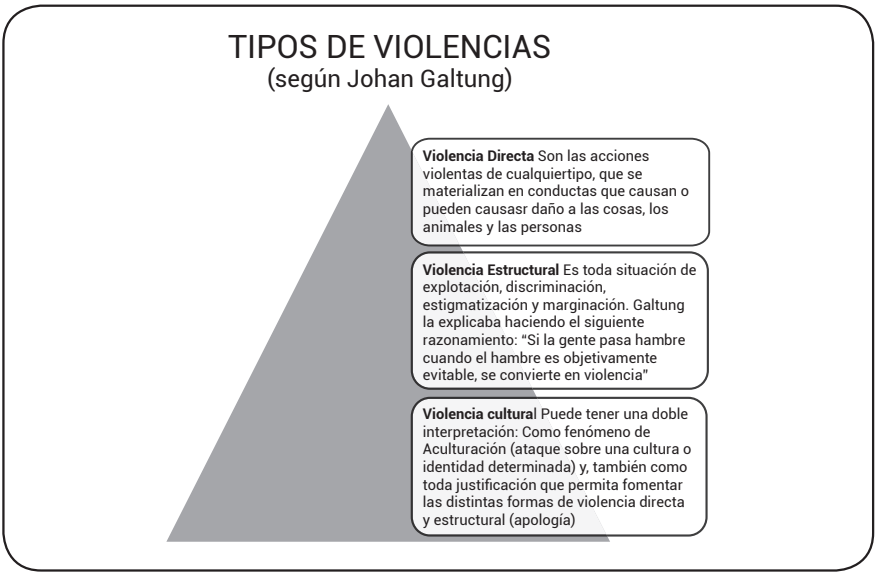
Concepto y tipos de violencia.-

Hasta ahora hemos enmarcado el concepto de violencia dentro del más amplio de agresividad, pero al que hemos añadido un rasgo distintivo fundamental, el de la intencionalidad de la acción agresiva, que nos permite delimitar una "respuesta instintiva y emocional inespecífica" -patrimonio común de casi todos los seres vivientes-, de su variante humana más genuina: la violencia.

Lo que verdaderamente distingue al hombre del animal es la distancia a la que su ser social sitúa a su ser orgánico, que es mucho más relevante que la existente entre lo físico y lo mental. Las interacciones agresivas humanas son ciertamente intencionales, pero también

son comportamientos sujetos al aprendizaje y a la imitación, de ahí que sus variantes formales hundan sus raíces en lo más profundo de nuestro substrato sociocultural.

Ateniéndonos a estas reflexiones creo que el concepto de "*Triángulo de la Violencia*" de JOHAN GALTUNG (ver gráfico adjunto), es una excelente representación gráfica de dicho concepto, lo mismo desde su dinámica expresiva objetivable, como desde su génesis sociocultural.



Los tres tipos de violencia descritos por GALTUNG son formas de expresión de la misma, perfectamente observables en cualquier momento de la historia humana. Los vemos en la Baja Edad Media como en nuestros días.

La Violencia Directa acontece lo mismo en la época de Pedro I que en la nuestra, con las matizaciones a las que ya hemos hecho referencia y otras diferencias a las que nos referiremos seguidamente, pero puede ser perfectamente delimitada en todo momento.

La Violencia Estructural, aparentemente "invisible" en nuestra época, por la inaceptabilidad moral y ética de sus fundamentos generadores, -que no impide que se manifieste con mucha frecuencia co-

tidianamente- era mucho más visible en la Baja Edad Media, donde la explotación, la discriminación, la estigmatización y la marginación de los individuos, se ejercía, desde una inexistente ética deontológica, sin las trabas existentes hoy, pensemos al respecto en la acción social ejercida en esa época sobre los siervos, los judíos, los mozárabes o los mudéjares, los "cristianos nuevos", etc.

La Violencia Cultural, en sus dos posibles formas, como aculturación y como apología de la violencia, no resultaba ajena, lo mismo en la Edad Media, que en nuestros días.

Posición "Irenológica".-

Maneras de transformar en un valor positivo a la violencia.

Más que dotarnos de mecanismos que tiendan a suprimir la violencia -lo que es del todo imposible- al ser el comportamiento violento consustancial con la naturaleza humana, lo que si podemos hacer es encauzar la violencia, o más concretamente, nuestros innatos radicales agresivos por derroteros que la conviertan en benéfica para la humanidad. Se trataría de una especie de "sublimación", de la que no dejamos de tener significativas referencias; así, la sublimación de impulsos agresivos y tendencias violentas que, para algunos, pueden estar en la esencia de ciertas actividades profesionales sumamente beneficiosas, como la inherente a la práctica quirúrgica.

Profesiones intrínsecamente violentas, como los ejércitos, han experimentado en la actualidad transformaciones en el sentido de sustituir su belicosidad en pacifismo benéfico, cambiando su carácter eminentemente destructivo, por una actividad constructiva y de alto valor beneficioso para la humanidad, en nuestras fuerzas armada la UME, por ejemplo. Su colaboración interviniendo en situaciones catastróficas, como incendios devastadores, terremotos (sismos y maremotos), ciclones, etc., en cualquier lugar del mundo, es un claro ejemplo de su total ausencia de belicismo. Un hecho inquietante, indudablemente, pero no estrictamente bélico, es el carácter disuasorio de la mayoría de las fuerzas armada de los países, que actúan

controlando el comportamiento de de territorios en litigio. Actualmente se prima entre los ejércitos una especie de "didáctica pacifista", actuando muchas unidades como instructores y formadores de otros cuerpos.

Se trata en todo caso, de intentar controlar la violencia, encauzándola por derroteros que transformen su fuerza destructiva en generadora de acciones beneficiosas. Esta diversificación teleológica, en el seno de profesiones o instituciones cuyas actividades eran antaño unívocas, solo pueden justificarse a tenor de este intento de encauzar benéficamente, ciertas conductas humanas genuinas primitivamente al servicio de nuestra especie y cuya finalidad, ha perdido en la actualidad su antigua vigencia y eficacia.

Se impone cada día con más fuerza lo que podríamos llamar la "ética de la tolerancia", el imperio del diálogo y la negociación, en el que todo cabe, …menos la violencia. Acontece lo que en la postmodernidad se ha designado como "pensamiento débil", que visto desde una perspectiva histórica se nos manifiesta como un progresivo debilitamiento de las estructuras fuertes de poder (estado autocrático, familia, educación, etc.); "il pensiero debole" (G. VATTIMO) lo es en virtud de sus contenidos ontológicos, del modo como concibe el ser y la verdad.

Son propuestas propias del "pensamiento débil": El abandono de la violencia en las relaciones interhumanas y por extensión, en las relaciones del hombre con la naturaleza –control de la destrucción del entorno natural-, hegemonía de los débiles sobre los fuertes, encontrando para los primeros áreas de libertad antaño inexistentes –protección de la infancia, de la mujer, de los incapacitados, etc-.

BIBLIOGRAFÍA.-

ALONSO FERNÁNDEZ, F.: "Psicología Médica y Social. Ed. Paz Montalvo. Madrid. (1973).

ALONSO FERNÁNDEZ, F.: En: Sáez Rueda y otros: "Occidente Enfermo". Univ. Granada.

BENJAMÍN, WALTER.: "Para una crítica de la violencia".

CALDERON CONCHA, P.: "Teoría de conflictos de Johan Galtung". Rev. Paz y Conflictos. Núm. 2. (2009).

CARRASCO ORTIZ, M.A. Y GONZÁLEZ CALDERÓN, Mª J.: "Aspectos conceptuales de la agresión: Definición y modelos explicativos". Acción Psicológica- Vol. 4, nº 2. Junio, 2006. ps. 7-38.

DERRIDA, JACQUES.: "Fuerza de Ley".

DOMENACH, J-M., LABORIT, H., JOXE, A., GALTUNG, J. y otros: "La violencia y sus causas". Editorial de la UNESCO, (1981).

GALTUNG, J.: "Violencia Cultural". Gernica-Lumo. Doc, nº 14. Traducción española. Gernica Gogoratuz (Dic.2003).

GIRARD: "La violencia y lo sagrado".

GONZÁLEZ INFANTE, J.M.: ""Estudio historiográfico, psicológico y psicopatológico del rey Enrique IV de Castilla". Tesis Doctoral. Defendida el 7 de mayo de 2007.

GONZALEZ INFANTE, J.M.: "Marañón investigador: Su "Ensayo Biológico sobre Enrique IV" como punto de partida". Anales de la R A de Medicina y Cirugía de Cádiz. Segunda Época. Vol. XXXIV, nums. 1 y 2. (2011)-

GONZALEZ INFANTE, J.M.: "Pedro I de Castilla y su tiempo: Una perspectiva transhistórica de la Violencia". Conferencia impartida en la RAMCC el 15-05-2014.

LAMIQUIZ, VIDAL.: "Lingüística Española". Publicaciones de la Universidad de Sevilla. 1973.

ORTEGA Y GASSET, J.: "El espectador". Tomos V y VI. Colección Austral. Espasa-Calpe. Madrid, 1966.

SANMARTÍN ESPLUGUES, J.: "¿Qué es violencia? Una aproximación al concepto y a la clasificación de la violencia". Daimon, nº 42. (2007).

SANMARTÍN ESPLUGUES, J.: "¿Hay violencia justa? Reflexiones sobre la violencia y la justicia basadas en los derechos humanos". Daimon. Núm. 43. (2008).

TEILHARD DE CHARDIN, P.: "El fenómeno humano". Taurus Ediciones, Madrid. 1967.

VATTIMO, G. y ROVATTI, P.A. (eds.): "El pensamiento débil". Ediciones Cátedra. Madrid, 1988.

ONTOANÁLISIS DE SARRÓ
Historia de una disidencia freudiana.

Dr. José Luis Mediavilla Ruiz

Doctor en Medicina con especialidad en Neurología y Psiquiatría,
Miembro de Número de la Real Academia de Medicina
(Asturias) y del Colegio de Psiquiatras Eméritos

Preámbulo

Llamamos "conciencia histórica" de la psiquiatría a esta ilusionada colección dada a la luz por el colectivo de Psiquiatras Eméritos, gracias a la Fundación Española de Psiquiatría, que sabe ver con tolerancia nuestros últimos afanes en reivindicar el lenguaje, el estilo, y un modo de ejercer la profesión durante décadas que proporcionó prestigio y solidez a la Especialidad y que, sin claras razones para ello, viene siendo atacada, negada, no solo desde fuera de ella, sino también y esto es sorprendente, desde dentro, desde sus mismos fundamentos y quehaceres.

El cambio generacional ha impuesto criterios diversos. El lenguaje está siendo vaciado. Las historias clínicas, (sin duda el documento más valioso en psiquiatría) ha sido simplificado y reemplazado por datos que tienen mayor vinculación con las encuestas, los resultados de escalas, el recuento de síntomas en consonancia con las clasificaciones nosológicas de los manuales al uso, la administración farmacológica, (efectos terapéuticos, interacciones, incompatibilidades, etc.). La psicopatología y la psicoterapia, que constituyeron el soporte conceptual

de la práctica y la conservación de la reacción médico-enfermo, han sido en todo, o el parte, abandonadas.

Esta disociación de la clínica psiquiátrica, exonerando la psicopatología descriptiva, para una dedicación exclusiva de lo biológico, queda patente en las publicaciones en revistas profesionales, en busca del "impacto" curricular.

La masificación de los "usuarios", la necesidad de un control administrativo, y gerencial, la protocolización de las decisiones, la precisión informática de los datos de acuerdo a las plantillas establecidas, parecen tender a una robotización de la actividad tal como preconiza mi amigo Ignacio Riesgo en uno de sus libros. (¿Médicos o robots?. Ed. Rasche. 2015).

Obtener datos y signos neurobiológicos de la actividad cerebral, es, sin duda, orientador de un mejor diagnóstico, pero siguiendo este camino, llegar a identificar la estructura de un delirio, como se corresponde con las descripciones hechas en la psiquiatría clásica, aunque pueda ser ello calificado como una actividad innecesaria, no deja de ser, al menos por el momento, utópico.

Por fortuna, no faltan voces que claman por la necesidad de "retornar a la psiquiatría seria y sana". Hace muchos años que todo esto se veía venir.

La "renuncia" a la psicopatología, y de forma especial a la deliriología (el capítulo más importante de la psicopatología, según Jaspers), es del todo evidente. La estructura delirante, el lenguaje, las experiencias alucinatorias, etc., han pasado a ser meros "epifenómenos", y no son signos de especial atención.

Desde la autoridad que nos confiere nuestro "emeritazgo", no dudamos, que la tecnología pueda llegar a establecer alguna relación electro-cognitiva, aunque será más difícil que ello posibilite un amplio y profundo conocimiento del individuo.

Las publicaciones psiquiátricas actuales destinadas al "psiquiatra de a pie" apenas dedican unas páginas "de compromiso" a cuestiones directamente relacionadas con la clínica diaria, y menos aún a temas

de carácter psicopatológico. Textos como el que a continuación transcribo, sin duda de interés como "programa" o "proyecto" de investigación en el campo superespecializado de la biofarmacología, invaden de forma aberrante espacios y "ponencias" que resultan alejados, cuando no ajenos a la práctica clínica diaria:

"Además de los neurotransmisores, factores de crecimiento endógeno como las neurotropinas 3, 4, 5 y 6 y el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) se unen a otros receptores como el tirosincinasa B (TrkB), facilitando la diferenciación neuronal, la supervivencia neuronal, la regulación de la plasticidad sináptica y la transcripción genética. Esto se logra a través de la activación de la cascada dependiente de la ERK-MAP cinasa. Además de regular varios factores de transcripción, la ERK-MAP cinasa, a través de la cinasa ribosomal (Rsk), regula a la baja (down-regulation) una proteína proapoptótica llamada BAD e incrementa una proteína citoprotectora conocida como Bcl-2. Otra vía que se destaca recientemente es la Wnt, un grupo de glucoproteínas relacionadas con la regulación de la glucógeno cintetasa cinasa (GSK-3b), la cual tiene un papel importante en la supervivencia celular y en la formación del citoesqueleto" (RAMPRA 27-X-2004)

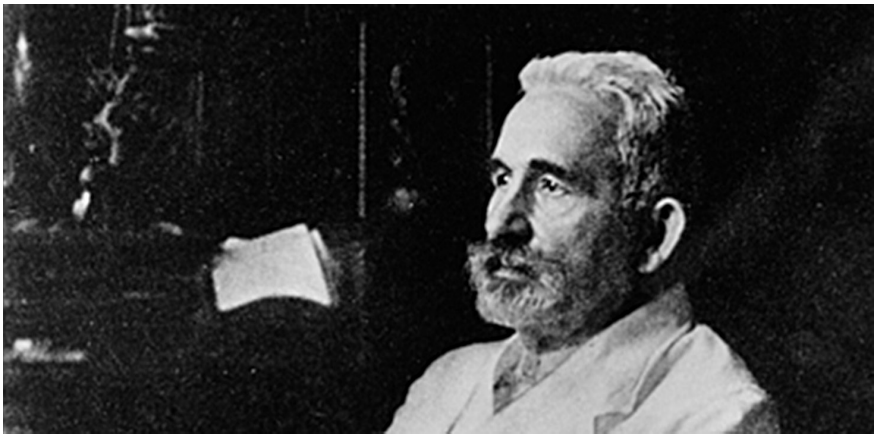
Hace algún tiempo fui cortésmente invitado a la presentación de un neuroléptico, *Depot*. El compañero que hizo la exposición se detuvo en la farmacogenética y la respuesta clínica al fármaco, mostrando las diferentes estrategias para un buen uso del mismo.

Fue un acto ameno e instructivo, y sobre todo una muestra del entusiasmo con el que se están llevando las pesquisas biológicas.

Al término de la exposición, el conferenciante confesó que, una vez neuroleptizado, el paciente era remitido al psicólogo, el cual, en ocasiones, lo devolvía recomendando que le fuese bajada la dosis del fármaco "para poder trabajar con él..."

Reconociendo como encomiable la buena y leal colaboración que la psicología supuso siempre para la psiquiatría, e incluso admitiendo las diversas orientaciones a las que pueda adherirse el psiquiatra, no deja de ser sorprendente el gesto arriba señalado, pues es al psiquiatra al

que compete asumir el diagnóstico y la evolución clínica del enfermo, como lo fue siempre, en tanto que otra actitud como la expuesta, parece entender una psiquiatría que deliberadamente se desentiende de lo concerniente a la psicopatología y la psicoterapia, y en cierto modo, al destino del propio enfermo. ¿Qué juicio habrían de hacerse ante tales hechos autores como Ajuriaguerra, Arieti, Binswanger, Bleuler, Cabaleiro,Conrad, Ey, Krestchmer, Llopis, Minkowsky, López Ibor, Sarró y tantos otros que forman la nómina capital de la historia de la psiquiatría y la psicoterapia?



Emil Kraepelin

Vacilante travesía

La psiquiatría es una especialidad médica apasionante por múltiples motivos. Los hombres que la cultivaron se ocuparon de los "alienados", para ser tratados como enfermos librándolos de la superchería y la magia. Y aunque , ciertamente, aun en su condición de enfermos, hubieron de continuar víctimas de la marginación y la exclusión, los psiquiatras fueron los que con sus conocimientos y dentro de una ética humanitaria, hicieron posible un mejor trato social.

La historia de la psiquiatría ha transcurrido por diversos periodos, algunos paradójicos y en cierto modo confusos: sin embargo, una observación atenta a la clínica, y a las distintas formas de afrontarla,

ofrece datos suficientes acerca de las épocas y autores, cuyo pensamiento sigue constituyendo raíz ,y sedimento de la especialidad.

Durante la primera época del siglo XX, primero en Francia (Pinel, Esquirol) y posteriormente en Alemania, su practica osciló entre el modelo de medicina somática (Orientación nosológica kreapeliniana) y el modelo psicoanalítico , coincidiendo a este término una concepción englobante y abarcativa en la que podríamos incluir la psicopatología tradicional, la orientación fenomenológica y antropológica , las escuelas psicoanalíticas en sentido estricto y en fin todas las formas de psicoterapia,, aunque se apoyen en teaorías biologizantes, como el behaviorismo y el psicoanalisis como metapsicologica o metafísica de los instintos.

A partir de los descubrimientos de Wagner von Jauregg, Sakel, y v. Meduna, de las terapias por agentes físicos a los que se sumaron, desde 1952, las innovaciones de la quimioterapia psiquiátrica, el polo de interés se fue desplazando claramente hacia lo somático sin que se eclipsara de forma absoluta la noción de su inalterable condición dual. La orientación psíquica , sin embargo, continuó avanzando: en 1913 Jaspers publica su Psicopatología General, y en 1927, Martin Heidegger da a conocer su obra Ser y Tiempo, la cual bien o mal interpretada va a marcar de forma definitiva una orientación antropológica , ya iniciada por Eugen Minkowski . El psicoanalisis freudiano, se extendió vertiginosamente por America, pasando casi a ser la filosofía del Nuevo Mundo. Fue tal su auge que Kart Meninger (autor de la célebre expresión "¡no más diagnósticos!") llegó a proponer a la Asociación Americana de Psiquiatría la obligatoriedad de una formación psicoanalítica, incluido el Análisis Didáctico, para poder obtener el título de psiquiatra.

Vuelta la espalda al lenguaje de la fenomenología, la práctica clínica alejada de forma paulatina de la taxonomía que la hizo posible como especialidad, alimentó la desconfianza hacia la naturaleza médica de la misma, y la función del psiquiatra fue puesta bajo sospecha.

Por aquellas fechas surgieron dos corrientes de influencia colectiva: la antipsiquiatría y la neurobiología.

La antipsiquiatría, coincidiendo con los movimientos contraculturales de la década de los setenta del siglo pasado, (cuyo mensaje revolucionario consistía en la abolición de las instituciones psiquiátricas, la negación de la psiquiatría como ciencia, etc.).

Y la neurobiología, una imagen renovada de la neuropsiquiatría, con la denominación de neurociencia, un amplio espacio abierto a todas las disciplinas relacionadas con la biología y la conducta, cuya identificación estaría garantizada con el empleo del prefijo "neuro" (neuroquímica, neuropsicología, neuroteología, etc.) y la incorporación de tecnología sanitaria avanzada (TAC, PET, biología molecular, genética, etc.).

No es difícil comprender el "giro vocacional" de las generaciones que en aquello años, orientaban su actividad ante el inminente futuro.

Sirva de testimonio, la descripción que hace Eric Kandel de su personal experiencia:

Emigrado a EEUU., se matriculó en Medicina con la intención de hacerse psicoanalista, ya que gozaba de la amistad y protección de Erns Kris, pero los cambios que se estaban produciendo en la clínica, le hicieron desistir de su proyecto inicial para dedicarse a la neurobiología, siendo con los años, uno de los autores que más han aportado al conocimiento de la memoria. Este giro de lo "psicodinámico" a lo neurobiológico fue acompañado por una atención más selectiva hacia lo "conductual", abriendo un amplio espacio que eligió la denominación de "cognitivo-conductual", inaugurándose nuevas perspectivas "psicoterapéuticas".

La muerte de la psiquiatria

La devaluación de la psicopatológica descriptiva y la pérdida de referencia de la semiología provocaron una dilución conceptual del lenguaje psiquiátrico, lo que repercutió en una desorientación en la clínica diaria, tal como se constata en comunicaciones y artículos de prensa, como el que sigue:

"En los últimos años se ha puesto cada vez más de manifiesto que la división tradicional de las enfermedades mentales en psicosis y neu-

rosis no es ya util, ni siquiera en el plano administrativo, debido a la gran variedad y creciente confusión en la definición y empleo de estos términos. (CKM Bowman y M. Rose) Criticismo of the Terms "Psicosis", "Psiconeurosis" and "Neurosis" . American Journal of Psychyatry. 1951.

The death of psychyatry E. Fuller Torrey . La muerte de la psiquiatría. Psiquiatras…¿dioses o farsantes?, es un libro en el que haciendo un recorrido por la historia de la psiquiatría, recoge aquellos sucesos o hechos que permiten al "historiador", establecer una teoría concreta y no otra y amparándose en medias verdades desliza la hipotética sospecha de si "el modelo médico (seguido por la psiquiatría) ha sido expresamente aplicado a un público desprevenido como medio de represión o control social; aunque , de manera un tanto indulgente, confiesa que "el modelo médico era en verdad una tentativa humanitaria y honrada de resolver los problemas planteados por el comportamiento anormal, y que sus soluciones no hayan sido buenas en nada disminuye lo recto de sus propósitos iniciales"

El libro es prolijo en describir la "práctica cotidiana" de las consultas, aunque sirviéndose de una casuistica superficial y confusa y describiendo al psiquiatra como un personaje de pobres recursos y escasa autenticidad humana, parapetado en la "Classification of Mental Disorders", donde encontrará debidamente ordenada y enmarcada la categoría "patológica" de cualquier caso que se le presente.

Respecto a las "psicosis", concretamente a la Esquizofrenia, escribe: "Aun no sabemos si la "esquizofrenia" es una única enfermedad del cerebro o si, por el contrario, se trata de varias enfermedades distintas que convergen en efectos comunes. Lo que parece cada vez más claro es que la "esquizofrenia" clásica constituye una verdadera enfermedad mental, y que su causa no reside en una madre fría y despegada, en un complejo de Edipo sin resolver o en ambiguas relaciones entre padres e hijo."

El autor, admite que se ha llegado a un abuso del término, "especialmente en EEUU y en la Unión Soviética", donde algunos profesionales llaman "esquizofrénicos" prácticamente a cualquiera que les

mira de reojo o lleva calcetines desparejados)…(El vocablo , pues, ha perdido ya su significado , y su desaparición , junto con la propia psiquiatría, contribuiría sin duda a una mayor claridad de ideas. Los "esquizofrénicos" con verdadera enfermedad cerebral serían designados por su propio nombre , y tratados como tales.

("A medida que estos estudios científicos vayan clarificando el carácter orgánico de algunas "psicosis", las autenticas enfermedades mentales podrían ser tratadas eficazmente por neurólogos.").("…. Dado que los neurólogos son especialistas de enfermedades del cerebro y que la neurología es una especialidad médica, todo ello discurrirá por cauces normales. Muchos de los actuales psiquiatras optaran por seguir en la medicina como neurólogos y trabajar con este grupo de pacientes. Otros psiquiatras, más inclinados a aconsejar a sus clientes sobre el modo de resolver los problemas que les plantea la vida, preferirán convertirse en especialistas de la "ciencia del comportamiento".)

Otro caso similar es el libro de Robert Whitaker "periodista de investigación", *Anatomía de una Epidemia* promocionado por El País (07.02.2016) como una "tesis que se basa en una "recopilación de estudios científicos para evidenciar que los trastornos mentales no se deben a alteraciones químicas del cerebro"(Joseba Elola).

La noticia de *El País,* no aporta ninguna novedad digna de consideración. Sin embargo, el periodista investigador se permite hacer afirmaciones que merecen un comentario. Dice, por ejemplo, que "los psiquiatras en EE. UU. y en muchos otros sitios, siempre tuvieron complejo de inferioridad. El resto de médicos solían mirarlos como si no fueran auténticos médicos". En los setenta, cuando hacían sus diagnósticos basándose en ideas freudianas, se les criticaba mucho. ¿Y cómo podían reconstruir su imagen de cara al público?: tratando de "homologarse con el resto de la profesión". Se pusieron la bata blanca, que les daba autoridad. "Y empezaron a llamarse a sí mismos psicofarmacólogos cuando empezaron a prescribir pastillas. Mejoró su imagen. Aumentó su poder [...] terminaron por creerse su propia propaganda", etc.

No sabemos en realidad si las opiniones que vierte se refieren de forma exclusiva al público estadounidense, aunque se resiste uno a

pensar en una masiva existencia de lectores tan acríticos como para dejarse embaucar por consignas tales como "lo que se promocionó, en realidad, en EE. UU. fue una nueva forma de vivir, que se exportó al resto del mundo. La nueva filosofía era: debes ser feliz todo el tiempo y si no lo eres, tenemos una píldora".

Ante la inevitable cuestión del riesgo que supone dejar de medicar a aquellas personas que lo vienen siendo con resultados favorables, el señor Whitaker "escurre el bulto" (por utilizar un término coloquial) dejando claro que él "no es médico, sino periodista", por lo que su libro "no es de consejos médicos, no es para uso individual, sino para concienciar a la sociedad…".

De todas las reflexiones del señor Whitaker, la que resulta más peregrina es la de negar la naturaleza médica de los psiquiatras, lo que demuestra su falta de información y su negligencia en el conocimiento de la historia de la Medicina, pues el médico no lo es más en función de los avances técnicos, sino en su ejercicio y en su relación con el enfermo.

No es más médico un radiólogo o un analista que un médico rural a la cabecera de su enfermo. Y en este sentido, esencialmente hipocrático, el psiquiatra nunca necesitó hacer esfuerzo alguno para "homologarse", porque desde el principio de la historia de la Medicina ocupó un lugar tan honroso como insustituible.

Podemos asegurar que la publicación de su libro *Anatomìa de una epidemia*, no va a "mover los cimientos de la psiquiatría española" ; antes bien, su autor debiera tomar conciencia de que sus pintorescas afirmaciones le colocan en el lugar al que Quintiliano podría dirigirse para enseñarle: *"Qui stultis eruditi volunt, stulti eruditis indicantur"*.

El homo-inexistente

El discurso de ambos autores resulta ambiguo, contradictorio y demostrativo de no conocer los orígenes, fundamentos y evolución de lo que debe entenderse por neuropsiquiatría. Los grandes neurólogos fueron los verdaderos padres de la psiquiatría con importantes aportaciones doctrinales y prácticas. No se culpe a la psiquiatría, de

los devaneos teóricos o prácticas de los que la han ejercido durante algunas temporadas, pues en realidad la clínica psiquiatrica estuvo siempre llamada a mantenerse vinculada a la neurología, siendo la psicopatología el campo de su desarrollo teórico y ponderado estímulo de los diferentes modelos de psicoterapia..

Pretender "decapitar" la psiquiatría, con la peregrina sugerencia de que considerando que las psicosis endógenas, son enfermedades del cerebro, por lo que habrían de ser encuadradas en la neurología y tratadas por neurólogos, (dando opción a los psiquiatras a ejercer como tales) quedando algunos de ellos a ocuparse de los trastornos de conducta, tutorías, etc, no deja de ser una ocurrencia que delata la ignorancia del autor. Ni siquiera Griesinger (1817-1868), al que se le atribuye la sentencia de "las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro", dejaba de valorar en la etiopatogenia de dichas enfermedades, la existencia de conflictos, experiencias traumáticas previos, "represiones".

La enfermedad psiquiátrica, aunque naturalmente se exprese a través de síntomas que cabe suponer guardan una relación topológica con el cerebro, no queda definida de forma absoluta por síntomas aislados, cuyo reduccionismo omitiría la dimensión humana , biográfica y existencial del hombre, es decir, su interés estaría centrado en un "homo-in-existente".

Cri-du- coeur

Allen Frances, Catedrático Emérito de Psiquiatría,(Durham/ California), ha publicado un libro "Somos todos enfermos mentales?"(Swing Normal.An Insider's Look At The Epidemia Of Mental Illness). Planeta. Bna 20145. de estimable contenido, una honesta confesión de las contradicciones en las que viene incurriendo la psiquiatría.

Co-director del Manuel DSM IV, tomado en consideración las vicisitudes, aspiraciones, ventajas y posibles errores, narra su personal experiencia con estas sinceras palabras:

"Este libro es mi reacción ante los excesos, parte mea culpa, parte j'accuse, parte cri-du-coeur. Representa la visión desesperada de un conocedor del tema que sabe qué ha salido mal, pero también el mapa de vuelta al camino de la psiquiatría segura y sana. Mi objetivo es ayudar a "salvar a la gente normal", pero también a ayudar a salvar la psiquiatría. La psiquiatría es una profesión noble e indispensable, en el fondo sana, y extremadamente eficaz cuando se practica bien. Nuestros resultados igualan o superan los obtenidos por la mayoría del resto de las especialidades", y también advierte que en los trabajos llevados a cabo en los manuales DSM;, se han intentado nuevas nosotaxias, unas con fines administrativos, atomizando los síntomas y expandiendo escandalosamente los cuadros clínicos. "Así, por ejemplo, han desaparecido, patologías cuya denominación y descripción poseían un merecido reconocimiento clínico".

Naturalmente, esta operación se pudo llevar a efecto , ignorando u omitiendo deliberadamente una parte importante de las enfermedades antaño vigentes como Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los cuales, quedan en el DSM IV reducidos entre las páginas 280-322 / Pags 291-292. DSMIV): Tipos Paranoia: desorganizado; catatónico; indiferenciado y residual. Y en el Trastorno delirante: tipos erotománico; de grandiosidad; celotípico; persecutorio; somaticico; mixto y no especificado.

El valor del lenguaje

Sólo el lenguaje científico, basado en cualidades esenciales epistemológicas perdura más allá de los fortuitos cambios .

Uno de los méritos de la psiquiatría, es el haber logrado incorporar un importante espacio semántico dentro de la medicina.. Los alienistas y los neuropsiquiatras, primero en Francia y despues en Alemania, ateniéndose a configurar un texto, consiguieron una nomenclatura, es decir, un lenguaje formalizado, con carácter de universalidad, objetividad, neutralidad (imparcialidad) y verificabildad. (Eusebio V. Llorca), un conjunto de conocimietos estructurados en un orden, lo que caracteriza a la ciencia (J.M. Bermuda)

Freud y sus más próximos seguidores, llegaron a constituir no solo un lenguaje sino una forma de entendimiento muchas de las patologías mentales hasta entonces descritas. Pero sus atrevidas propuestas, en muchos casos, no era fácilmente admisibles, puesto que resultaban verdaderas distorsiones de la fenomenología clínica, mantenidas por autores de autoridad y prestigio científicos (Bumke, Jaspers, Allers, etc).

Despues de Jaspers, apenas caben más que fragiles objeciones. Se ha pretendido achacar al pensamiento de Jaspers el que la psiquiatría tomó una deriva "biológica" al forzar el concepto al síntoma, en lugar de mantenerse dentro del pensamiento de Husserl , cuando precisamente uno de los méritos de Jaspers reside en su conocimiento como psiquiatra y en la madurez de su pensamiento filosófico, cuya obra tuvo una meritoria continuidad en Binswanger, aunque escasamente continuada.

Quizá sea este el camino al que Allen Frances recomienda retornar, la "vuelta al camino de la psiquiatría segura y sana", el lenguaje que la constituyó y que le es propio, lenguaje perdido, aquel que emergió de la clínica diaria y constituyó la verdadera psiquiatría, con las raíces en la psicopatología.

Entidades psicopatológicas y clasificaciones

La ausencia de etiologías reconocidas dificultó desde siempre el establecimiento de clasificaciones psiquiátricas; pero más allá de descripciones e interpretaciones polidiagnósticas, cabe constatar la presencia más o menos explícita de la nomenclatura Kraepeliniana, los fundamentos psicopatológicos de Jaspers, constituciones teóricas que proporcionaron consistencia al entramado de la clínica diaria.

Con la finalidad de Unificación de criterio, han sido muy numerosas las clasificaciones realizadas a lo largo de las últimas décadas.

En Francia, la composición LICET-S, se constituyó como una lista de evolución taxonómica para psicosis no efectivas

Composición de la LICET-S[1]

A) Los criterios de la esquizofrenia:
1. Criterios evolutivos de Kraepelin
2. Síntomas fundamentales de Bleuler
3. Síntomas de primer rango de Kurt Scheneider
4. Síntomas procesuales de Langfelot
5. Criterios de la escuela de Saint-Louis
6. Index esquizofrénico de New Haven
7. Criterios de Taylor
8. Síntomas discriminatorios del Estudio Piloto Internacional sobre la Esquizofrenia

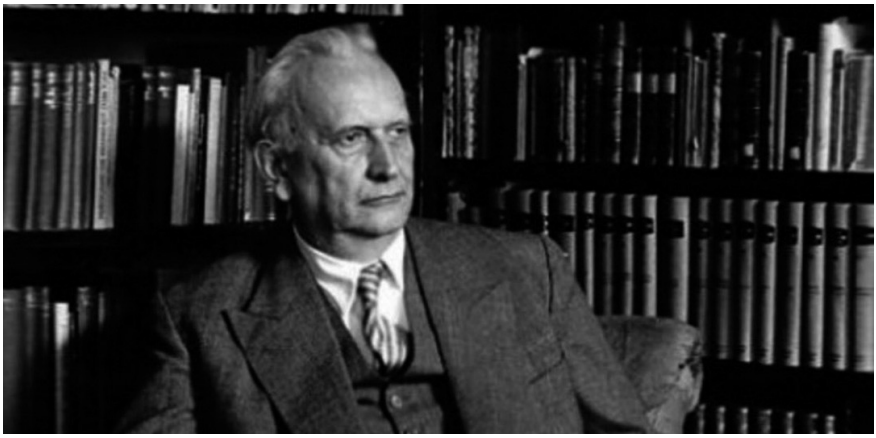
B) Los criterios de DSM III para:
A) Los trastornos esquizofrénicos
B) Los trastornos paranoicos
C) Los trastornos psicóticos no clasificados en otra parte

Un estado cada vez más inoperante desde el punto de vista práctico obligó al establecimiento de un nuevo ordenamiento sanitario y administrativo con un programa de una "medicalización en orden cerrado", al margen de la psicopatología, y al desesperado intento de llegar a un "lenguaje único" con la creación de manuales de "obligado uso":

En Europa: CIE 9, CIE 10, y en EEUU, donde ya existian antecedentes , los DSM I, 1952; DSM II,1968; DSM III, 1975-1980, 1987). El DSM IV, DSM V, etc.

Las sucesivas ediciones fueron incrementando los contenidos, expandiéndolos hasta transformar los síntomas en "trastornos" susceptibles de tratamiento específico farmacológico, dando como resultado un abigarrado concepto de lo que ha de entenderse como enfermedad, al tiempo que dejando al más absoluto olvido ponderadas descripciones habidas en la práctica clínica.

1 C.B. PULL: Clasificación y criterios diagnósticos. Confrontaciones psiquiátricas. Rhone Poulene Ferma. SAE. 1987.



Karl Jaspers

Retorno a la fenomenología

Bajo el pretexto de responder a las exigencias de la "ciencia", la práctica psiquiátrica se cayó en brazos de la psicometría, las escalas y la estadística, medios encaminados a la valoración de la eficacia de los psicofármacos u otras estrategias terapéuticas.

La psicopatología descriptiva, la fenomenología y cualquier forma de concepción psicodinámica, quedaron fuera del campo de actuación programada.

Vaciados los hospitales psiquiátricos, ("las instituciones generan la enfermedad, y por lo tanto es necesario "depurar las instituciones"…) destinando sus espacios a otros fines urbanísticos, los enfermos fueron devueltos a sus familias (ya que presuntamente habían sido el origen "alienígeno" de sus patologías), a "pisos protegidos", o a centros penitenciarios (dado que, además no faltaron psiquiatras que avalaron la peregrina idea de que los psicóticos , aun actuando bajo la influencia de un delirio, eran responsables de sus actos y deberían ser juzgados como tales, puesto que de esta forma se les "dignificaba"). Se crearon, centros de salud mental (ambulatorios) ,unidades de psiquiatría ubicadas en los hospitales generales, para casos concretos, se llamó "psiquiatría de enlace" a las consultas puntuales requeridas por las plantas hospitalarias.

Pasado el tiempo, la biologización y la simplificación semilógica desplazaron la psicopatología y la psicoterapia, lo que empobreció la comunicación y la relación médico-enfermo.

Por inescrutables razones, el psiquiatra y el enfermo , han venido sufriendo un cambio de rol: el psiquiatra ha sido desplazado de su actividad primigenia, la neuropsiquiatría, donde tenían cabida la neurología y la psicoterapia, y el enfermo ha pasado a ser un individuo portador de un conjunto de síntomas, acordes con el DSM y un receptáculo biológico interconectado al laboratorio.

Ahora, surgen escritos proclamando la necesidad de "volver a una psiquiatría sana".

Carlos Ruiz Ogara, desde Barcelona, y posteriormente desde la Cátedra en Granada, advirtió del riesgo de que, bajo el lema de la "objetividad científica",basada en la proliferación de escalas y listados de síntomas (útiles, para medir la respuestas a los tratamientos farmacológicos) se estaba vaciando la larga tradición psicopatológica, incurriendo en un insuficiente entendimiento, por lo que , insistió en la necesidad de volver a la fenomenología , "ir a las cosas mismas", es decir a la totalidad significativa que se nos muestra en la realidad de los enfermos.

Pero, para llevar a cabo este "retorno a la psiquiatría sana, a la psiquiatría seria" que propugna Allen Frances, los jóvenes psiquiatras que inician su andadura profesional, han de preguntarse: ¿qué doctrinas , qué prácticas y qué lenguaje se ha de seguir? ,ya que solo la experiencia histórica, puede mostrar sus orígenes y el reconocimiento científico de su esforzado trabajo. Entre otros logros, el lenguaje que la hizo posible como especialidad médica , el mismo que sirvió para combatir las supersticiones y las prácticas esotéricas.

Existen los tratados de psiquiatría sana y seria, donde yacen las historias clínicas , descritas con perfección y esmero, que hicieron posible el lenguaje, la nosología y una práctica universalmente reconocida y aceptada. Pretender corregir a los grandes autores, con interpretaciones más o menos ingeniosas, resulta una tarea diletante y vacua.

Freud, el genio y su entorno.

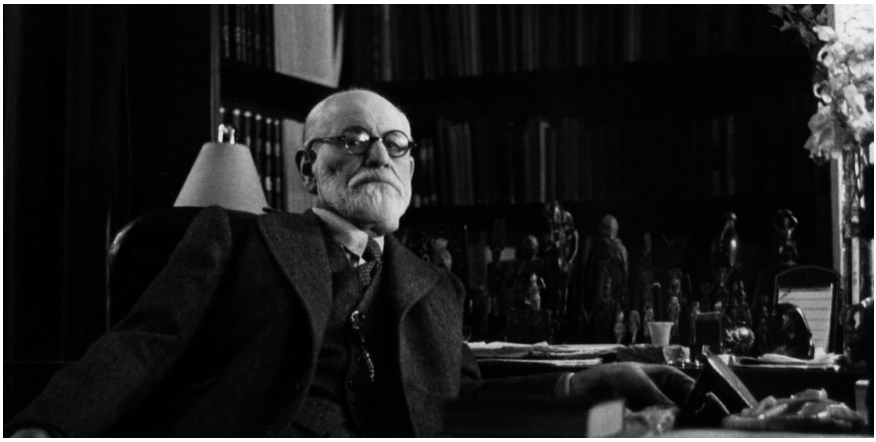
La impronta cultural y social que supuso el movimiento psicoanalítico no es ajena a la época en la que tuvo lugar, el periodo posterior a la primera guerra mundial, en el que el mundo quedó sumido en la desazón y la perplejidad. El hombre tendió al ensimismamiento, desplazó la atención de lo luminoso a lo tenebroso, de lo real a lo imaginario, de lo racional a lo irracional. El descubrimiento del inconsciente fue considerado un acontecimiento de importante relevancia médica, social y artística.

Freud, un médico iniciado en la neurología, tras una estancia en París al lado de Charcot, y en Nancy con Bernheim, regresó a Viena, ("Herr Dr. Sigmund Freud, Docente de enfermedades nerviosas de la Universidad, ha vuelto de su viaje de estudios a París y Berlín, y atiende en Rathhausestrasse, nº 7 de1 a 2,30"). Le esperaba una dura y larga batalla, penetrando, de forma paulatina , en las posibilidades y misterios de la "hipnosis", volcándose en su autoanálisis, y esbozando una teoría acerca de la transferencia, los sueños, el complejo de Edipo, los actos fallidos, etc, y configurando un modelo de personalidad inédito.

Dos hechos son dignos de tener en cuenta: Freud realizó su trabajo bajo la convicción de estar desarrollándolos dentro de un modelo científico, afín a la física, (tal como lo refleja en el título de su "proyecto de una psicología para neurólogos". Otra hipótesis a considerar es que el prestigio y la difusión del psicoanálisis se debió no solo al genio de su autor y discípulos, sino muy especialmente al hecho de haber sido integrado como una actividad propia de la práctica médica, lo que seguramente el mismo Freud, intuía[2].

---

2 Al médico se encomienda el enfermo y a él recurrirá siempre como persona. Desde el momento que el médico escucha, explora y trata al enfermo, ejerce como psicoterapeuta; el médico es el depositario de los conocimientos médicos al que se le supone portador de la experiencia y la sabiduría tradicional de la naturaleza humana y de las enfermedades. El doliente se entrega a él, en el que deposita su confianza para segur sus indicaciones. Ninguna otra profesión es portadora de estos atributos. (J.L.M. RAMPA, 2021)



Sigmund Freud

Por las mismas fechas, en París, un grupo cada vez más numeroso de escritores, artistas, y visionarios, bajo la influencia de Andre Breton, se constituyeron en un movimiento al que Apollinaire bautizó con el nombre de Surrealismo, basado en la hegemonía de lo irracional, el automatismo mental, la suplantación, considerando los sueños y la ausencia de toda censura la principal fuente de una verdadera creación revolucionaria, y entre cuyos integrantes estaban Aragon, Robert Desnos, Antonin Artaud, Soupault, etc.

Tambien Jaques Lacan fue uno de los participantes en dicho movimiento, colaborando con cierta asiduidad en "El Minotauro", la revista de mencionado grupo.

Los escritos de Freud gozaron desde el principio una feliz acogida entre los subrrealistas creyendo ver en ellos una afinidad y una confirmación de sus propias manifestaciones artisticas y literarias. ("dictado del pensamiento, con ausencia de toda comprobación ejercida por la razón y fuera de toda preocupación estética o moral".(Manifeste,1924) .

Andre Breton, como máximo representante , buscó por todos los medios mantener una entrevista con Freud, el cual, ante su insistencia, le escribió una breve tarjeta: "Muy señor mío, me había escrito, al no disponer de mucho tiempo libre estos días, le ruego que venga a

verme el lunes (mañana 10) a las tres de la tarde en mi consulta. Suyo afmo. Freud".

Celebrada la entrevista, Freud, dispuesto a no hacer concesiones que pudieran poner en duda la linea "científica" de sus investigaciones, mantuvo una prudente reserva ante las proposiciones teóricas de Andre Breton, adoptando una distancia que, queda reflejada en esta breve nota: "A pesar de que recibo tantas pruebas del interés que usted y sus amigos tienen para mis investigaciones, yo mismo no soy capaz de aclararme qué es y qué quiere el surrealismo. Quizá no estoy hecho para comprenderlo, yo que estoy tan alejado del arte".

Años más tarde, Andre Breton , no reprime su decepción y escribe:

"A los más jóvenes y a las almas novelescas que, porque este invierno está de moda el psicoanálisis, necesitan figurarse como una de las más prósperas agencias del charlatanismo moderno, la consulta del profesor Freud, como aparatos para transformar los conejos en sombreros y el determinismo azul a modo de papel secante, no me molesta decirles que el más célebre psicólogo de este tiempo habita una casa de apariencia mediocre en un barrio perdido de Viena."

"Una placa modesta en la entrada: Pr Freud, 2-4, una sirvienta no demasiado guapa, una sala de espera con los muros decorados con cuatro grabados levemente alegóricos: El Agua, el Fuego, la Tierra y el Aire, y una fotografía que representa al maestro entre sus colaboradores, una docena de consultores del aspecto más ordinario, una sola vez, después del campanillazo, algunos gritos: nada con lo que alimentar el más mínimo reportaje. Esto hasta que la famosa puerta acolchada se abre para recibirme. Me encuentro en presencia de un viejecito fachendoso que atiende a sus visitas en su pobre gabinete de médico de barrio. ¡Ah!, no le gusta demasiado Francia, la única que ha permanecido indiferente ante sus investigaciones. Sin embargo, me enseña orgullosamente un folleto que acaba de aparecer en Ginebra y no es más que la traducción francesa de cinco de sus leciones. Intento hacerle hablar arrojando en la conversación los nombres de Charcot, de Babinski, pero ya porque sean recuerdos demasiado lejanos, o porque esté ante un desconocido con una actitud de prudente reticencia,

no saco de él más que generalidades como "Su carta, la más conmovedora que recibí en mi vida" o "Afortunadamente, esperamos mucho de la juventud". (*Los pasos perdidos*. Alianza Editorial. Madrid, 1972).

Mucho tiempo despues, ya en su exilio en Londres, (1938), por recomendación de Stefen Zweig, Freud recibe a Dalí, quien le hizo un dibujo durante la entrevista, ante el que tuvo palabras de gratitud y simpatía:

"Hasta ahora me inclinaba a pensar que los surrealistas que parece haberme elegido como santo patron eran unos locos absolutos (pongamos en el 95 por ciento, como el alcohol), pero el joven español con sus ojos cándidos y fanáticos y su innegable maestría técnica, me ha sugerido otra apreciación y reconsidero mi opinión".

Resistencias

Las resistencias solían ser el argumento más frecuentemente usado para justificar el abandono del proceso analítico. Sin embargo tal pretexto permite diversas interpretaciones (personales, sociales, ideológicas, económicas, etc.). En primer lugar, la propuesta por el mismo Freud: "Todo aquello que perturbe la prosecución del proceso analítico" (1900. Pag. 511), ya que pueden hallarse factores contribuyentes a la aparición de semejante actitud.

Tal actitud de "rechazo" al aspirante justificada por un entorpecimiento del "proceso analítico", puede ser también considerada como consecuencia de una actitud defensiva para garantizar la homogeneidad del grupo, pues surgido y crecido éste en torno a la fidelidad del pensamiento del maestro, cuya pervivencia supone una garantía de supervivencia, el grupo en sí mismo tiene todas las características de una comunión eclesial.

El ambiente más próximo a Freud es descrito por Max Graf, el padre del pequeño Hans ("Juanito") en los siguientes términos:

"En aquel espacio reinaba un clima como el de un templo religioso. El propio Freud era su nuevo profeta, que hacía superfluos los métodos hasta entonces válidos de la investigación psicológica. Los

discípulos de Freud –todos ellos inspirados y convencidos– eran sus apóstoles (…)

Freud, como jefe de la comunidad, excomulgó a Adler, lo expulsó de la iglesia oficial. Durante algunos años yo asistí al desarrollo de la historia de esa iglesias…"

(Sulloway, F. Freud, Biolge der seee, Hohenheim Colonia-Lowenich, 1982) Citado por Christof T. Eschnroder/ En qué se equivocó Freud. Herder. 1987.

Wilhelm Stekel llegó a afirmar que Freud "era mi Cristo", y que los encuentros del Club de los miércoles en casa de Freud se vivían como "una revelación". Cualquier resistencia, duda o agresión, cualquier forma de crítica del método, era objeto de expulsión por disidencia.

Este argumento, el de las "resistencias" que al principio pudo constituir una "prueba de fuego" que justificara la interrupción del "proceso analítico" con el paso del tiempo pareció gozar de una mayor laxitud permitiendo una cierta tolerancia a la incorporación de algunas modificaciones metodológicas.

La diáspora de psicoanalistas a EE.UU., donde pronto divulgaron su doctrina, influyó de manera notable no solo en la medicina, sino en las mismas formas de relación social. Concluida la II Guerra Mundial, la influencia se acrecentó, pues los "principios" mantenidos en Europa, (tales como la interprertación freudiana del niño como "perverso polimorfo", y otras) fueron atenuándose o modificándose, y fueron creándose escuelas "heterodoxas, que podrían ser denominadas como "neofreudismo". Ejercieron un notable protagonismo, entre otros, Karen Horney y Erick Fromm. En una primera época Horney mantiene una influencia adleriana, mientras que Fromm se muestra más asequible a las teorías de Marx. En una fase posterior, toma ya su verdadero contacto con la sociedad americana, con una interpretación sociológica más idónea a la misma. Quizás es entonces cuando el pensamiento americano y el europeo crean una nueva forma de pensamiento que tuvo en Sullivan un activo representante, quien, en realidad, era en mayor medida más continuador de Adolfo Meyer que de Freud. (Tales eran los conceptos de "distorsión paratáxica",

de "socialización", de "empatía", de "dinamismo", de "entrevista", de "disociación", de "estadios de desarrollo", de "ansiedad", todos ellos expresión del un pensamiento cuyos cauces dudosamente podrían ser calificados de freudianos).

El psicoanálisis y Sarró

Ramón Sarró fue el primer médico español que, en su juventud, entusiasmado por los escritos de Freud, en los que creyó hallar inéditas soluciones a su propia intimidad, se dirigió a él por carta explicándole sus aspiraciones. Freud le contestó concediéndole una entrevista. Después de una conversación en alemán, Sarró es admitido para el análisis, siendo recomendado por Freud a la Dra. Hellen Deutsch.

La decepción de Sarró respecto a la ortodoxia del pensamiento freudiano, se produjo en el transcurso de año y medio de su análisis didáctico, con la sensación creciente de no obtener una ampliación de conciencia, y de estar perdiendo el tiempo; sin embargo, tal interrupción no motivó ni la animadversión, ni el enfado de los restantes miembros del Instituto Psicoanalítico de Viena, pues pese a su delicada situación de disconformidad, siguió siendo miembro del Comité de Enseñanza de la Asociación Psicoanalítica de Viene, asistiendo a los debates, y recibiendo en tratamiento pacientes bajo la supervisión de conspicuos psicoanalistas de la época."Mis relaciones con los miembros de la Asociación Psicoanalítica Vienesa eran excelentes, a pesar de se sabía que mi análisis se había interrumpido en una fase de resistencia de la que se hacía corresponsable, sin segunda intención, a la supuesta contratrasferencia, de mi prestigiosa analista" (Sarró, *Anthropos*, 69. Pag 14).

En Viena todavía, desprendido ya de la exigencia de abstinencia intelectual impuesta a los discípulos durante su análisis, Sarró se abrió a las influencias de la psiquiatría y de la filosofía de la época: Casirer, Klages, Schilder, Kraepelin, Jaspers, Clerambault, etc. (Valeta, 1987) Su interés por las psicosis , y por la esquizofrenia en particular se perfila cada vez con mayor claridad, al tiempo que discrepa de la lectura freudiana de la "neurosis narcisista" (…).

El Dr. Sarró junto a los Drs. Minkowski, Van Der Horst y V. E. Frankl.

Sarró conocía la fenomenología del delirio, estableciendo una clara distinción entre neurosis y psicosis. Por ello habrían de surgir "resistencias" a su análisis, adoptando una postura "disidente", a semejanza de las que se produjeron en los casos de C.G. Jung, Adler, Steckel, Rank, etc. Dada la gran expansión , y la incontrolable diversidad de "escuelas" de las que fue objeto el original pensamiento freudiano, se hace difícil argüir un fundamento convincente para negar en Sarró la condición de "psicoanalista"[3].

Teresa Sánchez Sánchez , al referirse a la obra de Sarró , plantea de forma encomiable la cuestión, en los siguientes términos:

El nombre de Ramón Sarró Burbano, solía mencionarse con tórpida prudencia, admitiendo no obstante, que fue el primer español que tuvo contacto directo con Freud y conoció de primera mano el grupo central de tal movimiento. Sin embargo, siempre se regateó el que pudiera considerársele perteneciente a dicho movimiento.

"En efecto, en las historias oficiales sobre Psicoanálisis en España escritas por miembros destacados, ora de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, ora de la Sociedad Psicoanalítica de Barcelona, apenas se hace un breve comentario sobre la postura o actitud de Sarró respecto

3 Teresa Sánchez Sánchez ("Ramón Sarró y el psicoanálisis. *Revista de Historia de la Psicología* 2016. Vol. 37)

al psicoanálisis.M.I. Muñoz (1989) como historiadora o representante del grupo madrileño, le dedica una mención de pasada, negando o desconociendo el hecho de que Sarró difundió desde su cátedra las ideas freudianas, organizó congresos sobre psicoterapia que concedieron un amplio espacio al psicoanálisis y homenajeó a Freud en el centenario de su muerte, amén de que nunca dejó de reconocer el genio freudiano , aun cuando admitiera otras enseñanzas como más decisivas que la del vienés en su trayectoria posterior. Por parte del grupo catalán , Bofill (1987) se limita a hablar de la historia del psicoanálisis desde que él mismo –primer psicoanalista integrado en la IPA.- mantuviera contacto con el susodicho, dándole un cariz marcadamente institucionalista a la trayectoria psicoanalítica. Otro psicoanalista catalán que rastreó sus orígenes, Pérez Sánchez (1984) hace arrancar la prehistoria del psicoanálisis de la década de los 40 del Siglo XX, no concediendo a Sarró más que dos lineas de comentario anecdótico

"Sarró consideró que el método analítico se interesaba por trivialidades y rara vez profundizaba en lo transpersonal o esencial del hombre como tal; esto es, que el psicoanálisis carecía de una base antropológica que lo sustentara, que sufría de muchas lagunas teóricas así como de grandes deformaciones y exageraciones inductivas, elevando de lo idiográfico a lo nomotético injustificadamente".

Ramón Sarró Burbano
De la heterodoxia psicoanalítica a la fidelidad a la clínica

La personalidad y la obra de Ramón Sarró Burbano (1900-2003) pertenece a la mejor historia de la psiquiatría.

Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica, Fundador de la Escuela Profesional de Psiquiatría, Fundador y Director de la Revista de Psiquiatría y Psicología de Europa y América Latinas, durante tantos años portavoz de trabajos y artículos de la Especialidad,. Director de la Biblioteca de Antropología de la Editorial Miracle, Director – consultor del Instituto Pedro Mata. Su activa y permanente participación en Congresos, conferencias y reuniones científicas, constituyen uno de los capítulos más señeros de la Intelectualidad española.

Dada su importancia, debe considerarse obligada tarea la recopilación de sus escritos, cuya amplia bibliografía está recogida como anexo en la Tesis Doctoral de Ana Valeta[4], los prólogos que Sarró escribió para la presentación de los libros de los más importantes autores internacionales, fueron recopilados por J. Amenabar Beitia, y que con referencia de los mismos reproducimos como anexo, con la esperanza de poder algún día ofrecerlos editados en su conjunto.

El profesor Demetrio Barcia Salorio, refiriéndose a la obra de Sarró, escribe: tuvo el mérito de proponer una teoría original de los delirios que no fue continuada en la medida que lo merecía, no por falta de interés, sino por no haber sido suficientemente comprendida. Habría requerido una atención y un decidido apoyo multidisciplinar, completamente impensable, por entonces. En uno de sus últimos escritos, al referirse a Sarró puso de relieve que fue el quien "abordó el problema del delirio desde una perspectiva antropológica, partiendo desde una consideración de la realidad del hombre como tal". Para Sarró el lenguaje de los esquizofrénicos no "representaba" la realidad, sino que la "presentaba".

"Esto es lo esencial de su pensamiento: el lenguaje se funde con la realidad, los símbolos lingüísticos se convierten en presímbolos, es decir, instrumentos verbales que no sirven para hablar de la realidad porque forman parte de ella. Un concepto esencial en su concepción es que el delirio no es una regresión, si no como algo que tenía que tomarse por sí mismo, con una consistencia interna autosuficiente y auto-explicativa. La esquizofrenia es una nueva forma de vida: una forma de vida en la que el individuo se instala en un nuevo mundo como una nueva persona. Para decirlo en sus propias palabras, el esquizofrénico es un neo-antropos en un neo-cosmos. Y la tarea del psiquiatra debe ser la de explicar este uome nuevo desde adentro, y no reducir su comportamiento o su producción a disfunciones de la psique normal o a la liberación de pulsiones reprimidas.

---

4 Anna Valeta Coma. "De Freud al análisis ontológico de la locura", *Anthropos*. Rev. de Documentación Científica de la Cultura 69/1987. Bcna.

Para Sarró, la comprensión del delirio tenía que partir del diálogo con el propio paciente y del análisis de su forma de vida y de su producción (con el tiempo dio cada vez más importancia al análisis iconográfico de la producción plástica y no solo de la verbal). Se trata de un análisis estructural, porque, al igual que en los mitos analizados por Lévi-Strauss, sólo la propia producción nos podía hablar por sí misma, toda vez que la biografía anterior del paciente, sus represiones y opresiones, no tenía relevancia alguna, pero era también una análisis existencial, toda vez que intentaba ver en qué medida el paciente, al instalarse en su neocosmos, se liberaba de problemas humanos que nos preocupan a todos: la muerte, la infelicidad, la ausencia de sentido y de orientación vital. Criticando a los autores reduccionistas, Sarró insiste en mantener un espíritu fenomenológico para llegar a captar esta vivencia única esquizofrénica desde su propia singularidad".

¿Quo vadis?

El tiempo trascurrido nos ha convertido en testigos de cambios sociales, y profesionales, que están afectando a la medicina y a la asistencia de los pacientes, cambios que , con referencia a la psiquiatría, fueron preconizados por Sarró , más concretamente en dos de sus últimas cartas.

En una **"Carta del Director" (1984. Rev de Psiquiatría y Psi Med. Tomo XVI)**, Ramón Sarró expone detenidamente la diferencia entre las psicosis y las neurosis, la distancia que media entre lo biográfico y lo mítico-delirante. El "Análisis mitologemático de los delirios", fue el fruto de exhaustivas entrevistas con enfermos delirantes y un estudio minucioso y contrastado de historias clínicas realizadas por los más insignes psiquiatras, tanto extranjeros (Pinel, Esquirol, Henri Ey, en Francia; Heinroth e Ideler hasta Griesinger, Wernicke, Kraepelin, Bleuler y Binswanger, en Alemania, etc) como españoles (Sacristán, Labora, Sanchos Banus, Salas, Llopis, Vallejo Nájera, López de Lerma, Cabaleiro,etc)

La básica diferencia entre los desarrollos psicoreactivos o neurosis en sus distintas formas y las psicosis esquizoparafrénicas, estriba en que, "si bien ambos se enfrentan con problemas vitales urgentes, los

primeros pertenecen al área biográfica, y los segundos al área del destino del género humano en el cosmos.

Las conclusiones prácticas para la técnica de las historias clínicas es que estas deben empezar por la "puerta del delirio", abordando al paciente como individuo comparada a un naufrago en una situación sobrehumana de la que el no puede salir sino convirtiéndose en Dios y salvando también al género humano y a veces a la creación misma.

En cuanto a la actitud terapeutica, Sarró recomienda, tanto en casos agudos como en crónicos, una "observación participativa", mantener contacto dialógico con el paciente en la esfera de la neoformaciçón psicótica, lo cual no está reñido con el análisis de la situación prepsicótico, aunque este debe de ser secundario. La tarea primordial es liberar al enfermo de las redes iniciales del delirio persecutorio, facilitando su metamorfosis teleológica en lo que Kleist llamaría el "estado de felicidad", este es por su naturaleza efímero y es mejor puente hacia la realidad que el puente persecutorio.

La mencionada "Carta del Director" viene encabezada con la siguiente interrogante: "Es remediable la degradación de las historias clínicas durante la actual desorbitación de la psicofarmacología?", lo que induce a suponer una actitud crítica ante los tratamientos psicofarmacológicos, lo que no se corresponde con la realidad. El profesor Sarró era un experto y un innovador de los tratamientos somáticos en nuestro país, y conocía las ventajas y las consecuencias de los mismos. Insistiendo en la importancia de la historia clínica y en la psicopatología del enfermo, hacía observaciones sobre la necesidad de hacer un uso racional de la psicofarmacología cuyo futuro veía prometedor, aunque con ciertos límites.

Una de las observaciones con las que concluye la carta no solo no ha perdido actualidad, sino que es plenamente vigente: "imaginemos que en los próximos años se descubre una droga tan eficaz y específica que solo actúa sobre la psicosis , sin dañar el organismo ni disminuir la vida psíquica (…) llegados a este punto **¿Cuál sería el destino de la psiquiatría?**. Habría desaparecido del horizonte científico de la psiquiatría el tema de la locura, sin el cual no creemos posible el co-

nocimiento profundo del hombre: la labor investigativa de los grandes genios de la psiquiatría, conservaría solo un interés arqueológico"(…) "Si esto ocurriera, el estudio médico de la alienación , habría sido una etapa de las ciencias antropológicas que se habría iniciado en el Siglo XVIII y habría terminado en la segunda mitad del Siglo XX, sepultada por la llamada psiquiatría biológica. Este destino eventual de la psiquiatría podría compararse al de la etnología- que los americanos prefieren llamar antropología, que vive consagrado al estudio de las culturas primitivas que sin duda subsisten todavía, pero que están amenazadas de rápida extinción por el avance de la cultura tecnológica".

Prof. Dr. Ramón Sarró
Barcelona, 6 de marzo de 1981
Dr. D. José Luis Mediavilla
Oviedo

Querido José Luis:

También yo contesto su carta a vuelta de correo.

Me adhiero con entusiasmo al proyecto de organizar una reunión en Santander[5].

Creo que ha llegado la hora de que hagamos saber a los psiquiatras que el análisis de los delirios no es una cuestión marginal de la psiquiatría sino central. Los psiquiatras siguen pensando que el delirio es un síntoma como la fiebre y que la misión del médico es dejar al enfermo apirético, lo cual equivale, en la esfera de las psicosis a disminuirle intelectualmente sumiéndole en un estado de inconsciencia y de improductividad.

5 XVI El Círculo «Ramón Sarró», celebró en el Centro Médico Marqués de Valdecilla, Santander, una Reunión Nacional, los días 7 y 8 de mayo de 1982, organizada por los Drs. Carlos Samaniego Rodríguez y Juan Francisco Díez Manrique. El tema central de dicha Reunión versó sobre Psicopatología y Psicoterapia de los Delirios.

A partir del momento en que los neurolépticos abolen la capacidad de dialogar con el paciente se ha sobrepasado la dosis terapéutica.

La agitación, tan frecuente al comienzo de las psicosis, es a mi juicio expresión de la caída en la nada. En la situación de fin de mundo, el paciente no encuentra ningún asidero. Se siente confuso y amenazado y presenta una reacción catastrófica. Debemos tener en cuenta que la psique normal no conoce situaciones de este tipo.

Gimeno es muy hábil en esta técnica de ayudar al enfermo a que desarrolle hasta su etapa final su «viaje» psicótico. Cuando llega a la etapa postpersecutoria, el contraste con la realidad externa e interna facilita una autoconcienciación que equivale a una autocuración.

¿No le parece que es llegado el momento de sostener las siguientes tesis?:

1. No existe ninguna psicosis esquizofrénica que consista únicamente en síntomas primarios.

2. Siempre entran en acción los planos conscientes e inconscientes de la personalidad frente a la invasión psicótica primaria reaccionando en forma de defensiva e integrativa. El ego anterior no queda nunca enteramente abolido, conserva una actividad residual que es más o menos reactualizable.

3. La tematización no es en ningún caso una consecuencia directa de la encefalosis que aún no probada bioquímicamente lo está psicopatológicamente.

4. Puesto que la psicosis es un campo de interferencia de factores diversos —Birnbaum comparaba su estructura a una roca— siempre están presentes los componentes míticos y biográficos que no son de génesis orgánica. El psiquiatra debe saber manejarlos y encauzarlos con una capacidad de compenetración en modo alguno inferior a la que despliega el psiquiatra psicoterapeuta ante situaciones excepcionales de la vida psíquica normal (v. g. los suicidios). Tampoco nuestra capacidad de comprensión puede ser inferior a la de los antropólogos que estudian los grupos étnicos primitivos.

Para actuar en este sentido, Gimeno, usted y yo deberíamos presentar la formulación siguiente:

1. Imprescindibilidad del análisis temático del delirio en el tratamiento de las esquizofrenias.

2. El abordaje psicoterápico de las esquizoparafrenias a través del análisis deliriográfico.

3. La culminación y potenciación de los ensayos psicoterápicos de la esquizofrenia gracias al análisis deliriográfico.

En cuanto a la cuestión de la Historia tengo la impresión de que a Valenciano debió sentarle mal nuestro ensayo de interpretación histórica. Parece mentira que ocurran estas cosas. ¿Es que alguien puede imaginar que el campo histórico puede constituir un coto cerrado? ¿Es que quieren excluir el psicoanálisis? Estoy algo perplejo pero no preocupado.

Un cordial abrazo de su fiel amigo.

Le envío un escrito mío sobre todas estas cuestiones que tanto nos interesan a usted y a mí.

Freud, al principio de sus investigaciones, creyó posible la psicoterapia de los delirios paranoicos (1894); pero, a medida que profundizaba en el conocimiento clínico del campo de las neurosis y de las psicosis, llegó a la conclusión totalmente opuesta, afirmando que el tratamiento psicoterapéutico de los delirios esquizofrénicos sobrepasaba las posibilidades terapéuticas del psicoanálisis. Recuerdo que cuando estaba en Viena con Freud, en mi estancia del 25-27, el hecho de que un enfermo sufriera una crisis de esquizofrenia en el curso de un tratamiento psicoanalítico era severamente criticado, incluso en los propios círculos psicoanalíticos.

Freud siempre persistió en su rechazo de la aplicación del psicoanálisis en el tratamiento de los esquizofrénicos. Era consecuente con su idea directriz de que la posibilidad de la psicoterapia dependía de la creación de una «transferencia» que en la esquizofrenia era imposible.

Los avances de la psiquiatría biológica han influido de forma decisiva en la disminución del interés por la psicoterapia y, en general, por la investigación psicopatológica.

Sin embargo, se puede observar una reacción contra este olvido en dos direcciones: la primera consiste en el análisis en profundidad de la dinámica interna de las familias de los esquizofrénicos, según la teoría de la comunicación y la teoría de los sistemas. Aquí son destacables los trabajos de Bateson y su concepción del «doble vínculo». Primero empezó con la idea de la madre esquizofrenógena, que posteriormente se generalizó a la totalidad del grupo familiar del cual se subrayaron la existencia de relaciones interhumanas gravemente perturbadas bajo la apariencia de la armonía perfecta, aunque, en realidad, era realmente una seudocomunidad. Los antipsiquiatras, sobre todo Laing y Cooper exageraron estos hechos dando una interpretación agresiva no sólo contra la institución familiar sino contra la sociedad y la cultura.

La segunda está ligada al nombre de Binswanger. La orientación fenomenológica en el sentido de Jaspers fue reemplazada por la concepción fenomenológica de Husserl y Heidegger. La influencia del pensamiento de estos filósofos sobre Binswanger produjo un renacimiento de la investigación fenomenológica. Por parte de los fenomenólogos, el progreso esencial consistió en poner entre paréntesis los conceptos semiológicos y nosológicos para buscar un contacto más inmediato con los fenómenos. «Zurück zur Sachen» en la expresión de Husserl», volvamos a la visión inmediata de los fenómenos».

Nuestras investigaciones personales sobre la temática de los delirios endógenos constituyen una prolongación de la investigación psicopatológica tradicional de las escuelas franco-alemanas según los principios mantenidos desde Pinel a Kraepelin y de la investigación fenomenológica. No podemos excluir el psicoanálisis ya que ha sido él quien ha dado todo su valor al aspecto temático de los fenómenos

psicopatológicos gracias a la interpretación del sueño que se inició con uno del propio Freud sobre una enferma llamada Irma y posibilitó la del delirio parafrénico de Schreber. Ha sido por la síntesis de estas tres corrientes por la que se desarrollaron nuestras investigaciones, que pueden resumirse en las siguientes tesis:

1) La temática delirante que los antiguos clasificaban bajo criterios simplificadores, en la polaridad persecución-grandeza, es independiente de la biografía. La ruptura biográfica es un fenómeno constante.

2) La fenomenología del campo delirante se caracteriza por una temática uniforme tanto desde el punto de vista sincrónico como diacrónico.

3) Esta temática tiene un carácter mítico religioso. La denominación más adecuada de los temas delirantes es el término mitologema por su carácter predominantemente mítico. Las analogías con las categorías generales de la fenomenología de las religiones son tan patentes que podríamos designarlas como cosmogónicas, soteriológicas y escatológicas. Incluso la temática persecutoria, por su tendencia universalizante y mágica puede inscribirse en este grupo.

4) Esta temática expresa deseos absolutamente irrealizables a escala humana y que sólo lo serían a escala divina (por ejemplo, la atanasia —negación de la muerte— no sólo personal sino universal).

5) En la constitución del delirio, descubrimos un componente productivo, el campo mítico, y un componente deficitario, la historicidad. Esto coincide con la concepción organodinámica de Henri Ey, exceptuando el postulado neojacksoniano que sustituimos por el acercamiento fenomenológico.

6) En los delirios, hay que distinguir la actividad delirante primaria autorreferencial, que Clerambault calificaba de neutra en la tematización, que es una actividad reaccional del fondo psíquico más o menos conservado. Como veremos, la comprensión de esta idea es fundamental para nuestra concepción de la psicoterapia de la esquizofrenia.

Vemos un anticipo de nuestras teorías en Binswanger y sobre todo en Minkowski, orientados ambos en la línea de una antropología fenomenológica. Así, para Minkowski, en la esquizofrenia, el espacio predomina sobre el tiempo, lo que no deja de ser un anticipo de nuestra concepción del delirio esquizoparafrénico, donde postulamos existe la abolición de la historicidad y su sustitución por la forma de vida mítica.

Debemos resaltar también que nuestras investigaciones personales tienen afinidades y diferencias con la investigación fenomenológica. La primera es nuestra deuda con Freud. Siempre lo hemos considerado como nuestro maestro. Aunque nos hayamos alejado mucho de él, nunca nos hemos propuesto negar el psicoanálisis, sino trasformarlo fenomenológicamente. Tal ha sido nuestra tarea y nuestro esfuerzo por llevar a cabo una fenomenologización de los conceptos fundamentales del psicoanálisis, tales como transferencia, resistencia, sublimación, procesos primario y secundario, proyección, etc. Con posterioridad, nos consagramos al campo de los delirios, que ya nos fascinó durante nuestra formación psicoanalítica y psicopatológica en Viena.

Una diferencia importante entre nuestro método y el fenomenológico consistió en sustituir los análisis de un sólo caso por análisis pluricasuísticos. Partimos de la hipótesis en la que se apoyó Jung, que los contenidos no eran biográficos, pero ateniéndonos en todo momento a las realidades clínicas.

Una cuestión que se nos planteó casi de inmediato fue la aplicación práctica de nuestras investigaciones, especialmente con vistas a la psicoterapia. Creemos que tienen un destacado papel que desempeñar:

• En la comunicación con el delirante. Éste es, quizá, el mayor escollo con el que se encontró siempre cualquier forma de psicoterapia dirigida a la esquizofrenia. Sin embargo, la vía del delirio, cuando ésta es permeable, puede constituir la mejor forma de contacto. Contrariamente a lo que suponía Freud, lo que él llamaba transferencia y que bien podríamos también denominar comunicación, puede establecerse a través del delirio. El hecho de que los temas delirantes sean siempre irreales, en la mayoría de los casos absolutamente imposibles,

no es obstáculo para que el psiquiatra les preste toda su atención. Esta actitud debería ser al menos comparable con la que adopta un antropólogo frente a los relatos míticos de los pueblos primitivos, por muy alejados que estén de su mentalidad de miembro de una civilización científica. Un antropólogo aspira a estar en sintonía con la mentalidad de los primitivos como si fuera uno de ellos, es decir, como si perteneciera a la tribu. El psiquiatra debe considerar a su paciente como el mejor informador de sus procesos mentales patológicos.

• Una vez establecido el contacto, el comportamiento del psiquiatra se basará en la experiencia que ha adquirido en el análisis de la productividad delirante que ha contemplado, desarrollándose en diversas fases o aspectos y puede compararse a un «itinerario». El conocimiento de que el delirio empieza sumergiendo al paciente en una tragedia, en los tormentos de una persecución o en los del «fin del mundo», pero que en su evolución se encamina hacia un final de felicidad, es una experiencia antigua de la clínica psiquiátrica. En el siglo pasado Morel y Magnan hicieron una brillante exposición de las cuatro fases del delirio sistematizado alucinatorio: empezaba por una fase de malestar prodrómico seguida de un período persecutorio; la tercera era la de las ideas de grandeza y la cuarta, la de demencia, que en realidad no era más que la acentuación parafrénica del período megalománico. Este proceso transformacional exigía años (en la esquizofrenia se produce en un plazo que puede ser corto) pero, tanto en un caso como en otro, el psiquiatra debe seguir día a día la actividad delirante. Lo que no tiene que hacer es seguir el ejemplo de algunos behavioristas, o ultrasomatistas que no quieren prestar atención al delirio con el pretexto de que de esta manera podrían reforzar la convicción delirante.

En la psicoterapia de la esquizofrenia, la convicción corriente de muchos psiquiatras es que la actividad delirante es una manifestación directa de la gravedad de la psicosis y que, por consiguiente, el psiquiatra debe combatirla. Únicamente vale en el delirio primario autorreferencial neutro, desde el punto de vista afectivo, el paciente se siente simplemente «mirado», ni siquiera observado, Pero solamente en un segundo acto consecutivo tiene lugar la tematización negativa o positiva, por ejemplo, persecutoria o admirativa. Esta transformación

significa un esfuerzo de logificación de contenidos primarios irracionales. La tendencia del delirio tematizado es transformar un caos en un logos, sobrepasando así la fase de perplejidad que, como señalaba Wernicke es un síntoma constante al principio de la psicosis. La comunicación a través de la actividad delirante no solamente es el primer acto de la psicoterapia, sino en la mayoría de los casos el más importante. El psiquiatra debe identificarse con la situación real en la que se encuentra el paciente, una situación que es radicalmente nueva, vivida como catástrofe, donde las coordenadas anteriores de tiempo, espacio, relaciones interhumanas, historicidad biográfica y colectiva, en suma, las bases y proyectos en los que se sostenía su vida se han derrumbado.

La primera entrevista debe ser simultáneamente de diagnóstico y de psicoterapia, y la eficacia de la misma dependerá naturalmente del nivel de conocimientos psicopatológicos, especialmente en la temática delirante como un conjunto unitario diversificado.

La postura psicoterapéutica ante el delirante podemos calificarla de «paradójica», facilitando la tematización, estimulando al paciente a que exprese y verbalice sus contenidos psicóticos; ya que esta actitud estimuladora de la conciencia mitopoyética —en el lenguaje psicopatológico tradicional deliriopoyética— no es más que una etapa intermedia que facilitará la recuperación de la conciencia normal del principio de realidad. Manteniendo con su máximo de lucidez el «teatro de la conciencia» de la confrontación entre las interpretaciones míticas del ser-en-el-mundo y de la interpretación real, triunfará esta última; para ello, debe tenerse en cuenta que el uso de la medicación debe ser realizado de forma que no llegue a «despersonalizar» al enfermo disminuyendo su nivel de conciencia, sino que contribuya más bien a su repersonalización.

Nuestras investigaciones, presuponiendo que sean confirmadas, se proponen una finalidad psicoterapéutica tan ambiciosa como la que se ha autoasignado el psicoanálisis ortodoxo, y su acción en este sentido se refiere principalmente a tres campos:

1) A la psicoterapia de la esquizofrenia, que ya hemos comentado con anterioridad, en el sentido de que nuestra metodología posibilita una lectura no sólo de lo que acontece en el momento de la entrevista sino también conjeturar con extraordinaria precisión tanto lo que ha sucedido, como lo que va a suceder en la evolución de la temática delirante, que como ya hemos dicho, es extrabiográfica.

Esta facultad no es fruto de una intuición ni de una hermenéutica, sino que deriva del conocimiento de las leyes dinámicas de la deliriografía endógena. Pero no son pocas las dificultades con que va a tropezar la psicoterapia de los delirios esquizoparafrénicos; de entre ellas destacan:

La primera impresión que la temática delirante proporciona, es la de una apariencia multiforme y disgregada. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que la heterogeneidad de los contenidos procede de la diversidad de los significantes, no de los significados. Los primeros están tomados del ambiente cultural más o menos familiar del paciente; mientras los segundos «proceden de dentro» y son extraordinariamente estables.

Respecto a la disgregación del pensamiento, no podemos dejar de considerar la posibilidad de un abuso de los conceptos elaborados por Kraepelin y Bleuler. En el primero está representado por el término «demencia» y en el segundo por el de «esquizofrenia» en su acepción de mente disgregada, no de mente disociada.

En la esfera del delirio, la disgregación es sólo una apariencia. Incluso en casos en que los temas se dan muy desordenadamente, una vez los hemos identificado, descubrimos que son los mismos que en los cuadros más sistematizados. Esto significa que tenemos el derecho a postular una sistematización latente. La diferencia entre las formas sistematizadas y las incoherentes es de grado más que de naturaleza.

No hay por qué negar la existencia de la disgregación como síntoma independiente del delirio, aunque conviene no olvidar que, en general, la invocación de un trastorno de pensamiento ha servido de pretexto a la psiquiatría para ahorrarle el esfuerzo que requiere la comprensión de contenidos insólitos.

Acrecientan también las dificultades de la psicoterapia de los delirantes, otra serie de factores como:

Sentimentales: en los momentos iniciales de la invasión delirante surgen estados de pánico incontenible, desorganización profunda de la personalidad, riesgo de suicidio, que generalmente requieren un tratamiento biológico.

Prejuicios psicoanalíticos: el psicoterapeuta propenderá a abordar el delirio según los paradigmas psicoanalíticos, viendo en él «contenidos manifiestos», tras los que esperará ver «procesos latentes». Nuestro criterio, siguiendo a Schelling, es que sólo el campo onírico es susceptible de una interpretación simbólica; en cambio, los contenidos míticodelirantes poseen en la mayoría de los casos una significación ontológica. Se trata de realidades últimas. Tampoco el principio de la transferencia es esencial en el enfoque deliriográfico. Cuanto mayor sea la habilidad para entrar en contacto con el delirante, tanto más fácil será el diálogo psico-gnóstico y psicoterapéutico.

Prejuicios derivados de una formación rígida clínico-nosológica devienen en obstáculo, sin bien ésta, puede ser salvable, siempre que no se tenga de la psicosis una imagen de estricto nosologismo y que no se siga admitiendo, como pensaba el mismo Jaspers, que las manifestaciones psíquicas que se dan en el proceso dejan de ser comprensibles. La idea que actualmente nos formamos de la psicosis es comparable a la de un iceberg en el cual la parte visible es mucho menor que la parte sumergida. Es en ella en la que se ha engendrado el proceso patogenético que concebimos como un cambio psíquico total del que la tematización delirante no es un simple fenómeno, sino una autovivenciación de la nueva instalación en el mundo que constituye la psicosis. Sólo el delirio primario, la transformación apofántica (Conrad) de la fenomenología de la percepción normal, es un proceso tan irreductible a una psicogénesis como las alucinaciones auditivas del tipo de eco del pensamiento que tanto fascinaban a Clerambault.

La tematización es, por tanto, un ensayo positivo de reorientación para salir de la perplejidad inicial.

En la productividad delirante se dan dos componentes: el primero, de transformación delirante del campo perceptivo, incomparablemente más ilustrativo que la alucinatoria sobre el proceso íntimo de esquizofrenización y de las reacciones que suscita en la estructura de la personalidad. El segundo componente consiste en una elevación a conciencia mítica, la única disponible del proceso destructivo que se desarrolla en la región sumergida del iceberg.

Otros factores que, como decimos, contribuyen a entorpecer la psicoterapia de los delirios, son ideas o prejuicios provenientes de la psiquiatría biológica, del conductismo, y de la psiquiatría preventiva. Ya he expuesto con anterioridad los riesgos que entrañan los fármacos usados de forma indiscriminada. Nosotros no pretendemos excluir el uso de psicofármacos, pero sí controlar, y, en cualquier caso, insistir en la necesidad de seguir la evolución de la temática del delirio. Respecto a la orientación behaviorista, creemos que en su forma de condicionamiento operante sólo puede ser utilizada para combatir fenómenos elementales de desadaptación en esquizofrénicos crónicos. Y, en cuanto a la psiquiatría preventiva, porque lleva también consigo el riesgo de caer en la ingenuidad de suponer que combatiendo el síntoma habría logrado con ello vencer el desconocido «morbo esquizofrénico».

Otra de las aplicaciones de nuestras investigaciones, la vemos en una confrontación positiva con los sistemas psicoterápicos de orientación psicoanalítica que se utilizan en el campo de las neurosis y de las reacciones vivenciales, ya que ello nos llevará a comprobar si de nuestros conocimientos deliriológicos, pueden extraerse aportaciones válidas en el campo de la psicoterapia de pacientes no psicóticos. La preocupación por un antagonismo irreductible en el seno de la psique es en mí antigua, puesto que en mi tesis doctoral de 1931,una de mis fuentes de inspiración fue la obra de Klages El espíritu como adversario del alma. Si sustituimos los conceptos de la metafísica de Klages emparentados con los de Bergson y del gran poeta alemán Stefan George, se transforma aquel antagonismo entre la forma de vida mítica y la forma de vida histórica. Nuestras investigaciones nos obligan

a reconocer que la temática delirante expresa una alienación absoluta de la realidad, de lo cual ya estaban persuadidos los antiguos alienistas.

No cabe, por tanto, una síntesis, una coincidencia oppositorum, como pretende Jung, entre los rasgos categoriales del mundo mítico delirante como la inmortalidad, la abolición de la historicidad personal y colectiva, espacialización ptolomeica, etc., con las categorías de la realidad. Entre el hombre mítico y el hombre histórico se da un radical antagonismo, skkisma. No hay posible síntesis entre la dimensión del hombre como «homo demens», término propuesto por E. Morin en Le paradigme perdu, desde una perspectiva no deliriográfica y su dimensión como animal dotado de logos de la definición aristotélica.

Esto no significa que la psicoterapia no sea posible, sino que no debe proponerse objetivos quiméricos, sino atenerse a las realidades clínicas.

La confrontación con la temática delirante es sólo un aspecto o una etapa del proceso psicoterápico total que implica el fortalecimiento de la personalidad prepsicótica y de sus relaciones con la realidad y la eventual liquidación de la problemática, especialmente de la concerniente a la situación en que el paciente había enfermado. Cuando está inmerso en su delirio no suele ser el momento oportuno para tratar de cuestiones ajenas al delirio. Es preferible esperar a que éste se agote, ayudado por el diálogo catártico del psiquiatra. Por otra parte, la plena vivenciación de la temática en su etapa final en que la irreconciabilidad con la realidad es máxima (me refiero, ahora, especialmente a los casos agudos) facilita su extinción o encapsulamiento.

ANEXO:
RAMÓN SARRÓ. OBRA PROLOGAL DISPERSA (1928-1982)

(Ordenación cronológico-temática)

Prof. José Martín Amenabar Beitia

1. Neurología

(1955) "Desde el 'Morbus sacer' a la disritmia paroxística".

Prólogo a Tratado de encefalografía y estudio fundamental de las epilepsias, de J. Gorgues Torrent. Huesca. Impr. Provincial.

2. Psicología

(1960) "Ante el mensaje psicológico eslavo de V. J. Wukmir"

Prólogo a Psicología de la orientación vital, de V. J. Wukmir. Barcelona, Miracle.

(1965) Prólogo a Psicología. Un estudio de la conducta Humana, de A. Q. Sartain; A. J. North; J. R. Strange y H. M. Chapman. Barcelona. Scientia.

(1966)" I. El puesto de la obra de Ph. Lersch en la psicología contemporánea" y "II. Psicología médica personalista (Hipó-

crates y Freud)". Estudios preliminares a La estructura de la personalidad, de Ph. Lersch. Barcelona, Scientia.

(1967) Prólogo a Psicología social, de Ph. Lersch. Barcelona. Scientia.

(1974) La escolarización del niño subnormal, de A. Cambrodía. Barcelona, Científico-Médica.

3. Psiquiatría

(1942) Introducción y apéndices a Psiquiatría, de J. Lange y A. Bostroem. Madrid/Barcelona, M. Servet.

(1946) "La evolución de la Psiquiatría desde 1924 a 1946. Historia de un libro". Prólogo a Nuevo tratado de enfermedades mentales, de R. Bordas y Jané. Barcelona. Científico-Médica.

(1955) "Concepción psicodinámica del manicomio". Prólogo a Manual práctico de Psiquiatría, de L. Minski. Barcelona, M. Usón.

(1960) "Fin y comienzo de instituciones". Prólogo a El fin de los manicomios, de H. Bazin. Barcelona, Scientia.

(1969) Prólogo a El caso Julia. Un estudio fenomenológico del delirio, de J. Obiols Vié. Barcelona, Aurora.

(1974) "¿Viaje a través de la locura o a través de la histeria? Introducción crítica a la praxis antipsiquiátrica". Prólogo a Viaje a través de la locura, de M. Barnes y J. Berke. Barcelona. Martínez Roca.

(1982) Prólogo a Almacén de razones perdidas. Historia del Manicomio de Santo Boi (1853-1945), de P. Antón Fructuoso. Barcelona, Científico-Médica.

4. Psicoterapia

(1928) Prólogo a Los métodos curativos psíquicos: suestió, hipnosis, psicología individual, psicagogia y psicoanálisis, de C. Birnbaum. Barcelona, Marín (II, III).

(1932) Prólogo a Psicogénesis y psicoterapia de los síntomas corporales de O. Schwarz (ed.). Barcelona, Labor (VII, IX).

(1950) "¿Psiquiatría para normales?" Estudio preliminar a El consejo psicológico en los momentos cruciales de la vida, de F. Künkel y R. Gardner. Barcelona, Miracle.

(1966) "Sobre el injustificado olvido de Fritz Küntel en la psicoterapia contemporánea". Estudio preliminar a Del yo al nosotros. Nuevas orientaciones de la psicoterapia dialéctica de F. Küntel. Barcelona, Miracle.

(1982) Prólogo a Sesión prologada. Una compresión espacio-temporal de la psicoterapia, de A. E. Fontana y J. A. Loschi. Barcelona, Gedisa.

5. Psicoanálisis

(1933) Prólogo a El psicoanálisis y la vida moderna de P. Federn y H. Meng. Barcelona, Miracle (VII-IX).

(1936) "Estudio preliminar sobre la evolución de las ideas de Jung". Estudio preliminar a El yo y el inconsciente, de C. G. Jung. Barcelona, Miracle

(1941) "Proceso de asimilación de la psicología individual en España". Estudio preliminar a El sentido de la vida, de A. Adler. Barcelona, Miracle.

(1946) "Positivismo y Romanticismo en la teoría de los sueños". Estudio preliminar a El lenguaje de los sueños, de E. Aeppli. Barcelona, Miracle.

(1951) "¡Freud redivivus! Diálogo con el fantasma de Sigmund Freud". Introducción a Freud, su vida y su mente, de H. W. Puner. Barcelona, Miracle.

(1958) "La medicina ante Heidegger". Estudio preliminar a Psicoanálisis y analítica existencia, de M. Boss. Barcelona, Científico-Médica.

(1964) "Freud y Jung. La atracción entre los contrarios". Estudio preliminar a la 2ª ed. De el yo y el inconsciente, de C. G. Jung. Barcelona, Miracle. [Reimprenta en 1972].

(1964) "Retorno de Adler". Estudio preliminar a el sentido de la vida, de A. Adler. Barcelona, Miracle.

6. Medicina antropológica/psicosomática

(1946) "Analogías en las ideas de José de Letamendi y Victor von Wizsaecker sobre antropología médica". Estudio preliminar a Problemas clínicos de medicina psicosomática, de V. Von Wizsaecker. Barcelona, Pubul.

(1946) "Prólogo de un médico para sacerdotes". Prólogo a Personalidad y enfermedad. Caracterología del hombre orgánicamente deficiente, de H. Fleckenstein. Barcelona. Barna.

(1956) "Weizsaecker en España". Estudio preliminar a El hombre enfermo. Una introducción a la antropología médica, de V. V Wizsaecker. Barcelona, Miracle.

(1961) Prólogo a El individuo enfermo. Curso de patología y terapéutica psicosomáticas, de A. Jores. Barcelona, Scientia.

7. Varia

(1942) "Combate preliminar entre el editor y el psicoanalista". Prólogo a Pugilato de preguntas, de J. Peñafiel. Barcelona, Scientia.

(1944) "Goethe entre españoles". Prólogo a Goethe: el hombre y su obra, de A. Bielschowsky. Barcelona, Scientia.

(1945) "Prólogo epistolar sobre los fundamentos de la grafología". Prólogo a Tratado de grafología: el conocimiento del carácter por la escritura, de Ytam-Vels. Barcelona, Vives.

(1946) "Renacimiento de Paracelso". Prólogo a Medicina y destino (A dónde va la medicina?, de B. Aschner. Barcelona. J. M. Massó.

(1949) "Diálogo sobre los fundamentos y los límites de la grafología". Prólogo a El Lenguaje de la escritura. Las bases cientoficas de la grafología, de A. Vels. Barcelona, Miracle.

(1962) "El moviment mundial de salud mental i la tiflologia". Prólogo a En el món dels invidents: introducció a la psicología i a la problemática dels cecs, de J. Gómez Ibars. Barcelona, R. Dalmau.

(1965) Estudio preliminar a El lenguaje del rostro. Una fisiognómica cientofica y su aplicación a la vida y al arte, de F. Lange. Barcelona, Miracle.

(1970) "Trilogía de la sexología española". Prólogo a Summa sexual, de J. K. E. Von Fritzlaer. Barcelona, El Mueble.

(1971) "La India de los yoghis, de A. Caycedo. Barcelona, Scientia.

(1975) "El puesto de España en la historia de la brujería. (antítesis entre Escocia y España)". Prólogo a la Historia de los demonios y de las brujas, de Sir Walter Scott. Barcelona, Glosa.

(1976) "Risa rabelesiana y risa cervantina". Prólogo a Patagruel, de F. Rabelais. Barcelona, Juventud.

(1978) "Apuntes para un anáisis del mito de Jonás". Epílogo a Jonás, de José Luis Mediavilla, Novela Premio Tigre Juan. Oviedo. 1978.

(1979) "Desde los ritos iniciáticos a los itinerarios psicológicos". Prefacio a Los peldaños rotos, de Piano. Barcelona, Departamento Piano de Psicología.

(1979) Prólogo a Historia del mundo insólito: magia, ritos, símbolos. Barcelona, Marín.

COLEGIO DE PSIQUIATRAS EMÉRITOS

El Colegio de Psiquiatras Émeritos se constituye como un grupo con entidad propia y especifica integrado dentro de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Está formado por médicos especialistas en Psiquiatría, que en razón de su edad, han cesado sus actividades en el sector público.

Fines:

1. Crear un ámbito de relación y estímulo entre sus miembros y facilitar la continuidad de su relación con sociedades y organizaciones científicas de la psiquiatría y la salud mental.
2. Posibilitar la aportación a la psiquiatría actual de la experiencia y conocimientos acumulados a través de los años por sus miembros.
3. Contribuir de manera activa a la incorporación a la historia de la psiquiatría española de las experiencias y testimonios de su participación directa o indirecta en su desarrollo, haciendo posible la transmisión generacional.

Actividades:

1. Organizar reuniones para intercambiar reflexiones, ideas o proyectos.
2. Organizar reuniones científicas (conferencias, foros de debate, intercambios generacionales, etc.) en diferentes ámbitos y contextos, especialmente en el de reuniones y congresos de las sociedades científicas psiquiátricas.

3. Promover publicaciones que posibiliten el cumplimiento de sus fines.
4. Promover la participación de sus miembros en cursos y seminarios de formación de nuevas generaciones.

Miembros:

1. Podrán ser miembros del Colegio, todos aquellos médicos psiquiatras que en razón de su edad hayan cesado en su participación en la actividad pública y que tengan interés en el desarrollo de sus fines.
2. Los miembros ingresaran previa solicitud, avalada por dos miembros y aprobada por la asamblea general del Colegio.
3. En el caso de que la asamblea lo considere oportuno y conveniente y a propuesta de al menos dos de sus miembros, se podrá invitar a adherirse al Colegio a otros profesionales que reúnan condiciones adecuadas.
4. La pérdida de la condición de miembro, se puede producir a petición propia, o por acciones que puedan dañar el buen nombre o imagen del Colegio.

Organización:

1. El Colegio estará regido por una Asamblea General, y dispondrá como órgano propio para el cumplimiento de sus fines, de una Comisión de Gestión.
2. La Asamblea General, será convocada por la Comisión de Gestión. Los acuerdos serán tomados por mayoría simple. La presencia de un miembro en la Asamblea, podrá delegarse en la persona de otro.
3. La Comisión de Gestión estará formada por cinco miembros y será elegida por la Asamblea General. Dicha Comisión ejercerá la representación del Colegio en la realización de las gestiones que se consideren pertinentes para el cumplimiento de sus fines y la realización de las actividades propuestas.

4. La Comisión de Gestión aprobada en la Asamblea General del Colegio celebrada en Madrid el 14 de Febrero de 2006 está constituida por:

   - D. Carlos Ballús Pascual
   - D. Antonio Colodrón Álvarez
   - D. Pedro Enrique Muñoz Rodríguez
   - D. Joaquín Santo Domingo Carrasco

Primer listado del Colegio de Psiquiatras Eméritos

Almansa Pastor, Fernando
Alonso Fernández, Francisco
Ayuso Gutiérrez, José Luis
Ballús Pascual, Carlos
Barcia Salorio, Demetrio
Bobadilla Pardos, adolfo
Calcedo Ordóñez, Alfredo
Carbonell Masiá, Carlos
Carrasco Gómez, Juan José
Cervera Enguix, Salvador
Claramunt López, Fernando
Díez Manrique, Juan Francisco
Escudero Pérez, Jose Antonio
Fernández Sandonís, Jesús
Freixa Sanfeliu, Fancesc
Gallart Capdevila, José María
Galván Fradejas, Joaquín
Gómez Lavín, Carmen
Gómez Beneyto, Manuel
González Monclús, Enrique
González-Quirós Corujo, Pedro
Gradillas Regodón, Vicente
Jimeno Valdés, Agustín
Labad Alquézar, Antonio
López Jimenez, Federico
Masana Ronquillo, Joan
Martínez Martínez, Mª Carmen

Mediavilla Ruiz, José Luis
Muñoz Rodríguez, Pedro Enrique
Noguera, Ramón
Oliveros Pérez, José Carlos
Peláez Lorenzo, Luis
Porta Biosca, Antonio
Rallo Romero, José
Rodríguez Lafora, Víctor
Rodríguez Sacristán, Jaime
Ruiz Mateos, Alfonso
Santodomingo Carrasco, Joaquín
Sarró Martín, Blanca
Soria Ruiz, José
Valenciano Clavel, Luis
Vaquero Cajal, Francisco
Yáñez Saez, Rosa

Habiéndose producido algunas bajas, bien por declinación personal o por defunción, queda en la actualidad pendiente la configuración del listado más reciente

Acta de la reunión de eméritos celebrada en Oviedo el día 2 de junio de 2018

Asistentes:

Dra. Carmen Gómez Lavín

Dra. Rosa Yáñez

Pofr. José Luis Ayuso Gutierrez

Dr. José Mª. Gallart Capdevila

Dr. Joaquín Galván

Dr. Vicente Gradillas Regodón

Dr. Antonio Labad

Dr. José Luis Mediavilla

Dr. Francisco Vaquero.

Se procedió a leer someramente las normas de funcionamiento del Colegio de Eméritos y de acuerdo con los estatutos, se procedió a completar la comisión de gestión que quedó constituida por el Dr. Pedro Enrique Muñoz y a fin de completar el número de cinco miembros, fueron elegidos los siguientes eméritos:

Prof. José Luis Ayuso

Dr. Antonio Labad

Dr. José Luis Mediavilla

Dr. Joaquín Galván.

Se procedió a establecer las actividades para el año en curso con asistencia al Congreso Nacional de Psiquiatría los días 18 a 20 de Octubre en el que el Dr. Mediavilla presentará el VIII tomo de ponencias del Colegio de Eméritos y el Dr. Galván el libro titulado La Leyenda Negra del Príncipe Carlos" en el que estudia la patología del personaje. Queda pendiente por haber sido propuesto con posterioridad el posible debate sobre los límites de la Psiquiatría y la Psicología.

Se fijó para el día 22 de febrero la reunión anual en Madrid del Colegio de eméritos, estableciéndose como temas a desarrollar por el Dr. Gallart unos comentarios sobre el tratado de hipocondría y la pasión histérica. El otro tema a tratar por el Dr. Mediavilla será "Reflexiones sobre la epidemiología actual de la enfermedad depresiva" y por el Dr. Galván, una colección de anécdotas de la práctica psiquiátrica.

Habiendo presentado la solicitud de ingreso en el colegio los Dres. D. Ricardo Crisóstomo y Dª. Dolores Crespo, los reunidos decidieron su admisión por unanimidad.

Sin haber otros asuntos que tratar, se levantó la sesión.

Oviedo 2 de junio de 2018

F E P S M
Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

Dr. D. José Mediavilla Ruiz

Madrid, a 8 de marzo de 2010

Querido amigo:

Un poco más tarde que el año pasado, a continuación va la información de las actividades del Colegio de Psiquiatras Eméritos de la FEPSM previstas para 2010.

También este año, y gracias a la actividad de Alfonso Ledesma, se va a celebrar en Salamanca el **IV Simposio sobre Pasado, Presente y Futuro de la Psiquiatría**, que se organiza con la colaboración de Janssen. La fecha fijada es 18 y 19 de junio: viernes tarde, llegada y cena; y sábado, sesión científica, con regreso por la tarde. La primera Mesa se dedicará a temas históricos y la segunda a Genética y Farmacogenética en Psiquiatría. La organización, por razones de viajes y alojamiento, necesita que comuniques tu propósito (deseablemente positivo) antes del 20 de marzo, bien por correo ordinario o bien por correo electrónico (colegioemeritos@fepsm.org).

Como en años anteriores, Julio Bobes organiza en Oviedo los días 5 y 6 de junio (viernes y sábado) la reunión **"Debates de Psiquiatría 2010"**, ofreciendo a los psiquiatras eméritos la posibilidad de alojamiento para la asistencia a la reunión, lo que no incluye el viaje, que debemos organizar individualmente. La agencia Viajes Halley (91 455 00 28) colabora en la reunión. Si deseas asistir a Oviedo, por favor, para más seguridad, comunícanoslo a colegioemeritos@fepsm.org, y también ponte en contacto con la Secretaría de la Reunión (985 10 35 53 y 985 10 35 52, psiovi@uniovi.es). En Oviedo, tendremos una reunión de eméritos.

El **XIV Congreso Nacional de Psiquiatría** tiene lugar este año en Barcelona, del 18 al 22 de octubre, presidido por Julio Vallejo. Como en años anteriores, el Colegio de Psiquiatras Eméritos presenta a la organización un Simposio sobre "Asistencia Psiquiátrica en España de 1950 a 2000". En principio, parece posible que la organización del Congreso pueda facilitar la asistencia de los psiquiatras eméritos en algún aspecto. También se proyecta tener una reunión nuestra en el curso del mismo.

Como siempre, con el deseo de encontrarnos en las actividades de las que te informamos, te enviamos un fuerte abrazo,

C. Ballús A. Colodrón A. Ledesma P.E. Muñoz J. SantoDomingo

C/ Arturo Soria, 311 - 1º B | 28033 Madrid | Tel. 913 834 145 | Fax 913 020 556

El presente libro constituye la DÉCIMA ENTREGA editorial en la que, como en las anteriores, se recogen los trabajos del Colegio de Psiquiatras Eméritos.

Relación de publicaciones bajo el título genérico de Conciencia Histórica de la Psiquiatría:

• PRIMERA ENTREGA

KRK. 2009. Oviedo

Coordinación e introdución:

Joaquín Santo Domingo Carrasco.

Ponencias:

- Amat Aguirre, E. "Medio siglo de psicopatología".
- Colodrón Álvarez, A. "Entre jueces y psiquiatras".
- Costa Molinari, J.M. "Santiago Monserrat Esteve y la psiquiatría cibernética".
- Díez Manrique, J.F. "Consideraciones sobre el delirio".
- Jimeno Valdés, A. "Presente y futuro de la psicopatología".
- Ledesma Jimeno, A. "Los procesos psicopatológicos del anciano a la luz de una nueva concepción del psiquismo".
- Mediavilla Ruiz, J.L. "Empirismo y lenguaje en psicopatología».
- Soria Ruiz, J. "Avatares de la psicopatología".
- Valenciano Clavel, L. "Neuropsiquiatría del pasado al futuro". Fundación Salud 2000.

• SEGUNDA ENTREGA

KRK. 2010. Oviedo

Coordinación:

Carlos Ballús Pascual.

"Psiquiatría Española de 1950 a 2000"

"Mente Humana y Física Cuántica"

Presentación:

Joaquín Santo Domingo Carrasco.

Mesa-Foro nº1:

- Ballús Pascual, C. "Psiquiatría y psicoterápia en Cataluña".
- Muñoz Rodríguez, P.E. "Cincuenta años de psiquiatría social en España".

- Gómez Lavín, C. "Trabajo social y salud mental; bosquejo histórico".

Mesa-Foro nº2: Mente Humana y Física Cuántica
- Martín Martín, J. Introducción
- Lapiedra, R. "Determinismo, respuestas fisiológicas y desigualdades de Bell: una respuesta genética de experimentación".
- Quintanilla Fisac, M.A. "Mente y realidad de la filosofía actual".
- Comentarios a "Las carencias de la realidad", de Ramón Lapiedra.
- Santos Corchero, E. "Relaciones entre mente humana y la física cuántica".
- Ledesma Jimeno, A. "Mente humana, conciencia humana y física cuántica".

• TERCERA ENTREGA

Coordinación:
Jimeno Valdés, A. y Mediavilla Ruiz, J.L.

Impr. Hifer Artes Gráficas.
Colegio Psiquiátras Eméritos. 2012. Oviedo.

- Jimeno Valdés A. Presentación
- Necrológica de Alfonso Matías Ledesma Jimeno.
- Ballús Pascual, C. Necrológica de José María Costa Molinari.

Ponencias:
- Ballús Pascual, C. "Aportación al desarrollo de la psicoterapia en Cataluña".
- Díez Manrique, J.F. "Formación en psicoterapia en la psiquiatría española (1950 -2000)".
- Costa Molinari J.M. "Antecedentes de la enseñanza universitaria de la psiquiatría en Cataluña".
- Bobadilla Pardos A. "Psiquiatría en Galicia en la primera mitad del siglo XX".
- Mediavilla Ruiz, J.L. "El controvertido rumbo de la asistencia psiquiátrica".
- Jimeno Valdés, A. "De asilado a paciente y de paciente a cliente: 60 años de experiencia en Alemania, Navarra, Galicia y Castilla y León".

- Gallart-Capdevilla, J.M. "La psiquiatría en Cataluña. 1950-2010".
- Muñoz Rodríguez, P.E. "La transición y reforma psiquiátrica".
- Jimeno Valdés, A. "D. José Mª Villacián Rebollo: semblanza y recuerdos".
- Rojo Sierra, M. "El profesor Ramón Sarró desde mi existencia».
- Carbonell Masiá, C. "Delirio y surrealismo".

• **CUARTA ENTREGA**

Coordinación:

Jimeno Valdés A., y Mediavilla Ruiz, J.L.

Ed. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
Impr. Hifer Artes Gráficas.
Colegio de Psiquiatras Eméritos. 2014. Oviedo.

I Congreso de Sevilla 2013 (ponencias):

- Galván Fradejas, J.E. "El PANAP. La OMS y las clasificaciones psiquiátricas en España".
- Almansa Pastor, F. "Historia de la psiquiatría en Málaga. Siglo XX».
- Moríñigo, A. "La influencia de la psiquiatría alemana en España, en la actualidad".
- Agustín Jimeno Valdés "La psiquiatría alemana en los años 60-70".
- Yañez Sáez, R. "Nosología y clasificación de la psiquiatría clínica en España. De 1950 hasta la actualidad, en el ámbito de un H. Clínico Universitario: HCSC. Madrid".
- Ballús Pascual, C. "Aportaciones de la influencia de la psiquiatría alemana en la psiquiatría catalana".
- Gradillas, V. "Psiquiatras malagueños del s. XX".
- Ayuso Gutierrez, J.L. "El papel de la psiquiatría de hospital general en la integración en la medicina".

Madrid. Octubre 2013, II
Sede Fundación de Psiquiatría y Salud Mental

"Cine y Psiquiatría"
Conde López, V. Introducción

Ponencias:

- Álvarez San Miguel, C. "La censura cinematográfica en España".
- Hernández Lahoz, C. "Neurología y séptimo arte».

- Mediavilla Ruiz, J.L. “La psiquiatría como espectáculo”.
- Galván Fradejas, J. “La prducción cinematográfica y su interrelación con la psiquiatría”.
- Gallart Capdevilla, J.M. “Cine y Psiquiatría”
- Matín Arias, L. “La psicosis según Hitchcock”.

• **QUINTA ENTREGA**
Fundación Benito Feijoo.
Colegio de Psiquiatras Eméritos.

Rodrigo González-Pinto López:
La renovación en la asistencia psiquiátrica en España.
Benito Menni y su primer médico alienista.

• **SEXTA ENTREGA**
Coordinación:
Jimeno Valdés A., y Mediavilla Ruis, J.L.

Ed. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
Impr. Hifer Artes Gráficas.
Colegio de Psiquiatras Eméritos. 2014. Oviedo.

Valentín Conde López. “Historia de la psiquiatría española actual. La conciencia histórica”.

María Inés López-Ibor. “Historia de la pisquiatria española: La angustia y ansiedad como vivencias básicas del ser humano”.

Agustín Jimeno Valdés. “La deconstruccion y reconstruccion de la psiquiatría (como ciencia y conocimiento)”.

Dr. D. Juan Francisco Díez Manrique. “Entender los nacionalismos”.

Vicente Gradillas. “Semiología del fenómeno psicopatológico (signo, síntoma y rasgo)”.

Pedro Quirós Corujo. “El concepto de degeneración y su repercusión médica y social”.

Dr. José Luis Mediavilla. “Jaspers Versus DSM 5. (Reivindicación de la psicopatologia)”.

Dr. José Mª Gallart Capdevila. "La psiquiatría y el cine. Historias de la psiquiatría y el cine".

- **SÉPTIMA ENTREGA**

Coordinación:
Fernández Sandonís, J. y Mediavilla Ruiz, J.L.

Ed. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
Impr. Hifer Artes Gráficas.
Colegio de Psiquiatras Eméritos. 2017. Oviedo.

Demetrio Barcia Salorio. "Mentalidad neurobiopatológica".

Fernando Claramunt López. "Años de especialidad. Primeros maestros".

Joaquín Galván Fradejas. "Revisión Histórica de las terapias psiquiátricas".

María del Carmen Martínez Martínez. "Psiquiatría y vida profesional".

Antonio Labad Alquézar. " Vivencias en torno a la nosología psiquiátrica en Cataluña desde 1950 hasta la actualidad".

Jesús Fernández Sandonís. "A propósito de la formación psicológica del médico".

Celso Iglesias García. "Valores humanos ¿factores de protección para la salud mental?".

José Luis Mediavilla Ruiz. "Franz Gall en el país de las maravillas".

- **OCTAVA ENTREGA**

Coordinación:
Barcia Salorio, D. y Mediavilla Ruiz, J.L.

Ed. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
Impr. Hifer Artes Gráficas.
Colegio de Psiquiatras Eméritos. 2018. Oviedo.

Julio Bobes García. "Introducción".

Demetrio Barcia Salorio. "Angustia y ansiedad".

Antonio Colodrón Álvarez. “La Psiquiatría en busca del tiempo perdido”.

Fernando Claramunt López. “Psicoterapia y problemas de la vida”.

Fernando Leal López. “Semiologíade la experiencia del Yo”.

Enrique Rojas Montes. “La mirada inteligente”.

José Giner Ubago y Lucas Giner. “ Las clasificaciones en psiquiatria: Entre las necesidades científicas y las sociales.

Juan Francisco Díez Manrique. “Espiritualidad y religiosidad”.

Jesús Fernández Sandonís. “A propósito de la utilización de la TEC”.

José Luis Mediavilla Ruiz. “El magisterio de Carlos Ruiz Ogara. Su proyecto docente de psicoterapia”.

NOVENA ENTREGA

Coordinación:
Gutiérrez Fraile, M. y Mediavilla Ruiz, J. L.

Miguel Gutiérrez Fraile. “Introducción”.

Jose Guimón Ugartechea (“In Memoriam”). “Religión y Psicoanálisis: de la sociogénesis al condicionamiento biológico”.

Pierre Pichot. “El futuro de la psiquiatría: cuestiones básicas. La psiquiatría actual”.

Jean Garrabé. “La herencia de las ideas en psiquiatría”.

Demetrio Barcia Salorio (“In Memoriam”). “Timopatía Ansiosa de López Ibor”.

Renato Alarcón. “Psiquiatría latinoamericana; ¿Quo vadis hoy?”.

Luis Ylla Segura. “El futuro de la psicoterapia grupal en el devenir de la psiquiatría”.

José Luis Ayuso Gutiérrez. “Tristeza o depresión: reflexiones sobre una nueva epidemia”.

José Luis Mediavilla. “Los difusos márgenes de la neurociencia”.

Joaquin E. Galvan Fradejas. "Interrelaciones de las profesiones sanitarias en psiquiatría".

Fernando Claramunt. "Estudios en París, Saint Anne, La Salpetrière y Montparnasse".

Jesús Fernández Sandonís, José Luis Pérez Cid. "Nuestra estancia en Bel-Air (Ginebra). En agradecido recuerdo de los profesores Julian Ajuriaguerra y José Guimón".

Antonio Labad. "Experiencias vividas de naturaleza ética por estudiantes de 5º de Medicina en sus diversas prácticas clínicas. Otros proyectos en marcha".

DÉCIMA ENTREGA

Coordinación:
Fernández Sandonís, J. y Mediavilla Ruiz, J. L.

Rodrigo González-Pinto López

Julio Bobes García

Pedro González-Quirós Corujo (Necrológica)

Antonio Labad: "Una vida dedicada a la Psiquiatría a través del H.U. Institut Pere Mata. Algunas de mis vivencias en 55 años".

Jesús Fernández Sandonís, Guillemo Martín Sappia: "Ergoterapia proyectiva con marionetas".

Joaquín E. Galván Fradejas: "Salud mental y sufrimiento".

José Manuel González Infante: "Agresividad y violencia".

José Luis Mediavilla Ruiz: "Ontoanálisis de Sarró".

José Martín Amenabar: "Anexo: Obra prologal dispersa de R. Sarró".