

He aquí la antología de las mejores ideas que fluyeron durante el 7º congreso internacional del GLADET y que enriquecieron el diálogo intenso allí sostenido entre los distinguidos participantes. Con esta nueva contribución nuestra asociación sigue marcando el rumbo de la psiquiatría cultural en América Latina y pone a su disposición, amable lector, este intercambio académico-científico de altos vuelos.

Participaron conferencistas de Francia, México, Colombia, Estados Unidos, Perú, Uruguay, Argentina, España, Chile y Venezuela con temas variados, pero siempre en el tema central del congreso. No es posible, en este breve comentario, una descripción pormenorizada de cada una de las ponencias. Sin embargo, como impresión general, podemos señalar que las ponencias llegadas de Francia, tienen el denominador común de la reflexión profunda, manteniendo la tradición gala de la clínica y con la influencia determinante del psicoanálisis freudiano y lacaniano. Un humanismo que se distingue del pragmatismo predominante en la psiquiatría de nuestro tiempo. En los colegas mexicanos se percibe una intención de interrogar las neurociencias desde las humanidades. Los trabajos presentados por venezolanos y argentinos contienen un llamado a pensar la psiquiatría desde la historia y la reflexión filosófica...



Editorial Página Seis

SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO
coordinador

DE LA PSIQUIATRÍA CLÁSICA A LA DE
VANGUARDIA EN LA ALDEA GLOBAL



DE LA PSIQUIATRÍA CLÁSICA A LA DE VANGUARDIA EN LA ALDEA GLOBAL

Sergio Javier Villaseñor Bayardo
coordinador



Editorial Página Seis

DE LA PSIQUIATRÍA
CLÁSICA A LA DE
VANGUARDIA EN LA
ALDEA GLOBAL

Sergio Javier Villaseñor Bayardo
coordinador

Editorial Página Seis

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Departamento de Clínicas Médicas
Academia de Neurología y Psiquiatría

El libro se editó gracias a los recursos del PROSNI 2023.

Primera edición, 2023

D.R. © Sergio Javier Villaseñor Bayardo

ISBN 978-607-8920-11-2

Editorial Página Seis, S.A. de C.V.
Teotihuacan 345, Ciudad del Sol,
CP 45050, Zapopan, Jalisco
Tels. 33 3657 3786 y 33 3657 5045
www.pagina6.com.mx • p6@pagina6.com.mx

Ilustración de cubierta: ParinApril (Adobe Stock).

Editorial Página Seis, S.A. de C.V. está incluida en el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (Reniecyt) del Conacyt con el número 1800885.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, traducida, almacenada o transmitida de forma alguna, ni por ningún medio, ya sea electrónico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo de los editores.

Impreso y hecho en México / Printed and made in Mexico

ÍNDICE

Presentación	13
CARLOS ROJAS MALPICA SERGIO VILLASEÑOR BAYARDO	
Introducción	17
SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO	
El carácter de la persona: construcción del sujeto por <i>sus</i> actos	29
HUMBERTO CASAROTTI	
El idealismo alemán y la psiquiatría	51
CARLOS ROJAS MALPICA	
¿Qué estructura del discurso de la psiquiatría para garantizar la libertad del hombre? Metáfora y psicosis	69
PATRICE BELZEAUX	
Regreso al futuro: ¿Ey, <i>Naturphilosophe</i>?	79
EDUARDO MAHIEU	
De la ansiedad mórbida a la angustia	105
JEAN-LOUIS CHASSAING	

Una extensión transcultural posible de la noción de «patología de la libertad» en psiquiatría	111
MARTÍN RECA	
El grupo Gharma en Jalisco	119
SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO ERICK PÁNUCO TOPETE AMY SHADAI SIALTHIEL HERRERA SÁNCHEZ	
¿Qué se entiende por recuperación de la dependencia del alcohol? El programa Ayúdate-Ayúdanos del Hospital Universitario 12 de Octubre como modelo de recuperación	135
GABRIEL RUBIO VALLADOLID FRANCISCO ARIAS HORCAJADAS ROSA JURADO BARBA	
Sistemas diagnósticos en la psiquiatría contemporánea: perspectivas culturales	165
RENATO D. ALARCÓN	
Melancolía: genio y locura a través de la pintura. Parte II	187
SERGIO JAVIER VILLASEÑOR BAYARDO	
Lecciones clínicas de la psiquiatría clásica	201
DOMINIQUE WINTREBERT	
Uso racional de la teleconsulta en intervenciones en salud mental con uso de TICs en Argentina: resultados en contexto de pandemia covid-19	211
JULIA MARTÍN CRISTIAN GIL MARIÑO	

Necesidad actual de una hipótesis médico-psiquiátrica como la de Henri Ey	219
HUMBERTO CASAROTTI ROBERT M. PALEM	
De la transición a la destransición: desafíos para la salud mental en nuestra cultura	241
JUAN MAASS VIVANCO JOSEFINA CÁCERES CORTES	
La psiquiatría entre la emancipación del sujeto y la psicologización de las relaciones sociales de dominación: el ejemplo del psicoanálisis	251
DANIEL DELANOË	
¿De qué sirve a los psiquiatras conocer la historia de la psiquiatría?	261
JUAN CARLOS STAGNARO	
Historia del suicidio: un punto de partida. Consideraciones sobre <i>El diálogo de un desesperado con su Ba</i>	275
MIGUEL ÁNGEL DE LIMA	

A la memoria de mis queridos maestros
y amigos entrañables: Jean Garrabé de Lara
(1931-2020); Yves Thoret (1938-2020) y
Francisco Alonso Fernández (1924-2020).

A mi esposa María Dolores Villa Castellanos.

A mis hijos: Verónica, Sergio Miguel,
Eunice Anais y Santiago Javier.

A todos los coautores de esta obra.

A los miembros del GLADET y de la COFALP.

PRESENTACIÓN

Carlos Rojas Malpica¹
Sergio Villaseñor Bayardo²

Del 7 al 8 de julio de 2022 tuvo lugar en Guadalajara el VII Congreso Internacional GLADET. Fue un encuentro denso y placentero que trató un tema central apasionante y fundamental en la estructura epistemológica del saber psiquiátrico, que motivó profundos aportes de los ponentes. No vamos a presentar una conclusión, pero al final hubo la placentera sensación del cansancio plácido a que da lugar el trabajo intelectual novedoso, arduo y fructífero. La atmósfera del evento fue fraternal y poética, algo poco frecuente en un evento científico, lo que da cuenta de un trabajo colectivo desarrollado en un lenguaje creativo y de alto nivel intelectual, que logró cautivar la atención de los participantes.

El acto inaugural fue presidido por autoridades del Gobierno de Jalisco, de la Universidad de Guadalajara y de la Universidad Complutense de Madrid, junto a directivos de GLADET, COFALP, APAL y CREHEY & APFHEY. Debemos destacar el brillante y acertado papel del profesor Sergio Javier Villaseñor como presidente ejecutivo y de la Academia de Neurología y Psiquiatría del Departamento de Clínicas Médicas del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara en la organización y concepción del evento. El presidente honorario del VII Congreso Internacional GLADET fue el profesor Humberto Casarotti, distinguido psiquiatra uruguayo, quien también presentó un emotivo saludo a los participantes. El lenguaje de los dioses ancestrales del panteón azteca no estuvo ausente en la hermosa tierra tapatía. Tláloc, el dios azteca

¹ Presidente de GLADET.

² Presidente Ejecutivo del Congreso.

de las lluvias, ofreció a los participantes una conmovedora tempestad que cubrió de granizo la calzada.

Participaron conferencistas de Francia, México, Colombia, Estados Unidos, Perú, Uruguay, Argentina, España, Chile y Venezuela con temas variados, pero siempre en el tema central del congreso. No es posible, en este breve comentario, una descripción pormenorizada de cada una de las ponencias. Las conferencias seleccionadas están disponibles en este volumen que el profesor Sergio Villaseñor logró compendiar del evento. Sin embargo, como impresión general, podemos señalar que las ponencias llegadas de Francia, tienen el denominador común de la reflexión profunda, manteniendo la tradición gala de la clínica y con la influencia determinante del psicoanálisis freudiano y lacaniano. Un humanismo que se distingue del pragmatismo predominante en la psiquiatría de nuestro tiempo. En los colegas mexicanos se percibe una intención de interrogar las neurociencias desde las humanidades. Un esfuerzo valioso y ejemplar que seguramente llegará a las aulas de las universidades mexicanas y latinoamericanas a través de los congresos y textos de la especialidad. Los trabajos presentados por venezolanos y argentinos contienen un llamado a pensar la psiquiatría desde la historia y la reflexión filosófica. El aporte de la psiquiatría norteamericana es fundamental para comprender las sucesivas revisiones de los DSM(s), y especialmente del DSM-5, último manual de la APA, porque tiene una influencia enorme en la investigación que se publique en los próximos años, pero también en la acogida que se dispense a la CIE-11 de la OMS. La influencia del Estado Benefactor Europeo es muy relevante en el modelo asistencial español que nos fue presentado, que sin ninguna duda también influye en la concepción de la psiquiatría como saber integrado en la estructura sanitaria que se enseña en la universidad española.

Un espacio del evento fue dedicado a reconocer personalidades de la psiquiatría hispanoamericana. El Dr. Juan Carlos Stagnaro entregó la Condecoración Dr. Honorio Delgado al profesor Humberto Casarotti. La Condecoración Profesor Jean Garrabé de Lara fue entregada al profesor Héctor Pérez-Rincón y la Orden José Luis Patiño Rojas a la joven colega Claudia Castellanos Molina. Además, hubo lugar para celebrar las novedades editoriales de nuestros agremiados. Fueron presentados *Humanidades y neurociencias. Un nuevo paradigma*, donde se recogen los trabajos presentados

en el VI Congreso Internacional GLADET, *Declaratoria de Guadalajara. Ciencia y humanismo con la migración latinoamericana*», *Fundamentos de la Psiquiatría* de los profesores Gabriel Rubio y Sergio Villaseñor Bayardo, *El Grupo Gharma y los precursores de la psiquiatría en Jalisco*, también del Dr. Villaseñor Bayardo.

Deliberadamente hemos evitado mencionar o comentar a conferencistas porque sería inelegante obviar uno solo de ellos. Sin embargo, haremos una justificada excepción con el Dr. Humberto Casarotti por ser el presidente honorario del Congreso. Su conferencia inaugural «El carácter de la persona: construcción del sujeto por sus actos» y la presentada conjuntamente con el Dr. Palem, «Necesidad actual de una hipótesis médico-psiquiátrica como la Henri Ey», fueron de una vigencia y pertinencia indiscutibles. La hipótesis órgano-dinámica del gran maestro de la psiquiatría francesa y sus desarrollos teóricos podría dar acogida, orden y coherencia a muchos descubrimientos de las neurociencias y del debate clínico contemporáneo. Sin duda, es uno de los aportes fundamentales del VII Congreso Internacional GLADET.

Más que una conclusión, se nos ocurre proponer dar continuidad a un debate que promete enriquecer la teoría y la práctica de una psiquiatría de profundo compromiso existencial. Queda en la atmósfera un perfume, algo que se respira y llega a las entrañas, que no puede ser descrito en el lenguaje exacto de las ciencias ni en el rigor de la investigación filosófica, pero que, a falta de una elocuencia superior, nos atrevemos a calificar de saber, confraternidad y poesía.

Julio de 2022

INTRODUCCIÓN

Sergio Javier Villaseñor Bayardo¹

Con estos textos selectos continuamos la tradición de las publicaciones de excelencia del GLADET. En esta obra hemos considerado los siguientes trabajos.

Del Prof. Humberto Casarotti la conferencia inaugural intitulada: «El carácter de la persona. Construcción del sujeto por *sus* actos». Casarotti nos explica cómo se construye el carácter y cuál es su patología específica. Diferencia el «carácter moral» de una persona de su «carácter psíquico». El carácter psíquico es la etapa final del desarrollo donde la persona *marca* con *sus* valores su organización mental. El carácter, madurando el desarrollo mental previo, es la condición de posibilidad del existir moral del hombre. El sujeto con cada «yo quiero» de la «historia circular» de sus actos voluntarios incorpora en su organización aquello que elige porque lo valora.

En ese proceso se vuelve autónomo porque incorporando *sus* valores, introduce en su naturaleza la libertad de *sus* normas. En cambio quien padece un trastorno de personalidad antisocial no puede desarrollar la «historia circular» que caracteriza a la construcción del carácter.

Casarotti cita a J. H. Jackson quien decía que «el pensamiento es el sueño de la acción» y a Ey que describe la clínica de la perversidad patológica señalando centralmente: su núcleo caracterial perverso expresado en su modo maligno de vivir «en contra», su desequilibrio tímico y su retardo afectivo siempre reivindicante, su apatencia toxicomaniáca que constituye, «un suicidio permanente». En sus conclusiones, Casarotti también

¹ Secretario General del GLADET. Universidad de Guadalajara. Departamento de Clínicas Médicas. Academia de Neurología y Psiquiatría.

explica que la psiquiatría actual no puede modificar la conducta del trastorno antisocial, ni farmacológica ni psicoterapéuticamente.

El presidente del GLADET nos regala una disertación brillante sobre el idealismo alemán y la psiquiatría. Dice el Prof. Rojas Malpica: «Está perfectamente justificado, que en el marco del VII Congreso Internacional GLADET, que tiene por tema central el estudio de la psiquiatría clásica y su vigencia en la vanguardia del pensamiento psiquiátrico contemporáneo, se debata la importancia que ha tenido el denominado «idealismo alemán» en la conformación del corpus teórico de la psiquiatría que llega hasta nuestros días». Filósofos alemanes, herederos de ese grupo de pensadores son Edmund Husserl (1859-1938), Martin Heidegger (1889-1976), Karl Jasper (1883-1969) y Hans-Georg Gadamer (1900-2002). Rojas presenta algunas huellas de ese elenco de pensadores en la psiquiatría contemporánea. Su conclusión sobre el tema es provisional y no pasa del esbozo teórico. Destaca la importancia de la fenomenología en la construcción del conocimiento psicopatológico, de la analítica existencial como procedimiento para comprender con profundidad y hondura el proceso sano y morbo en la clínica psiquiátrica, así como la propuesta de la neurofenomenología para aproximar y hacer puente entre los hallazgos en primera persona de la fenomenología con la lectura en tercera persona de las neurociencias, con lo cual, no queda duda del aporte del idealismo alemán en la psiquiatría contemporánea.

El Dr. Patrice Belzeaux, presidente del CREHEY (Cercle de Recherche et d'édition Henri Ey) y secretario de la APFHEY (Association pour la Fondation Henry Ey) coordinó el simposium «La psiquiatría clásica de Henry Ey» y dictó la conferencia titulada: «¿Qué estructura del discurso de la psiquiatría para garantizar la libertad del hombre? Metáfora y psicosis», con la que nos ilustró detalladamente sobre la obra del maestro clínico y epistemólogo Ey. Rescata la importancia de un signo clínico de las psicosis que había sido descuidado por autores clásicos como Bleuler, Clérambault y Schneider, pero que bien señalan Minkowski y el mismo Ey por supuesto: este signo no se expresa con una única palabra, e impone a su vez una metáfora para hablar de las transformaciones que ésta misma sufre; por lo tanto, se hablará de «solidificación de la metáfora», de «toma al pie de la letra» por el psicótico, paralizando el libre deslizamiento

de los significados y sus resonancias profundas. El psiquiatra lo percibe como una *sorpresa* y una extrañeza en el discurso del paciente. También se le llama: un «evento del discurso», es decir las representaciones de palabras son tratadas por el psicótico como representaciones de las cosas. Es la «simbolización de lo vivido» como carácter fenomenológico particular del momento psicótico.

Para el psicótico el pensamiento se espacializó, se localizó, se ‘geometrizó’ y al hacerlo, al objetivarse, la asociación de ideas, que es la actividad normal del pensamiento, se ha realmente enredado en un engranaje, una mecánica, de modo que se convirtió en un autómatas, siendo un títere, una marioneta movida por los hilos del Otro.

El segundo ponente del simposium nos escribe así: «Regreso al futuro: ¿Ey, *Naturphilosophie*?» Eduardo Mahieu aborda este delicado tema con un amplio desarrollo. Propone la idea de confrontar ciertas nociones de Henri Ey con la *Naturphilosophie* y particularmente con el sabio y poeta alemán Johann Wolfgang von Goethe, intuyendo afinidades electivas.

Mahieu nos recuerda las palabras de Ey: «La historia de la interferencia de la Filosofía alemana de la Naturaleza (Schelling, Göethe) y de lo que se llama la escuela psiquista da cuenta del hecho que sean los países de lengua alemana quienes hayan constituido la cuna de lo que se llama la *Psiquiatría psico-dinámica...*».

Por vocación, la *Naturphilosophie* se propone ejercer una oposición férrea a la filosofía mecanicista en beneficio de un espíritu dinamista, algunas veces llamada «filosofía dinámica» y hasta «filosofía química».

Henri Ey publica en 1950 su Estudio Nº 19 sobre «La Megalomanía». Allí inicia un abordaje psicopatológico de los «temas delirantes» por polaridades que no abandona más. «A esta dualidad fundamental de nuestras aspiraciones le corresponde el binomio delirante fundamental: autoacusación-megalomanía...»

Señala Mahieu: Los análisis más profundos de la Psiquiatría contemporánea se juntan con las primeras intuiciones de los grandes autores clásicos consagrando el fondo existencial común de la alienación en tanto que se manifiesta en la clínica evolucionando como una tragedia de la existencia en una perpetua oscilación entre la persecución y la megalomanía.

Y continua: La idea de «complicidad ontológica» no es la de Ey. Al contrario, sabemos que inversamente, su «patología de la libertad», la cual designa el hecho psiquiátrico, adviene justamente por una contingencia supuesta que provoca «una alteración de la *organización* del hombre, correspondiendo a la *patología* de su *cuerpo psíquico*».

De la ansiedad mórbida a la angustia es el tema expuesto por Jean Louis Chassaing.

Explica Chassaing: existe una distinción entre lo médico y lo psiquiátrico y cita a Henri Ey: «si la psiquiatría es solo medicina desaparecerá como psiquiatría».

Retoma el famoso Estudio Nº 15, donde Ey distingue la manifestación emocional de la angustia y la espera del peligro inminente de la ansiedad. Insiste en que se trata de un afecto: «la ansiedad (o si queremos la angustia) es, pues, un «estado afectivo». Mientras que la ansiedad mórbida «lejos de constituir un síntoma o un síndrome bien delimitado, entra [...] en la estructura misma de todos los estados psicopatológicos y les da uno de los más específicos reflejos del alma humana, la inquietud y el miedo».

Propone, finalmente, reavivar la escucha atenta de la palabra y del lenguaje de los pacientes.

Este simposium del CREHEY culmina con el texto de Martín Reca titulado: «Una extensión transcultural posible de la noción de “patología de la libertad” en psiquiatría».

El Dr. Reca recalca que para Ey la especificidad epistemológica y ética de la psiquiatría resulta de que la enfermedad mental constituye, para el sujeto concernido, una «patología de la libertad». La consciencia, diluida o atenuada por la enfermedad, se ve obstaculizada «en su trabajo» de traducción tanto del mundo interno como del mundo externo, limitando de ésta manera, en mayor o menor medida, el ejercicio de la libertad (tanto del pensamiento, de los afectos como del obrar). La locura es pues ante todo una «patología de la libertad».

La *cuestión* de la libertad atañe de igual manera al psiquiatra a cargo de la persona enferma. Efectivamente, el psiquiatra está concernido por los implícitos culturales e ideológicos que lo atraviesan y también por su propia psicopatología privada. La locura del enfermo, su patología de la liber-

tad resulta así íntimamente ligada a la «patología de la libertad» de su médico. No hay *porvenir* y por ello Reca da un paso más allá considerando los términos de Devereux y de teóricos transculturalistas del «encuentro», el trabajo de *devenir* se ve ampliado aún de un imprevisto pero esperado *advenir*. ¿De qué? De un espacio co-pensante (inédito para ambos actores del encuentro), el espacio permitido por el encuentro mismo, claro, pero que contiene en su dispositivo *complementarista* lo radicalmente otro. La irreductible alteridad.

El que esto escribe, junto con dos distinguidos alumnos, Erick Pánuco Topete y Amy Shadai Herrera Sánchez, rescatan las raíces históricas de la psiquiatría en Jalisco con unos apuntes biográficos de los fundadores del grupo GHARMA, pioneros de la clínica, la docencia y la investigación psiquiátrica en México.

La década de los años cincuenta del siglo pasado fue de particular efervescencia en el área de la psiquiatría. Notables líderes de la psiquiatría, tanto académicos como políticos, eran la nota cultural en los periódicos de la ciudad. A nivel internacional, esta época concuerda con la 3ª gran revolución de la psiquiatría: el advenimiento de los psicotrópicos. La clorpromazina debuta de manera estrepitosa, en Sainte Anne, bajo la batuta de los profesores Delay y Deniker. De allí se disemina su uso por todo el mundo. Los cimientos psicoanalíticos se someten a las violentas sacudidas que la psiquiatría organicista le propina.

La palabra GHARMA se deriva de un peculiar acomodo de las iniciales de los apellidos de estos precursores: Enrique García Ruiz, líder político del grupo y grado 33 de la Logia Masónica; Arturo Hernández Aguilera, líder intelectual, presidente del Partido Comunista en Guadalajara, editor de la revista GHARMA; Héctor Manuel García Alvarez; Enrique Estrada Faudón; Ángel Urrutia Tazzer; David Arias y Arias y la psicóloga Josefina Michel Mercado.

En este trabajo se mencionan algunas anécdotas interesantes, por ejemplo, la respuesta del Dr. Hernández Aguilera en una entrevista cuando se le preguntó: ¿Qué se puede hacer con las víctimas de las drogas? Él respondió como un visionario: «El psiquiatra mantiene una actitud distinta frente a ellos. Para el psiquiatra ellos no son buenos ni malos; son enfermos, hace suya la tarea de curarlos». Este mismo médico se sometió voluntaria-

mente a la aplicación de electrochoques para saber qué sentían los pacientes. Su hija Jazmin mencionaba: «Criticado como un loco, pero quizás el más cuerdo de los que le sobrevivimos; siempre adelantado a su tiempo, que era lo que el común de la gente no entendíamos y no entenderemos».

El Dr. Estrada Faudón, participó voluntariamente en un experimento con LSD y sufrió las consecuencias de un viaje terrible y prolongado, «poseído por la angustia del ser al no ser, del existir al no existir, dudando si él ya no era él encontrándose en una fase de desdoblamiento de la personalidad, en la cual tenía la convicción de que existiesen dos de él mismo. Perdiendo totalmente la noción del tiempo y del espacio. Posteriormente experimentó ideas delirantes místico religiosas, así como persecutorias y de daño...»

De la Universidad Complutense de Madrid y del hospital universitario 12 de Octubre se presenta el programa: «Ayúdate-Ayúdanos» como modelo de recuperación de la dependencia del alcohol. Programa coordinado por los doctores Gabriel Rubio Valladolid, Francisco Arias Horcajadas y Rosa Jurado Barba.

Muestran una encuesta de Kaskutas de la que se extrajeron cuatro factores de programas terapéuticos: *abstinencia*, *elementos imprescindibles* (ser honesto consigo mismo, manejar emociones negativas sin recurrir al uso de drogas, ser capaz de disfrutar de la vida sin consumir sustancias de abuso), *maduración personal* (crecimiento y desarrollo personal, reacciones a los vaivenes de la vida sin utilizar las drogas, asumir responsabilidades) y *espiritualidad*.

Abordan el problema del mantenimiento de la abstinencia y posteriormente la recuperación de los daños cerebrales objetivados mediante técnicas de neuroimagen, después se muestran los resultados de las tres dimensiones propuestas internacionalmente en la «*Addictions neuroclinical assessment*» (funciones ejecutivas, emocionalidad negativa y la motivación incentivada). Se incluyen los elementos relacionados con los valores adquiridos durante la recuperación como el propósito de vida y la espiritualidad.

Las llamadas emociones negativas, especialmente la ansiedad y la depresión, juegan un doble papel en la adicción al alcohol. Inicialmente, los sujetos pueden recurrir al uso del alcohol para aliviar su intensidad.

Rubio *et al.* explican con detalle el programa de tratamiento del hospital universitario 12 de Octubre: «El Proyecto “Ayúdate-Ayúdanos” ha conseguido poner el foco de la atención en la continuidad de cuidados y sus resultados han demostrado la eficacia y la eficiencia de sus intervenciones asistenciales. Su modelo establece tres fases de recuperación: conductual, emocional y la recuperación de valores, que se alinea con otros modelos de recuperación.»

Otra de las conferencias destacadas fue la de Renato D. Alarcón hablando de «Los sistemas diagnósticos en la psiquiatría contemporánea: perspectivas culturales».

En el laberinto de la llamada «aldea global» y sus componentes psiquiátricos, el diagnóstico ha venido adquiriendo prominencia, no solo debido a necesidades clínico-administrativas universales sino por requerimientos de orden y sistematización en el estudio, la investigación y la implementación de una nosología aceptable.

Renato Alarcón señala que debe aceptarse la vigencia de vínculos entre cultura y diagnóstico psiquiátrico con el reconocimiento explícito de la ubicuidad de aquélla en el contexto del proceso de globalización, la comprobación de que muchos problemas sobrepasan la pura clínica hasta hacerse sistémicos residiendo tanto en transacciones interpersonales como en escenarios sociales de magnitud variada. La naturaleza a la vez objetiva e inter-subjetiva del encuentro clínico tiene a la cultura como matriz social y la presencia y aceptación de factores culturales por parte de las nomenclaturas existentes, es cada vez más evidente.

«El objetivo fundamental de esta revisión ha sido el de remarcar la crucial importancia del componente cultural en todo tipo o sistema de evaluación nosológico-diagnóstica o encuentro clínico a nivel global. La crítica importancia de inquirir, explorar, identificar y asignar una válida perspectiva contextual o eco-social a todo tipo de trastorno mental requiere el conocimiento claro de los conceptos y

variables culturales y de sus diversos roles: etio-patogénico, clínico, diagnóstico, terapéutico, promocional y preventivo.»

Concluye Alarcón escribiendo: La investigación colaborativa internacional en países, regiones, continentes y a nivel mundial, sobre sistemas diagnósticos existentes o en preparación, debe forzar su apertura al estudio e inclusión de factores culturales y de sus cambiantes configuraciones, en búsqueda de totalidad e integración. Esta necesidad es particularmente imperiosa en América Latina, el «continente de la esperanza», fuente de múltiples culturas que, conformando comunidades variadas, ha creado una milenaria y singular historia y una psiquiatría de gran valor en constante búsqueda de visibilidad y reconocimiento justiciero.

Villaseñor Bayardo nos regala la segunda parte de su conferencia: «La melancolía: genio y locura a través de la pintura». Placentero viaje entre imágenes pictóricas históricas y su descripción cultural ligada a la clínica. La primera parte la terminó explicando tres estampas magistrales de Durero. El autor retoma tales estampas y sigue la travesía en base a las referencias de Jean Clair, Francisco Alonso Fernández y W. Bosing.

El viaje nos transporta por las obras de Mariano di Vanni Filipepi (Sandro Botticelli), Lucas Cranach el Viejo, Avicena, Pico della Mirandola, Aristóteles, Pinel, Morel, Devereux, la melancolía isabelina, Thomas D'Urfey, Huarte de San Juan, Pascal de la Court, Jacques Ferrand, Robert Burton, Jacob II de Gheyn, Giorgio da Castelfranco, Nicholas Hilliard y Jost Amman.

Sobre las Lecciones clínicas de la psiquiatría clásica escribe Dominique Wintrebert: «La lucha de la Ilustración a lo largo del siglo XVIII contra todas las formas de opresión religiosa o política tendrá un profundo impacto en la acogida y atención a los alienados». Prosigue con los ilustres Pinel, Reil, Tuke y Chiarugi y sus aportaciones al cuidado de los enfermos mentales. Retomaré solo tres frases destacadas del trabajo de Wintrebert:

- a. Pinel le pidió al alienista que su contratransferencia no contara para nada en la conducción de la atención.

- b. Imaginamos a Johann Christian Reil como músico. Tituló su obra «Rapsodias...» y para él las enfermedades del alma son «composiciones».
- c. Lasègue identificará varios cuadros clínicos, iluminando brillantemente y en varias áreas la constitución del conocimiento psiquiátrico.

Desde Argentina, Julia Martín & Cristian Gil Mariño nos comparten su experiencia sobre el «Uso racional de la teleconsulta en intervenciones en Salud Mental con uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs): resultados en contexto de pandemia covid-19».

Martín y Mariño presentan los resultados de la evaluación de intervenciones de salud mental realizadas con TICs. Dicha evaluación se centra en delimitar la efectividad de una intervención realizada sobre personal de salud de primera línea de acción en contexto covid-19 de una localidad del área metropolitana bonaerense, epicentro de la crisis sanitaria, y otra centrada en dispositivos para adultos mayores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ambas experiencias en Argentina.

Concluyen que la efectividad de la intervención se caracterizó por incidir en un reposicionamiento del personal de salud respecto al contexto, la tarea y los lazos laborales.

El uso de TICs posibilitó el acceso a la atención de salud mental en pandemia y generó la sensación de una contención continua por la naturaleza misma de tales tecnologías -posibilidad de inmediatez en la respuesta, plasticidad sobre el encuadre-, lo que reforzó el factor protector de la red socioafectiva.

El presidente honorario del congreso, Dr. Humberto Casarotti, y Robert M. Palem presentan: «Necesidad actual de una hipótesis médico-psiquiátrica como la de Henry Ey» para contrarrestar las actuales interpretaciones culturales de las enfermedades mentales. Con ese objetivo, presentando el libro póstumo de Ey, *Defensa e ilustración de la psiquiatría*, se desarrollan dos puntos. Primero, se muestra que el hecho de sostener que las enfermedades mentales no son fenómenos naturales de desorganización del «cuerpo psíquico», sino fenómenos sociales («ilusión culturalista»), que es parte del pensar post-moderno y post-estructuralista) ha determinado formas de mala psiquiatría. Segundo, se analiza por qué su

hipótesis psiquiátrica (derivada de los hechos, coherente y heurística) permite fundamentar una psiquiatría verdadera.

La hipótesis de Ey se ha vuelto una necesidad impostergable por la riqueza semiológica y psicopatológica de su obra. La psiquiatría que en su evolución durante la segunda mitad del siglo XIX recuperó la necesidad del diagnóstico y de la clasificación de los diferentes síndromes, ha sufrido un empobrecimiento en su saber psicopatológico y en los modos de aproximación semiológica.

Este análisis Ey lo adelantó cuando en 1977 escribió el libro publicado póstumamente: *Defensa e ilustración de la psiquiatría*. Es un testamento que en ochenta páginas resume lo central de lo que, de modo sistemático, desarrolló durante sesenta años.

Contra la «ilusión culturalista» Ey señala «... que la enfermedad mental es un fenómeno natural que poniéndose de manifiesto en el mundo de la coexistencia se ubica en el cruce de las ciencias naturales y de las ciencias humanas».

Ey concluye afirma que la psiquiatría por su objeto, la enfermedad mental, tiene como función social no el ser la ciencia psicológica del hombre en general ni el instrumento represor que se le atribuye, sino la ciencia médica de la desorganización del «cuerpo psíquico». Por eso el psiquiatra no es un policía, ni un sociólogo, ni un político, sino un médico cuya función es identificar y tratar los hechos psicopatológicos, distinguiéndolos de la «locura» de los hombres.

Desde Chile, el tema de la transición a la destransición: desafíos para la salud mental en nuestra cultura es abordado por Juan Maass y Josefina Cáceres. El objetivo de esta presentación es intentar una mirada psico-cultural y desapasionada de la cuestión *trans*, en particular de la *des transición del transitar*, usando como sostén teórico el estadio del espejo de la teoría psicoanalítica de Lacan y la teoría de la seducción generalizada de Jean Laplanche, de modo que nos conduzca a una mejor comprensión del acompañamiento de las personas *trans*, teniendo en cuenta que la persona pudiera des transitar.

Daniel Delanoë profesor del Instituto Nacional de Salud e Investigaciones Médicas y de la Universidad de París en Francia somete una delicada

revisión sobre el psicoanálisis con el texto titulado: «La psiquiatría entre la emancipación del sujeto y la psicologización de las relaciones sociales de dominación». Delanoë nos habla del abandono de la teoría traumática de Freud en 1897; de la dominación masculina invisibilizada; de la dominación adulta, un concepto reciente; de la «patología de la homosexualidad, inconsciente homofóbico del psicoanálisis»; de la dominación colonial y de la dominación de clase. Concluye con la siguiente aportación: «Con la aparición de la psicotraumatología como disciplina a finales de los años noventa, con la psiquiatría humanitaria, con la psiquiatría transcultural, y con la consideración de los traumas individuales, colectivos, y sus transmisiones transgeneracionales, contamos con modelos teóricos y clínicos desde los cuales podemos pensar en los efectos de los procesos de dominación. Esto es especialmente cierto en el caso de la psiquiatría humanitaria y la psiquiatría transcultural crítica.» Finalmente apunta con dedo flamígero: «apliquemos un derecho de mirada crítica, un derecho de inventario especialmente para los conceptos clave de la *doxa* psicoanalítica; su concepción y su uso pudieron estar implicados en procesos de negación, justificación o invisibilización de dominaciones. Son conceptos elaborados en configuraciones históricas y sociales particulares, no igualitarias, donde las dominaciones se ejercían con pocos o ningún límite: tales como el masoquismo femenino, la castración femenina, el impulso de muerte, del niño pervertido polimorfo, incluido el complejo de Edipo que viene a exonerar al padre del incesto.»

Otra de las magistrales elaboraciones es responsabilidad del Prof. Juan Carlos Stagnaro, catedrático de la Universidad de Buenos Aires, quien nos cuestiona lo siguiente: ¿De qué sirve a los psiquiatras conocer la historia de la psiquiatría? ¿Constituye ésta solamente un saber erudito destinado a adornar los primeros capítulos de los libros de texto actuales? ¿Es de un interés restringido a pequeños grupos de psiquiatras con inclinación al estudio de las humanidades? ¿O por el contrario, se vuelve cada vez más una herramienta indispensable para guiarse en la crisis del paradigma psiquiátrico contemporáneo?

«Al comprobar el “analfabetismo” histórico de la propia especialidad que ostenta la inmensa mayoría de los psiquiatras contemporáneos se

comprende que la pregunta que sirve de título a este trabajo no tiene nada de inocente ni posee una respuesta fácil.»

Esta obra cierra con broche de oro con la: «Historia del suicidio: un punto de partida. Consideraciones sobre *El diálogo de un desesperado con su Ba*», de Miguel Ángel De Lima.

Nuestro ilustre colega venezolano presenta una revisión histórica del término *suicidio*. Expone algunas observaciones sobre la imposibilidad del suicidio en otras especies. Hace algunos comentarios sobre el suicidio en la prehistoria y realiza una aproximación histórica a los papiros egipcios como importantes fuentes documentales para el estudio del suicidio en dicha cultura. Como aspecto central de este trabajo, se describe el documento llamado *El diálogo de un desesperado con su Ba* y se procede a un análisis detallado del mismo, precedido por una breve referencia a los elementos del alma para los egipcios. A partir del uso de técnicas actuales del estudio del discurso y, tomando en cuenta los elementos de las investigaciones históricas más recientes, se discute la presencia del riesgo suicida en el protagonista del relato, hasta ahora el más antiguo de la historia de la humanidad en plantear esta temática.

He aquí la antología de las mejores ideas que fluyeron durante el 7º congreso internacional del GLADET y que enriquecieron el diálogo intenso allí sostenido entre los distinguidos participantes. Con esta nueva contribución nuestra asociación sigue marcando el rumbo de la psiquiatría cultural en América Latina y pone a su disposición, amable lector, este intercambio académico-científico de altos vuelos.

EL CARÁCTER DE LA PERSONA: CONSTRUCCIÓN DEL SUJETO POR *SUS* ACTOS¹

Humberto Casarotti²

RESUMEN

En esta presentación se diferencia el «carácter moral» de una persona de su «carácter psíquico». El carácter psíquico es la etapa final del desarrollo donde la persona «marca» con «sus» valores (facultativos) su organización mental (infraestructural). El carácter, madurando el desarrollo mental previo, es la condición de posibilidad del existir moral del hombre. El sujeto con cada «yo quiero» de la «historia circular» de sus actos voluntarios (síntesis o articulación de , «voluntario» e «involuntario») incorpora en su organización aquello que elige porque lo valora. En ese proceso se vuelve autónomo porque incorporando «sus» valores, introduce en su naturaleza la libertad de «sus» normas. En cambio quien padece un trastorno de personalidad antisocial no puede desarrollar la «historia circular» que caracteriza a la construcción del carácter. Encadenado a un segmento de su pasado no puede «caracterizar» a su psiquismo incorpo-

¹ Conferencia inaugural pronunciada en el VII Congreso Internacional de GLADET (Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales) realizado en forma presencial y virtual en Guadalajara, México, 7-8, julio 2022 con el título: «De la psiquiatría clásica a la de vanguardia en la aldea global».

² Psiquiatra, neurólogo, médico-legista. Presidente del Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría Henri Ey (Montevideo, Uruguay).

rando sus normas propias, es decir no se vuelve auto-normativo, lo que es objetivado por su curso de vida anómalo.

SUMMARY

In this presentation the «moral character» of a person is differentiated from his «psychic character». The psychic character is the final stage of development where the person «marks» with «his» (optional) values his mental (infrastructural) organization. The character, maturing the previous mental development, is the condition of possibility of the moral existence of man. The subject with each «I will» of the «circular history» of his voluntary acts (synthesis or articulation of «voluntary» and «involuntary») incorporates in his organization that which he chooses because he values it. In this process he becomes autonomous because by incorporating «his» values, he introduces in his nature the freedom of «his» norms. On the other hand, the person suffering from an antisocial personality disorder cannot develop the «circular history» that characterizes the construction of character. Chained to a segment of his past, he cannot «characterize» his psyche by incorporating his own norms, i.e. he does not become self-normative, which is objectified by his anomalous life course.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta presentación es considerar: ¿cómo se construye el carácter? y ¿cuál es su patología específica?

G.E. Berrios analizando la evolución a partir del siglo diez y nueve del campo semántico formado por las palabras «carácter», «constitución», «temperamento», «self», «personalidad» (1996, 419-442) señala tres tópicos que importa destacar. Primero, que las ideas freudianas proporcionaron al conjunto de esos conceptos la «dimensión temporal» propia del desarrollo psíquico: segundo, que hoy, para explicar la conducta humana normal o patológica se vuelve a los puntos de vista neurobiológicos originarios y tercero, que lo que hoy llamamos «personalidad» se denominaba entonces «carácter».

En la psiquiatría de raíz europea de la primera mitad del siglo veinte, el sistema de la personalidad implicando al carácter como «parte» o «eta-

pa» hablaba de «*trastornos de carácter*», pero en la medida que en la psiquiatría norteamericana pasó a hablar de personalidad más que de carácter (Allport, 1970) se comenzó a hablar de «*trastornos de la personalidad*».

La afirmación de G. E. Berrios de que lo que hoy llamamos «personalidad» era denominado en el siglo diez y nueve «carácter» plantea tres preguntas. Primero, el carácter ¿es solo una «parte» o toda la «personalidad»? , segundo, sus alteraciones ¿son «caracteropatías» o «trastornos de la personalidad»? y tercero, ¿qué «posición» ocupa el carácter en el desarrollo psíquico y en la patología mental?

H. Ey responde a esas preguntas sosteniendo que: a) el carácter como «parte» o «etapa» del sistema de la personalidad no se «posiciona» en la base sino en la cumbre de su desarrollo, y en consecuencia b) cuando se altera en su especificidad, constituye la desorganización más cercana a la normalidad. Esas respuestas de Ey fueron para mí una dificultad importante cuando tomé contacto con la 1ª edición de su *Manuel de Psychiatrie* (Ey, Bernard, Brisset, 1960) porque eran afirmaciones totalmente contrarias a lo que entonces se sostenía (y que muchos aún sostienen): 1- que el carácter es una estructura basal dependiente del temperamento y de la organización pulsional primaria, y 2- que la patología más cercana a la normalidad son las afecciones «neuróticas».

DESARROLLO

En mi exposición responderé cinco preguntas: 1) ¿qué es el carácter en el sistema de la personalidad y en la persona? 2) ¿qué «posición» ocupa en la evolución de la personalidad? 3) ¿qué «síntomas» caracterizan a la patología específicamente de «carácter»? 4) ¿cuál es su gravedad psicopatológica? y finalmente 5) ¿esa patología del carácter es modificable?

1. ¿Qué es el carácter, en el sistema de la personalidad («carácter psíquico») y en la estructura de la persona («carácter moral»)?

Por la ambigüedad de los términos que estamos considerando es conveniente comenzar poniendo en común algunos conceptos entendiendo que:

- a. el «*temperamento*» está constituido por las características psíquicas que en cada sujeto dependen de su individualidad biológica y secundariamente del medio familiar y social en que se desarrolla. Jacob Wyrsh (1958) denomina las características de índole biológica que configuran las vivencias como las «cualidades formales del carácter», por ej.: 1) el tempo personal, 2) el estado de ánimo fundamental, 3) la forma de reaccionar emotivamente ante los acontecimientos externos, 4) el curso que siguen los movimientos afectivos, 5) el tipo de pulsionalidad instintiva, 6) la actitud de relación o de retraimiento frente al mundo circundante, etc.
- b. el «*carácter psíquico*» es el «*conjunto de rasgos psíquicos distintivos*» que permiten identificar de nuevo a un individuo como siendo el mismo, por sus cualidades, por su continuidad y su permanencia en el tiempo,
- c. la «*personalidad*» es la organización psíquica que es el Yo; el sistema que el sujeto agente de sus actos va deviniendo a lo largo de su existencia. Al encarar H. Ey el problema de la identidad personal afirma: 1) que el sujeto está en el centro de sí mismo en medio de su mundo, como «medio que media» (1968; p.34), es decir, no descentrado en su medio ni tampoco pensado solo como una posición en las cadenas de significantes del orden simbólico; 2) que el sujeto como agente de sus actos, se trasciende «*horizontalmente*» hacia el mundo al que transforma («*poiésis*») y también se trasciende «*verticalmente*» hacia sí mismo, modificándose (con lo cual se va auto-construyendo, es decir auto-poseyéndose en las objetivaciones que lleva a cabo) («*praxis*») (Wojtyla, 1978, 1982).

2. ¿Qué «posición» ocupa el carácter en la evolución de la personalidad?

Lo habitual es «ubicar» al carácter en dos posiciones extremas: - como carácter «*en la base*» donde es de hecho identificado con el temperamento, pensado como realidad neurobiológica y por consiguiente fijo, limitado a ser un conjunto de reacciones psíquicas primitivas, sin evolución; - como carácter «*en la cumbre*» donde identificado con la personalidad es el modo de ser de la persona que existe moralmente.

En ambas concepciones extremas, *el carácter*, pensado ya sea como «temperamento» o bien como «carácter moral», *desaparece o se desdibu-*

ja. Porque –en su realidad propia– el carácter es esencialmente la organización evolutiva, resultante del desarrollo dialéctico entre «lo dado», es decir lo que la persona es en su origen y en sus primeros años, y «aquello que se ha *apropiado* o asumido» en la medida que actúa de acuerdo a su proyecto axiológico, es decir de acuerdo a «sus» valores.

H.Ey, en su hipótesis de trabajo psiquiátrica sobre la organización y la desorganización de la vida mental se refiere al carácter en su libro «La Conciencia» cuando considera las «*teorías de la personalidad*» (1968 pp.287-336). El orden en que Ey presenta las diferentes teorías permite seguir de modo muy natural *el devenir de la personalidad*, con lo cual el lector aprehende claramente la naturaleza y cuál es la «posición» del carácter en el organismo mental o «cuerpo psíquico» (Ey, 1975, 227-237).

1. las *concepciones biotipológicas* que muestran que el carácter tiene su base en el temperamento,
2. las *concepciones genéticas y dinamistas* que evidencian que el carácter como organización es constituido por la «historia circular» que desde la adolescencia el sujeto desarrolla entre sus actos y su temperamento, y
3. las *concepciones personalistas y antropológicas* que develan que el carácter, resultante de «historia circular» referida, es la estructuración del psiquismo que vuelve auto-nomo al sujeto. Historia de actos «propios», mediante los cuales el sujeto durante su adolescencia completa el desarrollo natural de su psiquismo que consiste en ponerle «su marca» (su carácter) y que posteriormente constituirá su desarrollo personal, es decir construirán su historia propia.

Considerando las diversas teorías, por un lado el carácter se transparenta en la medida en que se va construyendo como lo entienden las teorías genético-dinamistas, fundadas precisamente en su «*dimensión temporal*» (Ey, 1964) y por otro, se desdibuja cuando la personalidad es reducida a la organización biológica o cuando es considerada en su nivel existencial.

Sigamos el desarrollo conceptual que nos ofrece Ey.

En primer lugar refiere las teorías que *reducen la personalidad, al biotipo y al temperamento* o a «*rasgos de carácter*».

Es cierto que el ser psíquico permanece en el tiempo siendo «tal *biotipo* y tal *temperamento*» (o «base vital», o reactividad propia de la personalidad) pero solo se va «constituyendo» en su individualidad en la medida en que va haciendo «suyas» esas propiedades heredadas y congénitas. Ey desde el inicio de su carrera académica estuvo en contra de la concepción del carácter entendido como «capa basal» –es decir, contra la teoría de las *constituciones* (Ey, 1932, 1966) por ser teorías que captan mínimamente la estructuración dinámica e histórica de la personalidad. La «constitución» o mejor dicho, «el constituirse del ser psíquico» no puede reducirse a lo «constitucional», es decir a las propiedades esenciales, al conjunto de tendencias de la especie, Sin embargo subraya que lo positivo de estas teorías es que destacan en la base de la construcción de la persona «lo biológico, «lo vital» ya que el sujeto no es solo un ser histórico.

También las teorías *caracterológicas* de la personalidad se vuelven reductoras en la medida que limitan la identidad de la persona (y la naturaleza del carácter) a un *conjunto de rasgos de carácter*: - que son elegidos arbitrariamente y organizados en forma de «ecuaciones personales» o resultados de «análisis factoriales», y - que solo «orientan» en relación con la personalidad ya que por lo general son únicamente unas pocas características y casi siempre las mismas. Pero señala que las caracterologías –aunque reductoras– tienen valor cuando reconocen que la individuación no está totalmente preformada; es decir que valen en la medida que introducen el tiempo en la organización del carácter.

En segundo lugar considera las teorías que en la construcción del Yo, destacan dos aspectos (priorizando uno u otro): el *movimiento evolutivo* y la *estructura global* del proceso de individuación.

Las *teorías genetistas o genéticas* consideran a la personalidad en su desarrollo entendiendo que lo esencial de la estructura del Yo es que «*la persona es su historia*». Dos autores se destacan aquí: a) J. Piaget que sostiene que el sujeto al abrirse a esquemas cada vez más reversibles ingresa a la conciencia de lo posible y por consiguiente a la capacidad de poder «*proyectar*» (Piaget, 1935) (Flavell, 1968); b) P. Janet (1929) que afirma que «*la personalidad es social, temporal y verbal*»: «*social*» porque la vida de relación es esencial en la construcción de la organización psíquica individual y «*temporal y verbal*» porque el ideal que la personalidad persigue

como su proyecto axiológico lo realiza a través de su historia y lo formula en un «*relato biográfico*».

No es posible considerar aquí la *teoría psicoanalítica* de la génesis y de la función del Yo. Ey dedica gran parte de este capítulo a dicha teoría (1968 pp.305-324) señalando algunas críticas a los conceptos psicoanalíticos del Yo. Dice que es necesario que los psicoanalistas trabajen con una idea clara de la organización del Yo porque cuando no proceden así (ej: en lo que se conoce como «segunda tópica» (Freud, 1920, 1923) el Yo existe, encerrado en el Inconsciente en un estado de heteronomía constitucional, como una instancia sin autonomía. Ey sostiene que todas las teorías genetistas además de captar la dimensión temporal tienen que poder abrir ese devenir a su trascendencia. Apertura a un ideal del Yo que como proyecto es un «blanco móvil», en correspondencia con el carácter problemático del Yo.

En estas concepciones genéticas y dinámicas, lo que en las teorías reductoras era considerado como disposiciones heredadas e inmutables comienza a ser entendido como «*disposiciones adquiridas*» (a las que se suman las «*identificaciones adquiridas*») (Ricoeur, 2020). Decir «que algo se adquiere» significa: 1) que lo constitucional implica cierta contingencia, 2) que la dimensión temporal es lo esencial del «carácter», 3) y sobre todo que existe «alguien» que lleva a cabo esas adquisiciones en la medida que aprovecha las oportunidades (*kairos*) que son su posibilidad de ser. Alguien que, reiterando los actos hace que esas disposiciones adquiridas se vuelvan progresivamente «duraderas», es decir constituyan «*costumbres o hábitos*». Constitución que tiene lugar, repito, en un «*círculo histórico*» donde «si hago esto o aquello» «me vuelvo esto o aquello». O dicho de otro modo: donde los actos generan hábitos y los hábitos constituyen el principio de actos semejantes, en un «*círculo histórico cuasi-creacional*» como dice J.L. Aranguren (1981). Cada «costumbre», cada «hábito» es una manera particular de ser, es decir es un «rasgo de carácter». Rasgos de carácter que como signos que permiten distinguir («caracterizar») a las personas siempre son «acentuados»... porque «ese rasgo» es el modo de ser de la persona. Lo patológico no radica en que un rasgo sea acentuado sino en que pierde su plasticidad.

P. Ricoeur (2020, pp 106-137) sostiene que una costumbre *en su ir construyéndose* muestra que el carácter tiene una historia, una historia que se inició cuando alguien introdujo novedad, cuando hizo algo nuevo, es de-

cir cuando innovó. Pero también sostiene que la costumbre *una vez construida* por la reiteración de actos, se vuelve sedimentación. Siguiendo a J.G.F. Ravaisson (J.G.F.) sostiene que una costumbre sedimentada es *naturaleza que ha incorporado libertad*. Naturaleza que se ha transformado en una «segunda naturaleza», *que cada vez va siendo más mía*. Pero en cada hábito la sedimentación oculta al «alguien» que hizo el primer acto libremente, que innovó, que generó esa «segunda naturaleza».

—*En tercer lugar* presenta diversas *concepciones personalistas* que enfatizan la estructura global del proceso de individuación y de funcionamiento («*la persona es su biografía*») pero dice que al hacerlo, corren el riesgo de desdibujar la fisonomía propia de la persona.

—*Finalmente* se refiere a las *concepciones propiamente antropológicas* (Maine de Biran, Bergson, E. Mounier) (1968, pp.330-336) que consideran al Yo en su nivel existencial ético, moviéndose libremente en su mundo manifestándose en sus actos voluntarios como quien puede y quiere.

Ey comparte esta perspectiva antropológica que «ubica» al carácter «en la cumbre» es decir en el nivel «facultativo» en que los actos voluntarios se realizan. Lo que significa que el carácter no es la base sino el resultado del desarrollo de la dimensión psíquica que es el sistema de la personalidad. El carácter se desarrolla al final de una evolución en la que de modo progresivo y simultáneo se va haciendo el «alguien» que se termina por ser: 1º «*sujeto de su conocimiento*», como ser lógico, 2º «*constructor de su mundo*» en la medida que se inscribe en una concepción del mundo que es la suya, una concepción de la realidad con la que se relaciona por sentimientos y creencias, y 3º «*consciente de su propia identidad*», es decir identificado con el personaje cuyo ideal quiere ser y que debe ser. Ey sostiene que aunque «posiciona» al carácter al final del desarrollo como una cuarta etapa, en realidad ese *volverse autó-nomo* no es una etapa sino la posibilidad, abierta por la maduración natural para que la persona durante la adolescencia dé comienzo a lo que luego será su «historia personal».

El problema con las concepciones antropológicas de la personalidad es que consideran a la persona en su «carácter moral» más que al sistema de la personalidad como organización psíquica que es la posibilidad de ese existir moral. Lo que significa que perciben a la persona muy «distanciada» del cuerpo, razón por la cual esas teorías corren el riesgo de pensar que los actos humanos no tienen relación con la organización corporal.

En realidad, el poder realizar actos humanos depende de la organización del «cuerpo psíquico» (Ey, 1975. pp.227-235): de los movimientos psíquicos facultativos superestructurales y de las infraestructuras («invariantes formales») que los subtienden.

El «carácter» refleja la dialéctica presente en la ontogénesis de la persona, que en «*su ir haciéndose quien es*» evoluciona del «carácter», como aquello que recibió –individualmente de la naturaleza de la especie («lo dado»)³, al «carácter» como la marca propia que el sujeto por sus actos va incorporando a su organización psíquica. Utilizando con libertad los términos de J.P. Cabanis «*de lo físico y de lo moral*» (1802) podríamos decir que el desarrollo de la persona es llegar a ser alguien estructuralmente «moral» partiendo de «lo físico» originario. Como no está totalmente hecho en «lo dado» sino que «debe devenir»... solo se puede captar al ser psíquico si se considera su dinamismo evolutivo. Es decir que «su *ontología* (su organización psíquica) es necesariamente «su *ontogénesis*» (su desarrollo, un devenir)».

En la organización psíquica se debe distinguir lo que es *maduración natural* de la *madurez personal* entendiendo que ambos procesos se «suman» durante la adolescencia.

La *maduración natural* (es decir el desarrollo del psiquismo) hace autónomo al sujeto, lo que quiere decir que, una vez completado y madurado el desarrollo natural va a actuar (va a hacer) según «sus» valores. Esos valores que progresivamente fue integrando en su organización, por la historia «circular» señalada. Valores que son «su» marca, es decir «su carácter.

La *madurez personal* se inicia con la historia que comienza en la adolescencia y que dura toda la vida. Historia personal donde la persona se reconoce en sus «disposiciones» que son «valorativas», o sea «sus» valores ya que frente a las posibilidades que la vida le ofreció, prefirió unas y no otras. Por eso decimos, cuando una conducta no «encaja» con las «disposiciones de un sujeto: «no está en su carácter», «no es «el mismo», «está fuera de sí».

³ Ey dice en (1975, p 230, n3) que el Yo no es el Otro, ni el reflejo de los otros, si solamente está condicionado por su medio... sino que más bien está en medio de su mundo. El hombre no está hecho fatalmente ni en su constitución ni en forma de impresiones pasivas del medio, sino que es alguien que, en y por su propia creación se adueña de sí mismo.

Completando esta respuesta se considera brevemente lo que P. Ricoeur dice sobre la identidad personal: que *el permanecer siendo la misma persona a través del tiempo* se presenta con dos polos (1996).

- a. Un polo lo constituye el conjunto de rasgos distintivos que se repiten en el tiempo y que permiten identificar a un individuo de modo ininterrumpido como siendo «*lo mismo*». El contenido de este modo de permanecer en el tiempo que Ricoeur denomina *identidad-mismidad* responde a la pregunta ¿qué? ¿Qué es lo que permanece siendo «lo mismo» a través del tiempo?
- b. El otro polo, tomando en cuenta los actos humanos y los cambios que tienen lugar durante la existencia, devela otro modo de permanecer en el tiempo. Ricoeur lo llama *identidad-ipse*, que se manifiesta por ej. en el «mantenimiento de la promesa» que alguien hizo. Aquí la persona sigue siendo «el mismo» («sí mismo»), el «quien» decide, quien elige preferencialmente y que haciéndolo introduce novedad en el mundo. El «sí mismo» (identidad-ipse), aparece como respuesta a las preguntas: ¿quién prometió? ¿quién hizo esto?

De lo que dice P. Ricoeur es importante entender –como no puede ser de otro modo– que en el devenir humano siempre están presentes ambos modos de permanecer en el tiempo. En los *rasgos de carácter*» como expresión de «lo mismo» está presente «*quién*» los construyó, pero oculto. -Y en *el alguien que hizo esos actos* como expresión de «el mismo» está presente el carácter en el «*qué*» de los hábitos y costumbres, aunque desdibujado

3. ¿Qué «síntomas» caracterizan a la patología específica del «carácter»? es decir ¿cómo se diagnostica esta patología?

En la vida mental normal la organización psíquica (el «cuerpo psíquico» como lo conceptúa Ey) que, mediando entre su vida vegetativa y su coexistencia moral hace posibles los actos voluntarios, es «silenciosa» (igual que lo es el cuerpo vegetativo). Solo sale de su silencio cuando se desorganiza, y fue saliendo de su silencio (es decir cuando se manifiesta en las formas psicopatológicas) que pudo ser conocida.

Y cuando se desorganiza como patología específica del carácter ‘habla’, expresándose a través de un curso de vida que es anómalo por la reiteración de determinado tipo de actos. En esta patología, *el qué* del carácter deja de ser virtual interfiriendo en la construcción de la «historia circular personal» entre lo dado y lo apropiado.

Aspectos históricos. Actualmente, a partir del DSM-III (A.P.A., 1980) se describe el «trastorno antisocial» como un diagnóstico –dentro del cluster B– de los «trastornos de la personalidad» (incluso como uno de los 6 tipos a los que el DSM-5 (A.P.A., 2013) propone limitar esos diagnósticos). Se puede observar que si al conjunto de los trastornos de personalidad se le retiran todos los tipos clínicos que presentan síntomas afectivos, cognitivos, etc. solo se mantiene el diagnóstico de «trastorno de personalidad antisocial». Con lo cual podemos decir que la desorganización específica del carácter «en la cumbre» se manifiesta por la reiteración de actos «malos».

La «locura» que James Prichard (1835) denominó «*moral insanity*» ha sido considerada tradicionalmente como la primera referencia de lo que luego se llamó «perversión» y actualmente «trastorno de personalidad antisocial». G.E. Berrios –que proporciona y hace una introducción a su lectura (1999) (Prichard, 1835) sostiene que esta tradición es una leyenda ya que Prichard con ese nombre no se refiere específicamente a lo que hoy llamamos «trastorno antisocial». Sin embargo Prichard, entre los trastornos que describe refiere algunos que constituyen una «perversión mórbida de las disposiciones morales y la reiteración de actos impulsivos dañinos e irresponsables». Del trabajo de Prichard se rescatan dos aspectos que se corresponden con el diagnóstico actual de «personalidad antisocial»: 1) que la semiología consiste en «una pauta reiterada de actos antisociales» y 2) que en esa reiteración de actos «no se observan síntomas intelectuales o afectivos significativos».

Eso fue lo que llevó a que K. Schneider denominara a esta forma de alteración: «*personalidad psicopática*» (1961, pp.21-41) es decir, es como un «desarrollo anómalo de la personalidad». Y desde hace algunos años, aunque eso no sea enteramente correcto, nos hemos acostumbrado a denominar a esas personas como «psicopáticos», «caracteriales».

Semiología. Los «síntomas de la patología del carácter son, «ciertos actos que determinan «un curso de vida anómalo».

¿Qué actos reitera un «psicopático» y que otros síntomas presenta?

Sus conductas son generalmente anti-sociales, Ey dice «que se comporta como un mal sujeto» (1950, pp.251-265): (robos, estafas, daño a la propiedad, piromanía, mentiras, reacciones hetero-agresivas de todo tipo, crueldad con los animales, etc. Conductas que son inmorales, excéntricas por inadaptadas e ineficaces, que desde la niñez y especialmente a partir de la adolescencia lo muestran como un ser que no se intimida, que no es educable, sin un déficit cognitivo marcado y con inestabilidad afectiva (rencor, resentimiento, irritabilidad) que muchas veces son realizadas como impulsos irresistibles.

¿Cuál es la estructura por la que decimos que esos actos son patológicos? Para poder comprender este aspecto debemos compararlos con los actos humanos normales, o voluntarios.

¿Cuál la estructura del acto voluntario? P.Ricoeur (1949) analiza el acto voluntario como articulación o síntesis de un *voluntario* que es recíproco de un *involuntario*.⁴ «Yo quiero» (Ricoeur, p.10) es la expresión de esa síntesis, la estructura voluntaria del acto humano donde yo decido, yo me esfuerzo y yo consiento.

Primero, «*decido*», o sea genero un *proyecto* donde delibero sobre mi intención y que es un irreal (J. H. Jackson decía que «el pensamiento es el sueño de la acción»), un irreal que guarda relación con mis *deseos y motivaciones*. En otras palabras con «mis razones», que s son parte de «mi involuntario» pero que las vuelvo originales porque cuando decido, lo hago porque esa razones son «mi valor». Decido porque tal motivo es el que elijo, prefiero».

Luego, ese proyecto, mi proyecto *debo inscribirlo en lo real por el esfuerzo de mi acción*, moviendo mi cuerpo en sus *podere*s; los hábitos por ejemplo, más o menos dóciles y también parte de mi involuntario,

Y por último, *tengo que consentir* en lo que no puedo, ni transformar en proyecto, ni mover: o sea mi inconsciente y mi organización vital. P.Ri-

⁴ H.Ey participando de este concepto del acto voluntario como articulación de voluntario e involuntario, utiliza esta perspectiva para considerar a la patología mental como «patología de la libertad» (tanto en sus formas *agudas* como *crónicas*). (1958, pp.79-88).

coeur a lo largo de su obra, consideró inicialmente el carácter como inmodificable (involuntario absoluto) pero posteriormente lo fue pensando como involuntario relativo.

Esta descripción-comprensión del acto humano nos muestra: que la libertad humana es la de un ser corporal; que el cuerpo aparece, en lo involuntario de los deseos, de los hábitos y de la necesidad y que ese «involuntario» logra sentido solamente en relación con la voluntad: *con una voluntad* que inclinada por los deseos al elegirlos los determina, *con una voluntad* que por el esfuerzo pone en acción los hábitos y *con una voluntad* que consintiendo con la necesidad, la adopta, es decir la hace suya.

Los actos de una *persona normal* se caracterizan por la «plasticidad», que estructura incluso los «antojos» ya que estos: aparecen en un contexto de intereses personales estables; si se siguen, se transforman en deseos sostenidos según su escala de valores; prestando atención al contenido del antojo que así se desarrolla haciéndose un proyecto; proyecto que inicia la síntesis de voluntario e involuntario del proceso del «querer, del «hacer algo».

También el trastorno de personalidad antisocial (el psicopático) «quiere y hace algo» ya que, como lo señala con mucha clarividencia D. Shapiro al analizar el «estilo impulsivo» (2008, pp.155-197), así es como actúa, «ese es su modo de proceder». Por eso, su impulsividad no debe entenderse como «explosiones» ya que con frecuencia el psicopático no explota dado que «actúa», «hace»⁵ y lo que hace: a) lo vivencia no como algo que escapa a su control sino como «el modo con que debe actuar», b) lo vive con deseos y motivaciones muy atenuadas y no como algo deliberado (lo que el paciente confirma cuando dice: «*hice eso, pero no sé por qué*»).

Sus «antojos» –analizados por Shapiro en ese texto– ejemplifican bien cómo es que «actúa» un psicopático. Como no tiene intereses estables, en todo actúa de acuerdo al momento y por consiguiente lo que se le antoja no se vuelve un deseo sino que persiste errático sin concientizar claramente el objeto, y además no planifica ya que quiere, necesita una satisfacción inmediata. Como no posee una escala de valores no tiene «razones» para

⁵ J. Lagache y J.B. Pontalis (2009, p.5 y p.10) realizan un análisis del término *actuar* (*agieren* en alemán y *to act out* en inglés) y del equívoco existente entre la actualización que tiene lugar en la transferencia y el *acting out*.

postergar su antojo, con lo cual, lo que hace, lo hace confiado, sin ansiedad y sin inhibición.

En último término, sus actos parecen voluntarios pero no lo son porque ponen de manifiesto lo central de su alteración: ser un déficit de los procesos que normalmente transforman «una motivación incipiente en un acto voluntario».

¿Cómo es el curso de vida anómalo de un psicopático?

Charlotte Bühler (1943) dice que un curso de vida es normal: a) cuando la persona, de acuerdo a sus experiencias y preparándose en ellas, genera proyectos adaptados a la realidad, b) cuando vive esos proyectos como un «tender hacia algo» con determinación y c) cuando con empeño concreta objetivamente sus proyectos y logra las dimensiones existenciales habituales (estudios, familia, profesión, negocios, vida social, etc.) y produce obras.

El «psicopático» en cambio por reiterar a lo largo de su existencia el tipo y la forma de actos descritos vuelve «anómalo» su curso de vida porque es alguien: a) que «viviendo en la irrealidad» actúa, sin prepararse en la experiencia y sin proyectos, b) que no se empeña en lo que hace, c) que no logra las dimensiones y las obras normales de una existencia humana. Este trastorno precisamente siempre ha sido diagnosticado por «una historia de actos perversos», lo que E. Dupré llamó «la odisea del perverso» (1919).

Psicopatología. Los actos de todo enfermo mental son actos humanos producidos por un sujeto agente pero no voluntarios porque está alterado en su modo de ser autónomo. En el caso del trastorno de personalidad antisocial, está alterado en su carácter (es decir «en la cumbre» de su desarrollo) lo que es objetivado en el no poder incorporarse sus normas propias.

En estos casos, el Yo dice Ey no puede ser enteramente dueño de sí mismo por no poder preferir dentro de sus posibilidades, es decir, por no poder elegir, No tiene la posibilidad de proponerse sus propios valores ético-históricos porque no tiene conciencia de sí-mismo como promotor y motor de sus actos (Ey, (1968; p.271) es decir, conciencia de los objetivos de su propia existencia. En consecuencia es alguien, «decapitado» en su constitución ética, con su voluntad alterada sin autonomía, es decir «sin normas propias»

En suma: Ey, en su Estudio Nº 13 (1950) en el que analiza el desarrollo moral y su patología, afirma: 1º) que el comportamiento anti-moral siendo esencialmente una «voluntad de mal» implica que la persona pose un buen nivel de desarrollo moral, un sistema de valores, de normas que confronta: 2º) que esa voluntad de mal es normal cuando la persona puede elegir y lo hace un programa de actos anti-morales; 3º) que es patológica («personalidad antisocial») cuando es secundaria a una desorganización del carácter en la medida, situación en la que el sujeto no pudiendo adueñarse de «lo dado» («marcarlo» con «sus normas»); 4º) Ey describe la clínica de la perversidad patológica señalando centralmente: *su núcleo caracterial perverso expresado en su modo malignos de vivir «en contra», *su desequilibrio tímico y su retardo afectivo siempre reivindicante, *su apetencia toxicomaniaca que constituye, como se ha dicho, «un suicidio permanente».

4.- ¿Cuál es la gravedad psicopatológica de los trastornos de carácter propiamente dichos? O en otras palabras ¿cuál es su «posición» en la patología mental?)

En psiquiatría es necesario distinguir entre gravedad psicopatológica y gravedad social. Por la gravedad social que estos trastornos de carácter presentan, o sea por el modo severo en que afectan las relaciones interpersonales es frecuente pensar a estos trastornos como afectciones psicopatológicas graves.

Sin embargo, desde el punto de vista psicopatológico este trastorno es la alteración menos grave porque es el nivel de patología más cercano a la normalidad. Su semiología es la de una desorganización del «carácter en la cumbre» donde la persona que ha logrado un buen desarrollo de su personalidad no puede sin embargo desarrollar su historia personal constituida por el ciclo «actos-hábitos». Como dice Ey, el psicopático, menos alterado que el neurótico que no lograr alcanzar su unidad, sigue siendo «uno» (no doble o disociado como en las estructuras neuróticas) pero es alguien sin historia o con una historia «congelada», «fijada» a un «segmento» de su pasado por lo que solo tiene «stories», relatos parciales.

Un ejemplo de que esta alteración mental, aunque es socialmente grave, psicopatológicamente es una alteración menor *aparece hoy en un Canon del Código de Derecho Canónico*.

Los trastornos de personalidad constituyen excepcionalmente una causal de disminución de responsabilidad penal o de inhabilitación civil. Sin embargo, así como sucedió en el siglo XVI con Paolo Zacchias (quien describió fisonomías patológicas en el tribunal eclesiástico la Rota Romana) la alteración que es el «trastorno de personalidad antisocial» ha ingresado al ámbito legal en el Código de Derecho Canónico (renovado en 1983) (Conferencia Episcopal Argentina, 2016, en el inciso c del Canon 1095 -*Título VII. Del matrimonio*; cánones: 1055-1165) como causal de nulidad de matrimonio religioso «por falta de consentimiento».

A lo largo del siglo XX los jueces del tribunal de la Rota Romana fueron viendo en relación con determinados casos que era necesario contar con esa nueva causal. Encarando esos casos percibieron que hay personas que cuando dijeron el «sí» performativo por el que contrajeron matrimonio: a) sabían lo que hacían y querían hacerlo, b) pero posteriormente la vida matrimonial fue evidenciando que «no podían cumplir con sus derechos y obligaciones matrimoniales» por padecer una alteración psíquica y en consecuencia que era necesario sentenciar que «no se había dado un consentimiento».

Considero que esta nueva causal de «nulidad de matrimonio canónico» muestra de modo muy claro qué es lo que sucede en este tipo de alteración mental: la desorganización de carácter que anula el consentimiento ya existe cuando la persona consiente, y sin embargo en ese momento no se lo puede diagnosticar porque para poder hacerlo es necesario que contraiga matrimonio y que sea «el curso anómalo de la vida matrimonial» lo que objetive la existencia del trastorno: una desorganización estructural de la persona por la cual dicha persona «no puede consentir», es decir «prometer». Esa objetivación de un trastorno psíquico «especial» hace posible sentenciar que el «sí», intencional y lúcido que la persona había pronunciado no había sido sin embargo expresión de un acto voluntario. Y esa sentencia solo puede afirmarse retrospectivamente, en la medida que el trastorno incapacitante se va objetivando a lo largo de la vida matrimonial.

5.- La patología de carácter: ¿es modificable por psicoterapia?

La psiquiatría actual no puede modificar la conducta del trastorno antisocial, ni farmacológica ni psicoterapéuticamente.

En 1976, en una reunión de diversos académicos que tuvo lugar en París para considerar el libro de K. Wojtila, filósofo tomista y fenomenólogo, nombrado luego Juan Pablo II: «*La persona actuando*» (Wojtyla, 1982). Ey hablando sobre «*el sujeto de la acción*» (1978) se preguntaba ¿cómo es el hombre para que le sea posible cambiar? Cambiar por ejemplo mediante una psicoterapia. En esa exposición Ey sostenía que la organización de la existencia (su ontogénesis y su ontología) está centrada en y por el sujeto y que las formas de poder o de querer (de hacer) presuponen el Inconsciente pero que los actos son configuraciones de la conciencia. Eso significaba que el psicoterapeuta debe llevar a cabo su trabajo tomando en cuenta la organización del «cuerpo psíquico», centro de la autonomía del existente.

Por eso afirmaba que todo psicoterapeuta no solamente debe *interpretar* y manejar la *transferencia*, sino que también debe *actuar*, es decir debe ser activo aplicándose a la actividad del sujeto para que este, trabajando en las configuraciones formales de su ser consciente, logre no solo integrar su Inconsciente sino reorganizar lo que el proceso mórbido alteró del Yo.

CONCLUSIONES

1. Es necesario distinguir, el modo de ser moral de una persona (su «carácter moral») del modo habitual de funcionar psíquicamente que lo subtiende («carácter psíquico»).
2. El «carácter como estructura psíquica» no está en la base sino en la cumbre del sistema de la personalidad ya que es lo que la persona construye, entre «lo dado» (la facticidad de su existencia») y «lo que hace» (las posibilidades existenciales que se apropia de acuerdo a lo que para el, 'vale')
3. Esa construcción la persona la realiza evolutivamente mediante sus actos voluntarios por los cuales en la medida que «innova», introduce «sus normas» en su cuerpo, y que reiterándolos los sedimenta como disposiciones adquiridas en forma de costumbres o hábitos.

4. Disposiciones adquiridas que construidas constituyen a) el «*carácter en tanto «mismidad»*» (que pasa a formar parte de «lo dado»), y b) el «*carácter en tanto modo de ser del sí mismo»*» (por lo que sigue innovando
5. El «carácter psíquico» como condición de posibilidad del modo de ser moral es la infraestructura virtual de los actos voluntarios del sujeto. La implicación del carácter en la síntesis de voluntario e involuntario que es todo acto humano, pone de manifiesto que «querer» es introducir en la organización (lo dado) las posibilidades de las que se apropia (su libertad): que se vuelven disposiciones (hábitos) para hacer mejor «lo mismo», pero que a la vez constituyen un «peso en contra» para poder obrar de modo diferente.
6. La patología propiamente de carácter («trastorno de personalidad antisocial») se manifiesta: en la estructura de los actos donde la persona no solo hace mal (-), sino que quiere hacer mal (+), actos que reitera y que determinan que su curso de vida sea anómalo.

Esta patología del carácter propiamente dicho, como desorganización «en la cumbre del desarrollo de la personalidad», es por consiguiente la desorganización más cercana a la vida mental normal. En consecuencia, el dicho tradicional de que «todos somos un poco «neuróticos» no es correcto, pero sí se podría decir al finalizar esta presentación, aunque no guste a la conciencia íntima, que «*todos somos un poco caracteriales»*.⁶

⁶ Por un lado, los fenómenos neuróticos (obsesiones, fobias, conversiones) son claramente patológicos, extraños incluso para quien los padece y muchos de ellos han podido ser comprendidos desde la perspectiva de la estructuración psicótica de la vida mental; por eso no es correcto decir que «todo hombre es un poco neurótico». Por otro lado, lo habitual es que los hombres procedamos mal y poder hacerlo así es lo propio del hombre psíquicamente normal; en ese sentido se podría decir que todo hombre «es un poco caracterial», donde con «caracterial» se hace referencia al mal proceder diferente al obrar de un trastorno de personalidad anti-social'. Porque, en acuerdo con H.Ey, el fundamento de la psiquiatría es diferenciar (diagnosticar) la mala conducta de la conducta alterada por trastornos mentales (Ey, 1962).

REFERENCIAS

- Allport, G. (1970). *La personalidad*. Barcelona: Herder.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistiscal Manual of Mental Disorders*, 3rd. Edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistiscal Manual of Mental Disorders*, 5th. Edition. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Aranguren J.L., (1981) *Ética* (7ª ed.; 1ª ed., 1958). Madrid: Alianza.
- Berrios, G.E. (1996). *The history of mental symptoms (Descriptive Psychopathology since the nineteenth century)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bühler, Ch. (1943) *El curso de la vida humana como problema psicológico*. Buenos Aires: Espasa-Calpe
- Cabanis P.J.G. (1802) *Rapports du physique et du moral de l'homme*. 2 tomes. París: de Crapelet
- Conferencia Episcopal Argentina (2016). *Código de Derecho Canónico*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Conferencia Episcopal Argentina. Oficina del Libro.
- Dupré, E. (1919) *Les Déséquilibres Constitutionnels du Système Nerveux*. París: Baillière.
- Ey, H. (1932). La notion de constitution. Essai critique. *Evolut.Psychiat*,;4:25-34
- Ey, H. (1950). Perversité et perversions. In: Ey, H. (1950). *Études psychiatriques*. (Ét.13, t. II). París: Desclée de Brouwer; pp.233-340. [Ey, H. (2006). *Etudes Psychiatriques* (vol. 1, reéd.). Perpignan: Crehey]. [Ey, H. (2008). *Estudios Psiquiátricos* (vol. 1, reed.). Buenos Aires: Polemos].
- Ey, H. (1958) *La psychopathologie et le problème de la volonté*. «Qu'est-ce que vouloir?» Bonneval, 30 juin/2 juillet 1956). París: du Cerf.
- Ey, H. (1962). La psiquiatría devant la morale. *Atti dell'VIII Congresso catolico internazionale di psicoterapia e psicologia clinica*, Milano, 29/8-4/9, 1960. Vita e pensiero; C.R. pp: 50-59. [reéd. (2008) *Les Cahiers Henri Ey*, N° 20-21. pp. 21-32].

- Ey, H. (1964). Discussion à propos de: Gillibert J. Genèse, structure et origine de l'«être ou de l'ontogenèse en psychopathologie. *Entretiens psychiatriques*, 10, Toulouse, Privat; pp:46-48.
- Ey, H. (1966). Discussion à propos de Lauzel JP. À propos des constitutions. *Entretiens psychiatriques*, 12, Toulouse, Privat; pp:276-279
- Ey, H. (1968). *La Conscience* (2è.éd), (1è.éd.,1963). Paris: Presses Universitaires de France. [Ey, H. (2014). *La Conscience (Une étude phénoménologique sur l'Être et le devenir conscient)* (nouvelle édition avec le préface à l'édition anglaise de 1976). Perpignan: Crehey]. [Ey, H. (2013). *La conciencia*. Buenos Aires: Polemos].
- Ey, H. (1975). *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*. Toulouse: Privat (Coll. «Radamanthe».
- Ey, H. (1978), The Subject of Action. Phenomenology and Psychotherapy (translated from the French by John H. Flodstrom). *Analecta Husserliana*, 7:99-105. [Ey, H. (2014) Phénoménologie et psychothérapie (Le sujet de l'action). Cahiers de l'Association pour la Fondation Henri Ey. N° 33-34; pp. 25-33.
- Ey, H., Bernard P., Brisset Ch. (1960). *Manuel de Psychiatrie*. Paris: Masson.
- Flavell, J.H., (1968). *La psicología evolutiva de Jean Piaget*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. In: Freud, S. Obras completas (tomo 18). Buenos Aires: Amorrurtu.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. In: Freud, S. Obras completas (tomo 19). Buenos Aires: Amorrurtu.
- Janet, P. (1929). *Evolution de la personnalité*. Paris: Chahine.
- Lagache, J., Pontalis, J.B. (2009). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Piaget, J. (1935). *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. (1è.éd.) Neuchâtel et Paris: Delachaux.
- Prichard, J.C. (1835) Moral Insanity. pp. 12-26, in Prichard J.C. *A Treatise in Insanity*. Londres: Sherwood, Gilbert & Piper. In: Classic Texts: N° 37. *With and Introduction by G.E. Berrios. History of Psychiatry*, x (1999):111-126.
- Ramirez, F. (1952) Sobre el concepto de personalidad psicopática. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 17 (4):87-96

- Ravaisson, J.G.F., (1984) *De l'Habitude* (1è.éd.1838). París: Fayard.
- Ricoeur, P. (1949) *Le Volontaire et l'Involontaire*. París: Aubier.
- Ricoeur, P. (1996). Les paradoxes de l'identité. *L'Information Psychiatrique*, 72 (3) 201-206.
- Ricoeur, P. (2020). *Sí mismo como otro* (Quinto Estudio: La identidad personal y la identidad narrativa). Buenos Aires: siglo veintiuno.
- Schneider, K. (1961). *Personalidades Psicopáticas*. Madrid: Morata.
- Schneider, K. (1972). *Psychopathologie clinique*. Louvain: Maloine.
- Shapiro, D. (2008). *Estilos neuróticos*. Madrid: Gaia.
- Wojtila, K. (1978). The structure of self-determination as the core of the theory of the person. In: *Atti Congr.Internazionale, Roma-Napoli, Aprile, 1974: Tomasso D'Aquino nel suo settimo centenario*. T.7: L'Uomo, p.37-44, Napoli: Domenicane Italiane.
- Wojtila, K. (1982). *Persona y acción*. Madrid: Biblioteca Autores Cristianos.
- Wyrsh, J. (1958) *Psicopatías*. In: Reichardt. M. (ed) *Psiquiatría Clínica general y especial*. Madrid: Gredos. Cap. III, pp.284-308.

EL IDEALISMO ALEMÁN Y LA PSIQUIATRÍA

Carlos Rojas Malpica¹

RESUMEN

Está perfectamente justificado, que en el marco del VII Congreso Internacional GLADET, que tiene por tema central el estudio de la psiquiatría clásica y su vigencia en la vanguardia del pensamiento psiquiátrico contemporáneo, se debata la importancia que ha tenido el denominado «idealismo alemán» en la conformación del corpus teórico de la psiquiatría que llega hasta nuestros días. Se suele denominar «idealismo alemán» a una escuela de pensamiento surgida a finales del Siglo XVIII y comienzos del XIX en cuyo núcleo destacan las figuras de Immanuel Kant (1724-1804), Johann Gottlieb Fichte (1762-1814), Friedrich Schelling (1775-1854) y Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831). Otros filósofos alemanes, herederos de ese grupo de pensadores son Edmund Husserl (1859-1938), Martin Heidegger (1889-1976), Karl Jasper (1883-1969) y Hans-Georg Gadamer (1900-2002). El propósito de esta comunicación es presentar algunas huellas de este elenco de pensadores en la psiquiatría contemporánea. Se sigue el método de la investigación documental y la lectura hermenéutica de los hallazgos. Nuestra conclusión sobre el tema es provisional y no pasa del esbozo teórico. Destacamos la importancia de la fenomenología en la construcción del conocimiento psicopatológico, de la analítica existencial como procedimiento para comprender con profundidad y hondura el proceso sano y morbo en la clínica psiquiátrica, así como la propuesta de la neurofenomenología para aproximar y hacer puente entre los ha-

¹ Profesor Emérito de la Universidad de Carabobo. Presidente de GLADET. Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina, Valencia, Venezuela.

llazgos en primera persona de la fenomenología con la lectura en tercera persona de las neurociencias, con lo cual, no queda duda del aporte del idealismo alemán en la psiquiatría contemporánea.

Propósitos y limitaciones

En esta breve comunicación no nos proponemos realizar una cobertura monográfica del tema extenso y profundo del idealismo alemán, que sería más apropiado para un seminario doctoral o postdoctoral. En este caso, el autor de estas líneas preferiría ocupar un pupitre y no la dirección académica del curso. Por la misma razón, tampoco hay pretensiones de originalidad. En cambio, sí nos parece interesante estimular el estudio del tema entre los psiquiatras hispanoamericanos, a través de algunas propuestas, aproximaciones o interrogantes que aviven el pensamiento y nos remitan a la densidad que hay detrás de la teoría y práctica de la psiquiatría contemporánea

PRELUDIO

Los grandes pensadores de la Antigua Grecia hicieron nacer una ciencia preocupada por esclarecer los hechos de la naturaleza. Sus grandes logros fueron productos teóricos logrados a partir de la contemplación de la *physis*. Teoría es palabra derivada del latín tardío *theoria* y ésta del griego Θεωρεία (*theoreia*), resultado de unir el verbo Θεωρέω (*theoréo*: observar, reflexionar, formarse una imagen mental) con el sustantivo πορεία (*po-reía*, procesión como sucesión de eventos que siguen uno tras otro, procesión de fases y períodos en secuencia sucesiva, anticipación o pregón de lo que va a ocurrir. También un esquema mental). La contemplación en la Grecia Antigua, formulada en términos de Θεωρεία, intentó explicar las lógicas de la naturaleza (*logismos de la physis*) y dio lugar al nacimiento de la medicina científica. El denominado *Corpus Hippocraticum*, que recoge e integra una sabiduría que parte de tiempos presocráticos, se construye a partir de una atenta observación de procesos naturales. Es el momento en que el *lógos* sustituye al *mythos*. La actitud contemplativa de la naturaleza y la construcción de teorías es una verdadera fontana de conocimiento científico (DLE, 2001; Pabón de Urbina, 2005; Ferrater Mora, 2004).

La medicina que nace en la Grecia Antigua, también cambia el concepto de etiología. Gradualmente, los mitos y leyendas van siendo sustituidos por la lógica para explicar la naturaleza de los procesos mórbidos. La separación en cuatro elementos primordiales (aire, agua, tierra y fuego) y sus diversas combinaciones toman un lugar muy importante para comprender la enfermedad. Para la medicina griega es fundamental el conocimiento de los aires, aguas y lugares donde ocurre el proceso mórbido. También hay enfermedades húmedas, secas y calientes, así como temperamentos condicionados por la presencia y combinación de los diversos humores en el organismo. Se abandona progresivamente la concepción mágica y religiosa de la enfermedad y se va sembrando la observación y teorización científica de la enfermedad. La medicina va conformando su propio corpus teórico que muy pronto la convierte en ciencia autónoma, con sus propias regulaciones sociales y saberes.

El denominado εἶδος (eidos) platónico y el hilemorfismo aristotélico tienen una importancia fundamental en la construcción del saber antiguo, con amplias resonancias en el presente, como se verá más adelante. La filosofía griega interpreta las cosas, especialmente las cosas del mundo natural. Es, por lo tanto, profundamente objetiva. Claro que tampoco es una aproximación neutra. En tanto que filosofía es, etimológicamente, amor a la sabiduría, entonces podríamos igualmente pensar que se trata de una aproximación amorosa al mundo que el filósofo contempla con la intención de comprender. Ahora bien, contemplar no se trata de pasar la vista sobre el mundo de objetos, sino de detenerse hasta capturar la esplendor y esencia de aquello que resulta interesante para la contemplación, hasta hacerse con su *eidos* (García Bacca, 1991). Platón estaba convencido de la inconstancia del mundo sensible. Como Heráclito, pensaba que todo estaba en un perpetuo movimiento, inestable y sísmico, como la Atlántida. Encontró más firmeza en las definiciones que en las cosas, tuvo más confianza en las palabras. En ese proceso de definir el mundo por sus esencias, distinguió entre ideas y *eidos*. Los *eidos* tienen contornos mejor definidos, sirven para definir la piedra, el agua, el hombre, el caballo o la mesa, mientras que las ideas son más generales, como la luz, que todo lo ilumina y lo revela a los sentidos, pero no tiene, ella misma, un límite nítido donde se pueda detener, así como el aire, y también el bien, la belleza y la justicia, todas realidades de segundo orden y de bordes imprecisos,

disueltas en el universo (García Bacca, 1979; Platón, 2019). Para Pizarro Herrmann, en el *Corpus Hippocraticum* es posible detectar al menos seis usos o significados de *eidōs*: como forma o aspecto exterior, figura, imagen, especie, categoría o clase, carácter, idea, estructura y naturaleza (Pizarro Herrman, 2012). A lo cual, hoy, debemos añadir, que se trata de una contemplación con los sentidos naturales, sin todavía ser potenciados por el telescopio ni por ningún artefacto que incremente sus posibilidades de inquirir en la realidad esplendente del mundo. Por su parte, el hilemorfismo de Aristóteles sostiene que la materia se realiza en sus formas. La palabra procede del griego *hyle* (ύλη), materia, y *morphē* (μορφή), forma. Habla de causas materiales, formales, eficientes y finales, que llevan la materia hasta su óptima configuración. La forma es la posesión de un *eidōs*. Para su doctrina el alma es la forma del cuerpo humano. No hay, en su doctrina, posibilidad de separar el alma del cuerpo. La filosofía aristotélica es retomada por la escolástica cristiana de los tiempos medievales, especialmente por Santo Tomás de Aquino.

La gran diferencia entre la filosofía de la Edad Media y la que nace en la Grecia Antigua, es que del amor a la sabiduría, se pasa al amor a Dios. Es decir, el pensamiento medieval busca un nuevo sentido al conocimiento. Aparece entonces un vínculo con la fe y la esperanza que no estaba en el centro de la filosofía griega. Es la revelación la que conduce a la fe y la esperanza, como don, obsequio o gracia de la divinidad. Se dice que la filosofía de Tomás de Aquino y la escolástica, recuperan el pensamiento aristotélico y lo ponen al servicio de la religión cristiana, que en ese entonces se disputaba el reino de los cielos con la Europa islámica, muy extendida y poderosa en el viejo continente.

En la medida en que creció el conocimiento, las ciencias se fueron especializando y circunscribiendo a determinadas regiones de objetos, lo que también fue modelando las metodologías en cada rama del saber. La medicina, la gramática, las matemáticas, la geometría y la astronomía, por mencionar solo algunas, se constituyeron en rigurosas disciplinas cultivadas por ilustres sabios de la edad media y el renacimiento. Mientras más acopio de saberes, más distantes se hacían unas de otras. Las universidades jugaron un importante papel en ese proceso de desarrollo científico. Es así como llega el pensamiento hasta el renacimiento, cuando todo el sa-

ber sufre un profundo vuelco para reordenar el conocimiento. Se acerca la patria temporal de Descartes.

René Descartes (1596-1650) se propuso indagar sobre el lugar donde todos los conocimientos y ciencias dispersados e independizados unos de otros a través de los siglos, se encuentran y validan. Fue así como se encontró con la consciencia. La frase *Je pense, donc je suis*, traducida al latín como *cogito ergo sum*, y al español como «pienso, luego existo» o «pienso, por lo tanto soy», fue enunciada por Descartes como evidencia apodíctica, más allá de la duda metódica, pues todas las ciencias tienen una raíz común en la razón de un sujeto que piensa. No en vano es Descartes el creador de la geometría analítica y fundador de la filosofía racionalista. Efectivamente, toda ciencia, todo saber, tiene como fondo común y primigenio una consciencia que piensa. La *res cogitans* cartesiana es el lugar donde todos los conocimientos, pasados y presentes, se encuentran y validan. Todo saber debe alojarse en la consciencia. Para Descartes, tanto el Yo como la Consciencia, son producto del proceso de individuación que se venía discutiendo desde Tomás de Aquino, con la diferencia que la diversidad de individuos ya no se atribuye a la «cantidad», sino que es expresión de sí mismo, de cada ser, y es por eso que se asienta en el yo, que más completamente dicho sería *ego cogito, ergo sum*, y que en definitiva remite al alma de cada persona como potencia generadora del ser que va más allá de la materia. Ya con eso está naciendo una inédita aproximación a la subjetividad. No es poca cosa afirmar que por dentro de nosotros tenemos una *res cogitans*, es decir una cosa que razona, que independientemente de que lo haga errada o equivocadamente, es testimonio de una cosa cierta o indiscutible y es por eso que podemos llamarla verdad apodíctica. Ahora bien, Descartes señala un punto de encuentro entre la *res cogitans* y la *res extensa* en la glándula pineal. Dos entidades de naturaleza distinta, pues el cuerpo tiene dimensiones, se puede medir y pesar, es finito y natural, mientras que la mente no es dimensionable, no se puede medir ni pesar, ni es posible señalar sus límites y contornos, a pesar de ser de esencias o sustancias distintas, encuentran acomodo, en la filosofía cartesiana, llamada por eso dualista, en la base del cerebro. Y sin embargo, el filósofo no deja de notar que aquello que está más allá de la consciencia, infinito y eterno, es testimonio de la existencia de Dios, de donde

ella misma procede como partícula de una totalidad superior (Descartes, 1995; García Bacca JD, 1991)

EL IDEALISMO ALEMÁN

Se suele denominar «idealismo alemán» a una escuela de pensamiento surgida a finales del Siglo XVIII y comienzos del XIX en cuyo núcleo destacan las figuras de Inmanuel Kant (1724-1804), Johann Gottlieb Fichte (1762-1814), Friedrich Schelling (1775-1854) y Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831). Otros filósofos alemanes, herederos de ese grupo de pensadores son Edmund Husserl (1859-1938), Martin Heidegger (1889-1976), Karl Jasper (1883-1969) y Hans-Georg Gadamer (1900-2002) (Pini-lla, R, 2019). La psiquiatría contemporánea le debe a esta formidable empresa del conocimiento, la elaboración de un dilatado y profundo discurso sobre la subjetividad, sin el cual sería impensable su corpus teórico.

Inmanuel Kant no se detuvo en la consciencia como «mero hecho» inaugurado por Descartes, aunque es, sin duda, deudor de su pensamiento. Buena parte de su vida coincide con los tratadistas de la Ilustración y el acontecimiento político de la Revolución Francesa. En su «Crítica de la razón pura», como filosofía trascendental, se propone, entre otras cosas, trasladar la atención del mundo de los objetos al sujeto. Estudia la consciencia para quedarse en ella. Quiso adentrarse además en el qué y el porqué del problema. Explorando la función unificadora de la consciencia, a la que denominó unidad sintética de apercepción (porque unifica interiorizando), propuso las categorías o formas a priori del entendimiento distribuidas en cuatro grupos: de cantidad, cualidad, relación y modalidad. Entre ellas, destacó las formas a priori de espacio y tiempo, mediante las cuales la realidad se nos revela delimitada y finita. No podemos pensar sino en términos de espacio y tiempo. Los denomina «formas a priori», porque son rasgos dados o inmanentes, propiedades del accionar de la consciencia como una emanación del sujeto, que no derivan de procesos o de actos previos. Tampoco duda que la sensación proceda de «causas», que acepta como cosas en sí misma o *noumenos*. Llama *fenómeno* a la percepción, donde reconoce un componente externo u objeto, y otro que denomina forma, que es previo e independiente del objeto, es *a priori* y no depende de la experiencia. En relación al espacio, también lo considera una

forma a priori, porque le resulta imposible concebir el mundo exterior fuera del espacio. El espacio es una *forma infinita dada* que es previa a los objetos que en ella aparecen. Los argumentos sobre el tiempo como *forma a priori* son muy parecidos, pero están más pensados desde la aritmética que de la geometría. Partiendo de estos complejos y fértiles fundamentos, otros autores del idealismo alemán desplegaron su pensamiento hasta construir todo un edificio teórico, de la mayor importancia para fundamentar la psiquiatría contemporánea (García Bacca, JD, 1979)

Johann Gottlieb Fichte (1762-1814), continúa la obra de Kant y precede a la de Shelling y Hegel. No aceptó las realidades suprasensibles de Kant (noumenas). En la búsqueda de un principio que no necesite fundamento previo propone al yo como fundamento de sí mismo y de todos los procesos que le siguen. En su filosofía, todo es una emanación del yo. Si el no-yo existe, es porque el yo lo concibe. Para Fichte, el conocimiento no parte del fenómeno sino del sujeto. Se le relaciona ideológicamente con el nacionalismo alemán. Algunos le consideran el padre del idealismo alemán.

Friedrich Wilhelm Joseph von Schelling (1775-1854). En 1800 Schelling publica el «Sistema del idealismo trascendental», donde se aparta nítidamente del idealismo subjetivo de Fichte y propone un idealismo objetivo. Estuvo vinculado con los estetas del romanticismo alemán y fue compañero intelectual de Hegel y del poeta suave Friedrich Hölderlin.

George Wilhelm Hegel (1770-1831) es uno de los filósofos de mayor influencia en el mundo contemporáneo. Se le considera uno de los más importantes seguidores de Kant. Asume el sujeto de manera novedosa, en términos contradictorios y difíciles. Su formación religiosa no fue muy distinta de la de los jóvenes alemanes de su tiempo. Para Hegel es el cristianismo el que descubre la subjetividad y la hace suya. La conciencia natural al encontrarse consigo misma, en su intento de aprehender la realidad, termina transformando y se transforma así misma, porque pierde su concepción previa de los objetos. El conocimiento avanza por la negación de los opuestos. Primero hay la tesis, negada por la antítesis, para al final llegar a la síntesis (Tesis/Antítesis/Síntesis). La conciencia tiende a la ciencia. Por la autoconciencia se entra en la verdad (Hegel, 1966). Según Eduardo Vásquez

Hegel tituló *Fenomenología del Espíritu* a su obra porque se trataba del hacerse fenómeno del espíritu, de la manifestación en el tiempo del espíritu. El espíritu, para manifestarse, requiere de su actividad, y esta actividad es la dialéctica, esto es, sacar (o exteriorizar) de sí mismo sus determinaciones. Lo hace por la fuerza de la negatividad, por medio de la cual se exterioriza convirtiéndose en el otro de sí mismo y luego supera ese otro (que no es más que él mismo convertido en objeto). Es también ponerse (o negarse), oponerse, y negar su negación. Lo dialéctico es el movimiento mismo del espíritu o, como lo llamó Marx «la fórmula abstracta del movimiento». De ese modo, al exteriorizarse, al objetivar su contenido, el espíritu va desarrollando su propio ser (lo que él es en sí) y tomando conciencia de lo que el es. Es por eso que la fenomenología es «el saber que se manifiesta» o el «devenir de la ciencia». Pero ese saber (todas las determinaciones de la lógica) se le manifiesta a la conciencia la cual comienza por ser conciencia natural, pero al ir tomando conciencia del saber que se manifiesta, va tomando conciencia de sí misma, dejando de ser conciencia natural para convertirse el espíritu... (Vásquez, 2008).

La «Fenomenología del espíritu» influye y se estudia con profundidad en las neurociencias contemporánea, donde se ven aparecer conceptos de extirpe hegeliana como los *qualia*, la «materia mentante» o el *exocerebro* de Roger Bartra. La lista de seguidores es muy amplia y llega hasta nuestros días. Karl Marx es heredero directo de Hegel, aunque el marxismo lo calificó como idealismo o materialismo subjetivo. Pensadores como Herbert Marcuse, Theodor Adorno, Ernst Bloch y Slavoj Žižek, podrían ser considerados neohegelianos, tanto por sus lógicas como por el contenido de sus reflexiones filosóficas (Díaz, J. A, 1984).

Se habla de Erns Cassirer (1874-1945) como un pensador neokantiano. Cassirer hace hincapié en la espontaneidad y productividad de la conciencia en la producción del mundo simbólico y dice que a través del lenguaje se convierte el caos de la materia en formas (gestalt) inteligibles y manejables por el pensamiento. Las formas simbólicas son el lenguaje (historia y filosofía); el lenguaje mítico (religión y arte) y lenguaje científico (matemáticas y ciencias naturales) (Cassirer, 1998). Se podría afirmar, sin mu-

cho riesgo de equivocarse, que su obra se hace sentir en autores como el suizo Jean Piaget (1896-1980), en cuya epistemología genética el niño va descubriendo el mundo con la razón, y en el francés Edgar Morin y su pensamiento complejo, donde ya no se entiende al sujeto en términos de una separación tajante con el objeto, sino en permanente tensión de autonomía/heteronomía. En la teoría compleja de Morin (2003), el sujeto tiene su raíz en los primeros seres biológicos capaces de autonomía. En su libro sobre el hombre y la muerte la influencia de Cassirer es fácilmente detectable. De tal manera que Morin ha afirmado que la especie es un gran productor de singularidades. En todo caso, la condición de sujeto perfecciona a la especie al mismo tiempo que le separa del conjunto. En el caso del sujeto humano, cada ser se siente y percibe distinto y singular de sus congéneres, siendo esa tendencia a la distinción, de todas maneras, un rasgo característico y común a la especie humana. Podría decirse que en la especie humana se da el más alto grado de complejidad y autopoyesis (Mobilli-Rojas, A, 2013).

Fue Edmund Husserl (1859-1938) el creador del término egología. En su búsqueda filosófica encontró a Descartes (1596-1650) y sus estudios sobre la consciencia. La certidumbre cartesiana es tomada por Husserl para su egología trascendental: *«Ese Ego no es tomado como sustancia (mens, res cogitans, etc.), sino como región de intencionalidad sin predicado existencial como consciencia pura. Husserl se recoge así al Ego, pero no con la intención cartesiana de salir de él, sino decidido a quedarse dentro, dentro del campo de la consciencia pura. No va al Ego para de él «deducir» la existencia de las cosas, sino para estudiar las cogitaciones como objetos temáticos (...) estas, como objetos inmanentes de consciencia, son aprehendidas inmediatamente y con evidencia apodíctica. La reducción al Ego puro lleva así a la fundamentación subjetiva de todos los conocimientos posibles y a la explicación de estos en la subjetividad»* (Wagner De Reyna A, 2016).

La originalidad de Husserl reside en llevar hasta sus últimas consecuencias —y en su última consistencia— el modo de pensar moderno inaugurado por Descartes. Interpretado desde la fenomenología, Descartes abre una esfera del ser inaudita, la esfera del yo, de la subjetividad. Se trata de una esfera que es de *iure* anterior al mundo. Precisamente es aquella esfera en la que el mundo tiene que apare-

cer para ser. Esta obligatoriedad conforma el carácter trascendental de la subjetividad respecto del mundo. Así, el ser trascendental de la consciencia será entendido por la fenomenología como constituyente. Sin embargo, si bien la fenomenología es deudora del gesto cartesiano del descubrimiento de la esfera del Ego cogito, se separa decisivamente de su predecesor al no mundanizar esa esfera trascendental (Varela, P. P, 2014).

Para Husserl es la consciencia el lugar donde se acredita el ser, pues todo otro ser debe anunciarse en ella, todo lo cual le otorga la condición de ser absoluto entendido en los términos de la substancialidad cartesiana. La fenomenología de Husserl ha sido profundo y fértil cultivo para pensadores como Karl Jaspers. Por su parte, Heidegger cuestiona en su maestro Husserl, no la fenomenología, a la que se adscribe, sino la circunscripción de la consciencia al único método de la razón, porque sería aceptar a priori a la filosofía como una teoría del conocimiento, pues ni la razón ni el conocimiento son la vía única ni exclusiva para llegar al ser (Benoist, 1999).

Aunque Hegel inicia el proceso de exteriorización crítica de los contenidos conscientes del espíritu, es Martin Heidegger (1889-1976) quien supera la radical separación sujeto/objeto introducida por Descartes, a través de su postulación del ser-en-el-mundo, como constitución básica de la existencia en su obra monumental *Sein und Zeit* (Ser y tiempo), dedicada «A EDMUND HUSSERL. En señal de veneración y amistad» (Heidegger, 2018). Fue rector de la Universidad de Friburgo en 1933, cuando comenzó el régimen nazi, aunque dimitió el año siguiente. Heidegger rechazó el cartesianismo y las orientaciones filosóficas basadas en el positivismo. A diferencia de Kant y de otros idealistas alemanes, no centró su reflexión en la consciencia, sino en el ser y la existencia. Su exploración del *dasein* introdujo un debate novedoso en la filosofía. No aceptó la antropología filosófica ni el psicoanálisis. Heidegger, discípulo de Husserl, sigue la fenomenología, pero no acepta que pueda convertirse en una ciencia rigurosa. Estudió la obra del poeta Friedrich Hölderlin. Su amigo y discípulo Hans George Gadamer, desarrolló la hermenéutica simbólica, donde se cruza el pensamiento de su profesor con una nueva búsqueda en un orden más novedoso y profundo. Se reconoce una influencia de Heidegger en muchos filósofos contemporáneos de Francia, Estados Unidos y América Latina.

LA PSIQUIATRÍA INSPIRADA EN EL IDEALISMO ALEMÁN

El término psiquiatría es de origen germánico, y se atribuye a los alemanes JC Heinroth (1773-1842) y C Reil (1759-1813), quienes hablaron de *psychiatrie*. Sin embargo, el verdadero fundador de la especialidad fue el francés Philippe Pinel (1745-1826) quien prefirió el término alienista, que se continuó usando por muchos años del siglo XIX. Nada raro que en la Alemania romántica de finales del Siglo XVIII y comienzos del XIX se construyera el concepto partiendo del antiguo mundo helénico, pues en los centros de enseñanza de esos tiempos se insistía en el conocimiento del griego y el latín. La letra griega ψ , que según la gramática griega de Amenós debe pronunciarse psi, es la que se usa para escribir $\psi\psi\chi\nu$, que el Diccionario Manual Griego traduce al castellano como soplo, hálito, aliento vital, alma (como principio de la vida), vida, inteligencia, espíritu y mente. Es por eso que se trata de una palabra compuesta, donde psiquis o psique remite a alma y $\iota\alpha\tau\rho\iota$ o iatros, remite a médico o medicina (Rojas-Malpica, 2012)

Karl Jaspers (1883-1969), psiquiatra y filósofo fenomenólogo alemán, aunque no fue discípulo de Husserl, sí recibió su influencia, y junto a Martin Heidegger se propuso renovar la filosofía alemana. Su familia tenía bienes de fortuna. Su vida y su obra estuvieron en peligro en tiempos de Hitler. En 1937 el régimen nazi lo obliga a aceptar la jubilación, y en 1938 le prohíbe publicar en Alemania. La entrada de las tropas norteamericanas en Heidelberg, en abril de 1945, evita su deportación a un campo de concentración junto a su esposa judía (Horn, 1993). Su *Psicopatología General*, escrita antes de los 30 años de edad y publicada en 1913, es fundamental para el corpus teórico de la psiquiatría contemporánea (Jaspers, 1977). Sin embargo, es necesario aclarar que no fue la primera obra de su tipo, según Berríos, fue precedida por Chaslin, fuertemente influenciado por John Locke y el empirismo inglés (Berríos, 2007). Jaspers entiende su fenomenología a través de la contemplación, la reducción eidética y el examen aséptico, libre de toda contaminación, de los contenidos mentales (Figuroa, 2000; Ivanovic, 2000). Para Solanes

Lo que para Jaspers al principio fue quizás tan solo recurso terminológico, se convirtió, gracias sobre todo a la elaboración y al trabajo

independiente de los autores que le sucedieron, en cimiento de una escuela psiquiátrica que no nos parece que Jaspers haya bien explícitamente reconocido como suya. Fueron Minkowski, Binswanger, Strauss, Kuhn, Ellenberger los que, en verdad, sobre todo gracias a una sagaz utilización de la dimensión temporal de las vivencias y yendo psicopatológica y psiquiátricamente más allá de Jaspers, desarrollaron lo que unas veces se llama la orientación fenomenológica y otras la orientación existencialista. No tenemos pues para qué, en este lugar, y hablando de Jaspers, referirnos a los alcances prácticos que se puedan conseguir mediante el análisis existencial (Solanes, 1969).

Heidegger tuvo una influencia notable en el pensamiento psiquiátrico del Siglo XX que se extiende con fecundidad hasta el Siglo XXI. Junto al psiquiatra suizo Medard Boss (1903-1990), desarrolló los así llamados Seminarios de Zollikon entre 1959 y 1969, donde analizó junto a los participantes, el Dasein, o sea, la constitución básica de la existencia humana como ser-en-el-mundo. Ludwig Binswanger (1881-1966), también psiquiatra suizo, parte del «Daseinanalyse» de Heidegger para desarrollar su «Introducción al análisis de la existencia», donde reconoce el aporte de Jaspers en la comprensión fenomenológica del acontecer psíquico. Es importante señalar que la apropiación que hace Binswanger del *Daseinanalyse* de Heidegger, para su aplicación en psicopatología fenomenológica, no se circunscribe a describir el mundo vivencial de los pacientes y su posible encadenamiento con el acontecimiento morboso, como lo hace Jaspers, sino que se propone aprehender las condiciones particulares de la existencia del enfermo en relación con los «existencialistas» descritos por Heidegger en el plano ontológico. Reconoce modos simultáneos de ser en tres regiones del mundo que denomina «Umwelt, Mitwelt y Eigenwelt». El Umwelt es el mundo alrededor, circundante o ambiente, común en los animales y el hombre, cercados por necesidades biológicas como el dormir, el comer y las urgencias de los instintos; el Mitwelt, característica básica del dasein como ser-en-el-mundo, propia de los seres humanos, donde queda inscrita la relación con la familia y la comunidad; y por último, el Eigenwelt, mundo propio o del yo, donde también queda registrado el cuerpo, y presupone una autoconciencia, una representación de sí mis-

mo (Binswanger, 1973). Dado que la psicopatología es y será siempre una ciencia de la experiencia de los hechos, no podrá ni aspirará jamás lograr una generalidad absoluta a través de una intuición fenomenológica de las esencias puras, a pesar de lo cual seguirá siendo posible hablar de una fenomenología psicopatológica. A la luz de la analítica existencial tendrá mucho sentido estudiar la angustia como vivencia inscrita en el curso de la continuidad histórico vital del sujeto y su ser-en-el-mundo.

Sigmund Freud (1948), también tiene deudas conceptuales con el idealismo alemán. Es posible, aunque también problemático, detectar trazas de Kant tanto en la metodología como en la teoría psicoanalítica. En la tónica freudiana (ello, yo y superyo) hay herencia platónica y aristotélica, pero también en la interpretación de los contenidos inconscientes, de la vida cotidiana y de los sueños, hay un empalme con la intuición fenomenológica (Cejas, 2012).

Herederos del idealismo alemán y de sus diversos desarrollos son brillantes psiquiatras de los siglos XX y XXI, cuya obra arroja una luz metafísica sobre la psiquiatría contemporánea. Honorio Delgado (1892-1969), peruano universal, desarrolló toda una obra influenciada por la fenomenología de Karl Jaspers (De la Portilla, 2003; Alarcón, 2009). Hubertus Tellenbach, distinguido fenomenólogo alemán, estudió el tema de la melancolía y propuso el *Tipus Melancholicus* como modelo de aproximación fenomenológica a la depresión (Tellenbach, 1976; Ambrosini y cols, 2011). Su obra influye mucho en la psiquiatría contemporánea, pero interesa destacar su importancia en el psiquiatra y fenomenólogo chileno Otto Dörr Zegers, formado en la Universidad de Heidelberg, de una vasta y densa obra como autor y docente universitario (Dörr Zegers, 2002, 2005, 2006). En España el idealismo alemán fue cultivado enriquecido por la obra de JJ López Ibor, distinguido catedrático de psiquiatría, profundamente influenciado por el vitalismo de Max Sheler y su antropología filosófica (López Ibor, 1966). Una de las obras de inspiración fenomenológica más interesantes para la clínica psiquiátrica es la del catedrático español Francisco Alonso-Fernández, quien desarrolla un «Modelo Vital Tetradsimensional para la Depresión», también un «Modelo Multiaxial para el Alcoholismo», así como muchos estudios biográficos de personalidades de la historia de España, que son fuente de sabiduría y aprendizaje para muchos profesionales de la salud mental en todo el mundo hispa-

noparlante (Alonso-Fernández, 1989). En Estados Unidos se debe señalar la obra de Rollo May, quien reconoce la influencia de la fenomenología en su obra publicada (Rollo May, 1967).

Las neurociencias, al abordar el tema de la consciencia, se han visto obligadas a abordar el tema desde la filosofía. Antonio Damasio se vió obligado a discutir lo que denomina «el error de Descartes», Gerald Edelman, neurocientífico Premio Nobel de Medicina, tanto en su Teoría Seleccional de los Grupos Neuronales como al abordar el tema de los *qualia*, lo hace desde una óptica de tipo hegeliana. Jean Pierre Changeux, neurocientífico francés, en su «Hombre Neuronal» como en su hipótesis del trabajo consciente, también debe leer en el idealismo alemán. Tampoco Crick y Koch, Mario Bunge o Ramachandran escapan a la reflexión filosófica. Claro que ninguna de ellos se queda en la influencia alemana, todos siguen la nueva tendencia darwiniana para abordar el SNC, lo cual los emparenta con el empirismo inglés, pero ese ya es otro tema. Los mejores productos de las neurociencias contemporáneas son los elaborados en diálogo con la filosofía y las humanidades (Rojas-Malpica, De Lima, Baptista, 2020).

La psiquiatría, como rama de la medicina heteróclita y heterológica, no puede separarse de la reflexión filosófica, sea esta de cualquiera de las muchas ramas y tendencias que cultivan el pensamiento y la reflexión. El abandono de la reflexión filosófica no es posible, porque cuando se intenta hacer de la psiquiatría una clínica totalmente pragmática, alejada de la profundidad que la alimenta, se sigue transitando por la filosofía de manera inadvertida y confusa. Es por interesarse en el estudio riguroso de la subjetividad que se ha hecho sospechosa al positivismo hegemónico en las ciencias médicas. No es posible la superficialidad ni el reduccionismo en el cultivo de esta especialidad. Tanto el aparato cognoscitivo del psiquiatra, como su práctica clínica, convocan a un profundo compromiso existencial.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, Renato (2009). Honorio Delgado a 40 años de su muerte. Rev. Neuropsiquiatr 72 (1-4): 1-2.
- Alonso-Fernández, Francisco (1989). Psicología médica y social. Barcelona: Salvat.

- Ambrosini, A., Stanghellini, G., & Langer, Á. I. (2011). El *Typus melancholicus* de Tellenbach en la actualidad: una revisión sobre la personalidad premórbida vulnerable a la melancolía. *Actas españolas de psiquiatría*, 39(5).
- Álvarez, F. P. B. (2005). El lógos del amor. *Filosofía y religión en el idealismo alemán*. *Ars Brevis*, 31-66.
- Barionuevo, M. E. (2005). John Locke (1632-1704). Su vida, su obra y pensamiento. *Revista Iberoamericana De Educación*, 36(7), 1-10. <https://doi.org/10.35362/rie3672979>
- Benoist, J. (1999). Egología y fenomenología: la crítica heideggeriana de Husserl. *Revista de filosofía*, 22, 21-42.
- Biemel, W. (1962). *La ironía romántica y la filosofía del idealismo alemán*. *Convivium*, 27-48.
- Berrios, G. E. (2007). Psicopatología: Pasado, presente y futuro. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (189), 223-238.
- Binswanger Ludwig (1973). *Artículos y conferencias escogidas*. Madrid: Gredos.
- Cassirer, Ernst (1998). *Filosofía de las formas simbólicas* (vols. I, II, III). Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica
- Cejas, N. A. (2012). Freud y el idealismo alemán: colegir e intuir. In IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- De la Portilla, Néstor (2003). La psicopatología general de Karl Jaspers a través de Honorio Delgado. *Psicopatología*, 23, 3-4: 199-208
- Descartes (1995). *Meditaciones metafísicas*. Quito: Ecuador. F.B.T.
- Díaz, J. A. (1984). ¿En qué consiste para Hegel el Idealismo?. *Universitas Philosophica*, 1(2), 33-46.
- Dörr-Zegers, O. (2002). Fenomenología de la corporalidad en la depresión delirante. *Salud Mental*, 25(4), 1-9.
- Dörr Zegers, O. (2005). Aproximación al tema del delirio como una posibilidad humana. *Rev. psiquiatr. Fac. Med. Barc*, 135-142.

- Dörr-Zegers, O. (2006). En torno al sentido del dolor. *Salud mental*, 29(4), 9-17.
- Ferrater Mora J (2004). *Diccionario de Filosofía*. Barcelona: Ariel.
- Figueroa, G. (2000). La psicopatología general de K. Jaspers en la actualidad: Fenomenología, comprensión y los fundamentos del conocimiento psiquiátrico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38(3), 167-186.
- Freud Sigmund (1948). *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- García Bacca, JD (1979). *7 modelos de filosofar*. Caracas: Universidad Central de Venezuela
- García Bacca, JD (1991). *Curso Sistemático de Filosofía Actual*. Caracas: Universidad Central de Venezuela. Alfadil
- Heidegger M. Ser y tiempo (2018). Edición digital de: <http://www.philosophia.cl>. Consulta en línea: http://www.reflexionesmarginales.com/biblioteca/Heidegger-Ser_y_Tiempo.pdf. 9/12/2018.
- Hegel, GWF (1966). *Fenomenología del espíritu*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica
- Horn, H. (1993). Karl Jaspers. *PROSPECTS-UNESCO*, 23, 721-721.
- Ivanovic-Zuvic Fernando (2000) El legado de Karl Jaspers. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.* 2000 Jul [citado 2014 Mar 30]; 38(3): 157-165.
- Jaspers Karl (1977). *Psicopatología General*. Beta. Buenos Aires.
- López Ibor, J. J. (1966). *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Edit. Gredos, SA
- May Rollo (1967). *Orígenes y significados del Movimiento existencial en psicología*. Gredos. Madrid.
- Mobilli-Rojas, A (2013). Aportes del Paradigma Complejo a la Teoría y Pensamiento Psiquiátrico. Simposio «Quo Vadis, Psiquiatría? (Edición 2013)». Caracas: XXIII Jornadas Nacionales de Psiquiatría «Dr. Miguel Efrain Sedek León» «Dr. Emiro Marcano Maza». Tema central: «Teoría y Crítica del Pensamiento Psiquiátrico».
- Pabón de Urbina, José (2005). *Diccionario Manual Griego*. Barcelona: Artes Graficas Mármol.
- Pizarro Herrmann, Álvaro (2012). Εἶδος e ἰδέα en el Corpus Hippocraticum y sus antecedentes históricos. *Aporía. Revista Internacional de Investigaciones Filosóficas*; núm. 4: 79-99.
- Pinilla, R. (2019). Caminos y horizontes del idealismo alemán. *Pensamiento. Revista de Investigación e Información Filosófica*, 75(284), 583-584.

- Platón. Obras Completas (2019) . Medina y Navarro Editores: Madrid, 1872. Versión digital: www.lectulandia.com. 2/11/2019
- Real Academia Española (2001). Diccionario de la Lengua Española (DLE). Madrid: Espasa Calpe.
- Russel, Bertrand (1943). Historia de la filosofía occidental. Espasa Libros
- Rojas Malpica, C (2012). Definición, contenido y límites de la psiquiatría contemporánea. *Salud Mental* 2012;35:181-188
- Rojas-Malpica, C., De Lima, MA., Baptista Troconis, T (2020). El yo, el cerebro y el libre albedrío. López-Loyo ES, Urbina Medina H, editores. Colección Razetti. Volumen XXIV: 13-106. Caracas: Ateproca.
- Solanes, José (1969): «Jaspers en Situación». «Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología», vol. xv, núm. 32, pp. 17-38.
- Uribe Botero, Á. Acosta, María del Rosario (comp.). reconocimiento y diferencia. idealismo alemán y hermenéutica: un retorno a las fuentes del debate contemporáneo. Ideas y Valores.
- Vásquez Eduardo (2008). Los puntos fundamentales de la filosofía de Hegel. Caracas: Alfa.
- Varela, P. P. (2014). Archifacticidad, egología e idealismo transcendental fenomenológico. *Eikasia: Revista de filosofía*, (56), 263-284.
- Tellenbach, H. (1976). La melancolía: visión histórica del problema. Endogenidad. Tipología. Patogenia. Clínica. Morata
- Wagner De Reyna A (2016). La egología transcendental de Husserl: Base para la fundamentación de las ciencias. https://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&as_sdt=0%2C5&q=+WAGNER+DE+REYNA+Alberto.+La+egolog%C3%ADa+trascendental+de+Husserl%3A+Base+para+la+fundamentaci%C3%B3n+de+las+ciencias.+&btnG=. Consulta en línea: 8/5/2018.

¿QUÉ ESTRUCTURA DEL DISCURSO DE LA PSIQUIATRÍA PARA GARANTIZAR LA LIBERTAD DEL HOMBRE? METÁFORA Y PSICOSIS

Patrice Belzeaux¹

El trabajo efectuado a partir de la obra de Henri Ey (1900-1977), clínico pero también epistemólogo, nos ha llevado a destacar sus recomendaciones sobre la manera de hablar del hecho psicótico. Puesto que hay una manera que lo duplica y más o menos, habla de la psicosis como habla el psicótico, y por otro lado, está H. Ey que piensa que el discurso del psicopatólogo y de la ciencia debe introducir un espaciamiento entre la psicopatología y la forma del discurso del psicótico, y por tanto, no tomar sus imágenes o sus metáforas al pie de la letra. Es lo que vamos a intentar demostrar seguidamente.

Quisiera hablar de un *signo clínico* que un buen psiquiatra clínico sabe entender cuando escucha a los pacientes. Este signo, en el adulto, le proporciona una orientación casi segura para el diagnóstico de estructura psicótica.

No se investiga ni en Bleuler en 1911 [1], ni en de Clérambault en su *Automatismo mental* de los años 20 [2], tampoco Kurt Schneider (1950) [3], no lo señala en su lista de los signos de primera fila de la esquizofrenia.

Pero, encontramos un esbozo en la obra de E. Minkowski en 1927 acerca de *La esquizofrenia* [4] y, por supuesto, en Ey, que vio en ello un elemento clínico esencial y una guía para el uso de los psiquiatras psicopatólogos.

¹ Psiquiatra psicoanalista. Presidente del CREHEY. Secretaria de la APFHEY. Perpiñán Francia.

Este signo no se expresa con una única palabra, e impone a su vez una metáfora para hablar de las transformaciones que esta misma sufre: por lo tanto, se hablará de «solidificación de la metáfora», de «tomar al pie de la letra» por el psicótico, paralizando el libre deslizamiento de los significados y sus resonancias profundas. El psiquiatra lo percibe como una *sorpresa* y una *extrañeza* en el discurso del paciente. Lo volveremos a comentar a lo largo de esta presentación.

UN «EVENTO DE DISCURSO».

Tarde o temprano, todos los clínicos se topan durante su práctica profesional con lo que Ey llama un «*evento de discurso*». Freud ya lo comentaba en su metapsicología de 1915 [5] en la que decía que las representaciones de palabras son tratadas por el psicótico como representaciones de cosas.

Esta descripción, en la obra de Henri Ey, atrajo mi atención por primera vez en el 2006 cuando realizamos con el Crehey, la reedición de sus *Estudios psiquiátricos* [6], cuyas 1750 páginas fueron valientemente traducidas al castellano por Humberto Casarotti en [2008] y publicadas, en dos grandes volúmenes, por Juan Carlos Stagnaro en su editorial Polemos [7].

En el tomo de 1954, y más específicamente en el famoso Estudio Nº 23 titulado *episodios delirantes y psicosis alucinatorias agudas* [8], me llamó la atención una frase de Ey en nota a pie de página, sobre la cual he meditado muchas veces y que genera un diálogo, a menudo interrumpido y reanudado, con nuestro buen amigo Humberto Casarotti. Esta es la frase de Ey:

1. [La presencia de metáforas tomadas al pie de la letra] es la razón por la que una descripción fenomenológica de esta vivencia [del episodio delirante] exige que su «estilo» sea metafórico a su vez. Si el lector considera que lo hemos utilizado de sobra, estará de acuerdo en que fue por pura necesidad.

Esta nota se refiere a un pasaje en el que H. Ey describe la «simbolización de lo vivido» como carácter fenomenológico particular del momento psicótico [7, p.248]. Dice que el apego al Imaginario produce una «metamorfosis de la semántica psíquica» que hace «perder su espesor a la metáfora» y «al perder su función de análogo» (Sartre), es decir la función

analógica de las metáforas, se convierte en «un evento» en el sentido concreto del término, sin por ello abandonar su función simbólica.

Ya que desde Aristóteles y su *Retórica*, la metáfora es una cuarta proporcional. Decir «tú eres mi león magnífico y generoso» como en el drama *Hernani* de Víctor Hugo, significa, eres *como* un león, porque lo que está haciéndote *como* un león es tu potencia, tu magnífica y soberana estatura erigida y el don de ti generosamente reiterado, alusiones explícitas –que, en aquella época, escandalizaron– al gozo del deseo sexual fálico expresado por una mujer... Más allá de la simple analogía, la metáfora poética hace surgir un significado fálico increíble. El psicótico en crisis, tomando la metáfora al pie de la letra y reduciéndola, quizás no oiga más que su *real* y trágica transformación en un león del que la mujer toma posesión. Tampoco podría decir, al igual que un niño de tres años que domina su miedo: «¡Es de mentira!».

SIMBOLISMO Y APLASTAMIENTO DE LA METÁFORA

Una de mis pacientes, deprimida, que había tenido grandes dificultades con un acosador, me dijo un día en que estaba particularmente alterada: «me agujereó la cabeza», repitiéndolo varias veces. Ciertamente, ante mi perplejidad, me dijo que aludiera a la herida en el cuero cabelludo que él le había infligido al golpearla con violencia. No obstante, era una extraña manera de expresar la confusión subjetiva y el caos en sus pensamientos, la de recurrir a una forma espacializada y geométrica para describir un evento de orden principalmente psíquico: porque era ante todo una humillación, un intento de sometimiento o de destitución subjetiva por la fuerza. En su boca este «me agujereó la cabeza» no era una metáfora sino «un suceso», real por supuesto, pero tomado también y sobre todo, en su sentido literal y, en el diálogo que teníamos, era un acontecimiento que simbolizaba el acceso a una espacialización concreta en el lugar virtual de la subjetividad.

Sin embargo, la evocación del «agujero» no dejaba de ser –en todo caso para los demás– una manera simbólica de expresarse: un agujero en el mundo del pensamiento como decimos en francés de un «agujero de memoria». Así como la elección de la palabra *cabeza* que prefirió a «cuero cabelludo», evoca simbólicamente el «dolor de cabeza» o como decía

otras veces «mi cabeza no está bien, doctor» o incluso «pierdo la cabeza» simbolizando así la pérdida de su subjetividad abrumada por sus preocupaciones.

En las descripciones de la semántica del psicótico, poner de relieve el simbolismo ha prevalecido a menudo sobre la consideración de la pérdida y del aplastamiento de la metáfora. Y esto es lo que Henri Ey reajusta en su texto.

Así escribe: «correr hacia la meta» impone correr, y «sufrir el martirio» o «estar quemado» introduce la terrible angustia de tener que sufrir el calvario de San Lorenzo, o «ser compartido» impone tatuarse la mitad exacta del cuerpo, etc. Se comprende hasta qué punto el «tomar al pie de la letra» puede llegar rápidamente a ser muy angustioso, incluso trágico, puesto que hay más: esta interpretación literal de la metáfora que «pierde su espesor» e impone al paciente cumplir con lo que la palabra, muy textualmente, dice, no es sino una significación bloqueada y absoluta que se impone al sujeto llenando el campo de su conciencia. En este sentido, es una *alucinación* que pronto ya no será aislada y se volverá delirio. Así, la palabra convertida en el absoluto del objeto que designa y con el cual se confunde —como en el ejemplo freudiano «cerda»—, impacta en «contra-dicho» (Ey) el sujeto en espera perpleja de significado: le afecta, le maneja y, al final, le habla.

De modo que el aplastamiento de la metáfora es un «evento del discurso», a veces primero, convirtiéndose en uno de estos «momentos fecundos» de los que hablan Ey y Lacan desde 1932 [9] y en su encuentro en 1947 en Bonneval [10]. También se confunde con una «experiencia delirante primaria» en el sentido de K. Jaspers [11]. Cuando perdura, es señal de un delirio alucinatorio.

Ey puede sostener esta tesis porque en el caso de episodios delirantes y alucinatorios agudos, la subjetividad pierde su necesaria virtualidad en lo más íntimo de uno mismo (necesariamente, el espacio subjetivo que se hunde en el centro de uno mismo no es localizable, ni disponible, no es visible ni objetivable). Al contrario, en la crisis psicótica, la subjetividad se objetiva a sí misma, a la vista de todos, con el sentimiento de una violación, de una penetración del Otro en lo más íntimo, ya que el sí mismo, lo más íntimo, se hace visible para todo el mundo; o como un cuerpo extranjero que toma posesión del Sujeto haciéndose eco de mis pensamien-

tos, comentando y manejando mis pensamientos y mis actuaciones, amenazando, criticando, mandándome concretamente ondas y fluidos, etc.: para llegar a este punto, el pensamiento se espacializó, se localizó, se *eo-metrizó* y al hacerlo, al objetivarse, la asociación de ideas, que es la actividad normal del pensamiento, se ha realmente enredado en un engranaje, una mecánica, de modo que se convirtió en un autómeta, siendo un títere, una marioneta movida por los hilos del Otro². G. G. de Clérambault lo describe de forma brillante y muy detallada. Tal como dice Ey: «en este trastorno evidente, el sujeto perdió, a la vez que la conciencia exacta de sí mismo, la posibilidad de resistir a la invasión de su pensamiento por el espacio». [7 p.247].

EL ORDEN DEL DISCURSO TEÓRICO

Los clínicos tienen que cuidar de no caer en la sintaxis del delirio de sus pacientes. Razón por la que H. Ey es muy prudente y presenta disculpas en esta nota. Insiste siempre en que nunca se ha de tomar al pie de la letra las metáforas que utiliza. En efecto, decir que en el aplastamiento de la metáfora hay locura, conduce el clínico a medir bien su decir. No obstante, los clínicos no pueden describir fenomenológicamente lo que ocurre en la crisis psicótica y sus momentos fecundos sin recurrir a metáforas: así que, según Ey, «la conciencia se coagula», «se inmoviliza», «se congela», «la conciencia es penetrada por el espacio», «la conciencia se vuelve maquina» incluso se convierte «en aparato de proyección» (pero no lo es, precisa Ey en nota). Ey utiliza todas estas metáforas para que se entiendan gracias a su estilo las metamorfosis que ocurren en la subjetividad truncada o dispersa del delirante.

Llegamos aquí a lo que condujo a Ey a una crítica radical de la teoría del *Automatismo mental* de G. G. de Clérambault [2]. En su brillante *paráfrasis neurológica* de la formación de los síntomas y de la segunda personalidad generada por el automatismo mental, *paráfrasis* conducida según lo que se sabía, en aquella época, acerca del influjo nervioso en el cerebro, con

² Tenemos allí, de Ey, la evocación de la obra maestra de Marcel Duchamp: «La mariée mise à nu par ses célibataires même» o el «Grand verre» (Philadelphia Museum).

sus direcciones principales y sus derivaciones menores, de Clérambault acaba por enredarse a sí mismo en el juego de su escritura y tomar, al igual que el delirante, su metáfora al pie de la letra. Dice: lo que describo aquí de la formación del discurso del paciente, en términos muy neurológicos de conexiones y derivaciones, lo es por metáfora aunque tal vez sea lo que ocurre «de verdad». Para Ey, decir esto ¡es locura!

LACAN Y LA METÁFORA

¿Qué decir entonces de Lacan para quien de Clérambault fue, según él, su «único maestro en psiquiatría»? Decir, como lo hace, que «su organicismo no era más que metafórico» [12] es obviamente una pirueta muy hábil...

Lacan, en 1953, mientras Henri Ey entregaba su Estudio Nº 23 a la imprenta, acababa de pronunciar su discurso de Roma: «*Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*» [12, p. 237-322] cuyo texto leyó Ey atentamente con anotaciones manuscritas³. En aquella época, Lacan no se focaliza en la metáfora como evento de discurso en el psicótico sino en las figuras retóricas en general que, para él, son las condiciones del Ics: metáfora, metonimia, paradigma y sintagma, significante y significado proporcionados por el *Curso de lingüística general* de F. de Saussure y, luego, por los trabajos del lingüista R. Jakobson. El concepto de «*la Metáfora paterna*» aparecerá en el seminario de 1955-56 (*Seminario III sobre las psicosis*) [14] y sobretodo en sus escritos en 57-58 (*De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*) [12, p. 531-583] en los cuales se encuentra su famoso *esquema de la metáfora del deseo*.

Para Lacan y sus discípulos Laplanche y Leclaire tanto como para el psicoanálisis en general, se planteaba la cuestión de saber cómo el deseo podía ser desplazado y llevado (μεταφορά) por las palabras ordinarias del discurso, y cómo el objeto del deseo podía cobrar significado por estas palabras. Esta es la cuestión muy importante –y nunca fue estudiada por los lingüistas– que Lacan trata en el año 61 en su dialogo con el filósofo Pérelman [15] acerca de la retórica. Mucho más tarde, en 1975, Paul Ricoeur, en su obra *La metáfora viva* [16], defenderá también un enfoque no lexi-

³ Consultable en el Fondo Ey de la Mediateca de Perpiñán Francia)

cal sino semántico de la metáfora en el núcleo de la palabra. Es una concepción de la metáfora que le quita su atributo de sustitución lexical analógica de una palabra por otra palabra (Lacan afirma que la metáfora no es analógica). En cambio, en el discurso metafórico, todas las palabras del discurso y el discurso mismo representan un posible vector metafórico del deseo, discurso que no desvela su sentido antes de la última palabra de la frase o de la situación entera. Así, decir «¡el gatito ha muerto!» como en la famosa comedia de Moliere (*La escuela de las mujeres*, 1662) provoca la risa del público porque comprende la metáfora de la pérdida de la inocencia de Agnès, la joven ingenua, mientras que su viejo tutor, enamorado y celoso, ¡no la entiende!

Hace falta, por supuesto, que el sujeto haya tenido la oportunidad de hablar de un «barco ebrio» para expresar el tumulto y el hundimiento de su vida (Rimbaud) o de poder decir desde muy chiquito que «el perro hace miau y el gato guau guau» (Lacan) !

PARA CONCLUIR

Ey y Lacan se responden y juntos, hacen de la pérdida de la metáfora en el discurso, el signo de la psicosis. Lo que Ey enseña de 1950 a 1954 es que el discurso de la psicosis aguda o crónica presenta, tropieza y quizás también se active con el aplastamiento de la dimensión metafórica de la palabra, es decir su desaparición como metáfora rica de significación del deseo que conduce a un simbolismo inmóvil/estático. Lacan en 1955-1958 dice algo parecido aunque su teorización puramente psicoanalítica lo lleve a tomar en cuenta la manera con la que el discurso del *infante* es introducido (o no) por sus padres en la dimensión metafórica del deseo. De allí, la forclusión del Nombre del Padre. Leyéndolos casi se podría deducir este precepto «si queréis evitar la psicosis leed poesía y hablad como poetas» la mejor manera de conjurar la forclusión del significante primordial del Nombre del Padre y la locura teórica de los psiquiatras. Ahí reside el secreto de la libertad humana, descubrir que las palabras, si dicen las cosas que nombran, pueden sobre todo llevar y transferir un significado enriquecido a lo que no lo tenía: ¡se «navega» ahora en el «espacio» para una «Odissea»! Cada uno debiendo finalmente cumplir su tarea poética, su ποιησις, su construcción del mundo.

Pero del otro lado, el del psiquiatra, también hay que garantizar la libertad. Porque, a esta frecuentación de la locura, Ey añade una dimensión de advertencia para el psicopatólogo: hay que conservar siempre un «espaciamento» entre lo que uno cree entender y lo que quiere explicar, es la garantía de la Libertad del Hombre. De modo que lo que cuenta el psicótico de su experiencia no puede ser tomado «al pie de la letra». Se necesita una distancia, una estructura de discurso que garantiza que la palabra del psicótico no sea aplastada ni reducida a su sentido literal por la ciencia misma. Hemos visto cómo de Clérambault había caído en la trampa. Pero, en la reciente ciencia la más avanzada del mundo, nació un proyecto, una búsqueda y un eslogan para el centro de Saclay, *Neurospin* que es: ¡ahora se pueden «ver las alucinaciones» (en el mapa del cerebro) [17]⁴. Este lema bajo el juego de palabras no hace sino retomar el vivido del psicótico que objetiva lo que no debería serlo y ve demasiado bien por sí mismo sus alucinaciones. La ciencia, hubiese dicho Ey, al igual que el psiquiatra a veces, «delira con su paciente».

Cuidado pues: cuando se dice que el sol se levanta por la mañana, no significa que por la noche ¡se haya dormido!

¡Ni que gire alrededor de la tierra! ni tampoco que ¡la tierra sea tan llana como su horizonte!

Gracias por su atención

BIBLIOGRAFÍA

- [1] BLEULER E. *La démence précoce ou le groupe des schizophrénies*. Contribution au *Handbuch der psychiatrie* du Pr G. Aschaffenburg. Franz Deuticke éd. Leipzig und Wien 1911. Trad. Fr. Résumé Henri Ey 1926; Publication Cercle d'Etudes H. Ey reprint par Labo Théraplix 1964. Trad. Complète A. Viillard E.P.E.L. G.R.E.C. éd. 1993.
- [2] De Clérambault G.G. L'automatisme mental, série d'articles publié dans *Bul. Soc. Clin. Méd. Ment. Et A.M.P.* de 1909 à 1925. Rééd. In *Œuvres choisies*. Préface A. El Omeiri. Les Éditions de la Conquête Marseille 2017.

⁴ Este tema fue objeto de mi comunicación en el simposio Henri Ey del XV Congreso Mundial de Psiquiatría (WPA) en Buenos Aires [17].

- [3] Schneider Kurt (1957). «Primare und sekundare Symptome bei der Schizophrenie». Fortschr. Neurol. Psychiat. 25. *Psychopathologie clinique* Trad. Fr. J.P. Legrand Voir le chapitre VI Données psychiques et diagnostic psychiatrique pp.91-152 Nauwelaerts Louvain-París 1957.
- [4] Minkowski E. La Schizophrénie Psychopathologie des shizoïdes et des Shizzophrènes París Payot 1927, rééd.1997.
- [5] Freud S. *L'Inconscient* in Œuvres complètes, Vol XIII p.242, puf París 1988.
- [6] Ey H. *Etudes psychiatriques* (3 vol.: 1948-1950-1954 París DDB) Rééd Augmentée d'un appareil critique, Préface J. Garrabé, Avertissement P. Belzeaux, les 3 tomes en 2 vol. + CDrom Perpignan Crehey ed. 2006.
- [7] Ey H. *Estudios psiquiátricos* Trad. Esp. en 2 vol. H. Casarotti Buenos Aires Polemos 2010.
- [8] Ey H. *Etudes N° 23 Bouffées délirantes et psychoses hallucinatoires aiguës* Vol.II pp.201-324 in *Etudes psychiatriques op. cit.*
- [9] LACAN J. *De la psychose paranoïaque dans son rapport à la personnalité* Thèse Le François ED. 1932. Rééd. Suivie de *Premiers écrits sur la paranoïa* Coll Le Champ Freudien dir. par J. Lacan París Le Seuil, 1975.
- [10] EY H. Dir. *La psychogenèse des psychoses et des névroses*. III° Colloque de Bonneval de 1947, public París DDB 1950, rééd. París Tchou 2004.
- [11] JASPERS K. *Psychopathologie générale* Berlin Springer 1913, Trad A. Kasler et J. Mendousse París Alcan 1928, rééd París Tchou 2000.
- [12] LACAN J. *Écrits* París Le Seuil 1966.
- [13] GARRABÉ J. *Schizophrénie Etudes cliniques et psychopathologiques* Le Plessy Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, 1998.
- [14] LACAN J. *Séminaire Livre III: Les psychoses* París Seuil 1981
- [15] Lemaire Anika «Jacques Lacan» Bruxelles 1970. Reproduit in [16]
- [16] Lacan J. *Autres Ecrits* París Le Seuil 2001
- [17] BELZEAUX P. *Les hallucinations peuvent-elles être représentées ? Des réalisations plastiques d'H. Michaud aux images du Pet-scan*, reproduit in Les Cahiers Henri Ey N° 29-30 de Juillet 2012.

REGRESO AL FUTURO: ¿EY, *NATURPHILOSOPHE*?

Eduardo Mahieu¹

TRES SORPRESAS

Partiendo de su carácter globalizante, algunos autores han propuesto con un poco de audacia establecer una analogía entre lo que hoy llamamos «Neurofilosofía», con todo su sofisticado y moderno aparato de neurociencias de vanguardia, y su supuesta antecesora, la germánica y romántica «*Naturphilosophie*» [Gusdorf, 1984; Meulders, 2001; Andrieu, 2007]. Y después de todo, ¿porqué no? Empecemos entonces por allí para proponer –retomando el título de una saga cinematográfica de Robert Zemeckis–, un «regreso al futuro» como un modo divertido de pensar la idea de «vanguardia» en nuestro campo. En un trabajo reciente expusimos de qué modo la que en su momento surge como una noción «novedosa», la ambivalencia introducida por el psiquiatra suizo Eugen Bleuler entre 1910 y 1914 [Mahieu, 2022a], remite en realidad a la noción de «polaridad» que atraviesa la *Naturphilosophie* un siglo antes proyectando sobre el futuro una buena dosis de sus ideas. Realizando tal trabajo nos encontramos con sorpresa con un vocabulario muy familiar al utilizado en su obra por el psiquiatra francés Henri Ey (1900-1977): sin ir más lejos, «orgánico y dinámico», «plan» y «elevación de la materia al espíritu»,

¹ Symposium del Centre de recherche et édition Henri Ey (CREHEY): «La Psiquiatría clásica de Henri Ey», 7º Congreso del Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales (GLADET): «De la psiquiatría clásica a la de vanguardia en la aldea global», Guadalajara 7 y 8 de julio del 2022.

«metamorfosis», «vida (vitalismo)», por solo citar algunos [Van Eynde, 1998; *Goethe et la Naturphilosophie*, 2011; *Goethe Scientific Studies*, 1998]. Intuimos que hay algo más que analogías y coincidencias y de allí surge la idea de confrontar ciertas nociones de Henri Ey con la *Naturphilosophie* y particularmente con el sabio y poeta alemán Johann Wolfgang von Goethe (1749-1832), intuyendo afinidades electivas.

Pensamos compartir nuestra sorpresa con la del mismo Henri Ey, quien muestra la suya en el momento de la publicación en 1971 del libro del psiquiatra canadiense de origen suizo, nacido en África del Sur y formado en Francia, Henri Ellenberger (1905-1993) «El descubrimiento del inconsciente» [Ellenberger, 1976]. El efecto de *après-coup* que percibimos en Henri Ey es como el de quien redescubre un pensamiento que piensa ya en él y así vemos a Henri Ey escribir con una celeridad sorprendente un «*Compte rendu*» de cuarenta y tres páginas publicado en 1972 en la revista francesa *L'Evolution psychiatrique*, donde comienza con la exclamación: «¡Al fin un libro!» [Ey, 1972]. En su comentario, Ey celebra el hecho que no haya nada allí que no se encuentre sólidamente sostenido por el método histórico consistente en el estudio del contexto cultural y político de cada hombre y de cada obra, como si pensara una respuesta anticipada a lo que señala el historiador francés Michel Espagne para quién «Cuando un libro, una teoría, una tendencia estética atraviesan una frontera entre dos espacios culturales, y pasa por ejemplo de Alemania a Francia, sus significaciones, ligadas al contexto, se modifican por ese mismo hecho» (citado en [Renault, 2003]). Transcultural entonces, uno de los temas abordados por Ellenberger, con el método que aprecia Ey, es precisamente el de la *Naturphilosophie*, sus orientaciones y sus médicos.

En su reseña, Ey confiesa su deleite al descubrir cantidades de hechos, de personajes y de libros que «no conocía o que conocía mal», según sus términos. De allí en más, no va a dejar pasar una ocasión sin repetir el elogio del libro y de dejar traza del impacto suscitado: podemos leer varios en el *Tratado de las Alucinaciones* (1973) [Ey, 1973], luego otros más explícitos aún en su libro *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie* (1975) [Ey, 1975], y finalmente, y de importancia, aquellos desarrollados en la publicación póstuma esencial a este trabajo, «“Maladie morale” et “Traitement moral” dans la psychiatrie française et allemande du début du XIX^{ème} siècle (Les péripeties d'une *contradicton in adjecto*)»

[Ey, 2017]. En ese sentido, nos parece ser un ejemplo muy claro el párrafo siguiente tomado del libro *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*: «La historia de la interferencia de la Filosofía alemana de la Naturaleza² (Schelling, Goethe) y de lo que se llama la escuela psiquista (recordemos las ideas de Heinroth, Ideler así como las de Carus, Eschenmayer, Beneke, etc.) da cuenta del hecho que sean los países de lengua alemana quienes hayan constituido la cuna de lo que se llama la *Psiquiatría psico-dinámica*. A partir del momento en que ha trazado (1970) los movimientos y peripecias de tal desarrollo de ideas y conductas médico-psicológicas, no hay nada más que agregar ni sacar a esa gran obra que comentamos abundantemente y que lleva como título «The discovery of the Unconscious»». [Ey, 1975]. Comprendemos entonces la importancia que reviste el libro para el psiquiatra francés que se propone elaborar una psiquiatría «órgano-dinámica» que constituya un polo opuesto. Finalmente, no dejemos pasar el hecho que la sorpresa de Henri Ey redobla la del mismo Ellenberger, quien al abordar a su vez la medicina que emana de la *Naturphilosophie*, nos dice: «Quien se aboca a estudiarlos [los «psiquiatras» del momento] se ve sorprendido de constatar hasta qué punto ya habían anticipado nociones que imaginamos hoy ser totalmente novedosas» [Ellenberger, 1976]. Retornamos así a nuestro punto de partida, el de la dicha vanguardia y proponemos para nuestro trabajo «volver al futuro» y avanzar sobre la quimera de un Henri Ey «Naturphilosophe».

NATURPHILOSOPHIE

Presentemos rápidamente qué se entiende por *Naturphilosophie*, constelación de pensamientos que se desarrolla en países de lengua germánica entre la segunda mitad del siglo 18 y la primera del siglo 19. Seguimos aquí al epistemólogo francés Emmanuel Renault [Renault, 2003] quién propo-

² Traducir simplemente *Naturphilosophie* por «Filosofía de la naturaleza» solo puede prestar a equivoco. Como por ejemplo con la llamada «filosofía de la naturaleza» de los presocráticos, como lo hace el mismo Ey en otros lugares de su obra. Sabemos que incluso en lengua alemana se distingue la *Philosophie der Natur* de la *Naturphilosophie* [Fischbach, 2001]. Es la razón por la que conservamos en este trabajo el término en alemán.

ne una exposición propicia a nuestro trabajo. Este autor dice que referida a su propio contexto la *Naturphilosophie* resulta ser «un vasto programa de investigación filosófico-científico con orientaciones múltiples, que se lanza al estudio de numerosos objetos y que moviliza ya sea tanto métodos como posiciones filosóficas extremadamente variadas y hasta contradictorias». Su «visión del mundo» se ve formulada en primer lugar por el mentor de Goethe, el poeta y teólogo alemán Johann Herder (1774-1803), profundizada luego por el joven discípulo en sus escritos científicos, y luego fundada filosóficamente por Friedrich Schelling (1775-1854) y G.W. Hegel (1770-1831). Evidentemente, existen formas mucho menos científicas como la del poeta, jurista y geólogo Georg Novalis y hasta incluso algunas formas teosóficas como la del teólogo Franz Baader –inspirada por el místico alemán Jakob Boehme (1575-1624)–. Convenimos entonces en que hay diferentes formas de *Naturphilosophie* que combinan y comparten diferentes aspectos comunes, no todos en las mismas proporciones, y cuyos propósitos pueden resultar hasta completamente divergentes.

Pero sigamos su «tronco central» que marca una orientación general. De acuerdo a Renault, la llamada «visión goetheana del mundo» se caracteriza por tres ejes principales: en primer lugar ella se basa en la idea de una continuidad (unidad e identidad) de la naturaleza y del espíritu, reflejada en la afirmación de Schelling expuesta en sus *Ideas sobre la filosofía de la naturaleza* (1797): «La naturaleza es el espíritu visible, el espíritu es la naturaleza invisible». En tal identidad, la naturaleza es a la vez sujeto y objeto (*natura naturans* y *natura naturata*) postulando una posición monista [Renault, 2003], del mismo modo que el individuo y el cosmos se encuentran unidos por una «complicidad ontológica» [Van Eynde, 1998].

En segundo lugar, tal visión manifiesta una comprensión de la naturaleza en tanto que lugar de exteriorización de un conjunto de «fuerzas gobernadas por la polaridad», postulando que no existen «fuerzas» sin «polaridad», y por lo general polaridades opuestas, aunque no exclusivamente. Durante ese período se descubre, se construye y se recurre a una constelación natural de polaridades, como la de la atracción y repulsión mecánicas, la polaridad magnética, la electricidad positiva y negativa, las fuerzas químicas del ácido y el alcalino, la irritabilidad y la excitación orgánicas, etc., que consolidan y confirman la visión en el terreno científico. Obviamente, para la variedad de *Naturphilosophen* existen todo tipo de

polaridades, como por ejemplo las estéticas y poéticas, o la célebre polaridad de la luz y la sombra en la teoría de los colores de Goethe, así como la del día y la noche de Novalis, y también otras variantes teosóficas, etc. Es un principio general. Recordemos que los románticos rechazan radicalmente la separación del dominio epistemológico en «provincias» que se excluyan unas de otras y así, por ejemplo, la literatura y la ciencia no se consideran heterogéneas. En su libro, Ellenberger agrega a la lista la polaridad de la vigilia y del sueño, la polaridad de lo masculino y lo femenino, y, ya desde aquella época, la del cerebro y el sistema ganglionar. Veremos algo más de la noción de polaridad un poco más adelante.

El tercer aspecto de la «visión goetheana» es la idea que diferentes fenómenos naturales corresponden a diferentes grados o niveles de una *metamorfosis* gracias a la cual la naturaleza se eleva de lo inferior a lo superior, algo propuesto por Goethe en su canónica descripción de *La Metamorfosis de las plantas*, ya utilizado por Herder para describir la elevación progresiva de lo inorgánico hasta la historia. Digamos que Schelling y Hegel la completan desde los puntos de vista trascendental y lógico en sus elaboraciones sobre el sistema de la naturaleza. Si recordamos entonces la tesis de la identidad de la naturaleza y del espíritu, todo ello nos conduce a ver en la naturaleza un ser total, «una totalidad orgánica», que asume la idea «dinámica» y «polarizada» de una «elevación» gradual de la naturaleza por metamorfosis. Sabemos que, por vocación, la *Naturphilosophie* se propone ejercer una oposición férrea a la filosofía mecanicista en beneficio de un espíritu dinamista, algunas veces llamada «filosofía dinámica» y hasta «filosofía química».

Retengamos entonces que tanto «orgánico» como «dinámico» son significantes primordiales de la *Naturphilosophie* (a tal punto que Goethe llega hasta utilizar la expresión «significante de la Naturaleza» (*Zeichen der Natur*) en algunos de sus aforismos). Como resulta evidente, son también dos significantes primordiales del órgano-dinamismo de Henri Ey, que no siempre han sido bien comprendidos, en buena medida por el uso flotante que Ey hace de «organismo», entre organización y cuerpo³.

³ Como lo indica el filósofo italiano Giorgio Agamben, *Organon* significa desde Aristóteles tanto un instrumento técnico como un cuerpo [Agamben, 2018].

EY Y LACAN: ENTRE LA MATERIA Y EL ESPÍRITU

Veamos algo de ello recurriendo a una anécdota del célebre debate entre Henri Ey y Jacques Lacan de 1946 sobre la «Psicogénesis de las neurosis y las psicosis», ya que en su crítica del organodinamismo de su amigo, «el viejo Goethe» hace una fugaz aparición en la pluma de Lacan. Decimos fugaz ya que solamente puede ser leída en la versión del texto de Lacan *Propósitos sobre la causalidad psíquica* publicada por Henri Ey en 1950 [Lacan, 1950]. La versión difiere además en algunos detalles de la publicada en la revista *L'Evolution psychiatrique* (1947) y luego reproducida en los *Escritos* (1966). En el libro verde editado por Desclée de Brouwer en 1950 leemos entonces que Lacan comienza su alocución en Bonneval invocando «al viejo Goethe» para justificar su silencio durante el período de guerra, confesando haberse abandonado a la fantasía de «tener la mano llena de verdades para mejor cerrarlas en ella». En las otras dos versiones del mismo texto el nombre del «viejo Goethe» desaparece reemplazado por el del dramaturgo francés «Fontenelle». Y más abajo, en el mismo texto, Lacan prosigue su crítica del organodinamismo dirigiéndose a la asamblea de Bonneval bajo la mirada de Henri Ey afirmando: «Hasta he creído, que Dios me perdone, ver escrito en su pluma el término de «jerarquía dialéctica»⁴, cuyo acoplamiento conceptual, creo, hubiera dejado embelesado al lamentado Pichon, cuya memoria no menoscabamos si decimos que el alfabeto mismo de Hegel le permaneció letra muerta». Que Dios lo perdone entonces porque es imposible encontrar dicha expresión en la pluma de su amigo, ya sea en el texto de Henri Ey que introduce el volumen de 1950, ni anteriormente en las discusiones sobre *La relaciones de la Neurología y la Psiquiatría*, de 1943. Y que Dios perdone a Henri Ey por haber dejado al nombre de Goethe llegar hasta nosotros en la pluma de Lacan [Ey, 1947] dándonos la ocasión de realizar este trabajo⁵.

⁴ En su lugar es el término «jerarquismo» el que figura en el texto publicado en *L'Evolution psychiatrique* y luego reproducido en los *Escritos*.

⁵ Nos preguntamos también si Lacan le hubiera pedido perdón a Dios si Henri Ey hubiese utilizado la expresión *espiral dialéctica*, un viejo tema que viaja de Goethe (*Spiraltendenz der Vegetation*) a Marx (en los *Grundrisse*), y de allí a Engels (*Dia-*

Anticipemos, sin embargo, que Lacan en algo da en el blanco al constatar, en efecto, que la cuestión de la «jerarquía» no es un detalle para Henri Ey, y que quizás tenga alguna relación con la *Naturphilosophie*. Pero terminemos primero con la crítica que le dirige Lacan al órgano-dinamismo y que quizás también tiene algo que ver con la *Naturphilosophie*: «me insurjo contra otra afirmación que dice que «para el materialismo, el espíritu es un epifenómeno», refiriéndose más vale a esa «forma del materialismo para la cual el espíritu inmanente a la naturaleza se realiza por su movimiento» [Lacan, 1950]. No dejemos pasar aquí que substituyendo «inmanencia» a «epifenómeno», Lacan le opone a su amigo una tesis asociada al pensamiento de polaridades de la *Naturphilosophie*, el *imanentismo*, como sabemos gracias al minucioso trabajo del investigador alemán Rolf Zimmermann [Zimmermann, 1974]. Un imanentismo que a su vez nos conduce hacia dos polaridades tan divergentes como la del filósofo y teólogo holandés Baruch Spinoza (1632-1677) y la del científico luso-americano Antonio Damasio, quien habla de un «imanentismo neurológico» (que luego toma el nombre de *emergentismo* o neurofilosofía, como lo indica simplemente Wikipedia...). Vemos entonces que seguimos de cerca a nuestra vanguardia.

DE ELLENBERGER A EY: LA NATURPHILOSOPHIE

Retomemos entonces el hilo del encuentro de Ey con el libro de Ellenberger. Sabemos que Ey se refiere a la *Naturphilosophie* precedentemente en ciertos lugares de su obra, como en la nota extraordinariamente densa del Estudio Nº 27, Estructura y desestructuración de la conciencia, [Ey, 2006] en la que asocia una «filosofía de la naturaleza» a Schelling y Hegel, aunque considerándola como siendo sobre todo un sistema especulativo, sin ciencia. Nuestra idea es que el libro de Ellenberger cambia en algo su idea, empezando por la utilización en sus últimos textos directamente del término alemán *Naturphilosophie*. Lo que notamos ya en el *Tratado de las alucinaciones*, donde Ey argumenta que el «modelo arquitectónico» en tanto que apunta al mismo tiempo a «una jerarquía de las formas, de las

léctica de la naturaleza), e incluso hasta el filósofo franco-húngaro Georges Politzer (1903-1944) que Lacan invoca un poco más tarde en Bonneval.

fases del desarrollo y de las implicaciones de los niveles en la organización de la vida del espíritu», es un rasgo «no solo preponderante sino específico del «estructuralismo vitalista» alemán». E inmediatamente agrega en una nota de pie de página: «La psicología estructuralista y gestaltista alemana está fuertemente enraizada en la ontología dinámica, en la *Naturphilosophie* y en una concepción «vitalista» y «entelequista» del organismo viviente, sintiente y existente». Tales raíces «emergen», según su expresión «en Dilthey y N. Hartmann», este último un autor muy apreciado por Ey. Esta asimilación entre vitalismo y *Naturphilosophie* ya figura en su comentario del libro de Ellenberger: «La historia de ese «vitalismo» (no encuentro mejor palabra para expresar esa filosofía de la naturaleza y ese romanticismo ideológico médico) merecía ser contada» [Ey, 1972]. Conociendo la importancia que Henri Ey atribuye a este autor, ¿cómo no apreciar en su pluma esta genealogía que va desde la *Naturphilosophie* hasta Nicolai Hartmann?

Pocos años después, en su importante texto tardío [Ey, 2017] Henri Ey retoma de manera diferente ciertos aspectos de la *Naturphilosophie* y de las obras de los «psiquiatras» del período, guiado por el libro de Ellenberger. Sin ir más lejos, comenzando por el hecho de declarar caduca o errónea la separación tajante entre «psiquistas» y «somatistas» alemanes introducida en Francia por Lasègue y Morel en 1844, «opuestos de manera demasiado artificial» en razón del «espíritu romántico de la *Naturphilosophie*» [Ey, 2017]. Debemos, sin embargo, admitir que Ey presenta a la *Naturphilosophie* de manera a oponerle mejor su propio modelo, pero no es menos cierto que encuentra allí analogías inevitables entre ambos. El texto publicado en 1978 nos muestra que para este escrito ha trabajado mucho una vez más, por ejemplo cuando Henri Ey nota que ha podido consultar las fotocopias que le ha facilitado la psiquiatra Gladys Swain del libro «imposible de hallar en Francia» del psiquiatra precursor de la *Naturphilosophie* Johann-Christian Reil «*Rhapsodien Uber Die Anwendung Der Psychischen Kurmethode Auf Geisteszerruttungen*»⁶ [Reil, 2007]. Asi-

⁶ Desde entonces, el libro ha sido traducido al francés en 2007 por Marc Géraud, con el título de *Rhapsodies sur l'emploi de la méthode de cure psychique dans les dérangements de l'esprit: dédiées à Monsieur le prédicateur Wagnitz*, [Reil, 2007], y luego al español en Buenos Aires por Polemos en 2012 (en *El nacimiento de la psi-*

mismo, cuando vemos que recurre a una búsqueda bibliográfica importante, como algunas fuentes ya bien conocidas por él tal el texto clásico del psicoanalista e historiador de la psiquiatría ucrano-americano Gregory Zilboorg (1890-1959) [Zilboorg, 1941], y otras más lamentablemente menos bien referenciadas. Henri Ey se siente interpelado por algunos hallazgos del libro como es el caso del psiquiatra alemán Friedrich Groos (1768-1852) de Heidelberg, inspirado por la *Naturphilosophie*, que articula su comprensión de la psiquiatría sobre la cuestión del libre albedrío y de una *Freiheitstrieb* (pulsión de libertad) a la cual la patología le haría obstáculo en la enfermedad. Zilboorg dice: «En general, las ideas de Groos son compartidas por un gran número de psiquiatras clínicos del siglo xx. Pero estos psiquiatras llegaron a sus puntos de vista no por medio de la creciente influencia y aprobación de las ideas de Groos, sino más bien por el tortuoso camino de nuevos descubrimientos de cosas viejas bajo diferentes nombres y apariencias, descubrimientos que otra época, en muchos aspectos similar a la época en la que Groos ha vivido y trabajado, se sintió históricamente obligada a hacer». Como un aviso a las vanguardias por venir. Por su lado, Henri Ey afirma de él: «Me parece haber tenido entre 1825 y 1830 la más profunda intuición del movimiento órgano-dinámico que debía desarrollarse con Moreau (de Tours) y H. Jackson a fines del siglo» [Ey, 2017]. Una genealogía notable cuando sabemos que el vértice de tal movimiento es él mismo.

Evoquemos también el párrafo que le dedica al comentario de la *Naturphilosophie* de Schelling y sus *leit-motifs*: el fenómeno fundamental (primordial u originario) (*Urphänomene*), el torbellino y las polaridades múltiples en las cuales se mueven y equilibran las fuerzas de la vida y de la muerte, del Yo y No-yo, etc. Conocemos el uso importante en su obra de tal familia de ideas. Igualmente, Henri Ey fija su atención en los términos alemanes tan característicos de la *Naturphilosophie* como *Gemüstkraft* (casi intraducible: ¿fuerza espiritual o emocional?) y sobre todo *Lebenskraft* (fuerza vital) que le permiten reafirmar la identidad que él establece entre *Naturphilosophie* y vitalismo. En todo este pasaje Ey nos dice guiarse por el libro de Ellenberger para tratar más especialmente de la medicina román-

quiatria). Juan Carlos Stagnaro lo presenta de manera magistral en «Los aportes de Johann Christian Reil al nacimiento de la psiquiatría» [Stagnaro, 2015].

tica, «injertada» sobre la *Naturphilosophie*, cuyas ideas se ven orientadas por la «ley orgánica de las bipolaridades», como escribe (p. 378). Notemos aquí esta expresión singular puesto que es capaz de desorientarnos por sus resonancias actuales⁷. Hasta aquí hemos visto las resonancias producidas en Ey por *La Naturphilosophie* sobre un plano general, pero veamos más vale en el terreno de la clínica cómo muchas de esas nociones trabajan ya desde antes de su encuentro con el libro de Ellenberger. Para ello debemos entonces retroceder y volver al futuro.

LA POLARIDAD

Acudamos a la idea de polaridad, que quizás sea el prototipo de noción que más sufre al atravesar las fronteras. Incluso en lengua alemana ha vivido una metamorfosis que la desplaza de un término a otro. La noción no pertenece a un «autor» sino que es el resultado de múltiples metamorfosis de ideas que circulan en el espíritu de la época y que remontan a muy lejos. Empecemos con lo que escribe el filósofo alemán Friedrich Engels - una de las fuentes mencionadas por Ey en «Des idées de Jackson...» [Ey, 1975] - que nos habla del movimiento de la materia, el mismo reivindicado por Lacan en 1946: «La forma fundamental de todo movimiento [de la Naturaleza; de la materia] es entonces el acercamiento o el alejamiento, la contracción o la expansión, en resumen la vieja oposición polar de la atracción y de la repulsión» [Engels, 1975]. Más divertido, en 1984, Pierre Bertaux, biógrafo de Hölderlin, dice de modo irónico: «En efecto, es del «frote de los sesos [*cervelles*]» entre Hölderlin y Hegel que nace la forma de pensamiento llamada dialéctica, de la que sabemos el destino que ha conocido desde entonces, ya que a través de Marx, discípulo de Hegel, ha sido adoptada en su versión política por un tercio de la especie humana de la cual es la religión oficial» [Bertaux, 1983]. Completemos al fin la idea con lo que dice el filósofo marxista francés Lucien Sève (1926-2020) quien afirma que «En su más grande generalidad, la contradicción dialéctica refleja la uni-

⁷ En la traducción francesa del libro de Ellenberger figura solamente «ley de las polaridades» (sin el *orgánica* ni el *bipolar*; *law of polarities*, en inglés). Como tal es referida a Schelling, pero en muchas otras fuentes encontramos de manera más frecuente simplemente «ley de polaridad», en singular, para traducir *Polaritätsgesetz*.

dad de contrarios opuestos de manera polar» [Sève, 1984]. Vemos así que de modo cierto, polaridad, contradicción y dialéctica se encuentran en un mismo espectro. Pero por más entretenido que nos resulte el ejercicio, es un poco simplista reducir la polaridad a tales anécdotas. Lo cierto es que es prácticamente imposible encontrar una definición de la noción que no le quite buena parte de su sabor para el pensamiento. Adoptemos provisoriamente la del germanista Alexander Gode Von Aesch, quien comenta el trabajo *Von der Lebenskraft* (1795) del mismo Johann-Christian Reil cuyas fotocopias Ey acaba de leer, y que nos parece la más concisa y compleja a la vez: «La metamorfosis es la transformación rítmica en el punto o momento de descanso en una tensión polar. La polaridad es la tensión que produce la realidad entre las irrealidades que son los polos. La fuerza vital es el poder que dirige y da energía, pasando a través de todo» [Gode Von Aesch, 1947]. Lo que nos brinda materia en qué pensar.

LA POLARIDAD DELIRANTE: MEGALOMANÍA Y AUTOACUSACIÓN

No sabemos si tales ideas eran lo que tenía en «el seso» Henri Ey cuando publica en 1950 su Estudio Nº 19 sobre «La Megalomanía». El hecho es que allí inicia un abordaje psicopatológico de los «temas delirantes» por polaridades que no abandona más. Lo encontramos nuevamente en sus *Lecciones sobre los delirios crónicos* (Tapuscrito I, 1953-1967) [Ey, 2010] y luego en el *Tratado de psiquiatría*⁸ [Ey, 1978], a título de ejemplos), donde vemos al «tema» «polarizar» la estructura psicopatológica. Mejor aún, en el Estudio Nº 19 encontramos de manera explícita lo que nos parece ser

⁸ Allí reitera que las ideas delirantes «constituyen los temas que expresan la transformación de la existencia (Dasein), es decir las relaciones del Yo con su Mundo, ya sea que este se encuentre inflado por la expansión de los deseos del Yo contra la realidad, o bien que se ve arrastrado en el movimiento de retracción del Yo. [...] La expansión delirante del Yo se manifiesta por ideas de grandeza o megalomanía. El sujeto se cree el Amo del mundo: el mundo es maravillosamente plástico a la medida de los deseos de su Yo. La retracción delirante del Yo se expresa a través de ideas delirantes de negación del mundo, de cataclismo cósmico, ideas de indignidad moral y de culpabilidad, ideas hipocondríacas y de frustración (celos). [Una] especie de sístole y de diástole» [Ey, 1978]. La idea podría incluso encontrarse en Philippe Pinel, quien distingue ya en el capítulo sobre las pasiones espasmódicas, las pasiones debilitantes u opresivas, de la alegres o expansivas, ambas propicias a hacernos perder la razón [Pinel, 1809]?

una clara herencia de las polaridades de Goethe: «Si queremos comprender, mas allá de la diversidad de temas, la unidad profunda del pensamiento delirante, debemos captar en el corazón humano el doble movimiento (según la expresión de Szondi) de la egosístole y la egodiástole que dan su ritmo al flujo afectivo. Puesto que es el conflicto entre estas dos fuerzas, como todos los moralistas y filósofos lo han notado, que constituye la dimensión radical de todo ideal y de toda conducta, es decir la estructura más profunda de nuestra vida moral» [Ey, 2006]. Aunque su nombre no sea citado, y que la idea parece tomada de la *Schicksalsanalyse* (1944) del psiquiatra húngaro Leopold Szondi (1893-1986), la frase parece como salida de la pluma del poeta alemán: reconocemos allí la célebre y fundamental polaridad de Goethe de la sístole y de la diástole⁹ que Henri Ey declina en su versión clínica y psicopatológica.

Prosigamos la lectura del Estudio Nº 19: «A esta dualidad fundamental de nuestras aspiraciones le corresponde el binomio delirante fundamental: autoacusación-megalomanía. En el fondo de todo delirio descubrimos una u otra raíz. Y en cuanto al tema de la persecución, asegura una función de compromiso entre las dos tendencias, de donde se deduce su mayor frecuencia [...]. Se comprende entonces qué profundo parentesco une la persecución a la megalomanía en la dialéctica de los temas delirantes y en tal perspectiva es fácil de prever que la idea de grandeza va a circular a través de todo el pensamiento delirante ya sea a título de implicación en el tema general o, por el contrario como su enunciado temático mayor, o en todo caso como una de las dos dimensiones necesarias a todo delirio en tanto que se sitúa en el juego de expansión o retracción del yo» [Ey, 2006]. No

⁹ «Todo lo que debe aparecer o presentársenos como un fenómeno, debe anunciar o bien una dualidad originaria susceptible de ser resuelta, o bien una unidad original que puede llegar a dividirse [...]. Dividir lo unido, unir lo dividido, es la vida de la naturaleza: la eterna sístole y diástole, la eterna sincrisis y diacrisis, la inspiración y respiración del mundo en el que vivimos, nos movemos y somos» (Goethe, *Teoría de los colores; Máximas y reflexiones*). La analogía es muy llamativa con lo que escribe Henri Ey en sus *Leçons du mercredi sur les délires*: «El movimiento de sístoles y de diástoles de la vida psíquica anima y constituye el ser-en-el-mundo y es tal movimiento cuyas perturbaciones encontramos en la temática del delirio. La *proyección* en la realidad es como la respiración del ser psíquico de la cual el delirio altera el ritmo y asfixia los intercambios vitales» [Ey, 2010].

podemos dejar de ver que, siguiendo su inspiración de polaridades, Henri Ey desplaza y enriquece la frecuentemente discutida dialéctica entre persecución y megalomanía, proveniente entre otros del alienista francés Achille Foville que Freud se permite criticar, antes de ser retomada por el psicoanalista lacaniano francés Jean-Claude Maleval en su libro *Logique du délire*. Es evidente que para Henri Ey la persecución aparece menos como uno de los polos que como la oscilación de la totalidad.

Digamos también, ya sin sorpresas, que «la expansión y la retracción» constituyen otra polaridad esencial de la obra *La Metamorfosis de la plantas* de Goethe, con la cual se considera que «funda» la ciencia de la *morfología* en 1790. En el ensayo de Goethe se suceden tres ciclos de sístole y diástole, expansión y contracción del ser vegetal, de la hoja a la flor, simultáneas o sucesivas, en una metamorfosis que puede ser ascendente o descendente [Goethe, 2021]. Sobre la cuestión se han escrito bibliotecas enteras, pero retengamos lo que dice el investigador Bernhard Kuhn [Kuhn, 2016] quien afirma que Goethe piensa en general las metamorfosis como una «alternancia horizontal» de la expansión y la contracción, mientras que sobre «un eje vertical» sitúa la *intensificación* (*steigerung*). Ambos, polaridad e intensificación, son considerados por Goethe como «principios motores» de la naturaleza y que resultan de «la aspiración continua hacia algo de más elevado» [Van Eynde, 1998]. La consecuencia es que como todo ocurre simultáneamente obtenemos un movimiento en espiral. En lo que respecta la «intensificación», el editor americano de las obras científicas de Goethe, Douglas Miller, no duda en calificarla de «elemento alquímico» en el pensamiento del alemán. Miller va hasta afirmar que la intensificación es el equivalente del «cambio (o salto) cualitativo»¹⁰ (del cual ya sabemos la fortuna que ha conocido después de Hegel, si seguimos a Bertaux). De acuerdo a Miller, para Goethe la «intensificación cualitati-

¹⁰ De acuerdo a Renault, para la *Naturphilosophie* de Goethe, «la unidad de la Naturaleza es una unidad estructural en el sentido en que los diferentes niveles de la naturaleza son los momentos de la variación cualitativa de una misma estructura» [Renault, 2003]. Lo que está en juego es una concepción de la naturaleza que opone la necesidad interna a la exterioridad y la contingencia, la cual es pensada como un sistema de niveles. Vasto programa que no es completamente ajeno al de Ey en nuestro campo.

va» está presente en toda la naturaleza: en los procesos de cristalización de minerales, la presión barométrica alta, el acorde mayor en música, pero sobre todo en el desarrollo en el mundo orgánico que va desde las formas de vida indiferenciadas como la *infusoria* hasta los árboles, los hombres y los animales [Goethe *Scientific Studies*, 1998]. Con el cambio o salto cualitativo nos situamos en pleno en una problemática que constituye «uno de los problemas fundamentales de la epistemología general», según lo indica Renault [Renault, 2003]. Y es el mismo punto que discuten Henri Ey y Lacan en Bonneval: ¿cómo se pasa entonces de la materia al espíritu?

«INTENSIFICACIÓN» DELIRANTE Y METAMORFOSIS «METAPSICÓTICA»

Prosigamos entonces con la trayectoria de inspiración goetheana que le atribuimos a la clínica de Henri Ey, reintroduciendo dos nociones que tienen que ver con el devenir de la dialéctica temática de los delirios: la intensificación y la metamorfosis. A partir de los años sesenta con las *Leçons du mercredi sur les délires chroniques* y luego con el *Tratado de las alucinaciones*, Ey retoma la cuestión siguiendo de cerca el «trabajo del delirio»: «Tales son, en efecto, los movimientos centrípetos y centrífugos que descubren el Psicoanálisis (S. Freud, M. Klein, etc.), los análisis existenciales o estructurales del Delirio en general (L. Binswanger, E. Minkowski, R. Kuhn, K. Conrad, etc.). Los análisis más profundos de la Psiquiatría contemporánea se juntan con las primeras intuiciones de los grandes autores clásicos consagrando el fondo existencial común de la alienación en tanto que se manifiesta en la clínica evolucionando como una tragedia de la existencia en una perpetua oscilación entre la persecución y la megalomanía» [Ey, 1973]. Constatamos que Henri Ey los reúne a todos –desde el «Delirio crónico de evolución sistematizada» de los clásicos, pasando por el psicoanálisis, la *daseinanalyse* y la gestalt–, gracias a la vieja «ley de polaridad»... Y como si siguiera a Goethe, al plano horizontal de la perpetua oscilación, Henri Ey le va a agregar otro plano que aportan las nociones de *trabajo*, *tragedia*, o, de manera más clásica, de *evolución*.

Porque en lo que constituye su «anti-clacisismo», reivindicado aquí o allá, Henri Ey aborda otro plano de polaridad con una definición que recuerda a aquella de la polaridad de Gode Von Aesch, así como la de Goe-

the y sus plantas: concibe precisamente el delirio como un «trabajo de metáfora y de metamorfosis que constituye sobre el modelo de la realidad, una irrealidad». Y lo que parece ser su propia ciencia de la morfología se ve precisada en la sección «Transformaciones de las tres especies de delirios crónicos y su forma alucinatoria» que se encuentra en el capítulo II del segundo tomo del *Tratado de las alucinaciones* (ya anticipada en las *Leçons du mercredi*).

Vemos allí por ejemplo toda una serie de polaridades que articulan «la alternancia o la progresión de las dos modalidades del movimiento esquizofrénico [que] ora se acelera y se manifiesta como una crisis (un brote agudo), ora se enfría y se instala en un estado duradero (un equilibrio crónico)». Así como otra polaridad entre el delirio y la alucinación, determinando formas por las cuales «uno de esos polos (delirio crónico, esquizofrenia, psicosis alucinatoria) es más manifestamente alucinatorio, mientras que el otro (monomanía, paranoia, delirio de interpretación) parece no serlo». Ey habla asimismo de «la doble y complementaria estructura negativa y positiva de la psicosis». Y para completar la visión goetheana que mencionamos ya, Ey confirma la idea de «totalidad» cuando recuerda que «la alucinación, la interpretación, la imaginación o la intuición no son «elementos» del delirio sino efectos de la totalidad del delirio que no pueden reducirse a un mecanismo simple». No creemos útil seguir multiplicando los ejemplos e invitamos a aquellos que la cuestión les interese a leer la integralidad de la sección para captar la originalidad de esta parte de la obra.

Terminemos con la cuestión clínica siguiendo los últimos párrafos de dicha sección del *Tratado de las alucinaciones*, donde aparece el culmen de su inspiración más goetheana en la reflexión sobre los delirios, cuando propone que puede ocurrir que al final del proceso «La Alucinación explota y se transforma en ficción pura». Encontramos aquí la intensificación que produce el cambio (o salto) cualitativo de la que habla Goethe al afirmar que «tocamos aquí al punto en el cual la estructura fundamental de esta manera de ser-en-el-mundo coincide con el movimiento mismo de la metamorfosis de la Alucinación en fabulación». Una vez dicho lo cual, Ey señala modestamente lo que piensa ser una contribución original y a la vez fiel heredera de la tradición psiquiátrica en lo que a delirios crónicos corresponde: «En esta perspectiva dinámica, la enfermedad delirante

te, la alienación se nos presenta a la vez como un proceso de destrucción y un proceso de restauración» –dos polaridades que le son propias– «que alternan y se combinan, haciendo de ella no tanto una especie de evolución siempre irreversible e incurable, sino una forma de existencia que tiende a constituir una solución, aunque sea delirante, a los problemas existenciales del Delirante». Un proceso que «se desarrolla como una inmensa hipérbole que supera hasta el infinito lo que es vivenciado o percibido para llevarlo hasta el límite de lo pensado en la metáfora extrema de una mitología cósmica». Nos preguntamos, como Goethe, si tal movimiento de hipérbole no podría verse representado desde otro ángulo de vista por la forma de la espiral? «Quizás deberíamos en este caso que no había previsto Jaspers de manera explícita, hablar de un *proceso metapsicótico*? concluye Henri Ey [Ey, 1973].

LAS REGLAS DEL JUEGO

Podríamos pensar que lo que ya hemos dicho hasta aquí es suficiente para defender nuestra intuición de suponer una tonalidad «*Naturphilosophische*» en la obra en Henri Ey. Pero ocurre que quien llega hasta las últimas páginas del *Tratado de las Alucinaciones* (p. 1433 de la edición francesa y 1555 de la edición de Polemos) descubre nuevamente con sorpresa que Henri Ey nos deja allí lo que podemos llamar un «juego de pistas» en el cual se plantea nuevamente y de manera algo diferente su relación a la *Naturphilosophie*, más particularmente en lo que hace al órgano-dinamismo como doctrina y su discusión hiperbólica con Jacques Lacan. Nos referimos al Anexo «Índice [*Table*, que también podríamos haber traducido por «tabla» o «cuadro»] de conceptos clave» que nos presenta así:

El Objeto	El Sujeto,
El Otro [los Otros (<i>Autrui</i>)]	El Yo,
El Inconsciente	La Conciencia,
Lo Simbólico	El Pensamiento abstracto,
Lo Imaginario	Lo Real,
La Expresión	La Creación
El Automatismo	La Voluntad

Ey nos previene, casi como un desafío: «Es bastante evidente que por detrás de cada una de las palabras que van a constituir el texto de esta exposición, el lector no va a tener dificultad en reconocer las posiciones y los nombres de grandes Filósofos o de los grandes Sistemas de pensamiento que se ocultan detrás de la aparente simplicidad. No citaremos ninguno de esos nombres prestigiosos u oscuros, dejando al lector el cuidado, sino la satisfacción de descubrirlos mediante su propio saber». Para prestarnos al juego, confesamos que nosotros incluimos además su propio nombre a la misteriosa lista, ya que pensamos que en el escrito posterior al Anexo, del cual nos hemos servido ya ampliamente [Ey, 2017], Ey retoma la cuestión y dialoga con él mismo reintroduciendo la mentada *Naturphilosophie*.

Comencemos por no pisar el palito centrándonos únicamente en los términos y veamos en cambio el hecho evidente, reconocible en su forma, que Henri Ey nos presenta con su Tabla o Index una serie de polaridades al mejor estilo de la *Naturphilosophie*. Por otro lado, aunque sea de mayor escala, su Index es perfectamente comparable al que presenta Sigmund Freud en su texto *Pulsiones y destinos de pulsión* [Freud, 1986], también inspirado explícitamente en la idea de polaridad de la *Naturphilosophie* [Mahieu, 2022a]: «Podremos comprender mejor los múltiples contrarios de amar si consideramos que la vida psíquica como tal está dominada por tres *polaridades*, tres oposiciones:

Sujeto (yo)	-	objeto (mundo exterior)
Placer	-	desplacer
Activo	-	pasivo.

[...] Las tres polaridades se anudan de manera muy significativa las unas a las otras» [Freud, 1986].

Fijémonos ahora en lo que llamamos con ligereza las «reglas del juego» que nos propone Henri Ey: la primera dice que «todos estos conceptos forman pares antinómicos». Nosotros interpretamos que, como lo dice Freud en su texto, son polaridades. La referencia de Henri Ey a Kant detrás de la expresión «antinomias de la razón» no oculta totalmente a Goethe, Schelling, Hegel y los otros. Sabemos que el mismo Kant debe ser incluido entre los que piensan en términos de polaridades [Zimmermann, 1974]. Confir-

memos tal hecho a través de los dichos del mismo Goethe: «Kant me había enseñado que las fuerzas de atracción y de repulsión formaban parte integrante de la materia y que el concepto de materia supone necesariamente su unión inseparable. De allí, de acuerdo a mi entendimiento, la polaridad primitiva [*Urpolarität*] de todos los seres» (citado en [Van Eynde, 1998]). La segunda regla dice que todas estas polaridades evocan «problemas metafísicos vertiginosos, cuando no insolubles». Luego, la tercera regla que nos parece la más intrigante: «no figura el concepto de lenguaje, puesto que como lo veremos, implica [*subsume*] a todos los otros». De acuerdo a lo que dice Henri Ey, más que un índice de catorce conceptos claves, tenemos una tabla de siete pares de polaridades, puesto que cada uno de ellos «solo pueden ser definidos por su contrario» y que al mismo tiempo no puede ser «separado de su contrario que lo funda». Inferimos entonces que Ey piensa en «unidad de contrarios» ya que cada uno de los polos «excluyéndose recíprocamente se encuentran ligados». Suponemos que Ey tiene presente al espíritu la advertencia del prudente psiquiatra suizo Eugen Bleuler, que conoce bastante sobre pares de opuestos: «en nuestro pensamiento los pares de opuestos [*Gegensatzpaare*] forman siempre una unidad», para aclarar un poco más abajo en su conferencia sobre la ambivalencia que «hay que permanecer atentos a no construir pares de opuestos y ambivalencias donde no los hay» [Bleuler, 2022].

No es nuestro propósito hacer aquí un comentario o discusión de cada uno de ellos, lo que está más allá de nuestras posibilidades, sino más vale centrar la atención sobre la tercera regla que nos interroga bastante. Sobre todo cuando Henri Ey nos advierte sobre el «riesgo de dualismo ontológico» al que nos expone su presentación: ¡regreso al futuro! Monismo, dualismo, *Naturphilosophie*, neurofilosofía... allí estamos aún [Mahieu, 2022b]. Por otro lado, oponiendo la posición *empírico-materialista* a la *idealista y trascendentalista*, Henri Ey produce un ¡regreso a Bonneval! Más aún, luego de haber distinguido al interior de la «posición materialista» un «monismo a dos caras», un isomorfismo del cerebro y del pensamiento, como el de la *Naturphilosophie* (o la del de la Neurofilosofía), Ey no se va a privar de llamar las cosas por su nombre: dialéctica¹¹, para proponer

¹¹ Es destacable que el único reproche que Ey le hace al libro de Ellenberger en su «compte-rendu» sea un «descuido» considerable de Hegel. Debemos entonces

en su anexo una «otra forma de *dualismo*» «que no aparece ya en la horizontalidad antinómica de las series de conceptos, sino en la verticalidad de su conexión lógica». Tenemos aquí el regreso a la «jerarquía dialéctica» que le atribuye su amigo Lacan.

Ey inicia entonces una argumentación, que retoma luego de manera más explícita en su texto de 1978 [Ey, 2017], en el que reintroduce la referencia a la *Naturphilosophie*. Y denuncia, una vez más, la confrontación entre una ciencia «puramente física o química» (que nos recuerda la «filosofía química», por no hablar de la Neurofilosofía) y otra ciencia «humana» en la cual la humanidad solo es vista a través del prisma de una «estructura molecular social» [Ey, 1973]. De ellas dice que ambas están encerradas en una «psicología plana», por su reversibilidad «horizontal» entre la materia y el espíritu en un solo plano – ¿qué habría pensado Goethe? –, y «plana» porque «sin jerarquía estructural» [Ey, 1973] - ¿quid de la «complicidad ontológica» de Goethe en la «totalidad orgánica»? . Más tarde, en el artículo publicado en 1978, Ey le atribuye el calificativo de «antropología plana» a la *Naturphilosophie*.

A tal situación, Henri Ey le opone un «un orden jerarquizado de estructuras ordenadas con relación a su fin» [Ey, 2009], es decir, según sus términos, una ontología en «un espacio de verticalidad», afirmando tajantemente la idea que «estos dos polos de la vida psíquica están en un conflicto no de reciprocidad sino de subordinación» [Ey, 2017]. Podemos identificar nuevamente los términos que generan el rechazo de Lacan. Sobre todo que la solución propuesta por Ey le parece ser evidentemente una «solución dialéctica de la organización del *Cuerpo psíquico*» [Ey, 1973]. E insiste afirmando que la polaridad ya no es más simétrica sino justamente asimétrica: «cada una de las parejas [polaridades, decimos nosotros] se ve formada por un término que se subordina al otro» [Ey, 1973]. No tenemos más

atribuir a una restricción del espíritu el hecho que en el número actual de los *Cahiers Henri Ey* (Nº 49-50) se cuestione la importancia que implica para él la dialéctica de Hegel, e incluso la de Marx, y sea considerada como rebatida desde hace mucho tiempo. Pero después de todo, ¿por qué no ? Basta con reconocer nuestra propia restricción del espíritu que es compartir con el físico y matemático francés Pierre Simon de Laplace su restricción a forjar hipótesis innecesarias. Sin embargo, si lo decimos recurriendo a la célebre polaridad de Goethe, pensamos que es más interesante ponerle luz a la cuestión que proyectarle sombras.

entonces precisamente la unidad de contrarios, sino ¡la subordinación de contrarios ! Existe bien entonces en su pensamiento una «jerarquía dialéctica» que rompe en cierto modo con las polaridades inspiradas por Goethe, Schelling y Hegel. A la que le agrega también una «jerarquía temporal en su ontogénesis», como dice en el texto de 1978: lo físico como antecedente y lo moral (o espiritual) como fin de lo psíquico [Ey, 2017]. Más que a las plantas, la metamorfosis se acerca aquí al *Árbol de la vida*, también de genealogía religioso-espiritual muy antigua.

Y aun así, podemos pensar que algo sobrevive de las metamorfosis de Goethe, ya que Ey habla de una «lógica del sentido en la cual la corporeidad temporal del ser, su desarrollo, su devenir, su movimiento debe substituirse a la cosa que no es» [Ey, 1973]. De un ser a un ser-otro, una frase que recuerda la frase hegeliana de la dialéctica de la *Idea* y la *naturaleza*, como veremos más abajo. Ey propone en el Anexo que «En esta dialéctica viviente, el *cuerpo psíquico* no se superpone al cuerpo viviente como el jinete a su montura, sino que allí nace y se nutre, depasando o sublimando sus «inferiores»» y además utilizando sus fuerzas. Donde podemos encontrar nuevamente, pero en el plano ontológico organodinámico, la intensificación de Goethe y el salto cualitativo de sus amigos, que sigue siendo «el» problema epistemológico que nos sigue hasta hoy.

EL SALTO A LA LIBERTAD

Y sin embargo, de manera casi anti-*Naturphilosophie* —la que implica la «totalidad orgánica» que sobrepasa al individuo— vemos que Henri Ey no quiere ceder nada a un «condicionamiento por el medio natural» para su idea de Cuerpo psíquico [Ey, 1973]. Allí le opondrá la idea de una dialéctica de libertad, pero la de una libertad absoluta comportando autonomía e identidad individual. *Ecce homo*. La idea de «complicidad ontológica» no es la suya. Al contrario, sabemos que inversamente, su «patología de la libertad», la cual designa el hecho psiquiátrico, adviene justamente por una contingencia supuesta que provoca «una alteración de la *organización* del hombre, correspondiendo a la *patología* de su *cuerpo psíquico*» [Ey, 1975]. Notamos que no perdemos nuestro hilo cuando leemos en el trabajo de Renault [Renault, 2003] que Schelling y Hegel discutieron ásperamente la cuestión de la libertad cuando hablaban de *Naturphilosophie*. La cues-

ción se vuelve explícita en el momento en que la naturaleza es concebida como «un sistema de niveles». A la idea del *Absoluto* de Schelling (identidad de la materia y del espíritu en toda autonomía), significando libertad absoluta, Hegel le opone que «la naturaleza no indica en su ser—allí ninguna libertad, sino necesidad y contingencia» (entendiendo por ello un encadenamiento necesario a partir de condiciones iniciales contingentes). Hegel sostiene contra Schelling que «la Idea [El espíritu] está presente en la naturaleza en la forma de su ser-otro» [Renault, 2003]. Pero aún así, la naturaleza no puede definirse solamente como el «reino de la necesidad y la contingencia» ya que los fenómenos orgánicos en particular se caracterizan por la afirmación de una *interioridad* y una espontaneidad sinónimos de *libertad*. La naturaleza no es solamente la realidad muerta del ser encadenado por leyes mecánicas y en tal sentido la Idea (el espíritu) está aún presente. Pero solo está presente «en sí», ya que la exterioridad obstaculiza la afirmación de la libertad, palpable en los fenómenos orgánicos que sabemos destinados a la muerte y a la enfermedad. La Idea (el espíritu) permanece entonces solamente una interioridad incapaz de configurar *completamente* la exterioridad fenoménica. La idea misma de naturaleza aparece escindida en dos polos contradictorios: por un lado, la Idea (la vida) como interior, y por el otro, la exterioridad fenoménica, implicando el problema fundamental del salto o del paso de uno a otro de los contrarios. Para Hegel, existe entonces un límite, una «impotencia de la naturaleza». El paso de la forma cuantitativa a la forma cualitativa, el «salto» de un nivel a otro, resulta entonces más complicado de lo que parece y hasta el mismo Goethe debe reconocerle un límite a su dialéctica de intensificación y metamorfosis...

Que no nos sorprenda entonces encontrarnos allí con el punto crítico del organodinamismo. En dicho punto Henri Ey introduce el lenguaje. Lenguaje que de acuerdo a la tercer regla de su *Indice*, recordemos, subsu-me a todos los conceptos fundamentales expuestos en polaridades. Sigamos lo que dice Ey: «es hablando que [El *cuerpo psíquico*] articula por su propio discurso la producción de su propio cuerpo. El cuerpo psíquico es una conjugación verbal del Yo con su mundo, con él mismo y con los Otros de su existencia» [Ey, 1973]. ¡Muy bien ! Afirma y jerarquiza lo que se distingue como uno de los «planos» del lenguaje: el acto de la palabra. Salvo que el lenguaje aparece desde el principio a los estudiosos (de Aristóteles

en adelante) como irremediablemente dividido en polos, como lo afirma el contundente trabajo del filósofo italiano Giorgio Agamben, *Experimentum vocis*, que también utiliza a sabiendas el lenguaje de «planos» y «polaridades»: nombre y discurso, lengua y palabra, semiótico y semántico, sentido y denotación, etc, [Agamben, 2018]).

Si hasta allí encontramos aún indeciso en los propósitos de Ey si lo que aparece es el lenguaje como una exterioridad o como una interioridad de la formidable flecha teleológica de la que emerge el salto cualitativo, cuando Ey aclara que «el lenguaje (el sistema de signos, de su código, de sus significantes, de sus referentes) solo es posible por la organización del cuerpo psíquico, que solo permite a los diversos niveles de su uso de insertar la realidad concreta» [Ey, 1973] claramente toma posición jerarquizando uno de los polos. Si seguimos a Agamben, ello solo es válido en el plano del acto de palabra. El otro polo del lenguaje, el que lo constituye como «sistema», no puede «emerger» del juego de los aparatos constituidos en la extensión interior del tegumento del cuerpo. En tanto que sistema, la lengua se encuentra en un nivel diferente al del ser hablante, sin salto cualitativo posible, sin «pasaje» entre ambos, como afirma el italiano que habla de un «hiato».

ESPIRITUAL, «MATERIAL», SIGNIFICANTE

En los años sesenta [Belzeaux, 2015], ya en su libro sobre *La Conciencia*, Ey se las ve con lo que designa con la notable expresión «espiritual «material» significante» [spirituel «matériel» signifiant] (Ey, 1968), como siendo «a la vez herencia cultural (comunicación o subordinación colectiva) e invención o creación estilística personal». No sabemos hasta qué punto Henri Ey piensa allí en término de polaridades, pero es fácil constatar el hiato de Agamben, a la vez que nos invita a preguntarnos ¿qué sería un lenguaje fruto de una invención individual? El *factum loquendi*, el hecho de la pura y simple existencia del lenguaje en el cual adviene la subjetividad, como se expresa Agamben, resulta ser un problema vertiginoso, cuando no insoluble, como se expresa Henri Ey su Anexo. Resultan entonces notables las referencias repetidas que hace Henri Ey en la última sección del libro *La Conciencia* a un autor poco conocido, que quizás le llega a través de Paul Ricoeur - Friedrich W. von Humboldt (1767-1835) -, puesto

que nos retrotrae a la atmósfera romántica de la *Naturphilosophie*. Sobre todo que, para el filósofo, lingüista y funcionario prusiano, el lenguaje es una «entidad orgánica autónoma», generando sus propios recursos, poseyendo su dinámica propia, en la cual se forma, se organiza y se construye, en líneas determinadas por su estructura de origen. ¡Notemos en ese sentido que el lenguaje mismo es organodinámico! Ya que según expone Humboldt, una vez cristalizadas las formas gramaticales creadas, «el espíritu debe obedecerle puesto que no puede expresarse y desarrollarse más que al interior del mismo» [Leroux, 2006]. En el punto crítico del organodinamismo, el que implica el salto cualitativo de la materia al espíritu, tememos entonces percibir un «aplanamiento» de la totalidad orgánica del lenguaje sobre uno de sus polos, si seguimos lo que dice Ey en su «Índice de conceptos fundamentales». Pensamos que se trata simplemente de una elección deliberada de «jerarquía», que deja no obstante el problema intacto. Nada sorprendente cuando sabemos que Hegel define a la naturaleza como «la contradicción no resuelta».

No sabemos si la mejor manera de «saltar» sobre el salto cualitativo - «el» problema epistemológico aún hoy -, hubiese sido intuir un «encuentro» entre dos «cuerpos» heterogéneos para ver emerger al *Cuerpo psíquico* de Henri Ey, que se habla a sí mismo a través del «espiritual «material» significante» del lenguaje. Pero cuando sabemos que el *Cuerpo psíquico* es para él el otro nombre del espíritu *tout court* del individuo, comprendemos que tal solución lo hubiese forzado a renunciar a su credo de la «perspectiva vertical de una organización estratificada del alma» [Ey, 1971], la famosa jerarquía que le reprocha Lacan en Bonneval. Y por la misma razón, abandonar su idea de libertad absoluta contra la cual construye su psiquiatría en tanto que «Patología de la libertad». Pensamos que es algo que no se le puede pedir y lo dejamos entonces allí tomar distancia de la *Naturphilosophie*, de Goethe, de Schelling, de Hegel y de varios otros más.

BIBLIOGRAFÍA

- Agamben G., 2018, «Experimentum vocis», in *Qu'est-ce que la philosophie ?*, Galilée, París
 Andrieu B., 2007, *La Neurophilosophie*, PUF

- Belzeaux P., 2015, «Le langage dans l'organisation de l'être conscient selon H. Ey», in *Cahiers Henri Ey*, N° 35-36
- Bertaux P., 1983, *Hölderlin ou le temps d'un poète*, Gallimard
- Bleuler E. 2022, *L'ambivalence (1914)*, *L'Information psychiatrique*, N° 3, pp. 229-234
- Bonnafé L., Ey H., Follin S., Lacan J., Rouart J., 1950, *Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*, Paris, Desclée de Brouwer
- Ellenberger H., 1976, *El descubrimiento del inconsciente Historia y evolución de la psiquiatria dinámica*, Gredos, Madrid
- Engels F., 1975, *Dialectique de la nature [1880-1881]*, Editions Sociales, Paris
- Ey H., Hécaen H., Ajuriaguerra J., 1947, *Les Rapports de la neurologie et de la psychiatrie*, Paris Hermann
- Ey H., 1968, *La Conscience*, Desclée de Brouwer, 2da édition
- Ey H., 1971, *Ontologie du corps psychique*, *Totus Homo*, 3 (3)
- Ey H., 1972, «A propos de La Découverte de l'Inconscient de Henri Ellenberger», *L'Evolution psychiatrique*, Tome XXVII, Fascicule I, Janvier-mars, pp. 227-270; extraits publiés dans «Bibliothèque du psychiatre», *L'Information psychiatrique*, 2022; 98 (5): 381-4
- Ey H., 1973, *Traité des hallucinations*, Masson; réédition CREHEY, 2012; trad. al español, 2009 Polemos, Buenos Aires
- Ey H., 1975, *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*, «Rhadamante» Privat
- Ey H., 1978, *Tratado de psiquiatria*. 8va edición. Barcelona, Toray Masson,; Ey H., Bernard P., Brisset Ch., 1987, *Manuel de psychiatrie*, 5ème édition Masson
- Ey H., 2006, *Etudes psychiatriques*, reedición CREHEY, 2006, Perpignan,; trad. al español 2008 Polemos, Buenos Aires
- Ey H., 2010, *Leçons du mercredi sur les délires chroniques et les psychoses paranoïaques*, CREHEY, Perpignan
- Ey H., 2017, ««Maladie morale» et «Traitement moral» dans la psychiatrie française et allemande du début du XIXème siècle (Les péripéties d'une contradicito in adjecto)», in *Histoire de la médecine*, CREHEY
- Fischbach F., Renault E., 2001, *Présentation*, in Schelling F., *Introduction à l'Esquisse d'un système de philosophie de la nature*, Livre de Poche
- Freud S., 1986, «Pulsions et destin des pulsions», in *Métapsychologie*, Gallimard, Folio Essais.

- Gode Von Aesch A., 1947, *El Romanticismo Alemán y Las Ciencias Naturales*, (1941), Espasa-Calpe, Buenos Aires
- Goethe J.W., 2021, *Essai sur la métamorphose des plantes* (1790), Hachette Livre, BnF
- Goethe et la *Naturphilosophie*, 2011, sous la direction Mai L., Kliencksieck
- Goethe Scientific Studies*, 1998, Edited by Mille D, Suhrkamp Publishers, Nueva York,
- Gusdorf G., 1984, *L'Homme romantique*, Paris, Payot, Collection Bibliothèque scientifique
- Kuhn B., 2016, *Autobiography and Natural Science in the Age of Romanticism: Rousseau, Goethe, Thoreau*, Routledge
- Lacan J., 1950, «Propos sur la causalité psychique», in Bonnafé L., Ey H., Follin S., Lacan J., Rouart J., *Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*, Paris, Desclée de Brouwer
- Leroux J., 2006, «Langage et pensée chez W. von Humboldt», *Philosophiques*, volume 33, numéro 2, p. 379-390
- Mahieu, E. 2022a, «Ambivalence et polarité: de la *Naturphilosophie* à Bleuler & Freud», in *L'Information psychiatrique* N°3, Vol 99, pp. 219-227
- Mahieu Eduardo, 2022b, «Le corps ou l'esprit: de la tête aux pieds», *L'Information psychiatrique*, 98 N°5: 315-7
- Meulders M., 2001, *Helmholtz: Des lumières aux neurosciences*, Paris, Odi-le Jacob
- Pinel P., 1809, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2ème édition
- Reil J.Ch., 2007, *Rhapsodies sur l'emploi de la méthode de cure psychique dans les dérangements de l'esprit: dédiées à Monsieur le prédicateur Wagnitz*, Champs social Editions, Nimes, 2007; trad, al español 2012, Polemos, Buenos Aires
- Renault E., 2003, *Philosophie chimique, Hegel et la science dynamique de son temps*, Presses universitaires de Bordeaux
- Stagnaro J.C., 2015, «Los aportes de Johann Christian Reil al nacimiento de la psiquiatría», *Asclepio*, vol. 67, N°2, Buenos Aires, 2015.
- Sève L., 1984, *Structuralisme et dialectique*, Editions sociales
- Van Eynde L., 1998, *La libre raison du phénomène. Essai sur la Naturphilosophie de Goethe*, Vrin

Zilboorg G., 1941, A History of Medical Psychology, W.W. Norton & Company, Inc., Nueva York

Zimmermann R., 1974, «Goethes Polaritätsdenken im geistigen Kontext des 18. Jahrhunderts», Jahrbuch der deutschen Schillergesellschaft, 18, 304-347

DE LA ANSIEDAD MÓRBIDA A LA ANGUSTIA

Jean-Louis Chassaing¹

SÍNTOMA, ANGUSTIA Y DEMANDA

Empiezo con la clínica. ¿Qué es un síntoma? Lo sabemos, intuitivamente, en el sentido popular de la palabra, es algo «que no va». ¿Se define aun un síntoma en psiquiatría? Depende claro de la demanda y ésta puede variar de un país a otro. Pero en todos los países la demanda debe ser precisada si queremos orientarnos en nuestra escucha y en nuestras acciones. Henri Ey en su inacabada Historia de la medicina (y de la psiquiatría) diferenciaba síntoma, síndrome –colección de síntomas– y enfermedad, la cual dependía de *causas*, insisto, científicamente identificadas, definidas.

Unos pacientes vienen a pedir *ayuda*, y a veces ¡no dicen ni saben más! Hay algo que escuchar pero es poco específico. Además, hay tipos de «ayudas» que no corresponden a nuestra función. Debemos detectar «algo», que podemos llamar síntoma, que muy a menudo es una *señal/un signo* refiriéndose a un código médico, o incluso psiquiátrico. Existe una distinción entre lo médico y lo psiquiátrico y aquí cito a Henri Ey: «si la psiquiatría es solo medicina desaparecerá como psiquiatría». Y es lo que está pasando. En la experiencia y teoría psicoanalíticas, el síntoma obedece a otra cosa, más compleja.

Sin embargo, Jacques Lacan pudo decir que el síntoma, identificado a la demanda misma, si no tiene dirección si no esta dirigido como tal, «es lo que se presenta» «lo que no va». Así que ¡a veces Lacan es comprensivo

¹ Psychiatre, Psychanalyste. Ancien assistant de psychiatrie (CHU Clermont-Ferrand); membre de l'Association lacanienne internationale (ALI).

ble! Pero es situar muy sencillamente algo que hace obstáculo, parada, y que se llama lo Real. Lo Real, en breve, es lo que no puede simbolizarse *como tal*. Para Lacan el síntoma viene de lo Real, vinculado a lo Imaginario y a lo Simbólico.

Insisto entonces, en la importancia de las primeras entrevistas, los preliminares, a saber tomar el tiempo de apreciar, juzgar lo que emerge en esta primera relación, que debe permanecer una relación disimétrica.

Las demandas de hoy parecen mal estructuradas. Probablemente proviene por parte de un cierto déficit de (relación con el) lenguaje, tanto a nivel léxico como en el uso sintáctico, es decir de reglas gramaticales y de las relaciones que existen entre las unidades lingüísticas. Tenemos frases inconclusas y oímos hasta a veces interjecciones de moda. Las demandas aparecen también en la existencia poco verbalizada de conductas, en particular las diversas conductas adictivas, la agresividad e incluso la violencia. El lenguaje se muestra deficiente.

Nos interesamos, necesariamente debida a su frecuencia, a otro tipo de demanda, la *angustia*. Aquí también, falta el lenguaje para decir más: «estoy angustiado», punto. La angustia es un afecto. No es una emoción, sino una dificultad mayor, inexplicable, y se sitúa del lado del movimiento que puede provocar una agitación. Henri Ey habla también de agitación confusa con esta «angustia mórbida/ansiedad morbosa», título del Estudio Nº 15. Es un estudio muy importante. Eduardo T. Mahieu, quien la revisó para la edición de 2006 de los Estudios, ha dado una anécdota divertida y muy ilustrada en el número especial de los Cuadernos del CREHEY dedicado al homenaje a la memoria de Jean Garrabé.

En la última parte de este estudio, el análisis psicopatológico de Henri Ey se vuelve filosófico, menciona una referencia a la *Patología de la libertad*, un tema que afeciona. Es cuando anota a pie de página el texto de Günther-Anders Stern en la revista *Recherches philosophiques*, t. VI. Jean Garrabé me había escrito acerca de la «discordia Jacques Lacan – Henri Ey, que Lacan debía de conocer el texto de G. Anders Stern», y Eduardo Mahieu escribió en el 1999 un estudio titulado «Jacques Lacan, Henri Ey, y la Libertad»²

² Eduardo T. Mahieu, *La Información Psiquiátrica*, 5, mayo 1999, pp 514-520.

LAS PALABRAS EN TORNO A LA ANGUSTIA

Antes hablé de idiomas, de países y de culturas. Para mí, Francés, ya la palabra «demande» en castellano tiene varias ocurrencias: petición, solicitud, encargo o demanda. Demanda es más una reivindicación, mientras que derecho (no entiendo, no figura en la lista de arriba. En francés tampoco refleja más acción, en particular ante los tribunales. *Anxiété* y *angoisse*, en castellano se puede decir *angustia*, *ansiedad*, *ansia* (malestar).

Acabo de pronunciar las dos palabras, ansiedad y angustia. En el antiguo y clásico *Diccionario de la psiquiatría* de Antoine y Maurice Porot, para insistir en la psiquiatría mediterránea, la ansiedad es más bien de orden psíquico, mientras la angustia de orden somático. Una distinción que se remontara a Brissaud (1890). Pero la ansiedad tiene un componente somático —*ángor*, eso aprieta— y un aspecto psíquico. La palabra en alemán, *angst*, abarca los dos, somático y psíquico. Henri Ey parece «utilizar indistintamente las dos palabras», son sus expresiones, pero insiste en «la angustia constrictiva».

Hablo de idiomas, porque hoy estoy en un país de lengua extranjera (¡a pesar de mis esfuerzos!), pero también porque el inglés, llamado idioma internacional, él de los DSM, se quedó con solo la ansiedad, *anxiety*. Los DSM no son tratados de psicopatología sino referencias de «idioma común» para las estadísticas. El *anxiety* no puede ser un concepto, como lo es *angst* con toda la filosofía alemana. Sobre todo que es una consecuencia de la lengua y de la cultura, que así esta *anxiety* se encuentra fragmentada y diseminada en estos manuales. Al igual que *illness*, *disease*, *sadness* para enfermedad, encontramos, según el contexto, las palabras *anguish*, *distress*, *agony*. O bien *pangs of the death* (angustias de muerte; *pangs*: angustia súbita, violenta), *qualms of conscience* (*qualms*: náusea, escrupulo, remordimiento).

No estoy dando una mala clase de lingüística comparada. Las palabras que salen de la boca de los pacientes tanto como las que, al escucharles, nos pasan por la cabeza, tienen la razón de su precisión.

LA ANGUSTIA ES UN AFECTO Y UN CONCEPTO.

En el Estudio Nº 15, Henri Ey distingue la manifestación emocional de la angustia y la espera del peligro inminente de la ansiedad. Insiste en que se trata de un afecto: cito: «la ansiedad (o si queremos la angustia) es, pues, un «estado afectivo»». Aparece en los momentos clave de la existencia y «en todas las formas de la condición humana». Lacan dirá: la angustia es «lo que no engaña», alcanzando lo Real, en lo más hondo de lo íntimo. De hecho, lo que interesa al perverso, más que el dolor, es suscitar esta angustia en la que se descubre el Real inquietante, él de la estructura.

Henri Ey habla de la «ansiedad, mórbida» esta vez, un «estado más o menos duradero y desapegado, como la alucinación, de un objeto real». Aquí este es el objeto común, el de la realidad «concreta». Cuestión del objeto. Y de apuntar aquí que se trata de una emoción, de un «afecto» (Ey no parece diferenciar los dos aquí) que se encuentra (dice) en las neurosis y las psicosis. «Este tipo de reacción afectiva patológica –la ansiedad mórbida– es tan general que «lejos de constituir un síntoma o un síndrome bien delimitado, entra [...] en la estructura misma de todos los estados psicopatológicos y les da uno de los más específicos reflejos del alma humana, la inquietud y el miedo».

Así, la angustia es de estructura y su *pathos* se lee en Henri Ey en «la ansiedad mórbida». Para Lacan, la angustia es el acceso a lo real y como tal, no hay nada que decir acerca de ella. Es una parada. Preguntar al paciente de qué está angustiado es inútil salvo para *hablar entorno a* y a reactivar la cadena significante.

Henri Ey añade entonces la referencia a la culpa, ¡la culpa moral! La culpa, es convocar la culpabilidad. Ella vendría dar un significado al lado, por encima de la angustia. El real está vinculado con el imaginario y lo simbólico y de esta forma, integrado a la Historia y la cultura, a la Religión. En la clínica, la fobia es otro ejemplo de este acondicionamiento defensivo. Encontraría por fin su objeto, material –*caballo del pequeño Hans por ejemplo, araña, el asfalto sin salida de la autopista, el vértigo, extremadamente bien descrito por Ey en pocas líneas*– estos «emblemas» de la fobia, estos «puestos avanzados» de la angustia. La fobia impide el goce de la angustia, goce en el sentido freudiano de tensión, de-más-allá del principio de placer. Clínicamente, ¡es muy perceptible!

Freud definió «Inhibición, síntoma, angustia», bastante tarde, en el 1926. La inhibición puede ser un síntoma, la angustia también, es la primera teoría de Freud. En su segunda teoría, la angustia, como lo vimos, es primera, a la base de los demás mecanismos de defensa de las neurosis, psicosis y perversiones.

Freud distinguió por un lado *angustia*, sin objeto pero con la espera de un peligro; por otro el *miedo*, con objeto y espera siempre, y finalmente el *terror*, existencia de un objeto sufrido por sorpresa, sin preparación, es el traumatismo, la irrupción de un real bruto en la vida.

LA ANGUSTIA NO ES SIN OBJETO

Como se ve, la cuestión del objeto es importante. La angustia, ¿la espera de qué peligro? Para Lacan, la defensa no es contra la angustia sino contra lo que la origina. No voy aquí hablar de la compleja cuestión de aquel otro objeto, distinto de los objetos comunes de los que nos sacian nuestras sociedades. Sería fastidioso. Pero fundamental...

Henri Ey habla de «este aspecto fundamental de la ansiedad, la espera del peligro», y en la ansiedad mórbida esta espera, cito: «se desarrolla sin objeto real por así decirlo». Aquí hay que tomar real por realidad, objeto como objeto común de la realidad. Sin embargo Henri Ey cuestiona, sentencia extraordinaria: «En su aspecto duradero, se transforma en un miedo ante un *objeto ficticio y presente a la vez*».¹

Henri Ey habla «del sentimiento [ansioso] que supone a la vez la presencia y la ausencia de su *causa*».²

Este objeto pertenece a la estructura. Pero no se puede figurar, no forma parte de la imagen especular del cuerpo. Así es antecedente, y causa el deseo inconsciente. Después de Henri Ey, cito a Lacan: «La angustia tiene otro tipo de objeto que cualquier aprehensión preparada, estructurada...» por la trama de los significados, por el «es esto», «finalmente es el bueno objeto perdido de la primera satisfacción». ¡Sabemos que no!

El objeto de la angustia tiene una relación íntima con el real de la estructura. Si Henri Ey habla de objeto *a la vez ficticio y presente*, Lacan se refiere

¹ Subrayamos nosotros.

² *Id.*

a la «inquietante extrañeza», el análisis de Freud, el *Unheimlich*». Henri Ey habla *a la vez de presencia y ausencia* de su causa, Lacan habla del «objeto causa del deseo». Él que lo causa, no el *objeto* «echado por delante», sino por atrás, estructural, irrepresentable, inconcebible, que impulsa el deseo pero *sin intencionalidad*.

LA ANGUSTIA Y LA CIENCIA. ASÍ QUE LOS TEXTOS FUNDAMENTALES

Las ciencias, «La ciencia», con razón se establecen a lo mejor, en un apartamiento, incluso una forclusión del sujeto, sujeto de la palabra y del lenguaje, sujeto del inconsciente. Es imprescindible trabajar con sus progresos, su eficacia, de señalar también sus excesos y sus consecuencias negativas. Su predominancia –de la ciencia– si no su exclusividad utilizando los ámbitos de la mirada y de la cifra incluso la letra (las formulas) puede perjudicar con la adhesión a un significado único que no dejaría espacio al sujeto, a la palabra.

Entonces, diría que «la vanguardia» podría ser, curiosamente, al lado de las ciencias, esta nueva toma en consideración de los «estudios» y de los «escritos», de los textos fundamentales, y así reavivar la escucha atenta de la palabra y del lenguaje de las y los pacientes.

UNA EXTENSIÓN TRANSCULTURAL POSIBLE DE LA NOCIÓN DE «PATOLOGÍA DE LA LIBERTAD» EN PSIQUIATRÍA

Martín Reca¹

Propongo volver a abordar la inmensa y estimulante cuestión de la libertad en psiquiatría, a partir de la elaboración que Henri Ey ha llevado a cabo a lo largo de su obra y que ha propuesto constante y sucesivamente al debate científico. Abordaré esta cuestión, en lo que me atañe, desde el perímetro limitado pero concreto de la práctica cotidiana de un psiquiatra. Más precisamente, centrando su quehacer en el encuentro singular con su paciente.

Mi punto de vista será pues fundamentalmente clínico-terapéutico, entendiendo que la clínica está consubstancialmente comprometida, ya desde los primeros actos intersubjetivos, con la tarea de suscitar en el enfermo cambios psíquicos en pos de los criterios de salud.

De manera extremadamente sucinta, se puede recordar que para Ey la especificidad epistemológica y ética de la psiquiatría resulta de que la enfermedad mental constituye, para el sujeto concernido, una «patología de la libertad». La consciencia, diluida o atenuada por la enfermedad (1), se ve obstaculizada «en su trabajo» de traducción tanto del mundo interno como del mundo externo, limitando de esta manera, en mayor o menor medida, el ejercicio de la libertad (tanto del pensamiento, de los afectos como del obrar). La locura es pues ante todo una «patología de la libertad».

Esta afirmación ha sido enriquecida y complejizada por controversias y debates que suscitara de las que se tiene el hábito de retener la de Jacques

¹ Psiquiatra, psicoanalista (Association Psychanalytique de France), 28, Boulevard Bonne-Nouvelle, 75010 París, Francia. Correo e.: <mreca@orange.fr>.

Lacan que, en franca oposición con Ey y construyendo su doctrina, asevera su oposición articulando casi inversamente los términos de «libertad» y de «Ser del humano» a partir, como sabemos, de un determinante exterior al sujeto. Lacan se insurge contra la tesis de Ey y sostiene que el «Ser» no puede corresponder a una «imago» consciente y es esa defensa consciente entendida como constitutiva que le pone un límite a la influencia exterior a él, alienándolo justamente así de su determinante como sujeto (1). La locura resulta del «rechazo», de la pérdida de la aceptación de ese determinismo estructurante, de esa Ley. La locura –radicalizando la lógica de dicho planteo– es pues libertad (2).

No dejemos de hacer observar que la libertad es aquí definida merced a una extensión (¡por poco escribo *exteriorización!*) del «cuerpo psíquico» (Ey) de la noción misma de sujeto y dándole a éste una localización, una «tópica», muy diferente. Se trata de esta manera, según Lacan, de asentar el sujeto del inconsciente.

El Ser humano es, de aquí en más, un sujeto dividido, inscrito en tópicos radicalmente opuestas: una subjetivación autónoma, para Henri Ey, y una subjetivación heterónoma, para Jacques Lacan. De este modo, la libertad atañe al sujeto en reciprocidades dialécticas inversas.

Señalemos, sin poder explorarlo aquí en su necesaria profundidad, que la consideración exclusivamente tópica hecha por Lacan de la afirmación de Henri Ey no rinde verdadera cuenta, por arbitraria decisión de dicho opositor, de toda la riqueza y la complejidad del axioma de Ey al descartar las dimensiones dinámica y económica igualmente contempladas por este último autor en el marco de referencia conceptual organo-psíquico de su tesis. En su crítica, Lacan deja entender que la autonomía determinante de la subjetivación a la que alude Ey se limitaría a las exigencias del «imago» consciente del sujeto y a sus grados de realización, de logro. Esto no es así, Ey considera ya la división que el inconsciente inflige al consciente; pero sí es cierto en cambio que la subjetivación es, para Ey, tarea de la consciencia; pero de una consciencia así «atrapada»... que se halla en un proceso de *devenir* permanente. La libertad reside en ese trabajo. Tendremos ocasión de volver sobre este punto.

Digamos desde ya que la ruptura epistémica que resulta de esta confrontación no responde exclusivamente a móviles filosóficos sino a problemas cruciales que se encuentran «encadenados» en las lógicas y algo-

ritmos axiológicos y etiológicos de la medicina y de la psicopatología. Esta ruptura epistémica pone, por ende, a ruda prueba no solo la especificidad de la psiquiatría como disciplina sino también su tarea, haciendo bascular su objeto definitivamente en la complejidad.

Y esto tanto más en cuanto que, para nosotros, psiquiatras del siglo XXI deslindados de la dimensión afectiva de dicha contienda intelectual y científica, tales modelos y teorías tienen, ambos, su parte de profunda verdad. La tentación de dividir las, a esas teorías, o de amalgamarlas, es responsabilidad, menos del saber científico que, del psiquiatra en su accionar, en su íntima ética profesional.

Así, «saber», «sujeto», «libertad»... personificados en «homúnculos» imaginarios del encuentro entre el psiquiatra y su paciente, se disputan sus espacios dinámicos en el marco de cada consulta.

UNA EXTENSIÓN INTERSUBJETIVA

De ese modo, centrando aún más la reflexión en el encuentro entre el psiquiatra y su paciente, se recordará fácilmente cuánto la «cuestión» de la libertad atañe de igual manera al psiquiatra a cargo de la persona enferma. Efectivamente, el psiquiatra está preocupado por los implícitos culturales e ideológicos que lo atraviesan y también por su propia psicopatología privada (lo que se da por admitido, ¡olvidando a veces de recordarlo!). Más importante aun, a mi parecer, es que la cuestión de la libertad se verá también en la manera –rígida o *libre*– que el psiquiatra tenga de articular la situación relacional «experimentada» con su paciente –lo actual y lo concreto de la situación– a su trabajo de traducción y de teorización. Actos de pensamiento convocados por la doble tensión de tener que, por un lado, comprender (dar sentido) y, por el otro, decidir. En esa articulación, la libertad vuelve a entrar en línea de cuentas y lo hace de manera mucho más determinante de lo que habitualmente lo aceptamos.

La locura del enfermo, su patología de la libertad resulta así íntimamente ligada a la «patología de la libertad» de su médico.

Adoptar este último punto de vista implica de ahora en más una nueva extensión de la noción estudiada; extensión que permite hacer de nuestro tema –la patología de la libertad– un concepto intersubjetivo (una «cuestión» ineluctable de intersubjetividad). Resulta así evidente observar

que nuestro campo disciplinar ha acompañado los desplazamientos conceptuales que, en estas últimas décadas, a llevado a la ciencias humanas a adoptar modelos teóricos necesariamente interrelacionales.

Campo intersubjetivo, bi-personal, que, siguiendo la estructuración psicoanalítica de la personalidad, divide ahora al «sujeto» enfermo del encuentro en una tópica aún más compleja, definitivamente antropológica, constituida por al menos cuatro focos dialécticos debiendo ser considerados. Consciencia e inconsciente de ambos sujetos. Polos intersubjetivos, todos éstos, puestos idealmente al servicio de la búsqueda de una «objetividad». Efectivamente, tomar en cuenta, con rigor y en partes iguales, parámetros de la complejidad intersubjetiva en el derrotero del algoritmo decisional del peritaje profesional, en el seno mismo de la consulta, presupone poder garantizar un grado más elevado de «objetividad» a la anotación de signos y de datos clínicos. La objetividad a la que el clínico (e investigador) aspira ya no puede más regirse por determinaciones previas basadas en grandes universales, no solo por su divorcio con la estructura de lo individual sino, sobre todo, por el hecho de que, en el marco de lo intersubjetivo, esos determinantes son sumidos epistemológicamente hablando al principio de reversibilidad. La inestabilidad de la «validación interexpertos» podría ser un ejemplo claro de tal variabilidad.

De esta manera, se cruzan así definitivamente la cuestión del sujeto con la del saber (conocimiento clínico). ¿Qué lugar o qué uso dar, entonces, al saber previo? y ¿qué impacto puede tener el saber previo sobre figuras subjetivas de la persona enferma? La responsabilidad de la tarea clínico-terapéutica (prerrogativa no delegable) desplaza aquí su aspiración de *objetividad*. La objetividad resultaría, según esta modelización, de co-construcciones vinculares. El sujeto emergería en el medio, en el espacio *intersticial* de la relación.

La libertad del enfermo vuelve a ser, pero de otro modo, radicalmente diferente: la libertad es una «libertad condicional» por el interjuego imprevisible de la relación médico-paciente.

Recordemos que se deducen, de cada una de estas posiciones, actitudes terapéuticas también diferentemente *liberadoras*. O no. Parafraseando la gesta de Pinel podemos preguntarnos ¿qué cadenas se retiran?, ¿cuáles se consolidan...? ¿Qué es lo que dichas actitudes clínico-terapéuticas a cargo del médico *aportan* a la construcción de la *libertad*?

UNA EXTENSIÓN TRANSCULTURAL

Asumiendo este *encuadre* propongo reflexionar ahora —y esta sería mi idea principal— sobre el interés de aplicar aún una nueva extensión a la noción que nos ocupa: la extensión que propone la psiquiatría transcultural, y en particular la conceptualizada por Georges Devereux (1908-1985) (3) (4). Esta nueva extensión conlleva en sí un acto liberador cabal, el de liberar(se), *in fine*, de las nociones de «sujeto» (tanto consciente como inconsciente) y de «saber» (sobre todo de sus lógicas etiológicas y deterministas) para dar *riendas sueltas* a la libertad en el marco del encuentro. No se trata de suscribir a una nueva «negación» (ni del «sujeto enfermo» ni del «saber»), adoptando el modo perentorio e ideológico de los movimientos antipsiquiátricos (Henri Ey se insurgía con vehemencia contra esas tendencias meramente sociales y culturales), sino, en términos de Ey: se trata de poner estas cuestiones serísimas (*Sorge*) «entre paréntesis». Una descentración transitoria y procedural, de trabajo. Una puesta a disposición bien particular de nuestra mente de profesionales especializados para aumentar las chances de poder acoger la máxima complejidad posible de los hechos clínicos tanto en su globalidad como en sus detalles.

Reconvocando el pensamiento de Henri Ey, en su investigación sobre el «devenir consciente», podríamos decir que: no hay sujeto, no hay saber... ya que éstos están en permanente «devenir» (un devenir teleológico y en proceso) merced al trabajo de la consciencia (5).

Pero en términos de Devereux y de teóricos transculturalistas del «encuentro», este trabajo de *devenir* se ve ampliado aún de un imprevisto pero esperado *advenir*. ¿De qué? De un espacio co-pensante (inédito para ambos actores del encuentro), el espacio permitido por el encuentro mismo, claro, pero que contiene en su dispositivo *complementarista* (3) (4) lo radicalmente otro. La irreductible alteridad. Esta, la alteridad, ya no es más el producto directo de vínculos imaginarios recíprocos (propio de los modelos intersubjetivos mencionadas anteriormente, extraídos finalmente de patrones que rigen las relaciones interpersonales ordinarias); la alteridad no se halla más circunscrita en representaciones que uno de los participantes del encuentro se hace del otro, sino que es «advenida» por medio de la transcendencia acordada en un «pacto» de mutua ignorancia respecto al otro. Esto exige una descentración permanente y activa por parte del res-

ponsable terapéutico del encuentro. No se trata pues de ninguna manera de un: «nada-sé-de-tí-ni-de-tu-síndrome» sino que se trata mejor de un: «lo que sé de tu síndrome y de tí no hacen más que aumentar el enigma».

Mutua ignorancia de los dos protagonistas pero que no es simétrica ya que el psiquiatra tiene una responsabilidad mayor para suscitar las condiciones necesarias y favorables – las más libres posibles – para tal efectua-ción. Asimetría que el paciente le requiere y le exige al médico para obrar su sanación. El manejo de la angustia, en el seno de la relación clínico-te-rapéutica, es una prueba determinante para la libertad.

Daré, para terminar, un ilustración clínica:

Un paciente senil con trastornos esencialmente de memoria a corto plazo que alteran suficientemente sus facultades cognitivas, en particular el lenguaje que probablemente se hallara ya en un pro-ceso insidioso de afasia. El psiquiatra se dirige a él y le comunica in-formaciones atinentes a su persona y a los cuidados que recibe en la institución en la que se halla. El paciente lo escucha atentamente pero manifiesta una angustia cada vez mayor, luego le dice: «¿Quie-re saber usted lo que *pienso de lo que me dijo?*» El psiquiatra asien-te con un gesto. «Pues, nada!» «Como no tengo porvenir, no estoy preocupado; no pienso nada». El psiquiatra, manteniendo empáti-camente el vínculo gracias a su trabajo de pensamiento elaborativo inducido por las formulaciones de su paciente, parece poder escu-char la respuesta que recibió transformando el «nada» en «algo ig-norado pero poseyendo una positividad virtual».

Ese «nada» se vuelve así en un «existente» no solo por la enun-ciación en sí sino por la aceptación por parte del psiquiatra que así lo escucha (considerar como a priori «satisfactoria» toda respuesta resulta ya muy importante en el marco de la relación con pacientes que presentan serios trastornos cognitivos).

El «nada» ahora es. La coherencia lógica radicaría en el carácter compartido de un objeto escuchado como *suficiente pero en devenir*. O mejor dicho aún, suficiente *puesto que* en devenir. Es *suficiente* pa-rra que el médico – ayudado por lo que él sabe de afasias y de redes globales neurológicas (aquí vemos la utilidad del conocimiento pre-vio) - le acredite un valor de potencial pertinencia endoperceptiva a

la enunciación del paciente, expresión que adquiere de esta manera un estatuto de metacognición. La comunicación con el paciente «demente» se inscribe en la mente del médico en una metacomunicación. Reunida esa condición, la respuesta del demente se vuelve una forma singular de su vivencia actual, concreta, y hasta lúcida y «perfecta» - casi de alucinación endopsíquica - de su demencia... o del objeto de la demencia.

El «nada», el «no pienso nada» se vuelve así en un «(no percibo) nada», un «(constato) que no pienso nada», tomando de este modo un valor de autopercepción adecuada del trastorno cognitivo. Por el contrario, sometida la escucha a la banalidad de la significación del lenguaje solo habría dejado entender una actitud de desinterés, de contrariada oposición, de confusión y, habría objetivado en el fondo, únicamente la incapacidad.

Del mismo modo, la frase «no tengo porvenir, (por ello) no me siento preocupado (por lo que dice)» en vez de designar una trivialidad vinculada a la dramática situación de fin de vida, puede escucharse como la expresión de su autopercepción del desmoronamiento por defecto mnésico del espacio mental interno el cual permite habitualmente la organización virtual del pensamiento consciente.

Resulta así imprevisiblemente de ese encuentro un (re)conocimiento. Como si se prestara una atención particular no a los sujetos del encuentro sino al «objeto» de la realidad psíquica del paciente por él reconocido y sometido al acto de pensarlo y de enunciarlo. Reconocimiento mutuo, durante el tiempo del encuentro, de un objeto en el paciente. Durante el encuentro, el paciente «siente» dicho reconocimiento de su «logro» (el de lograr –sin saberlo– la nominación de la realidad que lo ocupa y de haber podido comunicarla, transmitirla). El alivio de su angustia fue consecuente.

Este encuentro anudó una serie pautada de entrevistas (en día y hora fijas) dando lugar a un seguimiento terapéutico institucional con mejoras comportamentales y adaptativas notables, alivio durable de la angustia y una disminución significativa de las posologías de los psicofármacos y hasta de su prescripción.

Esta pequeña viñeta clínica indicaría, a mi parecer, un principio ético mayor de la óptica transcultural: la atención puesta en lo que se «logra» durante el encuentro y no en sus «fracasos». Un acto de «acierto» del encuentro (como objeto de transferencia) que deja entender en niveles metacognitivos un «logro» tanto de la presentación del objeto endopsíquico como en la capacidad de comunicarlo.

Una ilustración –creo yo rindiendo homenaje a Henri Ey– de lo que este denominaba «diferencia órgano-clínica», ya no limitada a la descripción de la dualidad cuerpo-espíritu del sujeto enfermo, sino ampliada al marco transcultural del campo delineado por los dos protagonistas del encuentro (cuerpo-espíritu de uno como del otro) que sitúa dicha «diferencia» (*écart* en francés; *gap* en inglés) en, al menos, tres lugares de dicho campo intersubjetivo.

Devolviendo al paciente la intencionalidad de su palabra (que siempre busca decir algo) –permitiendo por retorno de la escucha el *advenimiento* de un «veo», un «dije algo»–, sin exigirle «pasar» por el fracaso de la reflexión (ni de la auto-reflexión) se puede observar el (re)emerger de una forma de reflexividad psíquica (un *estado de consciencia* gracias a una «acción que puede» que es eficiente), no atribuible al «sujeto», pero sí a su «subjetividad» que –libre por medio del vínculo refractante y descoincidente del otro– solo desaparece con el último suspiro.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ey Henri, *Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*, Desclée de Brouwer, 1950.
- (2) Mahieu Eduardo T. «Jacques Lacan, Henri Ey, et la liberté», *L'Information Psychiatrique*, n°5, vol.75, mayo 1999, p.514-520.
- (3) Devereux Georges, *Ethnopsychanalyse complémentaire*, Paris, Flammarion, 1985 (1972).
- (4) Baubet Thierry et Moro Marie-Rose, *Psychopathologie transculturelle*, Paris, Elsevier Masson, collection «Les âges de la vie», 2^{da} ed. 2013.
- (5) Ey Henri, *La conscience. Une étude phénoménologique sur l'Être et le Devenir conscient*, Perpignan, Crehey, 2014.
- (6) Belzeaux Patrice, «Une relecture des Etudes psychiatriques, la dialectique de la forme et du contenu», *Les cahiers Henri Ey*, 23-24, oct. 2009.

EL GRUPO GHARMA EN JALISCO

Sergio Javier Villaseñor Bayardo¹
Erick Pánuco Topete²
Amy Shadai Sialthiel Herrera Sánchez³

Jalisco, tierra de escritores y pintores, también ha sido un terreno fértil para la medicina y en particular para la psiquiatría.

Con el objetivo de recordar a algunos de los personajes que se han esforzado por mejorar la atención de los pacientes psiquiátricos en los últimos 70 años hemos capturado algunas voces de la psiquiatría y aquí reproducimos las de los miembros del renombrado grupo GHARMA y las de algunos destacados psiquiatras precursores en Jalisco.

Conociendo a estos precursores de la disciplina podremos valorar tanto a las dificultades a las que históricamente nos hemos enfrentado en cuanto a gremio, como los avances científicos de los cuales estamos gozando.

La década de los años 50 del siglo pasado fue de particular efervescencia en el área de la psiquiatría. Notables líderes de la psiquiatría tanto académicos como políticos eran la nota cultural en los periódicos de la ciudad. A nivel internacional, esta época concuerda con la 3ª gran revolución de la psiquiatría: el advenimiento de los psicotrópicos. La clorpromazina debuta de manera estrepitosa, en Sainte Anne, bajo la batuta de los profesores Delay y Deniker. De allí se disemina su uso por todo el mundo. Los cimientos psicoanalíticos se someten a las violentas sacudidas que la psiquiatría organicista le propina. Los nuevos medicamentos hacían prome-

¹ Profesor Investigador Titular C. Universidad de Guadalajara. México.

² Instituto Mexicano del Seguro Social - R3 Medicina Familiar.

³ Instituto Mexicano del Seguro Social - R3 Medicina Familiar.

sas de ensueño. La publicidad que mi abuelo, el Dr. José Atanasio Bayardo Hernández, recibía en esos años, rezaba:

Hace 160 años el Dr. Pinel liberaba a los dementes de sus cadenas [...] Además del extraordinario interés que presenta en el tratamiento de ciertas afecciones mentales, que son de competencia exclusiva de la psiquiatría, el Largactil está llamado también a proporcionar los mayores servicios a un buen número de sujetos que padecen de «anomalías psíquicas habitualmente compatibles con su vida corriente, y que se califican a menudo con las expresiones de «retrasados mentales», de «nerviosos» o de «neuropáticos». (J. Sigwald y D. Bouttier). «Hoy día, el Largactil libera a los enfermos de su psicosis. Bajo la influencia del 4560 R.P. el estado depresivo se borra para dar lugar a un cierto grado de euforia...

La cloropromazina causó un impresionante efecto de bola de nieve, efecto que aún estamos viendo con la invención y el descubrimiento continuo de nuevos psicotrópicos.

Es en esa época, en 1955, cuando se funda la Sociedad Jalisciense de Neuropsiquiatría, S. C. cuyo objeto oficial fué el de hacer y fomentar estudios tendientes al progreso de los conocimientos de la neuropsiquiatría, sin que en ningún caso se tuvieran actividades lucrativas. Se reunieron en la ciudad de Guadalajara, Jalisco, el día trece de enero de mil novecientos cincuenta y cinco, en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Civil con objeto de tratar acerca de la conveniencia y posibilidades de constituir una Sociedad Jalisciense de Neuropsiquiatría [...] En seguida se procedió a nombrar a los miembros del Comité Directivo, habiendo recaído la designación de la mayoría en las siguientes personas; para Presidente, el señor Doctor Wenceslao Orozco y Sevilla; para Vice-Presidente, el señor Doctor Fernando de la Cueva; para Secretario, el señor Doctor Enrique García Ruiz; para Tesorero, el señor Doctor Mario Saucedo Galindo; y para Vocales, los señores Doctores Jesús F. Torres Plank y Fernando Farías González.

Los objetivos de la asociación eran:

- estimular la investigación científica y la divulgación en nuestro medio de los temas relacionados con la Neurología, la Psiquiatría y otras actividades conexas a ellas;
- mejorar la preparación científica y social de sus agremiados para proporcionar y dignificar el ejercicio profesional de aquellas actividades médicas en beneficio de la colectividad y orientar la opinión pública respecto a las aplicaciones sociales de las especialidades señaladas.

Casi a la par que la sociedad Jalisciense de neuropsiquiatría, nace GHARMA, un selecto grupo de profesionales de la salud mental que deciden darle un trato digno a los pacientes psiquiátricos, iniciar actividades de investigación psicofarmacológica y publicar una interesante revista. La palabra «GHARMA» se deriva de un peculiar acomodo de las iniciales de los apellidos de estos precursores: Enrique García Ruiz, líder político del grupo y grado 33 de la Logia Masónica; Arturo Hernández Aguilera, líder intelectual, presidente del Partido Comunista en Guadalajara, editor de la revista GHARMA; Héctor Manuel García Álvarez; Enrique Estrada Faudón; Ángel Urrutia Tazzer; David Arias y Arias y la psicóloga Josefina Michel Mercado.

Este grupo también tuvo algunos colaboradores, entre quienes se encuentran Alejandro González y González, Gustavo Mojica García, Emma Casillas y la enfermera Josefina Dueñas Montoya.

ENRIQUE GARCÍA RUIZ (1910-1994)

Fue director del Instituto de Psicopedagogía del Departamento de Educación Pública del Estado. Tuvo como maestros a muy notables personalidades de la época como Antonio Caso, Vicente Lombardo Toledano y Jesús Silva Herzog.

Cursó la carrera de Médico, Cirujano y Partero en la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, obteniendo su graduación en 1938.

Desde sus estudios de normalista y de médico inició su especialización en Psicología y Psiquiatría. Sus tesis profesionales como maestro normalista y como médico versaron respectivamente sobre «Conocimiento y Tratamiento Pedagógico de Niños Atípicos» y «El Temperamento Esquizotímico y sus relaciones con la Esquizofrenia». Fue residente de Neurop-

siquiatría en el Hospital Civil de Guadalajara, en el Sanatorio Psiquiátrico de Occidente y en el de San Camilo, bajo la dirección del Dr. Wenceslao Orozco y Sevilla.

Al quedar constituido, dentro de la Facultad de Medicina, el Departamento de Neuropsiquiatría, en febrero de 1947, la Universidad lo designó sub-jefe del mismo.

Fue igualmente creador del Grupo Psiquiátrico «GHARMA» de Guadalajara, en 1959, del que fue Director, así como de los Sanatorios psiquiátricos y de la revista especializada del mismo grupo, el grupo alcanzó valiosos créditos en el progreso de la neuropsiquiatría jalisciense, la nacional y la internacional y cuya revista fue conocida en todos el mundo psiquiátrico y mereció altos honores en el extranjero.

Fue fundador del servicio de neuropsiquiatría en el Instituto Mexicano del Seguro Social, desde la iniciación de los servicios de éste en Guadalajara, en julio de 1946.

Hasta cierto punto autodidacta, alcanzó créditos universitarios, científico-técnicos y culturales en el Estado de Jalisco, en el país y en el extranjero y fue, de hecho, el creador de la neuropsiquiatría, como asignatura y como servicio en Guadalajara, y maestro de la mayor parte de psiquiatras egresados de la Facultad.

En noviembre de 1973 fue reconocido oficialmente como psiquiatra en la primera promoción del Consejo Mexicano de Psiquiatría, a pesar de no haber tenido una formación académica legalmente acreditada sobre la especialidad.

Asistió como conferencista, ponente o participante, a la mayor parte de los congresos, asambleas y eventos psiquiátricos del país y a algunos del extranjero, habiendo sido huésped de los Profs. Dres. Henri Ey (Hospital Bonneval), Henri Baruk (Charenton) y Jean Delay (Sainte Anne) en la capital de Francia.

Dictó conferencias y participó en discusiones científicas, filosóficas y culturales en distintas sociedades de Jalisco, de México y del extranjero y publicó numerosos trabajos sobre la especialidad y sobre tópicos culturales en prestigiadas revistas nacionales y algunas extranjeras.

Perteneció a numerosas sociedades científicas y culturales, algunas de las cuales fueron:

- Sociedad Médica de Guadalajara (Fundador).
- Sociedad Jalisciense de Neuropsiquiatría (Fundador, ex-Presidente y Secretario Perpetuo).
- Sociedad Mexicana de Neurología y Psiquiatría.
- Asociación Psiquiátrica Mexicana (Fundador).
- Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina.
- Asociación Psiquiátrica Mundial (Miembro Individual).
- Academia Nacional de Medicina (Correspondiente).
- Seminario de Cultura Mexicana.

Recibió numerosas preseas, diplomas y distinciones por sus colaboraciones ante sociedades científicas y culturales. Por sus méritos universitarios le otorgaron las preseas «Pablo Gutiérrez», «Jesús Delgadillo Araujo», «12 de Octubre» y «Fray Antonio Alcalde». El Gobierno de Francia le otorgó la condecoración de Caballero de las Palmas Académicas.

ARTURO HERNÁNDEZ AGUILERA (1924-1988)

Nació el 25 de febrero de 1924 en San Francisco del Rincón, estado de Guanajuato. Sus intereses por las humanidades y el área de la salud lo llevaron a cambiar de residencia a Guadalajara para estudiar la carrera de Médico Cirujano y Partero en la Facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, entre 1941 y 1948. Realizó sus prácticas de servicio social en el Hospital Civil «Fray Antonio Alcalde» y, posteriormente, en la Granja de recuperación para enfermos mentales crónicos de San Pablo del Monte de 1946 a 1947.

Fue notable su labor en la fundación de la Sociedad Médica del IMSS en 1954 y de la Sociedad Jalisciense de Neuropsiquiatría en 1955. Sin embargo uno de sus más destacables logros fue el fundar el reconocido grupo GHARMA (siglas de los apellidos de los integrantes) junto con los doctores García Ruiz, Estrada Faudón, García Álvarez, Urrutia Tazzer y la psicóloga Michel Mercado. Estaban ubicados primero en la calle del Sabino 539 en la Colonia del Fresno (que se convirtió en el hospital para mujeres) y después se cambiaron a la calle de Donato Guerra 778, el cual se convirtió en el hospital para varones.

En una entrevista se le preguntó: ¿Qué se puede hacer con las víctimas de las drogas? Él respondió como un visionario: «El psiquiatra mantiene una actitud distinta frente a ellos. Para el psiquiatra ellos no son buenos ni malos; son enfermos, hace suya la tarea de curarlos».

Durante su participación en el grupo GHARMA se inició la publicación del boletín GHARMA en 1959, siendo su última impresión en el año de 1971. En este boletín publicó de forma individual y con los otros fundadores numerosos trabajos; entre los que se encuentran: «Sobre los efectos secundarios producidos por los compuestos fenotiazínicos en los pacientes con trastornos emocionales de ligera y moderada intensidad y su tratamiento» (3 de abril de 1961). «Algunas formas de tratamiento de los estados de agitación psicótica» (4 de junio de 1961). «Informe preeliminar sobre el uso de la trifluoperazina en el tratamiento de psicosis y neurosis» (*Revista Semana Médica de México*, vol. XXII, núm. 282, sep. 1959). «Experiencias sobre el uso de clorhidrato de N-Gama dimetilaminopropil de Iminodibencilo (Tofranil) en estados depresivos» (*Bibl. Méd. Int.* No 235, enero 1961). «La levomepromazina en el tratamiento del síntoma insomnio» (*Revista Semana Médica*, año X, vol. XXXVIII, núm. 491, septiembre 1963). «Experiencias clínicas en epilepsias y estados Obsesivo Compulsivos con un nuevo estimulante (informe preeliminar)» (*Revista Semana Médica*, año IX, vol. xxxv, núm. 445, noviembre 1962).

Su hija Jazmin mencionaba: «Criticado como un loco, pero quizás el más cuerdo de los que le sobrevivimos; siempre adelantado a su tiempo, que era lo que el común de la gente no entendíamos y no entenderemos».

HÉCTOR MANUEL GARCÍA ÁLVAREZ (1924-2010)

Al entrevistarle, el Dr. García Álvarez, refirió:

«Ídolos míos en psiquiatría, los compañeros del grupo GHARMA. Quitando a don Enrique, que nunca hizo nada por el grupo, nomás se paraba el cuello. Urrutia era muy conciente, Estrada Faudón también era un modelo de conducta de psiquiatra. De los psiquiatras de México, don Guillermo Dávila me parecía un hombre maduro, respetable, siempre me pareció un hombre sensato. Posteriormente López Ibor y Henry Ey».

«A mí me tocó, por ejemplo, inyectar Cardiasol y Cloruro de Amonio. A el Dr. Hernández Aguilera y a su servidor, nos tocó dar el primer electrochoque en Guadalajara, porque Wenceslao Orozco nos compró el aparato, lo solicitó y nos lo llevó al Hospital Civil. Con toda precisión recuerdo al paciente, era un campesino de 23 años, de Michoacán, que se había ido a Estados Unidos, y llegó y empezó a mostrar cambios en el carácter, tosco, introvertido y agresivo, lo mandaron amarrado, del Sanatorio del Pacífico, de los Mochis.

En una ocasión Hernández Aguilera me dijo, creo que fue en 1948: «oye, yo quiero que me des un electrochoque», «¡no!» dije, «¿Cómo te voy a dar electrochoque?». Esa sí que es puntada de psiquiatra. Me decía «si, mira: le vamos a poner la cuarta parte de lo que le ponemos a los pacientes, nada mas quiero saber que se siente», «ándale pues» le dije. Tuvo contracciones musculares de todo el cuerpo, contó que había sentido como un toque eléctrico y tensión en todo el cuerpo.»

¿Cómo se formó el grupo GHARMA?

En 1959 el Dr. Enrique García Ruiz, llama a cinco compañeros y forma legalmente, ante notario público al grupo GHARMA Sociedad Anónima; ese grupo lo inicia él, junto con el Dr. David Arias y Arias, el Dr. Hernández Aguilera, su servidor y Josefina Michel. Al año siguiente entraron Enrique Estrada Faudón y Angel Urrutia Tazzer. El grupo GHARMA tuvo reconocimiento internacional, porque nosotros tuvimos la satisfacción de que nos visitaran Henry Ey, López Ibor, y muchos psiquiatras distinguidos, los cuales también escribieron para nuestra revista.

¿Cuál era el objetivo con el que nació el grupo GHARMA?

El objetivo era investigar la acción de productos psicotrópicos, investigación y tratamientos de enfermos, así como también un manejo de pacientes, buscando un trato más humano. En el año 1955 ya había llegado la Clorpromacina y sus derivados, incluso, hicimos una investigación con Trifluoperacina, situación que nos dio la oportunidad de tener bastante dinero debido a los patrocinadores. También fuimos los introductores a nivel mundial del Stelazine de 5 y 10 miligramos. Un día le llegó a Hernández Aguilera un paciente muy agitado y a éste se le ocurrió darle todo el

contenido del pomo, a la hora lo tenía con una rigidez espantosa. Con la nueva dosis que nos fabricaron, comenzamos a experimentar y el resultado fue maravilloso.

Recuerdo a una enferma que estaba internada en el hospital San Rafael, estaba enfrente de la plaza de Zapopan, tenía una esquizofrenia catatónica, y ya la habían abandonado sus familiares. Le daban su alimento en un biberón, estaba casi *pre-mortem*, a la 2º ó 3º pastilla de Stelazine, aconteció como en la sagrada Biblia «levántate Lázaro», se levantó ¡fue impresionante!, esa mujer volvió nuevamente a vivir. Nosotros tratábamos de mostrar que los psicotrópicos modernos podían hacer que el paciente se mantuviera tranquilo dentro y fuera del sanatorio. El grupo GHARMA trabajó hasta 1978 ó 1979, trabajamos hasta que murió Hernández Aguilera porque el grupo trabajó gracias a él.

¿Cuáles serían para usted, las repercusiones internacionales que tuvo el grupo?

El reconocimiento a nivel mundial de que en México había buenos médicos que se dedicaban a la investigación. Nunca se dejó de publicar la revista hasta el último número, el 53 ó 54, entonces se acabó la revista y se acabó el grupo.

ENRIQUE ESTRADA FAUDÓN (1927-2017)

Eminente ecólogo cuyas actividades estaban enfocadas hacia la conservación del medio ambiente, publicó innumerables estudios sobre medicina, psiquiatría, botánica, zoología y geología de Jalisco.

Sus estudios de postgrado en neurología y psiquiatría los realizó en la ciudad de México de 1953 a 1955. Recibió su primer nombramiento como profesor de la Universidad de Guadalajara el 3 de octubre de 1955. Obtuvo la maestría en ecología, problemática ambiental y conservación de recursos naturales renovables en el instituto interamericano de ciencias agrícolas de la Organización de Estados Americanos, en Turrialba, Costa Rica en 1971. Obtuvo el certificado de especialista en psiquiatría por el Consejo Mexicano de Psiquiatría en la ciudad de México el 30 de noviembre de 1973.

Fue jefe del Pabellón «B» del Hospital-Granja de Recuperación Mental «La Esperanza» dependiente del Instituto de la Asistencia Social de Jalisco

(1962-1965). Responsable de Psiquiatría Forense del Supremo Tribunal de Justicia del Estado de Jalisco, del 4 de junio de 1958, hasta el 26 de febrero de 1961. Director de la sección de hombres de los Sanatorios Psiquiátricos «GHARMA» de la ciudad de Guadalajara.

En 1972 deja totalmente las actividades médicas para dedicarse de tiempo completo a la investigación y a la enseñanza en la Universidad de Guadalajara. Fue miembro fundador de la Asociación Médica de Jalisco y de la Sociedad Jalisciense de Neuropsiquiatría.

El día 4 de enero de 1965, relata el Dr. Estrada Faudón, que con el fin de investigar sobre la existencia de plantas psicotropas y para experimentar sus efectos, tres personas norteamericanas se pusieron en contacto con él, estos investigadores propusieron la aplicación de test psicológicos antes y después de la prueba, presentándose uno de los norteamericanos así como el Dr. Estrada Faudón como voluntarios, efectuando dicha prueba en Chapala por considerar que un ambiente de jardín y el marco de la naturaleza los estimularía de manera propicia, el Dr. Estrada había recibido ya información anteriormente durante el tercer congreso latinoamericano de psiquiatría acerca del ácido lisérgico, por lo tanto sabía que la droga mencionada reproducía prácticamente en forma idéntica, el cuadro sintomático de la esquizofrenia.

Siendo las 10:20 de mañana se le inyectaron al Dr. Estrada Faudón 50 microgramos (dos ampolletas) de LSD, a los 5 ó 10 minutos refiere que comenzaron a aparecer los efectos, primeramente sintió una agradable sensación de flotamiento, pareciendo que tanto su persona como los demás objetos que levantaba con la mano no tenían peso, tuvo un ligero temblor en las manos y en las piernas al mismo tiempo que se elevaba el tono emocional a nivel de la euforia desbordante; una verborrea incontenible indicaba la aceleración en la elaboración del pensamiento y las ideas surgían con gran fluidez, multitud de recuerdos hacían su aparición, a la taquipsiquia existente se le añadió una hiperquinesia que le obligaba a ir de un lado a otro, perdiendo poco después la simetría de los objetos y la relación de distancia en el espacio externo, al poco tiempo, hubo una intensa reacción de frío que se apoderó de él haciéndolo estremecer, al paso ya de una hora se encontraba aprisionado dentro de un complejo mundo alucinatorio, los ruidos exteriores se amplificaban y distorsionaban, los objetos cambiaban de forma, tamaño y color. La euforia se fue transformando

en angustia, presentía que se aproximaba la despersonalización y luchaba desesperadamente por conservar la unidad de su persona, al mismo tiempo ya habían hecho su aparición numerosos síntomas neurovegetativos: el temblor muscular se había acentuado, la boca estaba seca y con sensación de crecimiento de la lengua, el frío continuaba y una sensación constrictiva intratorácica con dolor no intenso precordial le provocaba disnea, sudor profuso, resequedad y palidez de la piel, taquicardia, poliuria, ligera cefalea y una absoluta repulsión por la comida, la bebida y el cigarro. Poseído por la angustia del ser al no ser, del existir al no existir, dudando si él ya no era él encontrándose en una fase de desdoblamiento de la personalidad en la cual tenía la convicción de que existiesen dos de él mismo. Perdiendo totalmente la noción del tiempo y del espacio. Posteriormente experimentó ideas delirantes místico religiosas así como persecutorias y de daño, ingiriendo por la angustia cuatro grageas de stelazine de 10 mg para parar el experimento, el efecto se obtuvo a los 20 minutos y súbitamente como un desencantamiento de los cuentos de hadas, desapareció el embrujo maligno, encontrándose de nuevo en la realidad y con dominio de su pensamiento, aprovechando la lucidez regresó a Guadalajara. Al desaparecer el efecto de la trifluoperazina, volvían los síntomas de la droga, encontrándose ya en la finca de Donato Guerra 778, siendo recibido por el personal de guardia de enfermería, causando sorpresa su estado y su actitud, gritando pedía que viniese el Dr. Arturo Hernandez Aguilera el cual tardó en trasladarse más de una hora, mientras el Dr. Estrada Faudón entraba nuevamente en una fase de extrema agitación psicomotriz, inyectándole diversos fármacos sin resultado alguno, experimentando en esos momentos un estado de angustia intenso, que lo impulsó a pedir al Dr. Hernández Aguilera que se le aplicara electroshock, no accedió a su petición sin embargo, le aplicó una fuerte dosis de barbitúricos administrados vía intramuscular, entrando en un profundo sueño que no lo hizo despertar sino hasta el día siguiente. Concluye afirmando que la esquizofrenización artificial que hizo de su persona fue la experiencia más desagradable de su vida.

En uno de los boletines del grupo GHARMA, el Dr. Estrada, da cuenta de los resultados académicos y científicos obtenidos al representar al mismo grupo en un congreso internacional.

La APAL fue fundada en París en 1950, durante el Primer Congreso Internacional de Psiquiatría y debido a la iniciativa, entre otros, del Dr. Raúl González Enríquez, de México, quien, infatigablemente, encabezó la primera Comisión Organizadora y preparó la reunión de 1951, que constituyó, en realidad, el comienzo de las actividades de la institución. Para realizar el tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría se escogió a la ciudad de Lima, Perú. El evento se llevó a feliz desenvolvimiento en los días 25 al 31 de octubre de 1964, logrando un éxito extraordinario bajo la hábil y entusiasta presidencia del Sr. Dr. Carlos Alberto Seguí y su grupo de colaboradores, quienes se encargaron de su organización.

Conceptos emitidos en la sesión de clausura:

1. Se hace nuevamente hincapié en que ya no se puede aceptar otra concepción del hombre que no sea la integral, es decir, como la unidad psicosomática que es.
2. El hombre y su ambiente no pueden separarse.
3. El Psiquiatra debe ser un médico y no un filósofo.
4. El Psiquiatra, además de ser conocedor profundo de la biología humana, debe ser, también, experto en sociología y no desconocer el problema económico universal.
5. La infancia y la juventud adquieren la máxima importancia desde el punto de vista de la integración del hombre adulto normal.
6. El hombre debe ser enfocado, también, desde el punto de vista trascendente; la religión es esencial en el programa de la vida normal.
7. La Psicología y la Psiquiatría Industriales son una necesidad apremiante de nuestra sociedad actual.
8. La Psiquiatría Transcultural nos permite individualizar los problemas de salud mental conforme a la cultura e idiosincrasia de cada una de las comunidades.
9. La Psiquiatría Folklórica se aboca a la comprensión de las actuaciones prácticas y simbólicas de los pueblos primitivos en relación a la personalidad normal y la enfermedad mental.
10. La Psiquiatría Social surge como una necesidad de solucionar los problemas de la psicopatología social.
11. Existen neurosis y psicosis individuales, pero también existen regímenes políticos patógenos (dictaduras) que enferman a la colectividad.

12. Hay que integrar una conciencia latino-americana para la solución de los problemas comunes a los países de la América Latina, hermanos en origen, tradición, lengua y costumbres, como consecuencia práctica de este tercer Congreso Latinoamericano de Psiquiatría.

ÁNGEL URRUTIA TAZZER (1925-2017)

Para poder ingresar al posgrado de Psiquiatría, Neurología y Electroencefalografía en el hospital Cleveland (1954-1955), el requisito era tener cuatro años de experiencia en psiquiatría, los cuales ya había tenido en el Hospital Civil, el Hospital El Refugio y el sanatorio GHARMA.

El equipo que se formó en el hospital Civil se desempeñó muy bien, y fue con los doctores David Arias, Enrique Estrada Faudón, Hernández Aguilera y él mismo, con la dirección, solo de nombre, del Dr. Wenceslao Orozco, ya que él dedicaba muy poco tiempo a sus deberes en el Hospital Civil, lugar que cubría muy bien el Dr. Urrutia, que ya había pasado por ese puesto. También trabajó en el Consulado Norteamericano como psiquiatra, ya que era el único que hablaba inglés en Guadalajara.

Mientras fue residente del posgrado y, también, al llegar aquí a México, a Guadalajara, se encontró con muchos problemas con respecto al tratamiento que se podía dar a los pacientes. El tratamiento se basaba en electrochoques y algunos bromuros y barbitúricos para tranquilizar a los pacientes. Tampoco había publicaciones médicas excepto por algunas de Alemania, Inglaterra y Estados Unidos; las que llegaban de España eran del Dr. López Ibor, el más destacado psiquiatra de ese país. No había criterios de hospitalización para el servicio de psiquiatría, simplemente se hacía el internamiento de los pacientes que la dirección decidía.

Refiere el Dr. Urrutia: «El Grupo GHARMA se dedicaba a la difusión y orden científico de la psiquiatría que se hacía en diferentes partes de la república y el extranjero, publicamos una revista con el mismo nombre y teníamos un sanatorio pequeño en la colonia El Fresno, también llamado GHARMA. Los pacientes que allí se recibían eran de condición media-baja, que no podían pagar la estancia en el Hospital San Juan de Dios o trasladarse al Distrito Federal. Los integrantes éramos los pioneros de la psiquiatría en Jalisco, estábamos David Arias, Enrique Estrada Faudón,

Enrique García Ruíz, Arturo Hernández Aguilera, Héctor García Álvarez y un servidor; comenzamos a reunirnos, a interesarnos por el aprendizaje, a tener juntas y pláticas semanales para conocer qué había de nuevo, qué revistas habían leído.

La psiquiatría en México empezaba, ya estaba la Asociación Psiquiátrica Mexicana.

El tratamiento que se daba a los pacientes en el hospital GHARMA era con electrochoques o cardiasol cuando no había corriente eléctrica o los barbitúricos para sedar (fenobarbital o ácido fenilbarbitúrico), que eran preferentemente para los pacientes epilépticos que se convulsionaban. Investigamos el stelazine, fui a dar una conferencia, empleado por el grupo GHARMA a Philadelphia a los laboratorios donde lo hacían y a decirles nuestra experiencia, para lo cual nos habían dado una cantidad voluminosa de tabletas después de recopilar 100 casos».

«En la investigación que se hacía dentro del grupo se seguían las instrucciones del laboratorio, iniciando con «dosis particularmente bajas» desde 2.5 mg en la mañana y 2.5 mg por la noche, hasta llegar a 40 mg al día. Los pacientes tenían efectos secundarios terriblemente alarmantes: rigidez, acatisia y sialorrea; no podían mover el cuello, comenzaban a recuperar gradualmente la conciencia, su conocimiento de tiempo y espacio, y a identificarse consigo mismo. Con todos los medicamentos a dosis altas tuvimos trabajos que están presentados por GHARMA. En el boletín del grupo intervenía cualquier médico que tuviera un trabajo interesante, el que el Dr. Hernández considerara fuera digno de publicarse, «pero... ¿quién más iba a publicar si no había otros psiquiatras?».

«El Dr. Hernández Aguilera se encargaba del intercambio de información, enviaba por correo a todas las sociedades psiquiátricas de América del Sur, algunas de Francia, Rochester, en Estados Unidos, así como a la República Mexicana, «recibíamos una cantidad grande de revistas y teníamos una biblioteca más o menos importante». También asistían a instrucción psiquiátrica y reuniones en Canadá, Philadelphia o París».

DAVID ARIAS Y ARIAS

El Dr. Arias comenzó a ejercer como médico en el servicio social que hizo en la Granja de recuperación en San Pedro del Monte en Guanajuato,

fue la primera granja en México. Platicando con el Dr. Hernández Aguilera quien era uno de los médicos psiquiatras de ahí, le sugirió que se dedicara a la psiquiatría. Ante tal sugerencia el Dr. Arias manifestó su decepción al ver las grandes limitaciones que en ese entonces tenían los enfermos mentales. El Hospital Civil en ese entonces, era una especie de reservorio olvidado, entonces el Dr. Hernández le animó a buscar la posibilidad de ir para la granja de León y así él mismo se convenciera de que no solo eso era la psiquiatría. Así fue como gestionaron y buscaron la posibilidad de que se fuera con una beca de Salubridad y a los seis meses de esta conversación, el Dr. Arias ya se encontraba en la granja de San Pedro del Monte.

Lo que hizo detonar la vocación al Dr. Arias fue precisamente el dolor por el otro, lo llamó el aspecto humano puesto que el ambiente que vivían los enfermos en el Hospital Civil era terrible, deprimente, «realmente impresionante» es así como lo describe el Dr. Arias con sus propias palabras:

«El director de los manicomios, así se le llamaba en ese tiempo, era el Dr. Wenceslao Orozco que por cierto, nunca iba. Quien se hacía cargo de todo lo relativo al manejo de los manicomios era el Dr. Ángel Urrutia (ya recibido) y el Dr. Enrique Estrada (pasante). Ambos manejaban los dos manicomios a su gusto, sin la intervención de nadie más. Wenceslao iba de vez en cuando a darnos alguna clase, él llegaba y hacía una serie de disquisiciones filosóficas (siempre las mismas) alrededor del enfermo mental, del alcohólico y de otra serie de cosas con muy poca relación con la psiquiatría. El Dr. Enrique García Ruiz, era supuestamente el segundo de abordó pero nunca iba. Era una situación de casi total abandono a los enfermos, el único que se preocupaba realmente era el Dr. Ángel Urrutia. La situación del enfermo era terrible, las personas encargadas del manejo interno eran más bien, una especie de capataces terribles. Las instalaciones físicas del departamento de hombres eran de unas veinte o veintitantas celdas en donde generalmente tenían más de cien enfermos; de modo que dormían en cada cuartito de cinco a seis enfermos, y digo cuartitos porque eran unos cuartos de dos por tres metros con una cama de cemento. La situación era muy mala».

En cambio, la experiencia que tuvo el Dr. Arias en la granja de San Pedro del Monte con el Dr. Ortiz, quien el mismo Arias describe como un psiquiatra de verdad; fue muy buena pues a diferencia del Hospital, en la granja la situación era diferente:

...qué esperanzas que se permitiera que los empleados agredieran a los enfermos, que los trataran mal o que la comida se quemara y aún así se las dieran, total, al cabo, eran loquitos como decían aquí. La situación era muy diferente, en la granja el valor más importante que había era el enfermo mental, por encima de los médicos y de los empleados o quien fuera.» Y sigue diciendo Arias: «Hubo aspectos gratos e ingratos, como que hay una etapa en que a los gobiernos, a la sociedad en general y al grupo médico, les preocupa que los enfermos mentales estén viviendo mal. Entonces se hace un intento o se mejora la condición del enfermo que se va deteriorando hasta que termina otra vez en lo mismo que empezaron. Cuando comenzó a funcionar la granja de enfermos mentales era una maravilla, por ejemplo, iba yo a mi pueblo, a Mazamitla o cualquier otro pueblo, y nunca observé un enfermo mental en las calles, que era lo que ocurría antes de que estuviera la granja. Los enfermos mentales eran las víctimas de los escolares, de las gentes mayores, y de todo el mundo que se burlaba de ellos, que los correteaban, los apedreaba, pero ya estamos volviendo a esa situación en donde ya no hay tanta preocupación por el enfermo mental.

Sobre la experiencia del Dr. Arias en GHARMA, refiere que su actividad ahí comenzó alrededor de 1967 ó 1968. Como ya es sabido, fueron médicos del hospital civil los que conformaron este grupo, un grupo preocupado principalmente en modificar el trato que se había estado dando a los enfermos mentales, la perspectiva de GHARMA era sin duda una perspectiva más humana ante los acontecimientos que se venían gestando en ese tiempo, ya que en ese tiempo el área de psiquiatría era un apéndice indeseable del Hospital Civil, un apéndice que el Dr. Arias describe de la siguiente manera: «Ahorita ya es una cosa muy chiquita, pero todo lo nuevo que se hizo, una torre de especialidades y todo eso, era el departamento de mujeres, era el mejor y lo impulsó mucho el pasante Dr. Amado Ruiz Sánchez, que no era psiquiatra, pero había en él, una actitud fundamentalmente humanitaria. Hizo que se hicieran ahí instalaciones que eran muy buenas para ese tiempo, muy bien organizadas, pero desgraciadamente en muy malas manos. Porque ahí hubo una lucha política permanente entre Wenceslao y Enrique García Ruiz, intentando desplazar siempre uno al

otro. Pero el que siempre tuvo mayor poderío político fue Wenceslao, era un personaje muy importante de la U. de G.»

Estando en GHARMA, el Dr. Arias se fue de director a la granja la Esperanza, una granja de aquí de Jalisco. Respecto al tratamiento de las esquizofrenias en la granja, dice: «Comenzamos con Largactil que fue el primer medicamento útil, muy útil. Ya los que vinieron después eran esas elaboraciones que hacen los laboratorios: que esto mejor que aquello porque da mejor resultado. A la hora de la hora eran sensiblemente iguales, pero eran útiles. El tiempo de estancia de los pacientes no era muy largo debido a que cada mes ingresaban alrededor de 45 pacientes».

Además de las entrevistas que hemos presentado aquí, vale la pena recordar algunas notas periodísticas de la época:

Jueves 22 de octubre de 1964

Hoy se espera el arribo a Guadalajara del destacado médico psiquiatra de la Universidad de París, Francia, Dr. Henri Ey, quien, invitado por la Asociación Médica de Jalisco y el grupo psiquiátrico «GHARMA» y patrocinado por la facultad de Medicina de la Universidad de Guadalajara, sustentará un breve ciclo de 3 conferencias, a partir del día de mañana, para concluir el sábado. Esta serie de conferencias habrán de sustentarse en castellano en diversas instituciones culturales y científicas de Guadalajara, con admisión enteramente libre a todas ellas.

Conforme lo informado ayer por el director de la facultad de medicina de la universidad tapatía, Dr. Wenceslao Orozco, el Dr. Ey es el secretario permanente del comité de los congresos mundiales de psiquiatría desde 1950, y se «le reconoce mundialmente como una de las personalidades más relevantes de la ciencia psiquiátrica».

Sirvan pues estas anécdotas para conservar en la memoria a estos ilustres personajes.

REFERENCIAS

Villaseñor Bayardo S. J. *El grupo Gharma y los precursores de la psiquiatría en Jalisco*. Gobierno del Estado de Jalisco. 2022, 260 págs.

¿QUÉ SE ENTIENDE POR RECUPERACIÓN DE LA DEPENDENCIA DEL ALCOHOL? EL PROGRAMA AYÚDATE-AYÚDANOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE COMO MODELO DE RECUPERACIÓN

Gabriel Rubio Valladolid¹
Francisco Arias Horcajadas²
Rosa Jurado Barba³

INTRODUCCIÓN

Al igual que en otras patologías crónicas, en el área de la adicción tampoco hay un concepto claro y compartido por los diferentes profesionales de lo que significa la recuperación. Hasta ahora se ha considerado la existencia de tres principales categorías de recuperación. Por *recuperación clínica* se entiende la remisión de los síntomas de la adicción durante más de 2 años y la vuelta al funcionamiento habitual. En *investigación*, la recuperación se ha operativizado como la consecución de la abstinencia durante

¹ Hospital Universitario 12 de Octubre. Instituto de investigación i+12. Facultad de Medicina; Universidad Complutense, Madrid.

² Hospital Universitario 12 de Octubre. Instituto de investigación i+12. Facultad de Medicina; Universidad Complutense, Madrid.

³ Hospital Universitario 12 de Octubre. Instituto de investigación i+12. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Camilo José Cela, Madrid.

al menos 2 años. Finalmente, la *recuperación individual* es descrita como un proceso a lo largo del cual el sujeto adquiere esperanza, respeto y empoderamiento (NASEM, 2016).

Hace más de una década la Fundación Betty Ford Institute reunió a un grupo de profesionales para elaborar una propuesta sobre lo que debía suponer el proceso de recuperación (The Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007) y concluyeron que esta debía incluir: alcanzar la sobriedad, el bienestar en la salud personal (física y psicológica) y una mayor implicación con la ciudadanía. Unos años más tarde se hizo pública The Affordable Care Act (Congressional Budget Office, 2010), que aunque no entraba en el concepto de recuperación, sí marcaba un cambio de paradigma en el tratamiento de las patologías crónicas: se ponía el foco en el bienestar alcanzado más que en los síntomas y aconsejaba dar el salto desde los modelos de tratamiento agudos a los de continuidad de cuidados.

Recientemente la administración americana (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA, 2011) ha realizado una propuesta sobre las 4 áreas que deben incluirse en el concepto de recuperación: salud (abstinencia y capacidad de tomar decisiones que apoyen el bienestar físico y emocional), hogar (lugar estable y seguro donde vivir), propósito (actividades diarias significativas y ser capaz de participar en sociedad) y comunidad (participar en redes sociales y tener relaciones que brinden apoyo) (NASEM, 2016). Según los autores del documento, la recuperación está impulsada por el propio sujeto, emerge de la esperanza, se lleva a cabo a través de diferentes vías, es holística, está apoyada por compañeros y aliados así como por redes sociales, tiene una influencia cultural, durante la misma se aborda el problema del trauma e involucra fortalezas y responsabilidades individuales, familiares y comunitarias.

Cuando se estudia la recuperación como proceso que ocurre a lo largo de la vida, suele distinguirse entre *recuperación natural*, la debida a determinantes madurativos (*maturing-out*) y el *capital de recuperación*. La primera se debe a la mejoría experimentada sin intervención o ayuda alguna. Todos conocemos a personas que dejaron de beber un buen día y no volvieron a hacerlo en su vida, sin recurrir a ningún profesional. La segunda es la que acontece como consecuencia de determinados procesos evolutivos como el paso de la adolescencia a la edad adulta temprana o cuando el sujeto afronta determinadas demandas ambientales que le llevan a re-

conducir su patrón de consumo. Algunos de los amigos de nuestra la adolescencia bebían y consumían otras sustancias más que ningún otro de la pandilla. Nadie podía suponer que, tras conseguir su primer trabajo o salir con una pareja, se pudiera obrar el milagro, pero la realidad nos demuestra, en cientos de casos parecidos, que esos acontecimientos provocan cambios conductuales y la moderación en el consumo de alcohol o de otras sustancias. Recientemente se ha propuesto el concepto de capital de recuperación para designar a los recursos que las personas pueden utilizar para hacer frente a los estresores y mantener la recuperación.

La mayor parte de documentos y guías sobre recuperación hacen hincapié en incluir la *experiencia personal* de dicho proceso (The Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007; SAMHSA, 2011, Rubio, 2021). Uno de los trabajos que han abordado este aspecto es el realizado por el grupo de Kaskutas (Kaskutas *et al.*, 2014). Ellos realizaron una encuesta a 9.328 personas que estaban recibiendo atención en diferentes programas terapéuticos para diferentes adicciones a drogas. De los más de 130 ítems de los que constaba la encuesta se extrajeron 4 factores: *Abstinencia*, *elementos imprescindibles* (ser honesto consigo mismo, manejar emociones negativas sin recurrir al uso de drogas, ser capaz de disfrutar de la vida sin consumir sustancias de abuso), *maduración personal* (crecimiento y desarrollo personal, reacciones a los vaivenes de la vida sin utilizar las drogas, asumir responsabilidades) y *espiritualidad*. Se describieron varias tipologías de recuperación pero los cuatro ítems más frecuentemente señalados por el 95% de los pacientes en recuperación fueron: ser honesto consigo mismo, manejo de emociones negativas sin recurrir a sustancias, ser capaz de disfrutar de la vida sin usar drogas, proceso de crecimiento y desarrollo personal (Kaskutas *et al.* 2014, Witbrodt *et al.* 2015).

Estas elaboraciones en torno al concepto de recuperación en adicciones coinciden con los planteamientos desarrollados en el ámbito de la salud mental general (Slade, 2012), donde se considera que la recuperación es un proceso individual y gradual que se construye sobre 5 procesos básicos: *conexión con otras personas*, *esperanza y optimismo en el futuro*, *sentido positivo de la identidad*, *propósito en la vida* y *empoderamiento*.

¿CÓMO SE RECUPERAN LOS DIFERENTES DOMINIOS PRESENTES EN LA ADICCIÓN POR ALCOHOL?

Las consecuencias y complicaciones de la adicción al alcohol son muy diversas y se agrupan en diferentes dominios, de ahí que en esta revisión nos hayamos centrado en los más frecuentes. Inicialmente se abordará el problema del mantenimiento de la abstinencia y posteriormente la recuperación de los daños cerebrales objetivados mediante técnicas de neuroimagen, después se mostrarán los resultados de las tres dimensiones propuestas internacionalmente en la «Addictions neuroclinical assessment» (funciones ejecutivas, emocionalidad negativa y la motivación incentiva-da) (Kwako *et al.*, 2016). Por último se incluirán los elementos relacionados con los valores adquiridos durante la recuperación como el propósito de vida y la espiritualidad (SAMHSA, 2011).

Abstinencia y recuperación

Como se ha señalado anteriormente la mayor parte de estudios han equiparado abstinencia con recuperación. Ahora bien, las tasas de abstinencia alcanzadas por personas con dependencia del alcohol son muy variables, bien se trate de estudios realizados en ámbitos comunitarios o en poblaciones clínicas. La revisión más extensa realizada hasta ahora sobre este tema ha sido la llevada a cabo por W. White (2012) en la que incluyó 415 trabajos publicados entre 1868 y 2011 en diferentes países. De ellos, 79 procedían del ámbito comunitario, 276 de centros de tratamiento y 60 llevados a cabo en población adolescente.

En los estudios comunitarios, de los sujetos que alguna vez cumplieron criterios de adicción al alcohol, el 49.9% dejaba de cumplir dichos criterios durante el seguimiento y únicamente el 17.9% conseguía la abstinencia total. En los estudios clínicos, la tasa de remisión era del 47.6%. Seleccionando aquellos trabajos con más de 300 pacientes y con periodos de seguimiento superiores a 5 años, las tasas de remisión y recuperación fueron de 46.4 y 46.3%, respectivamente. En los 50 estudios sobre población clínica donde se aportan datos de remisión y de abstinencia, el promedio de remisión fue de 52.1% y de abstinencia del 30.3%. Es decir, que si se equipara recuperación con abstinencia mantenida a lo largo del seguimiento (> de 5 años), el 30% de los dependientes del alcohol que solicitan

tratamiento la consiguen (White, 2012). Con esos datos, el autor señalaba que el 5.3-15.3% de la población de los Estados Unidos de América se encontraba en remisión del abuso de alcohol y/o de otras drogas.

Resultados similares han sido aportados recientemente (Schuckit *et al.*, 2018) en el seguimiento de 22 años de una población comunitaria reclutada para establecer la relación de factores genéticos con el alcoholismo (Collaborative Study on Genetics of Alcoholism, COGA). De un total de 663 sujetos, 278 estaban abstinentes (41,8%) en la entrevista de seguimiento. En otro estudio de seguimiento comunitario de 50 años de evolución, de un total de 312 sujetos con diagnóstico de trastornos por uso de alcohol, 64 (20%) habían dejado de beber (Mattisson *et al.*, 2018).

Algunos autores consideran que intentar equiparar los resultados de los estudios clínicos y los de los comunitarios sería como comparar manzanas y naranjas (White, 2012). El hecho de que algunas personas hayan tenido recaídas, tras años de abstinencia, ha llevado a muchos a considerar que posiblemente la recuperación no es alcanzable para todos y a plantearse qué significa realmente la recuperación.

Es posible que haya personas con adicción leve al alcohol que no soliciten tratamiento y que hayan conseguido recuperarse aún estado consumiendo pequeñas cantidades de alcohol. También puede ocurrir que haya personas con adicción moderada-grave que habiendo conseguido mantenerse sobrios durante varios años no cumplan otros criterios de recuperación. En nuestra vida personal y profesional hemos conocido a personas que aun habiendo dejado de beber no han conseguido una aceptable calidad de vida y siguen aislados de la sociedad.

¿Se recupera el daño cerebral en las personas dependientes del alcohol que dejan de beber?

Muchos de los trabajos publicados han comparado las alteraciones estructurales de pacientes que llevaban días o semanas abstinentes con los de un grupo control, demostrando que los sujetos dependientes del alcohol presentaban alteraciones en regiones frontales y un adelgazamiento de la sustancia blanca y gris (Fein *et al.*, 2009). Una reciente revisión donde se incluyeron 3240 sujetos, de los cuales 2140 eran adictos a drogas y el resto controles, evidenciaba que el alcohol era la sustancia que más daños cerebrales ocasionaba y que las áreas más profundamente alteradas eran,

de manera significativa, la ínsula y la corteza orbito-frontal media (Mackey *et al.*, 2019). Los estudios postmortem indican que el efecto neurotóxico del etanol tiene una mayor predilección por la sustancia blanca. Así, el cuerpo calloso y otras regiones con predominio de sustancia blanca están más delgadas y atroficas que las de sujetos controles, lo que parece reflejar una pérdida de neuronas frontales (Fein *et al.*, 2009).

Los estudios longitudinales para determinar el grado de recuperación de los daños estructurales comprenden periodos de seguimiento bastantes cortos y excepcionalmente algunos se han prolongado más allá de 5 años (Pfefferbaum *et al.*, 1998). Los resultados de estos trabajos coinciden en que los daños cerebrales provocados por el alcohol dependen de varios factores como: la edad, la cantidad de alcohol consumida previamente y si los pacientes recaen o se mantienen abstinentes (Pfefferbaum *et al.*, 1998). En un estudio de 8 años de seguimiento, utilizando técnicas de imagen por difusión de tensión (DTI) se ha señalado una recuperación de la sustancia blanca en los sujetos que permanecían abstinentes, no así en los que tenían recaídas, ya fuesen estas ligeras o graves (>5 kg de alcohol por año). Estos resultados son alentadores sobre la capacidad de recuperación del daño cerebral como consecuencia de la abstinencia (Pfefferbaum *et al.*, 2014).

Cuando se han estudiado diferentes marcadores biológicos en personas con alcoholismo se confirma que la abstinencia en el consumo de alcohol, de un lado, detiene los efectos neurotóxicos de la sustancia, y de otro, facilita los procesos de recuperación de la sustancia blanca.

¿Se consiguen cambios en las funciones ejecutivas y en la impulsividad tras alcanzar la abstinencia?

El estudio de las funciones ejecutivas representa un área nuclear para entender tanto la vulnerabilidad y el desarrollo de la adicción al alcohol como para explicar el riesgo de recaídas. Al igual que con los estudios sobre daño cerebral, uno de los problemas fundamentales para determinar la recuperación de estas funciones reside en la escasa representatividad de algunos estudios por su escaso tamaño muestral, los cortos periodos de seguimiento y la variabilidad de los instrumentos utilizados para determinar la disfunción cognoscitiva. Posiblemente el meta-análisis realizado hace unos años por Stavro *et al.*, (2012) refleja fielmente lo que se sabe hasta ahora sobre este tema. Los 62 estudios incluidos en la revisión

evaluaban un total de 5032 sujetos en 12 dominios cognoscitivos divididos en tres periodos (< 1 mes, 1-12 meses y > 12 meses). Una de las conclusiones era que la mayor parte de disfunciones encontradas al mes de abstinencia se mantenían al año, aunque con menos gravedad. Más allá del año de abstinencia, la gravedad de las mismas disminuía de forma considerable, lo que implica que una abstinencia superior al año se asocia a la recuperación cognoscitiva. Los resultados de la revisión también apoyaban la teoría de que el alcohol provocaba un daño cerebral difuso en lugar de tratarse de un daño localizado en el lóbulo frontal o regiones derechas. Estos datos tienen una clara implicación clínica ya que la mayor parte de las intervenciones psicoterapéuticas basadas en la prevención de recaídas, llevadas a cabo en las primeras fases de tratamiento, requieren de memoria y aprendizajes visual y verbal que están más alterados en los primeros meses de abstinencia.

Tabla 1: Resumen del estudio de Stavro *et al.*, 2012, indicando el grado de disfunción en cada una de las 12 dimensiones evaluadas

Dimensión	≤1 mes	1-12 meses	≥12 meses
Cociente intelectual	?	?	?
Fluencia verbal	*	**	**
Velocidad de procesamiento	***	**	**
Memoria de trabajo	***	**	*
Atención	***	**	*
Resolución de problemas	***	***	*
Impulsividad/capacidad de inhibición	***	***	—
Aprendizaje verbal	**	**	**
Memoria verbal	**	***	**
Aprendizaje visual	**	**	**
Memoria visual	***	**	**
Capacidad visoespacial	***	***	*

Grado de afectación: *, **, ***

? Se considera que no hay alteración

— No hay trabajos en ese periodo de tiempo

De forma genérica se acepta que las funciones dependientes de la corteza prefrontal se recuperan antes que las dependientes del hipocampo (Staples y Mandyam, 2016). Las primeras, lo hacen durante los primeros meses de abstinencia y las segundas posteriormente. Puede que esto sea debido a que, a pesar de haber menos neurogénesis en corteza prefrontal que en hipocampo, sin embargo, las funciones dependientes de las áreas prefrontales puedan ser compensadas por otras áreas (Oscar-Berman *et al.* 2014). Además, las neuronas nuevas surgidas en el hipocampo durante la abstinencia temprana puede que sean disfuncionales por el estado de hiperexcitabilidad propio del síndrome de abstinencia (Staples y Mandyam, 2016)

Un problema no resuelto es si esta recuperación cognoscitiva significa una recuperación real de las otras estructuras afectadas o si por el contrario son un ejemplo de compensación por parte de las estructuras menos deterioradas por el alcohol (Oscar-Berman *et al.* 2014). Para algunos autores, la recuperación de las funciones neuropsicológicas se llevaría a cabo a expensas de la reestructuración del cerebro de forma que las otras áreas colaborarían para mejorar el rendimiento (compensación), mientras que otros autores consideran que la neurogénesis en regiones como el hipocampo podría explicar la mejoría del rendimiento en tareas donde esté implicada la memoria (Staples y Mandyam, 2016).

La recuperación de la *impulsividad* también se ha evidenciado en estudios mediante cuestionarios autoinformados. Los datos disponibles indican que tras las primeras semanas de abstinencia las puntuaciones en las escalas de impulsividad disminuyen y que estos cambios se prolongan al menos hasta el primer año de abstinencia (Blonigen *et al.*, 2009). En un estudio de seguimiento de 628 sujetos que acudían a las sesiones grupales de Alcohólicos Anónimos (AA) se demostraba que las puntuaciones de impulsividad basal disminuyeron tras 12 meses de asistencia a los grupos y que esa disminución era mayor entre quienes tenían mayores tasas de asistencia a las sesiones grupales (Blonigen *et al.*, 2011). En una muestra de 1726 sujetos integrados en el proyecto MATCH que acudían a AA, las puntuaciones en la Escala de Expresión de Ira de Spielberger-una emoción negativa muy relacionada con la impulsividad- disminuyeron en 4 unidades de media tras 15 meses de seguimiento. Dicho descenso se producía tanto en hombres como en mujeres y las mayores puntuaciones basales

se asociaban con mayor asistencia a las sesiones grupales, posiblemente porque el grupo con mayor impulsividad basal fuese también el que tenía consumos de alcohol más elevados (Kelly *et al.*, 2010b).

Nuestro grupo, en un estudio de 6 años de seguimiento, ha constatado que las puntuaciones en la Escala de impulsividad de Barrat mejoraban hasta el cuarto año de abstinencia y luego se estabilizan (Rubio *et al.*, 2018). En ese momento (cuarto año) las puntuaciones de los que continuaban en abstinencia seguían siendo significativamente más elevadas que las de la población control (Arias *et al.*, 2021). Estos resultados pueden explicarse porque muy posiblemente el grupo de pacientes tuviese puntuaciones elevadas en impulsividad incluso antes de que iniciase su consumo de alcohol, ya que esta dimensión psicológica se considera un factor de riesgo para las adicciones (Rubio *et al.* 2008).

Los datos de que disponemos permiten afirmar que la recuperación cognoscitiva está asociada a la abstinencia, es más pronunciada durante los primeros meses de haber interrumpido el consumo, pero se desconoce lo que puede ocurrir con la recuperación de dichos déficits más allá del año.

¿Cómo se recupera la emocionalidad negativa (ansiedad-depresión) y respuesta al estrés?

Las llamadas emociones negativas, especialmente la ansiedad y la depresión, juegan un doble papel en la adicción al alcohol. Inicialmente, los sujetos pueden recurrir al uso del alcohol para aliviar su intensidad. Durante la transición que va desde el consumo ocasional hasta la adicción, los sujetos suelen experimentarlas tras periodos de intoxicación o durante el síndrome de abstinencia, de forma que contribuyen a mantener el consumo (Koob *et al.*, 2020). Posteriormente, transcurridas semanas o meses de abstinencia, su presencia puede ser un factor de recaídas (Rubio *et al.*, 2018).

Se sabe que los pacientes dependientes del alcohol responden de forma exagerada y automática (no consciente) a las emociones negativas (Oscar-Berman *et al.*, 2014) y que los síntomas relacionados con la regulación emocional pueden tener un origen previo al consumo o también ser consecuencia del consumo de alcohol: efectos neurotóxicos directos, déficits nutricionales o por problemas derivados de la conducta adictiva (Kelly *et al.*, 2010a).

Los estudios de seguimiento han señalado una disminución de las puntuaciones en las escalas de depresión a corto y largo plazo (Worley, Tate y Brown, 2012, Wilcox, Pearson y Toningan 2015). Estos descensos se han asociado con un mayor grado de asistencia a los grupos de ayuda-mutua, sin embargo, su persistencia o la aparición de forma brusca e intensa representan un desafío en la recuperación de estos pacientes (Kelly *et al.*, 2010a). En el estudio llevado a cabo por nuestro grupo el descenso en las puntuaciones de la Escala de depresión de Hamilton se seguía produciendo hasta el cuarto año de abstinencia (Rubio *et al.*, 2018), lo que nos suscitó una interesante pregunta acerca de cuál debía de ser la duración de los programas de tratamiento del alcoholismo.

Los primeros trabajos sobre la evolución de la ansiedad en dependientes del alcohol se centraron en las primeras semanas de abstinencia y evaluaban la remisión de la sintomatología del síndrome de abstinencia por el alcohol (Roelofs, 1985, Roelofs y Dikkenberg, 1987). Los estudios a más largo plazo (3-6 meses) han determinado que tras varios meses de abstinencia se produce un descenso en las puntuaciones de ansiedad y que cuanto mayor es la puntuación basal, mayor es el riesgo de recaída (Brown, Irwin y Schuckit 1991, Rubio *et al.*, 2018).

Las respuestas psicológicas y fisiológicas a situaciones estresantes representan una importante fuente de datos para comprender no solo la vulnerabilidad a la adicción sino para entender el proceso adictivo (Koob *et al.*, 2020). Los cuestionarios que determinan la respuesta de afrontamiento ante situaciones estresantes mejoran tras varios meses de abstinencia (Brown *et al.*, 1995) y lo mismo ocurre con la respuesta del eje hipotálamo-hipófisis adrenal (Milivojevic y Sinha, 2018). En individuos con vulnerabilidad para el alcoholismo se han detectado niveles plasmáticos bajos de ACTH. En consumidores crónicos de alcohol las determinaciones de ACTH y de cortisol realizadas tras pruebas de estimulación- bien con CRH o con estrés psicosocial- del eje HHA evidencian una pobre respuesta del dicho eje (cociente cortisol-ACTH elevado), a diferencia de lo que se observa en controles no alcohólicos, en los que encontramos elevaciones importantes de ambos marcadores (Milivojevic y Sinha, 2018).

En definitiva, cuando se ha evaluado la recuperación de estados emocionales como la ansiedad, la tristeza o la respuesta al estrés, nos encontramos con varios problemas: los estudios de seguimiento se han centrado

en los primeros meses de abstinencia (< 1 año); los investigadores buscaban más el papel de dichas variables en la recaídas que en la propia descripción de la recuperación; es difícil discriminar qué parte de dichas alteraciones son consecuencia de años de consumo o están relacionados con características de personalidad. Tampoco se ha establecido la relación entre la recuperación de estos estados emocionales y la capacidad para experimentar emocionales negativas o la adquisición de valores como el propósito vital o la espiritualidad.

¿Desaparece el deseo de beber alcohol con la recuperación?

El manejo del deseo de beber (*craving*) está presente en todas las estrategias psicoterapéuticas y farmacológicas, aunque no siempre los pacientes que recaen lo hacen por incapacidad para afrontar un importante deseo de consumo. En muchos casos la recaída se produce sin que el paciente experimente deseo de beber (Grüsser *et al.* 2002).

Este asunto es muy importante para el estudio de la recuperación y ha sido abordado con diferente metodología. Cuando se utilizan autoinformes para determinar la apetencia (deseo o *craving*) por el alcohol, se ha observado que tras meses de tratamiento las puntuaciones en escalas de deseo de beber disminuyen de forma significativa, independientemente del tratamiento farmacológico utilizado (Rubio *et al.* 2001). Ahora bien, se desconoce si el deseo que experimentan las personas dependientes, que llevan años sin recaer, tiene las mismas características que las de los bebedores sociales, o si la menor frecuencia e intensidad del deseo de beber son consecuencia de los años de abstinencia o, por el contrario, se debe a la evitación de las situaciones de riesgo.

Los estudios que han utilizado métodos objetivos para estudiar la apetitividad por los estímulos condicionados al alcohol mediante técnicas de neuroimagen funcional, han demostrado una importante respuesta de estructuras límbicas tras días de abstinencia (Heinz *et al.*, 2009). En una revisión sobre este tema en el que se incluyeron 28 estudios con 679 pacientes y 174 controles, las imágenes de estímulos condicionadas al alcohol provocaban una activación de regiones límbicas y prefrontales (estriado ventral, cíngulo anterior y CPF-ventromedial) en los pacientes y dicha activación disminuía con el tratamiento (Schacht *et al.*, 2013).

En el estudio de seguimiento realizado por nuestro grupo, utilizando la modulación del reflejo de sobresalto tras la visualización de estímulos relacionados con el alcohol, observábamos que el patrón de respuesta por parte de los pacientes seguía siendo diferente al del grupo control, incluso después de haber realizado un tratamiento cognitivo-conductual de 12 semanas de duración (Jurado-Barba et al.2015).

En definitiva, la experiencia subjetiva del deseo parece disminuir con los meses de abstinencia (al menos tras 3-12 meses), pero desconocemos si la respuesta a la visualización de estímulos relacionados con el alcohol también se modifica tras años abstinencia cuando se utilizan métodos objetivos de evaluación.

¿Qué ocurre con la espiritualidad y los valores durante la recuperación?

Los valores en general y la espiritualidad, en particular, han sido considerados como variables esenciales para la recuperación del alcoholismo, especialmente en estudios realizados en el ámbito de los programas basados en los 12 pasos (Alcohólicos Anónimos, AA) (Tonigan *et al.*, 2017). El programa de recuperación de AA se basa en el *despertar espiritual*, pero no han sido muchos los trabajos que hayan estudiado cómo se desarrolla la espiritualidad, sino más bien lo que se ha señalado es la asociación entre espiritualidad y frecuentación a las sesiones grupales (Tonigan *et al.*, 2017). En un estudio transversal en el que participaban 246 dependientes del alcohol que acudían a los grupos de AA, no se pudo concluir que quienes llevaban más tiempo abstinentes tuvieran puntuaciones diferentes en espiritualidad que quienes tenían periodos de abstinencia más cortos (Tonigan *et al.*, 2017). Por el contrario, en otra muestra de 253 sujetos que acudían por primera vez a los grupos de AA y seguidos a lo largo de 24 meses se observó que las puntuaciones en la Escala de espiritualidad se correlacionaban con los meses de abstinencia y modulaba la respuesta depresiva (Wilcox *et al.*, 2015). En este mismo sentido, el trabajo de Kelly *et al.*, (2011) con dos muestras procedentes del proyecto MATCH mostraba que la espiritualidad se correlacionaba con la asistencia a los grupos, especialmente en los pacientes que estaban incluidos en la muestra de continuidad de cuidados (n=774), es decir en los más graves.

Otro de los valores asociados a la recuperación es el del *propósito de vida*. Witkiewitz *et al.* (2018) estudiaron los perfiles de recuperación de una submuestra del proyecto MATCH compuesta por 806 sujetos que fueron seguidos durante 3 meses. Se utilizaba la Escala de propósito en la vida y se constató una asociación positiva entre las puntuaciones en esta escala con la del funcionamiento social. En el estudio de Laudet *et al.* (2008), se entrevistaron sujetos con adicciones atendidos en la ciudad de Nueva York, basalmente y tras 12 meses de tratamiento. Se emplearon varias escalas que evaluaban distintos valores (propósito en la vida, espiritualidad, religiosidad) y calidad de vida. Tanto las puntuaciones en propósito en la vida como en espiritualidad explicaban parte de la varianza de la puntuación en calidad de vida, no así la religiosidad. Nuestro grupo ha estudiado el curso de las puntuaciones en la Escala de propósito en la vida, a lo largo de 6 años tras la desintoxicación y hemos constatado un aumento de las puntuaciones conforme avanzaba el seguimiento y que el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo se asociaba a dicha variable, la cual ejercía un efecto modulador sobre otras variables emocionales (ansiedad y depresión) (Rubio *et al.*, 2018).

Un elemento común a los grupos de ayuda mutua es la *voluntad de servicio*. Entre quienes acuden a las sesiones de AA se ha señalado una asociación positiva de los meses de abstinencia con el número de actividades realizadas en la asociación (Pagano *et al.*, 2010).

Es decir, la adquisición de valores parece ser un elemento fundamental en el mantenimiento de la abstinencia y en la recuperación, ejerce un efecto modulador sobre variables como la emocionalidad negativa y está asociada a la asistencia a los grupos de ayuda mutua. Ahora bien, se desconocen los factores biológicos y psicológicos que pueden ser promotores de la adquisición de valores, qué valores son los más determinantes y las barreras que pueden surgir a lo largo de la recuperación para el desarrollo de los mismos.

¿EN QUÉ CONSISTE EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE?

En 2016 se implantó el programa de tratamiento en nuestra área de influencia donde residen casi 700.000 habitantes, repartidos en

tres distritos con nivel socioeconómico medio-bajo. Los recursos asistenciales de atención especializada incluyen 4 centros ambulatorios de diferentes especialidades médico-quirúrgicas, 4 centros de salud mental y diez centros de atención primaria junto al hospital universitario 12 de Octubre.

Los objetivos de dicho programa son:

Asistenciales:

- Promover la *detección* precoz de problemas relacionados con el alcohol en los dispositivos asistenciales tanto de Atención Primaria como de Especializada.
- Ofrecer un tratamiento de calidad que incluya las técnicas con el mayor nivel de evidencia científica posible, que se adecue a las necesidades de cada paciente para evitar su progresión y que asegure la continuidad de cuidados a lo largo de los dispositivos de Primaria y especializada.

Formativos:

- Favorecer la formación y coordinación de los diferentes profesionales implicados en el tratamiento de estos pacientes para mantener un grado de eficiencia que asegure los objetivos asistenciales.
- Integrar a los residentes de psiquiatría, de psicología o de enfermería que lleven a cabo sus rotaciones del Programa de Alcohol con el resto de residentes de la interconsulta de forma que lleven a cabo las tareas de enlace durante este periodo formativo.
- Favorecer la integración de los dispositivos de la Red de Atención al Drogodependiente- ubicados en el área de influencia del Hospital 12 de Octubre- en el circuito de formación de residentes de psiquiatría, psicología y enfermeras especialistas en salud mental.

Investigación:

- Favorecer la investigación que implique una mejora en los programas de tratamiento de pacientes con problemas relacionados con el alcohol.

- Integrar en los grupos de investigación a profesionales de los Centros de Salud Mental, profesionales no psiquiatras de Atención especializada que intervengan en el Programa de alcohol y a profesionales de Atención Primaria.

EL PROGRAMA TERAPÉUTICO

El programa de Tratamiento de la dependencia alcohólica en nuestra Área abarca *tres niveles diferentes de intervención*, en función de la motivación y del grado de complicaciones. La mayor parte de Guías coinciden en señalar que los cambios de conducta que debe llevar a cabo un paciente se deberían realizar en los primeros meses de tratamiento y consolidar en los 6-12 meses siguientes. De forma que las exigencias mínimas de un programa de tratamiento están entre los 12-24 meses, con diferente grado de supervisión clínica.

Las estrategias psicoterapéuticas a realizar durante el *primer nivel* están dirigidas a motivar al paciente a la consecución de la abstinencia. Suelen utilizarse intervenciones grupales abiertas como los grupos de acogida o programas psicoeducativos. Una vez alcanzada la abstinencia, en el *segundo nivel*, los pacientes suelen beneficiarse de intervenciones con formato grupal y de orientación cognitivo conductual que les ayuden en la prevención de recaídas y en la mejora de sus habilidades sociales. Trascurridos 6-9 meses de abstinencia, en el *tercer nivel*, los pacientes necesitan consolidar los nuevos hábitos y el nuevo patrón de refuerzos, por lo que se promoverá, de forma insistente, la utilización de los recursos disponibles en la Comunidad y de la asistencia a las Asociaciones de ex alcohólicos para conseguir dichos objetivos.

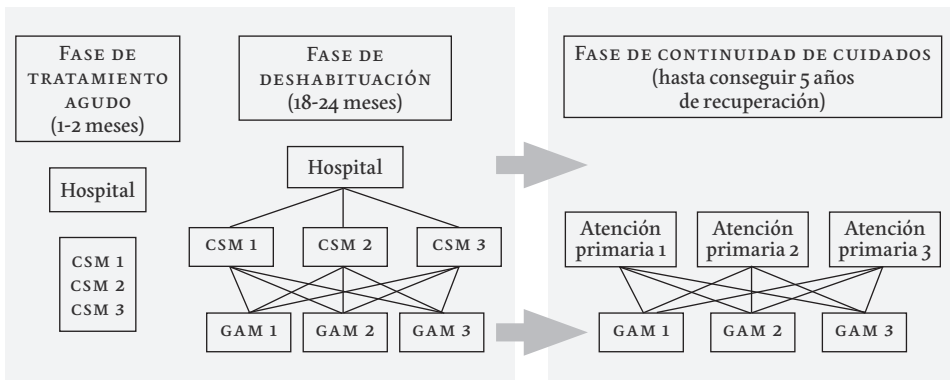
Una vez finalizado el programa de intervención (es aconsejable que el paciente lleve al menos 2 años en abstinencia) los pacientes son derivados a sus equipos de atención primaria, donde, en colaboración con las asociaciones de los grupos de ayuda mutua, se lleva a cabo el *programa de continuidad de cuidados*.

Hemos considerado el periodo de 2 años como el tiempo aconsejable de tratamiento en los dispositivos de Salud Mental, durante ese tiempo el paciente habrá alcanzado una abstinencia prolongada y habrá sido tratado

con las intervenciones técnicas necesarias. No obstante cada profesional flexibilizará este periodo a cada caso particular. Estas recomendaciones temporales han sido recomendadas por otros grupos de trabajo de nuestra Comunidad (Cuadrado *et al.*, 1990).

Básicamente lo que hemos conseguido a lo largo de estos años es la siguiente secuencia de tratamiento (ver figura 1): una inicial de tratamiento agudo donde se lleva a cabo la desintoxicación y se ponen en marcha estrategias motivacionales orientadas a la abstinencia; un segunda fase de deshabitación (Fase de deshabitación) realizadas en un formato intensivo de hospital de día de casi dos años de duración y tras el alta, una fase de continuidad de cuidados llevada a cabo en Atención primaria con una duración de 5 años. En ambas fases nuestro empeño porque asistan a las asociaciones de ayuda mutua implantadas en el área es constante (aunque solemos encontrar bastantes resistencias).

Figura 1: Programa de tratamiento del alcoholismo en el área del Hospital Universitario 12 de Octubre.



Los *resultados del programa* de tratamiento han sido publicados en diferentes revistas y pueden resumirse en los siguientes:

- A lo largo de estos años, como se ha publicado (Rubio y cols., 2018 y 2020), nuestro modelo de tratamiento consistente en la integración de Asociaciones de pacientes ha generado una disminución de las recaídas de nuestros pacientes en torno al 15% (Bernal Sobrino *et al.*, 2019).

- También los familiares de estos pacientes han referido significativas mejoras en diferentes áreas de su calidad de vida: ansiedad, desesperanza y tristeza (Rubio *et al.*, 2013).
- Como se puede observar en la figura de abajo, el programa permite la continuidad de cuidados de los pacientes más graves y consigue disponer de los elementos básicos de los programas de refuerzo comunitario (Rubio *et al.*, 2020).
- La evaluación del programa con los datos de 2015-16 son demostrativos de que se ha conseguido la disminución de la mortalidad y se ha favorecido la adherencia de los pacientes a las consultas de nuestro programa y del resto de especialistas (Bernal *et al.*, 2019).
- Se ha creado y facilitado el acceso libre a una web (asisstete.es) para el diagnóstico temprano de adicciones moderadas, con la posibilidad de realizar un tratamiento de intervención breve online o de reorientar hacia un tratamiento especializado de mayor intensidad.
- Se han puesto en marcha los programas asistenciales de continuidad de cuidados para: pacientes con cirrosis, pacientes candidatos a trasplante hepático (a nivel nacional y mediante un módulo asistencial supervisado) y pacientes con deterioro cognitivo.
- Se ha consolidado la transición desde un modelo en el cual el paciente tenía un papel «pasivo» en el centro del sistema sanitario a otro en el que el paciente, desde sus asociaciones de mutua-ayuda, se responsabiliza «activamente» de sus cuidados y «él se vive» como centro efectivo del sistema.

¿QUÉ MODELO DE RECUPERACIÓN SE DERIVA DE NUESTRO PROGRAMA DE TRATAMIENTO: «AYÚDATE-AYÚDANOS»?

Como hemos señalado anteriormente, nuestra propuesta está basada en los resultados del estudio de seguimiento realizado hace unos años en el contexto de un programa de tratamiento del alcoholismo para pacientes graves, con importantes complicaciones médicas, psicológicas y sociales (ver Rubio *et al.*, 2018 y Arias *et al.*, 2021). Además hemos integrado a los grupos de ayuda-mutua de nuestra área de influencia que incluye tres

asociaciones de la Federación de Alcohólicos de la Comunidad de Madrid (FACOMA-Red CAPA) y a dos grupos de Alcohólicos Anónimos.

A lo largo de los meses de tratamiento observábamos cómo el grupo que se mantenía en abstinencia conseguía rebajar sus puntuaciones en las escalas de ansiedad, depresión e impulsividad y que eran precisamente quienes evitaban las situaciones de riesgo de forma activa los que conseguían porcentajes de días de abstinencia más significativos. Éramos sabedores de la relación entre la mejoría de esas variables con la consecución de la abstinencia, y nos preguntamos si el peso de esas variables, para el mantenimiento de la abstinencia se mantenía de forma constante a lo largo del tiempo o si habría variables que fuesen más determinantes en una etapa y menos en otra.

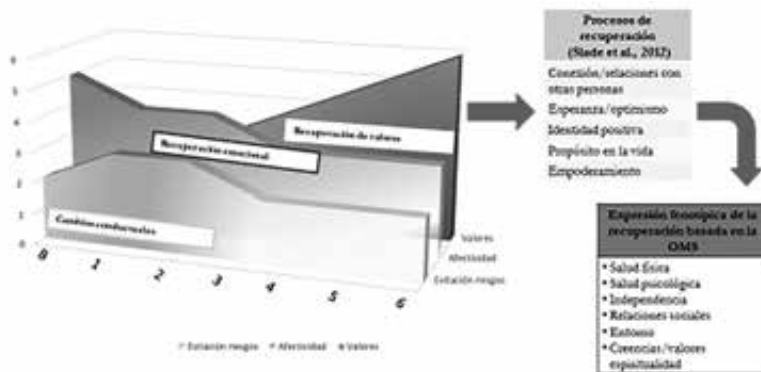
Entonces decidimos llevar a cabo varios modelos predictivos con la misma variable dependiente (abstinencia a los 4 años post-alta) pero en diferentes momentos: al inicio del tratamiento, al alta del tratamiento y a los dos años del alta. Los resultados de esos modelos indicaban que no eran las mismas variables las que predecían la abstinencia a largo plazo. Basalmente, las variables que influían en la abstinencia a largo plazo fueron las puntuaciones en impulsividad y en la capacidad del sujeto para evitar situaciones de riesgo (coping evitativo). Dos años después, en la evaluación realizada previa al alta del programa, las variables que predecían la abstinencia a largo plazo eran la estrategia basada en la evitación, las puntuaciones en la Escala de sentido en la vida y en el número de sesiones de grupos de ayuda-mutua a las que habían acudido. Por último, a los dos años de seguimiento tras el alta, las variables que predecían la abstinencia posterior fueron las puntuaciones en la Escala de sentido en la vida, en evitación de las situaciones de riesgo y las puntuaciones bajas en depresión.

Esta perspectiva de la relación de las diferentes variables psicológicas a lo largo del proceso de recuperación nos indicaba una dinámica que estaba guiada por las estrategias de afrontamiento de carácter evitativo y por el crecimiento en propósito en la vida (puntuaciones en la Escala de sentido en la vida). La figura 2 describe visualmente esta dinámica de recuperación conductual-emocional y en valores.

Los resultados eran consistentes en mostrarnos que la estrategia utilizada por estos pacientes no era la de exposición con prevención de respuesta (como muchos profesionales aconsejan), sino de la refuerzo discrimi-

nante de otras conductas diferentes a las que realizaban previamente. Es decir, cuando los pacientes intentaban mantenerse abstinentes habiendo hecho escasos cambios en sus antiguos hábitos, se producían recaídas más pronto que tarde. Sin embargo, evitar situaciones de riesgo les llevaba a buscar conductas reforzantes alternativas al consumo, lo que con el tiempo contribuía a un estilo de vida diferente del que llevaban cuando bebían. Esta estrategia se mantenía de forma consistente a lo largo del tratamiento y del seguimiento y favorecía la abstinencia y la recuperación de las otras variables psicológicas. Ahora bien, a partir de los 2 años del alta (es decir tras cuatro años de haber iniciado el tratamiento), era la adquisición de valores (en este caso propósito en la vida) la que mediaba entre la evitación y la abstinencia. Este hallazgo se explicaba, o al menos así lo hemos interpretado nosotros, por el hecho de que las motivaciones externas eran las que facilitaban los primeros cambios conductuales (la evitación), y la eficacia de esa estrategia se veía mantenida por los resultados positivos de su conducta (abstinencia, reducción de emociones negativas como la impulsividad, depresión y ansiedad). Sin embargo, con los años, eran las motivaciones internas, en nuestro caso el propósito en la vida, las que adquirirían un mayor peso.

Figura 2: Fases en la recuperación y su relación con otros procesos de recuperación en pacientes con trastorno mental grave.



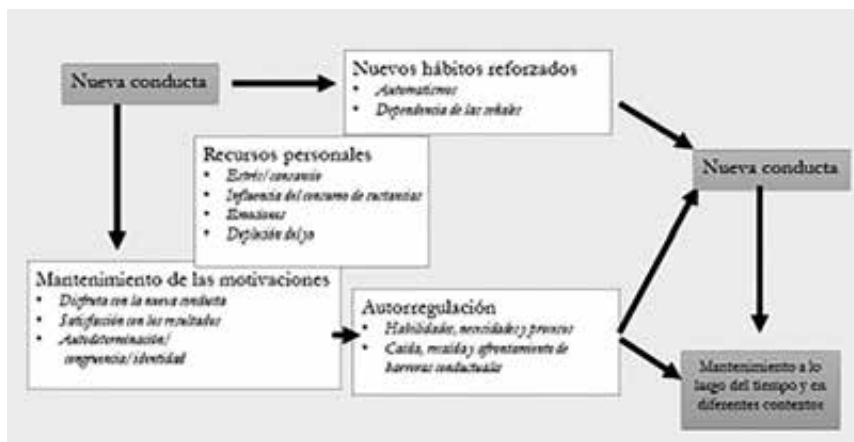
¿Por qué la autoeficacia era tan importante en nuestros pacientes?

Nuestra hipótesis es que, al menos en pacientes con adicción grave, este constructo, la autoeficacia (AE) es el mecanismo de la conducta de cambio y del mantenimiento de esa conducta. La relación entre AE y el pronóstico de la abstinencia en pacientes con trastornos por uso de alcohol procede de varios tipos de estudios. Algunos señalan que la AE es un buen predictor de disminución del consumo de alcohol en periodos que oscilan entre los 3 meses y los 16 años (Dolan *et al.*, 2008, Adamson *et al.*, 2009, Kadden *et al.* 2011, Crouch *et al.*, 2015; Litt *et al.*, 2018; Maisto *et al.*, 2008; Müller *et al.*, 2019; Moos y Moos 2007). Sin embargo, parece lógico pensar que pueda deberse al efecto del tratamiento psicoterapéutico sobre la AE. Existe consenso con respecto a que la AE mejora tras intervenciones que ponen el foco en diferentes aspectos. Posiblemente el trabajo de DiClemente *et al.* (2001) fue el primero en señalar este hecho, al analizar los pacientes incluidos en el proyecto MATCH y concluir que los sujetos tratados en la rama cognitivo-conductual tuvieron aumentos significativos en las puntuaciones en AE, frente a los tratados en la rama de terapia motivacional. Otros trabajos, sin embargo, han encontrado mejoras en AE tras tratamientos con técnicas motivacionales (LaChance *et al.*, 2009, Kuerbis 2019). Las intervenciones basadas en la promoción de una mejor red de apoyo social también han evidenciado su relación con la AE (Litt *et al.*, 2018). Las intervenciones basadas en el establecimiento de metas (Stephens *et al.*, 2010), entrenamiento en habilidades (Majer *et al.*, 2003, Kadden *et al.*, 2007, McKellar *et al.*, 2008) y los programas de los 12 pasos (Finney, 1998) también han obtenido similares resultados. Una explicación alternativa, que no excluye a la anterior, consiste en señalar que la AE puede ejercer de mediador de la eficacia del tratamiento. Diferentes estudios muestran que la AE es el más claro mediador de la conducta de abstinencia, tanto en estudiantes con problemas de alcohol tratados con técnica motivacionales y seguidos durante 6 meses (Lachance *et al.*, 2009) como en pacientes dependientes del alcohol tratados con estrategias basadas en los 12 pasos (Litt *et al.*, 2009). Lo mismo ha ocurrido cuando se trataba de pacientes con comorbilidad psiquiátrica (Aase *et al.*, 2008). Sin embargo, no todos los trabajos han podido demostrar dicho efecto mediador (Maisto *et al.*, 2000, Lozano *et al.*, 2010).

¿Puede ser que la AE se encuentre formando parte de una cadena causal que sirva para el mantenimiento de la abstinencia?

Son muy pocos los estudios que han abordado qué cadenas causales están implicadas en la relación de la AE con el mantenimiento de la abstinencia. Suele admitirse que el sujeto aprende habilidades, las pone en marcha y por *ensayo-error* va adquiriendo autoeficacia. Sin embargo, McKellar *et al.*, (2008) tras revisar diferentes estudios señalaron que la AE aumentaba con la *normalización de una serie de variables clínicas* como el consumo de alcohol, impulsividad o depresión. De forma implícita se asumía una bidireccionalidad entre abstinencia y AE (Hallgren *et al.*, 2019). Los resultados de Crouch *et al.*, (2015), analizando los datos del proyecto MATCH, ponían el acento en que la asociación entre AE y abstinencia era muy robusta en el caso de los pacientes que tenían *niveles bajos de procesos conductuales de cambio* (manejo de refuerzos, control de estímulos o búsqueda de ayuda). De forma más general, autores como Marlatt y Gordon (1985) indicaban que la AE determina la calidad de los esfuerzos del sujeto que le llevan a afrontar situaciones de riesgo, lo que enfatiza la relación entre afrontamiento y AE. También Schwarzer (2011) alude a que la AE está presente en todo el proceso de la conducta de cambio: inicialmente

Figura 3. Propuesta para explicar las relación de la autoeficacia con la abstinencia a largo plazo.



promovido por las motivaciones externas y posteriormente por las internas. En la misma línea, William y Rhodes (2016) subdividen la AE en diferentes apartados según se utilice para afrontar las situaciones de riesgo, para llevar a cabo el tratamiento, recuperarse de un consumo, mantener el control en situaciones desafiantes o para mantenerse abstinentes ante la presencia de estímulos condicionados.

Es decir, los trabajos señalados en los párrafos anteriores coinciden con nuestros resultados, en la línea de que la AE es el principal determinante del pronóstico en los primeros meses de tratamiento y que posteriormente, facilita los procesos de regulación emocional (mejora de las puntuaciones en impulsividad, depresión y ansiedad) para dar paso a un crecimiento personal, a valorar lo conseguido, con trabajo, a tener un nuevo propósito de vida que como motivación interna asegura el proceso de recuperación. La figura 3 permite visualizar nuestra hipótesis.

CONCLUSIONES

El concepto de recuperación en la adicción al alcohol va más allá de la abstinencia de alcohol, se considera un proceso individual en el que se incluyen cuatro áreas de funcionamiento: salud física-psicológica, hogar/residencia, propósito vital e integración en la comunidad.

El Proyecto «Ayúdate-Ayúdanos» ha conseguido poner el foco de la atención en la continuidad de cuidados y sus resultados han demostrado la eficacia y la eficiencia de sus intervenciones asistenciales.

Nuestro modelo establece tres fases de recuperación: conductual, emocional y la recuperación de valores, que se alinea con otros modelos de recuperación.

Es importante que otros profesionales puedan implantar o adaptar este modelo para consolidarlo en otros contextos y poder analizar sus niveles de eficacia y eficiencia en ellos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aase, D. M., Jason, L. A., & Robinson, W. L. (2008). 12-Step participation among dually diagnosed individuals: A review of individual and contextual factors. *Clinical Psychology Review, 28*(7), 1235-1248.

- Adamson S.J., Sellman J.D., Frampton C.M. (2009) Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *J Subst Abuse Treat.* 36(1): 75–86.
- Arias F, Sion A, Espinosa R, Jurado-Barba R, Marin M, Martínez Maldonado A, Rubio G. (2021) Psychological recovery stages of alcohol dependent patients after an intensive outpatient treatment: A 4-year follow-up study. *Adicciones.* 0(0):1575.
- Bernal Sobrino J.L.; Rubio Valladolid G.; Arias Horcajadas F.; Varela Rodríguez C.; Serrano Balazote P.; Ruiz López P. (2019) Impacto sobre la mortalidad intrahospitalaria de un programa de tratamiento de los trastornos relacionados con el alcohol y otras sustancias. «1 Congreso Nacional de hospitales y Gestión Sanitaria. Santiago de Compostela, 8-10 de mayo.
- Blonigen D.M., Timko C., Finney J. W., Moos B.S., Moos R.H. (2011) Alcoholics Anonymous attendance, decreases in impulsivity and drinking and psychosocial outcomes over 16 years: moderated-mediation from a developmental perspective. *Addiction.* 106:2167-77.
- Blonigen D.M., Timko C., Moss B., Moss R.R. (2009). Treatment, Alcoholics Anonymous and 16-year changes in impulsivity and legal problems among men with Alcohol Use Disorders. *J. Stud. Alcohol Drugs* 70: 714-725.
- Brown S.A., Irwin M., Schuckit M.A. (1991). Changes in anxiety among abstinent male alcoholics. *J Stud Alcohol* 52: 55-61.
- Brown S.A., Vik P.W., Patterson Th *et al.*, (1995) Stress vulnerability and adult alcohol relapse. *J Stud Alcohol* 56: 538-545.
- Chapman R. (1991) Middle recovery: an introspective journey. *Addiction & Recovery* 1991, 11.
- Congressional Budget Office. (2010). Selected CBO Publications Related to Health Care Legislation, 2009–2010. Archived by WebCite at <http://www.webcitation.org/6NpesoITg>.
- Crouch T.B., DiClemente Pitts S.C. (2015). End-of-Treatment Abstinence Self-Efficacy, Behavioral Processes of Change, and Posttreatment Drinking Outcomes in Project MATCH. *Psychology of Addictive Behaviors* 29 (3): 706-715.

- Cuadrado P, Jiménez fraile J.A., Poyo calvo F, Martínez García JM. (1990) Problemas Relacionados con el Alcohol. Informe Técnico para centros de salud mental. Consejería e salud.
- David V., Mons N, Beracochea D. (2019) Targeting the glucocorticoid receptors during alcohol-withdrawal to reduce protracted neurocognitive disorders. *Frontiers in Psychiatr* 2019.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. P., Daniels, J. W., *et al.*, (2001). In R. Longabaugh, & P. W. Wirtz (Eds.), *Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses* (pp. 239-257). Bethesda, Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIH Publication núm. 01-4238].
- Dolan, S. L., Martin, R. A., & Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33(5),675-688.
- FACOMA (2016). Ayúdate-Ayúdanos. Programa para pacientes y familiares de personas con problemas por el alcohol u otras drogas. MAPA, Madrid (www.facoma.org).
- Fein G, Shimotsu R, Chu R, Barakos J. (2009) Parietal gray matter volume loss id relates to spatial processing deficits in long-term abstinent alcoholic men. *Alcohol Clin exp Res* 33: 1806-1814.
- Finney, J. W., Noyes, C. A., Coutts, A. I., & Moos, R. H. (1998). Evaluating substance abuse treatment process models: I. Changes on proximal outcome variables during 12-step and cognitive-behavioral treatment. *Journal of Studies on Alcohol*,59, 371-380.
- Grüsser S.M., Heinz A, Raabe A, Wessa M, Podschus J, Flor H (2002) Stimulus-induced craving and startle potentiation in abstinent alcoholics and controls. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 188-193.
- Hallgren K.A., Epstein E.E., McCrady B.S. (2019) . Changes in Hypothesized Mechanisms of Change Before and After Initiating Abstinence in Cognitive-Behavioral Therapy for Women With Alcohol Use Disorder. *Behavior Therapy* 56, 1030-1041.
- Heinz A., Beck A., Grüsser S.M., Grace A.A., Wrase J. (2009) Identifying the neural circuitry of alcohol craving and relapse vulnerability. *Addict Biol* 14: 108-118.
- Jurado-Barba R., Rubio G., Martínez-Gras I., *et al.*, (2015) Changes on the modulation of the startle reflex in alcohol-dependent patients after 12

- weeks of a cognitive-behavioral intervention. *Eur Addict Res* 21: 195-203.
- Kadden, R.M., Litt, M.D., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2007). Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. *Addictive Behaviors*, 32,1220–1236.
- Kaskutas L.A., Borkman T.J., Laudet A. *et al.* (2014) Elements that define recovery: The experimental perspective. *J Stud Alcohol Drugs* 75: 999-1010.
- Kelly J.F., Hoepfner B., Stout R.L., Pagano M. (2011) Determining the relative importance of the mechanisms of behaviour change within Alcoholics Anonymous: a multiple mediator analysis. *Addiction* 107: 289-299.
- Kelly J.F., Stout R.L., Magill M., Toningan J.S., Pagano M.E. (2010) Mechanisms of behaviour change in alcoholics anonymous: does Alcoholics Anonymous lead to better alcohol use outcomes by reducing depression symptoms? *Addiction*; 105: 626-636.
- Koob G.F., Ph.D., Powell P., White A., *et al.*, (2020) Addiction as a Coping Response: Hyperkatifeia, Deaths of Despair, and covid-19. *Am J Psychiatry* 177:1031-37.
- Kuerbis A., Lynch K.G., Shao J., Morgenstern J. (2019) Examining motivational interviewing's effect on confidence and commitment using daily data. *Drug and Alcohol Dependence* 204: 107472.
- Kwako L.E., Momenan R., Litten R., Koob G.F., Goldman D., (2016). Addictions Neuroclinical Assessment: A Neuroscience-Based Framework for Addictive Disorders. *Biological Psychiatry*, 80:179–189.
- LaChance, H., Ewing, S.W. F., Bryan, A. D., & Hutchison, K. E. (2009). What makes group MET work? A randomized controlled trial of college student drinkers in mandated alcohol diversion. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 598–612.
- Laudet A.B., White W.L. (2008) Recovery capital as prospective predictor of sustained recovery, life satisfaction and stress among former poly-substance users. *Subs Use Misuse* 43: 27-54.
- Litt M.D., Kadden R.M., Tennen H. (2018) Treatment response and non-response in CBT and Network Support for alcohol disorders: targeted mechanisms and common factors. *Addiction* 113: 1407-1417.

- Litt, M. D., Kadden, R. M., Kabela-Cormier, E., & Petry, N. M. (2009). Changing network support for drinking: Network Support Project 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 229-242.
- Lozano, B. E., & Stephens, R. S. (2010). Comparison of participatively set and assigned goals in the reduction of alcohol use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 581-591.
- Mackey S., Algaier N, Chaarani B *et al.* (2019) Mega-Analysis of Gray matter volume in Substance dependence: general and substance-specific regional effects. *Am J Psychiatry* 176: 119-128.
- Maisto S.A., Clifford P.R., Stout R.L., Davis C.M. (2008) Factors mediating the association between drinking in the first year after alcohol treatment and drinking at three years. *J Stud Alcohol Drugs*. 69(5): 728-37.
- Maisto, S. A., Connors, G. J., & Zywiak, W. H. (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3), 257-266.
- Majer, J. M., Jason, L. A., Ferrari, J. R., Olson, B. D., & North, C. S. (2003). Is self-mastery always a helpful resource? Coping with paradoxical findings in relation to optimism and abstinence self-efficacy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(2), 385-399.
- Marin M, Prieto R, Rubio G. (2021) ¿Qué se entiende por recuperación de la dependência del alcohol En: Rubio G (Ed). *Del Tratamiento del alcoholismo y de su recuperación..* Pg-69-104.
- Marlatt G. A (1985) . Situational determinants of relapse and skilltraining interventions. In: Marlatt G. A., Gordon J. R., editors. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. Nueva York: Guilford Press; 1985, pp. 71-127.
- Mattisson C, Bogren M, Horstmann V, Ojesjo L, Bradvik L (2018). Remission from alcohol use disorder among males in the Lundby Cohort during 1947-1997. *Psychiatry Journal* 2018: 4829389.
- McKellar, J., Ilgen, M., Moos, B. S., & Moos, R. (2008). Predictors of changes in alcohol-related self-efficacy over 16 years. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(2), 148-155.

- Milivojevic V, Sinha R. (2018) Central and Peripheral biomarkers of stress response for addiction risk and relapse vulnerability. *Trends in Molecular Medicine* 24: 173-186.
- Moos R.H., Moos B.S. (2007). Protective resources and long-term recovery from alcohol use disorders. *Drug Alcohol Depend.* 86(1): 46-54.
- Müller A, Znoj H, Moggi F. (2019) How Are Self-Efficacy and Motivation Related to Drinking Five Years after Residential Treatment? A Longitudinal Multicenter Study. *Eur Addict Res* 25: 213-223.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016). *Measuring Recovery from Substance Use or Mental Disorders: Workshop Summary*. K. Marton, Rapporteur. Committee on National Statistics and Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Board on Health Sciences Policy, Health and Medicine Division. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Oscar-Berman M, Valmas M.M., Sawyer K.S., Ruiz S.M., Luhar R.B., Gravitz Z.R. (2014) Profiles of impaired, spared, and recovered neuropsychologic processes in alcoholism. *Handb Clin Neurol.* 125:183-210.
- Pagano M.E., Post S.G., Johnson S.M. (2010) Alcoholics Anonymous-related helping and the helper therapy principle. *Alcohol Treat Q* 29: 23-34.
- Pfefferbaum A, Rosenbloom M.J., Chu W, Sassoos S.A., Rohlfing T, Pohl K.M., Zahr N.M., Sullivan E.V. (2014) White matter microstructural recovery with abstinence and decline with relapse in alcohol dependence interacts with normal ageing: a controlled longitudinal DTI study. *Lancet Psychiatry* 1:202-12.
- Pfefferbaum A, Sullivan E.V., Rosenbloom M.J., Mathalon D.H., Lim K.O. (1998) A controlled study of cortical gray matter and ventricular changes in alcoholic men over a 5-year interval. *Arch Gen Psychiatry* 55: 905-12.
- Roelofs S.M., Dikkenberg G.M. (1987) Hyperventilation and anxiety: alcohol withdrawal symptoms decreasing with prolonged abstinence. *Alcohol* 4: 215-220.
- Roelofs S.M. (1985). Hyperventilation, anxiety, craving for alcohol: A subacute alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol* 2: 501-505.

- Rubio G, López M (2000). ¿Qué debe saber el médico de Atención Primaria sobre otros tratamientos psicosociales del alcoholismo?. En Rubio G y SantoDomingo J. Guía Práctica de Intervención en el Alcoholismo. GR, Madrid, 291-306.
- Rubio G., Martínez-Gras I., Ponce G., Quinto R., Jurado R., Jiménez-Arriero M.A. (2013) Integration of self-guidance groups for relatives in a public program of alcoholism treatment. *Adicciones* 25: 37-44.
- Rubio G., Marín M., Arias F., López-Trabada J.R., Iribarren M., Alfonso S., Prieto R., Blanco A., Urosa B., Montes V., Jurado R., Jiménez-Arriero M.Á., De Fonseca F.R. (2018). Inclusion of Alcoholic Associations Into a Public Treatment Programme for Alcoholism Improves Outcomes During the Treatment and Continuing Care Period: A 6-Year Experience. *Alcohol Alcohol.* 53:78-88.
- Rubio G, Marín M, López-Trabada J.R., Arias F (2020). Efectos de la integración de grupos de ayuda-mutua sobre la adherencia al programa de continuidad de cuidados de pacientes con dependencia del alcohol realizado en Atención Primaria. *Atención Primaria* 52(8):555-562
- Rubio G., Jiménez M., Rodríguez-Jiménez R., Martínez I., Avila C., Ferrer F., Jiménez-Arriero M.A., Ponce G., Palomo T. (2008) The Role of Behavioural Impulsivity in the Development of Alcohol Dependence: A 4-years-Follow-Up Study. *Alcohol Clin Exp Res* 32: 1681-7.
- Rubio G., Jiménez-Arriero M.A., Ponce G., Palomo T. (2001) Naltrexone versus Acamprosate: One year of follow-up of alcohol dependence treatment. *Alcohol & Alcohol*, 36: 419-425.
- Rubio G (2021) (Ed) Del tratamiento de alcoholismo y de su recuperación: Una Guía para profesionales de la sanidad. Alicante. Círculo Rojo,
- Schacht J.P., Anton R.F., Myrick H. (2013) Functional neuroimaging studies of alcohol cue reactivity: A quantitative meta-analysis and systematic review. *Addict Biol* 2013, 18: 121-133.
- Schuckit M.A., Smith T.L., Danko G, Kramer J *et al.*, (2018) A 22-year follow up (rango 16 to 23) of original subjects with baseline alcohol use disorders from the Collaborative study on Genetics of Alcoholism. *Alcohol Clin Exp Res* 42: 1704-1714.
- Schwarzer R (2011). Health behavior change. In: H.S. Friedman (Ed) *Oxford handbook of health psychology*. Nueva York: Oxford University Press. Pp 591-611.

- Slade M. (2012) Everyday solutions for everyday problems: how mental health systems can support recovery. *Psychiatr Serv.* 63:702-4.
- Staples M.C., Mandyam Ch.D. (2016) Thinking after drinking: Impaired hippocampal-dependent cognition in human alcoholics and animal models of alcohol dependence. *Front Psychiatry* 7: 162.
- Stavro K, Pelletier J, Potvin S. (2012) Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addiction Biology* 18: 203-213.
- Stephens, R. S., Wertz, J. S., & Roffman, R. A. (1995). Self-efficacy and marijuana cessation: A construct validity analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(6), 1022-1031.
- Substance Abuse and Mental Services Administration (2011). SAMHSA Announces a Working Definition of «recovery» from mental disorders and substance use disorders (<http://www.samhsa.gov/newsroom/advisories/1112223420.aspx>).
- The Betty Ford Institute Consensus Panel. (2007) What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *J. Subst. Abuse Treat.* 33, 221-228.
- Tonigan J.S., McCallion E.A., Frohe T., Pearson M.R. (2017) Lifetime Alcoholics Anonymous attendance as a predictor of spiritual gains in the Relapse Replication and Extension Project (RREP). *Psychol Addict Behav* 31: 54-60.
- White W.L. (2012). Recovery/Remission from Substance Use Disorders: An Analysis of Reported Outcomes in 415 Scientific Reports, 1868-2011. Published by the Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual disability. Services and the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center 202-12.
- Wilcox C.E., Pearson M.R., Toningan J.S. (2015) Effects of long-term AA attendance and spirituality on course of depression symptoms in individuals with alcohol use disorder. *Psychol Addict Behav* 29: 383-391.
- William D., Rhodes R.E. (2016). The Confounded Self-Efficacy Construct: Review, Conceptual Analysis, and Recommendations for Future Research. *Health Psychol Rev.* 10(2): 113-128.
- Witbrodt J., Kaskutas L.A., Grella Ch.E. (2015) How do recovery definitions distinguish recovering individuals? Five typologies. *Drug Alcohol Depend* 148: 109-117.

Witkiewitz K, Wilson A.D., Pearson M.R *et al.* (2018) Profiles of nrecovery from alcohol use disorder at three years following treatment: can the definition of recovery be extended to include high functioning heavy drinkers?. *Addiction* 114: 69-80.

SISTEMAS DIAGNÓSTICOS EN LA PSIQUIATRÍA CONTEMPORÁNEA: PERSPECTIVAS CULTURALES

Renato D. Alarcón¹

INTRODUCCIÓN

La relación entre diagnóstico psiquiátrico y factores culturales ha sido y es tema de estudios, investigaciones y polémicas a lo largo del globo (1, 2), poseyendo particular importancia en los llamados «países de medianos y bajos ingresos» y, específicamente, en la región latinoamericana (3, 4). En tanto que la Historia Antigua registra escasa información y descripciones preliminares de eventos clínicos, existe acuerdo en que pensadores del periodo greco-romano ejercieron influencia racional y razonable en las explicaciones iniciales de conductas anómalas o «diferentes» (5). La Edad Media intentó «explicaciones causales», muchas de las cuales entrañaban, sin embargo, concepciones mítico-religiosas difícilmente objetables en su momento. Muy gradualmente fueron introduciéndose conceptos e intentos de manejo adecuado y pragmático en la medida en que se empezaron a cuestionar perspectivas dogmáticas y absolutistas (6).

Fue alrededor de los siglos XII y XIII en que factores de naturaleza diversa (i.e., proliferación de pacientes, exigencias públicas subsecuentes y cultivo de responsabilidad y compasión colectivas de base fundamental-

¹ Profesor Emérito Distinguido, Escuela de Medicina, Clínica Mayo, Rochester, EE.UU.; Titular de la Cátedra Honorio Delgado y Profesor Emérito de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.

mente religioso-espiritual) canalizaron medidas de tipo institucional tales como la construcción de las llamadas «loquerías» o manicomios; estas etapas incrementaron, a su vez, necesidades diagnósticas algo más elaboradas a fin de facilitar un manejo más o menos adecuado (6, 7). Las nacientes comunidades de estudio a partir del siglo XVII dieron lugar a grupos o escuelas que, dotadas de incipientes nociones de salud pública, empezaron a sistematizar enfoques diagnósticos. El predominio europeo produjo nombres y obras, particularmente en Alemania, Francia, Italia y los países nórdicos, que confirmaron la importancia de un diagnóstico suficientemente amplio y abarcativo. El siglo XIX generó un enfoque mucho más sistemático que permitió a figuras como Kraepelin o Bleuler, Jaspers o Freud indagar en terrenos de fenomenología (8) y/o psicodinámica (9), en busca de mecanismos etiopatogénicos que pudieran reflejarse primariamente en conceptualizaciones diagnósticas de solidez creciente. Y así, al lado de fascinantes elaboraciones biológicas de sello puramente etiológico, emergieron indagaciones psico-socio-culturales que permitieran avances en el por qué y el cómo patogénico de las entidades psiquiátricas (9, 10).

En el laberinto de la llamada «aldea global» y sus componentes psiquiátricos (11), el diagnóstico ha venido adquiriendo prominencia, no solo debido a necesidades clínico-administrativas universales sino por requerimientos de orden y sistematización en el estudio, la investigación y la implementación de una nosología aceptable. Estos procesos han mostrado un desarrollo marcado en los últimos 70-80 años con pronunciamientos muchas veces polémicos y cuestionadores en áreas tales como la definición, la naturaleza, la validez y la utilidad del diagnóstico en psiquiatría (12, 13). En el campo de la Filosofía de la Ciencia, el debate ha sido y es intenso entre el llamado Realismo Científico y el Instrumentalismo (14), perspectivas que afirman, respectivamente, la existencia real de entidades o constructos llamados «diagnósticos» o su uso únicamente como modestas «herramientas» flexibles y mejorables en busca de niveles aceptables de validez empírica. El enfoque instrumentalista proviene de la llamada «inducción pesimista» (15) que, en la evaluación del nivel científico de los criterios diagnósticos, reconoce incertidumbres en los factores de validación (*validators*) basada en una convergencia más conceptual que empírica, su carencia de peso etiológico y su reconocimiento de categorías diag-

nósticas contemporáneas solamente como «hipótesis de trabajo» sujetas a cambios vinculados a evidencias empíricas convincentes (16).

En todo caso, existe acuerdo en que los sistemas diagnósticos de uso actual en el mundo no representan conceptualizaciones finales y no gozan, por lo tanto, de aceptación universal. Las entidades clínicas a las que se ha arribado están basadas en la agregación de aquellos factores de validación y todavía aguardan investigaciones definitorias, avances científicos realmente transformadores de lo que muchos, hoy en día, conceptúan como «síndromes médicos multifactoriales». La Nosología Psiquiátrica es aún una ciencia joven que, por lo mismo, requiere de un realismo científico definitivamente pragmático.

Las secciones y párrafos que siguen incluirán un análisis somero de los vínculos y contrastes entre el marco diagnóstico tradicional y la perspectiva cultural del diagnóstico psiquiátrico como introducción a la presentación descriptivo-narrativa de esta última en cada uno de los tres principales sistemas diagnósticos de la psiquiatría contemporánea. Se insistirá en la significación, relevancia, efectividad y utilidad de factores y variables socio-culturales en cada uno de ellos, al lado de enfoques críticos de las posibles ventajas y desventajas de cada sistema.

LA PERSPECTIVA CULTURAL EN EL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

El marco diagnóstico tradicional difiere de la perspectiva cultural en una variedad de áreas, sumariadas en la tabla 1. Comenzando con la identificación de trastornos clínicos definidos en términos característicos *versus* la narrativa global y comprensiva de un predicamento interpersonal y ecológico (17), las diferencias cubren terrenos semióticos, etiopatogénicos y hasta pronósticos que es importante reconocer. Por otro lado, debe aceptarse la vigencia de vínculos entre cultura y diagnóstico psiquiátrico con el reconocimiento explícito de la ubicuidad de aquélla en el contexto del proceso de Globalización, la comprobación de que muchos problemas sobrepasan la pura clínica hasta hacerse sistémicos residiendo tanto en transacciones interpersonales como en escenarios sociales de magnitud variada. La naturaleza a la vez objetiva e inter-subjetiva del encuentro clínico tiene a la cultura como matriz social y, *last but not least*, la pre-

sencia y aceptación de factores culturales por parte de las nomenclaturas existentes, es cada vez más evidente (3, 18).

Tabla 1: Contrastes entre el marco diagnóstico tradicional y la perspectiva cultural.

Área de contraste	Diagnóstico tradicional	Perspectiva cultural
Objeto de atención clínica	Trastornos discretos	Predicamentos
Semiótica médico	Síntomas vistos como índices o señales de trastornos	Síntomas vistos como actos/medios de comunicación y conductas, como porte de sistemas culturales significativos
Localización del problema	Dentro del paciente	Dentro de la situación o contexto social
Locus de factores causales, fuentes de resiliencia	Individual	Familia o sistema social
Intervenciones	Psicofarmacología, psicoterapia individual	Individual sistémica, familia, comunidad. redes sociales
Desenlaces	Reducción de síntomas	Recuperación definida en función de valores personales y comunitarios.

Una evaluación cultural en Psiquiatría Clínica tiene como objetivo fundamental mejorar la utilidad y validez del diagnóstico y permitir una suerte de medición precisa de la severidad del cuadro. Obviamente, ello asiste también en la estimación de posibles comorbilidades, la selección y enfoque de tratamientos apropiados y en una formulación pronóstica consistente (19). El afronte cultural facilita el *rappport* y trabajo conjunto entre profesional y paciente empoderando a este último en términos de identidad y posibilidades de recuperación, así como facilitando el involucramiento definido de la familia en la evaluación y manejo del caso. Así, como parte del proceso diagnóstico, la evaluación cultural deberá ser sistemática, exhaustiva e integral abarcando todos los factores relevantes y explorándolos con suficiencia y profundidad. Debe iniciarse con estrategias directamente centradas en el paciente, sin presuposiciones acerca de identidad o identidades de grupo original, y ser sólidamente estandarizada, es decir reproducible en escenarios y poblaciones diversas. Finalmente, debe estar basada en la competencia y destrezas clínicas del proveedor, no en su identidad; de hecho, el carácter educativo o docente de toda evaluación cultural permite también identificar brechas o deficiencias en la competencia cultural del clínico (20).

En el momento actual existe acuerdo en que, a nivel internacional, se cuenta con tres sistemas diagnósticos predominantes por razones formales, estructurales, administrativas y de extensión y cobertura geográficas; posiblemente por todo ello, las razones de su prominencia son también políticas en el sentido más amplio del término. Ellas son la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD/CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Cap. V de su décimo-primer edición (21); el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM, sigla en inglés) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), 5ª. Edición-Texto Revisado (DSM-5 TR) (22); y los Criterios del Dominio de la Investigación (RDoC, sigla en inglés) (23), documento publicado por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos. Al lado de ellos, existe una variedad de otros sistemas de procedencia diversa y alcances limitados por sus propios objetivos continentales, regionales o nacionales, pero también reflejo del interés y dedicación de sus autores. Se citan, entre ellos, el Glosario Latinoamericano de Diagnósticos Psiquiátricos (GLADP), el Glosario Cubano de Enfermedades Psiquiátricas, el Manual de Diagnósticos Psiquiátricos de la República de China, el Manual Diagnóstico Psiquiátrico del Japón y otros.

Las páginas que siguen describirán aspectos históricos y contenido cultural pertinente de las tres principales nomenclaturas internacionales examinando sus procesos de elaboración, posibles ventajas y desventajas, aciertos y deficiencias potenciales y temas dominantes de investigaciones presentes y futuras. Una breve discusión precederá luego a Conclusiones en torno al tema central de la presentación.

LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE/ICD-11) DE LA OMS

Los esfuerzos iniciales o antecedentes históricos de sistemas de clasificación y diagnóstico de enfermedades, en suma los albores de la Nosología como ciencia clínica, tuvieron lugar en Europa hacia finales del siglo XVIII y comienzos del XIX con intentos de cobertura internacional y continental. Lo que podría llamarse primera versión de la ICD fue presentada en Bruselas, en 1853 con motivo del Primer Congreso Estadístico Internacional en el cual William Farr del Reino Unido y Marc d'Espine de Suiza recibieron el encargo de preparar una clasificación uniforme e interna-

cionalmente aplicable de causas de muerte. El testimonio más destacado en este proceso fue la llamada Clasificación de Bertillion sobre Causas de Muerte, publicada en París en 1893 y adoptada como Lista Internacional de Enfermedades por países europeos que acordaron revisar el contenido cada diez años, a partir de 1900. Con el gobierno francés como animador principal, la quinta revisión de la clasificación de mortalidad vio la luz en 1938. Diez años más tarde, la primera Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Nueva York con la fundación de la OMS como su producto más trascendente, aprobó la sexta revisión, efectuada dos años antes, utilizando por primera vez el nombre de *International Classification of Diseases (icd-6)* y mencionando la necesidad de incluir un esbozo de listado de trastornos mentales. La séptima edición (ICD-7), publicada en 1955, fue la última que no incluyó una sección específica dedicada a trastornos mentales. La Unidad de Salud Mental de la OMS fue creada a comienzos de la década de los 60 y su activa participación en planes y proyectos de mejora de la CIE/ICD culminó en 1965 con la publicación de ICD-8 en la que se incluyeron la Sección de Enfermedades Mentales y un primer Glosario con definiciones de específicas categorías diagnósticas (24-26).

No fue sin embargo hasta 1992, en que la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10) incluyó el Capítulo F (Sección V) de Trastornos Mentales y del Comportamiento, resultado de una serie de estudios de campo llevados a cabo en 40 países desde 1987. Investigaciones paralelas contribuyeron con la delineación de varios instrumentos (i.e., CIDI o *Composite International Diagnostic Interview*, SCAN o *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*, IPDE o *International Personality Disorder Examination*) y perfección de glosarios y versiones en diferentes idiomas (26, 27). Debe anotarse, sin embargo, que la ICD-10 no usa ni menciona en ningún momento la palabra «cultura» o conceptos que reflejen la consideración de factores culturales en el enfoque diagnóstico. Ello no obstante, sus adaptaciones (traducciones) nacionales y regionales flexibilizan los lenguajes, permitiendo la percepción de variaciones culturales en la presentación y contextos de variados sistemas de salud.

La CIE/ICD-11 (21), aprobada por la Asamblea Mundial en Mayo 2019 y, desde entonces, sujeta a la aceptación formal de todos los países miembros de la OMS (proceso que se extendió hasta el año pasado), incluye la sección denominada Guías Diagnósticas para Trastornos Mentales, Con-

ductuales y del Neurodesarrollo, cuya validez clínica se definirá, sin duda, en base a mejor comunicación global, facilidad de uso y viabilidad y utilidad de su manejo en diferentes escenarios asistenciales. El texto de la sección favorece la participación multidisciplinaria, con énfasis en el enfoque de Atención Primaria e incluye 21 tipos de trastornos con una correspondiente tabulación codificada y estadística. Aparte de versiones o textos de uso simultáneo en Atención Primaria y estudios de investigación, otra innovación importante en algunas de las descripciones clínicas y guías diagnósticas correspondientes es el uso de una modalidad eminentemente dimensional, no categórica, de varias de las entidades nosológicas incluidas (28).

La más reciente versión de ICD (21) contiene anotaciones sustanciales en torno a aspectos y variaciones culturales de trastornos mentales y conductas relacionadas, incluidas las vinculadas a procesos de búsqueda de ayuda (29). Un Grupo de Trabajo con membresía diversa fomentó continuos diálogos con otros grupos para la elucidación de cuadros y contenidos, prestando especial atención a la introducción de nuevas entidades, culturalmente relevantes, vgr., el Trastorno de Ingestión evitativa/restrictiva de Alimentos (ARFID, sigla en inglés) (30). Además de consideraciones culturales para con todos los trastornos, se evaluaron rasgos culturales para cuadros específicos como, por ejemplo, la vigencia de «somatización» en condiciones depresivas.

Los Comités a cargo del Capítulo F siguieron, en general, cuatro estrategias debidamente coordinadas: a) Participación de diversos grupos de información y consulta en busca de integración y armonía conceptual; b) Colaboración internacional y revisión multilingüe de la literatura a fin de delinear tendencias, temas y áreas de activo debate en países de medianos y bajos ingresos y varias regiones geográficas y acumular información y recomendaciones sobre descripciones alternativas de varios trastornos; c) Flexibilidad en la descripción prototípica de trastornos a fin de facilitar la inclusión de variables culturales y de factores contextuales sistémicos; d) Estudios sistemáticos de campo enfocados en utilidad clínica y aplicabilidad global.

Lo anterior no resuelve, por cierto, dificultades o deficiencias potenciales del documento, varias de las cuales pueden (o deben) constituirse en temas preferentes de investigación psiquiátrico-cultural. Es el caso de

trastornos omitidos (por ej., neurastenia, vómito psicogénico) y los llamados dilemas categórico-funcionales. Igualmente, la exclusión de variantes de expresión sintomática influenciadas por cultura o contexto (conceptualizaciones alternativas), resultado de la hibridación de culturas y/o de factores socio-políticos. Se percibe falta de guías en relación a variantes culturales consideradas normales, tales como nomenclaturas locales o regionales y la convergencia de trastornos mentales con temas «no patológicos». Una observación seria es, finalmente, la ausencia de normas de implementación, adiestramiento, obtención de información, aplicación en diferentes escenarios, y autopercepciones culturales del clínico, individualmente y durante el proceso interactivo de la entrevista.

MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO (DSM-5-TR) DE LA APA

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) inició su labor sistematizadora de clasificación y diagnóstico de trastornos mentales hacia finales de la década de los 40 en el siglo pasado, un tanto en seguimiento de las guías planteadas por la OMS. La primera edición del documento, que pasó a llamarse Manual Diagnóstico y Estadístico (*dsm*, sigla en inglés) se publicó en 1952 y, desde entonces, han visto la luz cuatro ediciones más, con un total de ocho versiones (que incluyen los Textos Revisados de DSM-III, DSM-IV y DSM-5) en un periodo de 70 años. Las revisiones y/o nuevas ediciones han obedecido a cuestionamientos, deficiencias, nuevos hallazgos epidemiológicos o adiciones de nuevas entidades clínicas, amén de situaciones como comorbilidades, falta de especificidad de criterios diagnósticos y/o de enfoques terapéuticos psicológicos, farmacológicos, etc. (27). DSM-5 se publicó en 2013 y DSM-5-TR en marzo del 2022. Es pertinente señalar que el Comité a cargo del Manual está ya trabajando en la preparación del DSM-5.1, pero queda claro que no se planea publicar una nueva versión en el futuro inmediato.

Lo anterior, aparte de normas establecidas de prudencia y discreción heurística en el caso de nuevos aportes nosológicos, tiene que ver con los diversos niveles de trabajo y supervisión administrativa que la institución ha dictado a lo largo del tiempo. En el momento actual, toda propuesta, sugerencia o pedido vinculado a cambios o adiciones al DSM es enviado a un Comité de Revisión, el cual consulta a otros grupos o subgrupos como por

ejemplo (en el caso del DSM-5-TR) el Comité de Equidad e Inclusión que, a su vez, cuenta con un Subcomité encargado exclusivamente de asuntos o temas culturales. Los estudios y dictámenes de estos Comités y Subcomités recién entonces pasan a otro nivel, el del Comité de Supervisión (*Steering Committee* o *sc*) el cual dedica largos periodos a la evaluación y discusión de diversas opiniones y posiciones respecto al tema. Acto seguido, el *sc* emite su informe y lo eleva y sustenta ante el Buró de Directores o Junta Directiva de la APA que, finalmente, lo somete a la aprobación de la Asamblea General de Delegados, donde aún se aceptan preguntas, objeciones y cuestionamientos de fondo y forma antes de la decisión final.

El grupo de trabajo encargado de examinar el contenido cultural del DSM-5-TR, recibió una serie de recomendaciones generales antes del inicio de su tarea. Una de ellas instó consistencia en la descripción de cambios vinculados a etapas del ciclo vital y uso de términos que eviten confusiones y referencias negativas; por ejemplo, se recomendó sustituir el término «minorías» por el de «grupos étnicos que enfrentan discriminación» y prestar más atención a rasgos vinculados a edad (o etapas del desarrollo) y género. «Cultura» como tal no deberá usarse como sustantivo ni en enfatizar diferencias, sino en su vigencia como contexto o *background*. En lugar de conceptos diferenciales como «raza» y «etnicidad», se sugiere usar «grupos etno-raciales»; en este mismo terreno se postula una ampliación del uso y cobertura de términos haciéndolos inclusivos y clarificadores, no estereotipados o discriminantes: el caso de *Latinx* en lugar de Latino o Latina es un buen ejemplo. Esta misma precisión se exigió para contenidos forenses y de género y para la aprobación de futuros cambios en función de estrictos requerimientos e implicaciones legales. Finalmente, se estipuló que todos los cambios debían ser respaldados por referencias bibliográficas preferiblemente recientes, i.e. posteriores a 2012-2013.

El enfoque socio-cultural del nuevo Manual debería reflejar claramente la posición inequívocamente crítica de la APA frente a las dos clases conocidas de racismo: sistémico o casi imperceptible pero permanente y profundamente envuelto en procesos sociales y mantenido por normas implícitas en rutinas y prácticas habituales; y estructural, presente en la organización social y nutrido por inequidad de recursos, niveles distintos de poder y privilegio, microagresiones o violencia declarada (29). La relevancia de factores culturales se evidencia en experiencias y conductas que

conducen a dificultades adaptativas y se expresan mediante síntomas variados. En suma, se postula sensibilidad para con el examen y uso, en el texto, de términos que puedan implicar racismo, discriminación, exclusión social o estigmatización. Normas o prácticas culturales determinadas atraviesan umbrales de tolerancia y se convierten en fuentes de vulnerabilidad y estigma social; al mismo tiempo, sin embargo, hay factores comportamentales positivos en áreas como apoyo familiar, cultivo y reforzamiento de conductas resilientes, aceptación (o rechazo) del diagnóstico, nivel de adherencia al tratamiento y una variedad de conductas significativas en diferentes fases del encuentro profesional-paciente.

La implementación de estas facetas requirió la formación de grupos y subgrupos de trabajo como, por ejemplo, los dedicados a la Revisión de Aspectos Culturales y al tema de Equidad e Inclusión Etno-racial. El concepto de Identidad y sus variantes personal y social posibilitaron el uso de las llamadas variables culturales (31) y los componentes histórico, geográfico y de pertenencia incluidos en el concepto de Etnicidad. Se ha señalado ya el evitamiento de la ecuación Mayorías vs. Minorías que, deliberadamente o no, perpetúan jerarquizaciones sociales, y el énfasis en Multiculturalismo que entraña respetabilidad integral y mutua (32). Raza, término eminentemente social y no biológico, se ha desacreditado por su persistente uso en contextos de discriminación, marginalización y exclusión social; la construcción de categorías específicas de identidad sobre la base de ideologías y prácticas raciales recibe el nombre de «racialización», proceso que conduce a identidades «racializadas», más estrechas e inconducentes que las «etno-raciales» (33).

Debe quedar, pues, claro que la cultura como proceso socio-comunitario-poblacional contribuye decisivamente a la forja de rasgos diagnósticos y que, a pesar de la heterogeneidad de puntos de vista y prácticas culturales, el contexto o trasfondo (*background*) cultural en el que se desenvuelve el evento clínico que llamamos «trastorno mental», resulta esencial. La prevalencia de cada trastorno demanda el reconocimiento de las formas de evaluación clínica y referencias necesarias a grupos sociales o áreas geográficas. Las dos ramas de la especialidad que contribuyen poderosamente a este proceso son la Psiquiatría Cultural, concreta, específica, individualizada (34) y la Psiquiatría Social, amplia, ambiental, colectiva, más vinculada a la Salud Pública tradicional (35).

Dos contribuciones culturales sustanciales del DSM-5-TR (aun cuando esbozados ya en versiones previas) son los Conceptos Culturales de Distrés y la Entrevista para la Formulación Cultural (*cfi*, sigla en inglés). Los primeros son modalidades culturales de descripción y comprensión de experiencias de enfermedad que influyen sobre la producción de síntomas, presentaciones clínicas, adaptación al cuadro, búsqueda de ayuda, expectativas, adherencia y respuesta al tratamiento. Se acepta que no hay una correspondencia exacta entre estos conceptos y entidades diagnósticas establecidas, que son aplicables a un amplio y alto rango de severidad clínica, carecen de precisión o especificidad y pueden cambiar al paso del tiempo por influencias locales y/o globales (36). Su relevancia diagnóstica, sin embargo, es innegable: Mejoran la identificación y utilidad de quejas clínicas y la subsecuente detección de psicopatologías, evitan o previenen errores diagnósticos y extienden la consideración de severidad, implican una comunicación satisfactoria, relación empática, facilitan la eficacia terapéutica y, en el terreno académico, generan sin duda avances en la epidemiología cultural y amplían la ruta hacia mejores proyectos de investigación.

Se describen tres clases de Conceptos Culturales de Distrés: 1) Modismos Culturales o modalidades de descripción de experiencias estresantes y preocupaciones personales o sociales mediante términos lingüísticos, frases o expresiones no necesariamente ligadas a síntomas, síndromes o trastornos mentales específicos. Ejs.: «Tengo nervios», «Estoy tan deprimido»; 2) Síndromes Culturales, antes llamados «Síndromes ligados a la Cultura» (37): grupos distintivos de síntomas concurrentes en grupos culturales, comunidades o contextos específicos y que pueden o no ser reconocidos localmente o por observadores externos, como entidades clínicas o modelos coherentes de experiencias interpersonales. Ejs.: «Ataque de Nervios», Hikikomori, Dhai; 3) Explicaciones culturales de causas percibidas: Etiquetas, atributos o rasgos de modelos explicativos de etiología o causas de síntomas, enfermedades o distrés. Ejs.: «Malos espíritus», «Envidia» (38).

La EFC es el resultado de la tesonera labor del Subgrupo de Trabajo sobre Temas Culturales del Comité a cargo del DSM-5 y su TR (39, 40). Se trata de un instrumento clínico y de investigación útil, sencillo, completo y valioso, puesto a prueba en masivos ensayos internacionales (41). Con énfasis en la comprensión y el contexto conferido al cuadro clínico por procesos

y experiencias psico-socio-culturales, la EFC inquiriere sistemáticamente acerca de origen, causalidad y búsqueda de ayuda por parte del paciente y sus allegados y facilita el conocimiento mutuo con el profesional s fin de generar un trabajo conjunto en todas las etapas del manejo. Aparte de módulos suplementarios nucleares (modelo explicativo, nivel de funcionamiento, redes socio-familiares, estresores psicosociales, espiritualidad, tradiciones, etc.), la EFC tiene formatos adicionales de aplicación a poblaciones especiales (niños y adolescentes, adultos mayores, inmigrantes y refugiados e informantes y cuidadores).

La tabla 2 expone reflexiones en torno al futuro de la EFC, precisando sus principales enigmas, barreras específicas y desafíos resultantes. Existen indudablemente necesidades de mejora de niveles de competencia cultural, superación de sesgos o barreras de lenguaje, incremento de presupuestos y desafíos heurísticos. En conjunto, el juicio sobre la evolución del DSM es un proceso en marcha. Las críticas han puesto de relieve una orientación predominantemente biológica, decisiones basadas en «consenso de expertos» con eventuales fallas en validez y confiabilidad, uso dominante del enfoque categórico en desmedro del dimensional, evaluación transversal y no longitudinal de los fenómenos clínicos, utilización excesiva y acrítica y el ambiguo rol de intereses financieros y de mercadeo (42, 43).

Tabla 2: La EFC y su futuro.

<i>Enigmas</i>	<i>Barreras</i>	<i>Desafíos</i>
<ul style="list-style-type: none"> • La ecuación cultura-salud (incluidos SM y SP). • Definición y niveles de competencia cultural. • Roles y actitudes de profesionales de las ciencias sociales. • Vínculos teóricos, prácticos y heurísticos entre clínica, biología/neurobiología y cultura. • Futuro de DSM-TR y CIE-11. 	<ul style="list-style-type: none"> • Temas de desconfianza, estigma, discriminación, prejuicio y estereotipia. • Barreras del lenguaje. • Falta de relevancia conceptual entre problema e intervención. • Falta de motivación por parte de profesionales y pacientes. • Sesgos, rechazo abierto o adhesión pobre al manejo profesional. • Presupuestos bajos de SM en países de medianos y bajos ingresos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial transformador de modelos de evaluación clínica: Necesidad de estrategias adecuadas de adiestramiento e implementación. • Ambigüedades de diseño y aplicabilidad y de diferenciación precisa con otras intervenciones. • Uso total o parcial y duración de la aplicación del instrumento. • Riesgos de sobre-estandarización y repeticiones pueden dificultar cambios requeridos en la práctica clínica. • Necesidad de investigaciones locales e internacionales para el logro de aceptabilidad global.

Por otro lado, hay razones para un enjuiciamiento positivo del instrumento diagnóstico de la APA. La renovación, revisiones y actualizaciones periódicas, con la activa participación de centenares de profesionales, investigadores, clínicos y docentes ofrecen la promesa de correcciones necesarias, continuas y honestas. La receptividad de los comités responsables a la participación y opiniones del público e instituciones interesadas, esfuerzos de acercamiento armónico con otros manuales diagnósticos e instituciones internacionales reflejan también el ejercicio y cultivo de un enfoque integral con aceptación creciente y definida de conceptos diagnósticos socio-culturales.

CRITERIOS DEL DOMINIO DE LA INVESTIGACION (RDOC) DEL NIMH

Desde los primeros años del presente siglo, las críticas más consistentes contra las varias versiones del DSM han provenido de grupos de investigación en psiquiatría biológica que censuran la naturaleza fenomenológico-descriptiva de los criterios diagnósticos, las fallas y debilidades del enfoque categórico de su nosología y lo que consideraban negligencia hacia hallazgos bioquímicos, genéticos, neurofisiológicos e imagenológicos (44-46). El resultado más elocuente de esta perspectiva fue el esbozo inicial y la publicación ulterior de *RDoC*, considerado por muchos como un documento histórico en el campo de la nosología psiquiátrica de base eminentemente biológica (23). Esta joven pero colorida historia se matizó por el hecho de que muy poco antes de la publicación del DSM-5 en Mayo del 2013, el NIMH expidió una suerte de «decreto» señalando que en adelante no se aceptarían propuestas de investigación (*grant proposals*) que incluyeran el uso de diagnósticos del DSM sino solo la aplicación de los principios del RDoC. Esto, naturalmente, provocó un reguero de sorpresa y confusión que concluyó con una visita del presidente y presidente-electo de la APA (Dilip Jeste y Jeffrey Lieberman, respectivamente) a las oficinas del director del NIMH, Thomas Insel, el cual los recibió junto con Bruce Cuthbert, su asistente principal. No se conocen los detalles del diálogo pero, luego del mismo, se publicó un comunicado conjunto que, en buena cuenta, corregía el agresivo pronunciamiento del Instituto y puntualizaba la continua vigencia del DSM. En fechas recientes, varios docu-

mentos, entre ellos un libro escrito por Insel (47) luego de su retiro como máxima autoridad del NIMH, parecen reconocer debilidades del RDoC antes categóricamente negadas, una suerte de redención y aceptación de que queda aun mucho por hacer en el campo de la investigación biológica en psiquiatría (48).

En todo caso, sin embargo, el manual enfatiza un hecho innegable: la importancia de factores biológicos como parte de múltiples «etiologías interactivas» en trastornos mentales. Sobre tal base, el enfoque dimensional de procesos del neurodesarrollo parece suplir las deficiencias del enfoque categórico, constituyéndose entonces en un indispensable marco de referencia dentro de la investigación y estudio de los «factores causales» de enfermedades mentales. El objetivo nuclear de las investigaciones postula diferenciaciones o estratificaciones puramente neurobiológicas, los llamados «marcadores biológicos» (*biomarkers*), al lado de términos mas bien sindrómicos y métodos estadísticos específicos que, se supone, reflejan una suerte de homogeneidad biológica (23, 46, 49).

El RDoC tiene cuatro componentes mayores (factores del neurodesarrollo y ambientales, dominios funcionales y unidades de análisis) y, en su matriz, cinco dominios o sistemas: a) Valencia negativa: respuesta a estímulos o contextos aversivos, i.e., amenazas, pérdidas, frustraciones; b) Valencia positiva: actividades relacionadas con recompensas, i.e., motivación, premiaciones; c) Cognitivo: atención, percepción y memoria); d) Sociales: i.e., afiliación, apego, expresiones faciales y otras formas de comunicación social, percepción y comprensión propia y de otros; e) Alerta y sistemas modulatorios: i.e., ritmos circadianos, sueño-vigilia, activación del tronco cerebral, etc.

Los criterios para la elaboración de constructos afines al RDoC incluyen evidencias de validez tales como dimensión afectiva, conductual y/o cognitiva, un sistema o circuito neural implementador y relaciones con uno o más síntomas específicos u otros rasgos psicopatológicos. A su vez, se cuenta con siete unidades de análisis y sendos paradigmas de volumen y alcances crecientes: genes, moléculas, células, circuitos neurales, fisiología, conductas y auto-reportes. Resulta evidente que hay marcadas diferencias entre RDoC y los sistemas clasificatorios más conocidos: las psicopatologías son anormalidades dimensionales, hay un foco etiológico más claro y preciso (de allí también el apelativo de «Psiquiatría de Precisión»

asignado a conceptos derivados) y las interacciones entre neurodesarrollo y ambiente tienen decisiva relevancia (49).

Es obvio que, dado su carácter eminentemente biológico, RDoC ha sostenido y ha sido objeto de intensos debates no solo por sus divergencias y/o interferencias con los postulados de CIE y DSM, sino, tal vez fundamentalmente, por su deliberada marginación de la persona humana y de la esencial vigencia de factores socio-culturales en todos los aspectos, niveles y grados de su experiencia (50-52). Las críticas más marcadas describen esta «minimización» por parte del marcado reduccionismo o «biologismo a ultranza», su irrelevancia clínica debida a la falta de contexto ecológico, la debilidad en número, fortaleza y validez de los marcadores biológicos hasta ahora conocidos, las escasas predicciones de fortalecimiento en este campo (por lo menos, en décadas venideras) y, en suma, posibilidades sumamente distantes de un uso efectivo del sistema (53, 54).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo fundamental de esta revisión ha sido el de remarcar la crucial importancia del componente cultural en todo tipo o sistema de evaluación nosológico-diagnóstica o encuentro clínico a nivel global. La crítica importancia de inquirir, explorar, identificar y asignar una válida perspectiva contextual o eco-social a todo tipo de trastorno mental requiere el conocimiento claro de los conceptos y variables culturales y de sus diversos roles: etio-patogénico, clínico, diagnóstico, terapéutico, promocional y preventivo (18, 43, 55, 56). El proceso diagnóstico es, sin duda, crucial dada su importancia en todo ejercicio o encuentro clínico, de modo tal que el intentar reducirlo a términos técnicos, índices de laboratorio o jergas dialogales, desvirtúa su naturaleza. Ello no significa, sin embargo, negligencia en el uso de instrumentos auxiliares probados y eficaces (como cuestionarios, escalas, tests, etc.) que favorezcan una completa evaluación bio-psico-socio-cultural-espiritual (57).

La necesidad de balancear precisión, claridad y respeto hacia los componentes culturales del proceso diagnóstico y sus nomenclaturas responde a la exigencia de reducción y prevención de la estigmatización como secuela de padecimientos emocionales. En el momento actual, la vigencia de dos sistemas de diagnóstico y clasificación en la psiquiatría internacional

(la CIE de la OMS y el DSM de la APA) exige una continua evaluación de su contenido y alcances socio-culturales, propósito fundamental de esta revisión. Ambos sistemas reflejan, en sus ediciones más recientes, esfuerzos apreciables de inclusión de la perspectiva cultural. El alcance mundial de la OMS puede inducir, paradójicamente, mayores dificultades de uniformidad u homogeneidad en la materialización de tal esfuerzo. Por su parte, el DSM, al proceder de un solo país y a pesar de los claros pasos de inclusión socio-cultural en el texto y su aplicación y estudios en una población de amplia diversidad, es fuente de diálogos y hasta controversias que, sin duda, generarán constructivas investigaciones adicionales.

El caso del RDoC es sustancialmente diferente. Procedente de un prestigioso centro de investigación en salud mental a nivel internacional, refleja, sin embargo, las limitaciones de un foco heurístico de base fundamentalmente biológica y, por lo mismo, limitada, estricta y «precisa» (45, 46, 58). Su aceptación de conceptos típicamente socio-culturales es, lógicamente, baja y tangencial ya que todo tipo de acción o emoción humana, es básicamente concebido como resultado de interacciones genéticas, bioquímicas o neurofisiológicas con un ambiente formal o someramente ecológico. Muchos autores pueden considerarlo una «advertencia» en pro de amplitud de miras y auténtica integración ontológica (59).

Cultura como ambiente clínico impregna todo tipo de conducta humana, por lo que es importante explorarla, reconocerla y valorarla como factor circundante etio-patogénico y terapéutico-preventivo. Se impone una comunicación precisa e inmediata de factores o hallazgos de este tipo, identificados y transmitidos al equipo, deseablemente multidisciplinario de manejo. Este activo intercambio de valiosa información socio-cultural debe, a su vez, ser de naturaleza universal, si se tiene en cuenta fenómenos sociales contemporáneos de extraordinaria vigencia como las migraciones, los avances tecnológicos y el indetenible proceso de Globalización (60, 61).

La investigación colaborativa internacional en países, regiones, continentes y a nivel mundial, sobre sistemas diagnósticos existentes o en preparación, debe forzar su apertura al estudio e inclusión de factores culturales y de sus cambiantes configuraciones, en búsqueda de totalidad e integración (62). Esta necesidad es particularmente imperiosa en América Latina, el «continente de la esperanza», fuente de múltiples culturas que,

conformando comunidades variadas, ha creado una milenaria y singular historia y una psiquiatría de gran valor en constante búsqueda de visibilidad y reconocimiento justiciero.

REFERENCIAS

- (1) Bartholomew R.E. Exotic deviance: medializing cultural idioms –from strangeness to illness. Boulder: University Press of Colorado; 2000. Retrieved from: <https://www1.bps.org.uk/system/files/Public%20files/cat-1325.pdf>
- (2) Lewis-Fernández R., Aggarwal N.K. Culture and Psychiatric Diagnosis. En: Alarcón R.D. (Ed.) Cultural Psychiatry. Basel, Switzerland: Karger; 2013: 15-30.
- (3) Alarcón R.D. Global Mental Health and systems of diagnostic classification: Clinical and cultural perspectives. *Acta Bioethica*, 2016; 22(1): 15-25.
- (4) Patel V., Araya R., Chatterjee S. *et al.* Treatment of prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2007; 370: 991-1005.
- (5) Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 1967.
- (6) Berríos G.E. The history of mental symptoms. Descriptive Psychopathology since the 19th. Century. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press, 1996.
- (7) Gracia D., Lázaro J. Historia de la Psiquiatría. En: Ayuso-Gutiérrez J.L., Salvador-Casulla L. (Eds.) Manual de Psiquiatría, pp. 17-31. Madrid: España: Interamericana McGraw Hill, 1992.
- (8) Doerr-Zegers O. La aproximación fenomenológica en Psiquiatría. En: Alarcón R.D., Chaskel R., Berlanga C. (Eds.) *Psiquiatría*, vol. I (4^a. edición), pp. 67-77. Lima, Perú: Fondo Editorial Cayetano Heredia, 2019.
- (9) Salazar-Gonzalez J. Las interpretaciones psicodinámicas. En: Alarcón R.D., Chaskel R., Berlanga C. (Eds.) *Psiquiatría*, vol. I (4^a. edición), pp. 77-80. Lima, Perú: Fondo Editorial Cayetano Heredia, 2019.
- (10) Fábrega H. Cultural and historical foundations of psychiatric diagnosis. En: Mezzich J.E. *et al.* (Eds.) Culture and Psychiatric Diagnosis.

- A DSM-IV perspective, pp. 3-14. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1996.
- (11) Villaseñor-Bayardo S., Rojas Malpica C., Aceves Pulido M.P. La Psiquiatría Cultural en América Latina. *Vertex*, 2014; 25: 122-130.
 - (12) Hyman S.E. The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Ann Rev Clin Psychology*, 2010; 6: 155-179. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532
 - (13) Kendler K.S. The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 2016; 15(1): 5-12. doi: 10.1002/wps.20292
 - (14) Kendler K.S. Potential lessons for DSM from contemporary Philosophy of Science. *JAMA Psychiatry*, Published Online, December 8, 2021.
 - (15) Wray K.B. Resisting scientific realism. Cambridge University Press, 2018. Doi: 10.1017/9781108231633
 - (16) Kamens S.R., Cosgrove L., Peters S.M., Jones N., Flanagan E., Longden E. *et al.* Standards and guidelines for the development of diagnostic nomenclatures and alternatives in mental health research and practice. *J Humanist Psychol*, 2018. <https://doi-org.ezproxy.lib.umb.edu/10.1177/0022167818763862>
 - (17) Kroska A., Harkness S.K. Exploring the role of diagnosis in the modified labeling theory of mental illness. *Soc Psychol Q*, 2008; 71(2): 193-208.
 - (18) Group for the Advancement of Psychiatry, Committee on Cultural Psychiatry. *Cultural Assessment in Clinical Psychiatry*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, 2002.
 - (19) Alarcón R.D. Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: Review and projections. *World Psychiatry*, 2009; 8: 1-9.
 - (20) Bridges A.J., Gregus S.J., Rodriguez J.H., Andrews A.R., Villalobos B.T., Pastrana F.A., Cavell T.A. Diagnoses, intervention strategies, and rates of functional improvement in integrated behavioral health care patients. *J Consult Clin Psychol*, 2015; 24: 233-240.
 - (21) World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th. Revision (ICD-11 Version)*. Geneva, Switzerland, 2019.
 - (22) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Ed, Text Revised (DSM-5-TR)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association, 2022.

- (23) Insel T., Cuthbert B., Garvey M., Heinssen R., Pine D.S., Quinn K. *et al.* Research Domain Criteria (RDoC). Toward a new classification framework for research in mental disorders. *Am J Psychiatry*, 2010; 167: 748-751. doi: 10.1176/appi-ajp.2010.09091379
- (24) Institute of International Statistics. International List of Causes of Death. *Bulletin of the Institute of International Statistics*, 1900; 12, 280 pp.
- (25) World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, 6th. Revision (ICD-6). Geneva, Switzerland, 1949.
- (26) First M.B., Reed G.M., Hyman S.E., Saxena S. The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioral disorders. *World Psychiatry*, 2015; 14: 82-90. doi: 10.1002/wps.20189
- (27) Clark L.A., Cuthbert B., Lewis-Fernández R., Narrow W.E. and Reed G.M. Three approaches to understanding and classifying mental disorders: ICD-11, DSM-5 and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychol Sci in Pub Interest*, 2017; 18(2):72-145.
- (28) International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 2011; 10: 86-92. doi: 10.1002/j/2051-5545.2011.tb00022.x
- (29) Reed G.M. Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Prof Psychol Res Practice*, 2010; 41: 457-464. doi: 10.1037/a0021701.
- (30) Bourne L., Bryant-Waugh L., Cook J., Mandy W. Avoidant/restrictive food intake disorder: A systematic scoping review of the current literature. *Psychiatry Res*, 2020; June, 288: 112961. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112961
- (31) Kirmayer L.J., Ban L. Cultural Psychiatry: Research strategies and future directions. En: Alarcón R.D. (Ed.) *Cultural Psychiatry*. Basel, Switzerland: Karger, 2013, pp. 97-114.
- (32) Barzoff J., Flanagan M.L., Hertz P. (Eds.) *Inside out and Outside in. Psychodynamic Clinical Theory and Psychopathology in contemporary multiple contexts (2nd. Ed.)*. Lanham, U.K.: Jason Aronson, 2007.

- (33) Bhui K., Ascoli M., Nuamh O. The place of race and racism in cultural competence: What can we learn from the English experience about the narratives of evidence and argument?. *Transcult Psychiatry*, 2012; 49: 185-205.
- (34) Alarcón R.D. (Ed.) *Cultural Psychiatry*. Basel, Switzerland: Karger, 2013. 133 pp.
- (35) Price R.K., Shea B.M., Mookherjee H.N. (Eds.) *Social Psychiatry across cultures. Studies from North America, Asia, Europe and Africa*. Nueva York: Plenum Press, 1995. 226 pp.
- (36) Jacob K.S. Idioms of distress, mental symptoms, syndromes, disorders and transdiagnostic approaches. *Asian J Psychiatry*, 2019; 46: 7-8. doi: 10.1016/j.ajp.2019.09.018
- (37) Ventriglio A., Ayonrinde O., Bhugra D. Relevance of culture-bound syndromes in the 21st. Century, *Psychiatry and Clin Neurosciences*, 2016; 70(1): 3-6. doi: 10.1111/pcn.12359
- (38) Alarcón R.D. Modismos de Distrés: Significado cultural y clínico en poblaciones latinoamericanas. *Mente y Cultura*, 2022; 3(1): 33-40. doi: 10.17711/MyC.2683-3018.2022.005
- (39) Mezzich J.E., Caracci G., Fabrega H., Kirmayer L.J. Cultural Formulation Guidelines. *Transcult Psychiatry*, 2009; 46: 383-405. doi: 10.1177/1363461509342942
- (40) Lewis-Fernández R., Aggarwal N.K., Hinton L., Hinton D.E., Kirmayer L.J. (Eds.) *The DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, 2016.
- (41) Lewis-Fernández R., Aggarwal N.K., Lam P.C., Galfalvy H., Weiss M.G., Kirmayer L.J., Paralikar V. Alarcón R.D., Díaz E. *et al.* Feasibility, acceptability and clinical utility of the Cultural Formulation Interview: mixed methods results from the DSM-5 international field trial. *Brit J Psychiatry*, 2017; 210: 290-297. doi: 10.1192/bjp.bp.116.193862
- (42) Frances A. DSM-5 field trials discredit the American Psychiatric Association. *Huffington Post*; 2012. https://www.huffingtonpost.com/allen-frances/dsm-5-field-trials-discre_b_2047621.html.
- (43) Karter J.M. and Kamens S.R. Toward conceptual competence in Psychiatric Diagnosis: An ecological model for critiques of the DSM. En: *Critical Psychiatry* (S. Steingard, Editor) Chapter 2, pp. 17-69. Basel,

- Switzerland: Springer Nature, 2019. https://doi.org/10.1007/978-3-030-02732-2_2
- (44) Nemeroff C.B., Weinberger D., Rutter M., MacMillan H.L., Bryant R.A., Wessley S., Stein D.J., Pariente C.M., Seemuller F., Berk M., Malhi G.S. DSM-5: A collection of psychiatrist views on the changes, controversies and future directions. *BMC Med.* 2013; 11(1): 202-207.
- (45) Cuthbert B.N. & Insel T.R. Toward Precision Medicine in Psychiatry. The NIMH Research Domain Criteria project. En: *Neurobiology of Mental Illness*, 4th. Ed., pp. 1076-1088. (D.S. Charney, P. Sklar, J.D. Buxbaum & E.J. Nestler, Eds.) Nueva York: Oxford University Press, 2013.
- (46) Cuthbert B.N. The RDoC framework: Facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*, 2014; 13: 28-35. doi: 10.1002/wps.20087
- (47) Insel, T.R. *Healing. Our path from mental illness to mental health.* Nueva York: Penguin Press, 2022. 306 pp.
- (48) Alarcón, R.D. Valuable lessons. *Healing: Our path from mental illness to mental health* by T. Insel. Book Review. *The Psychiatric Times*, August 10, 2022.
- (49) Williams L.M., Hack L.M. (Eds.) *Precision Psychiatry. Using Neuroscience insights to inform personally tailored, measurement-based care.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association Publishing, 2022.
- (50) Borsboom D., Cramer A.O. and Kalis A. Brain Disorders? Not really: Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behav Brain Sci.* 42:e2. doi: 10.1017/80140525X17002266
- (51) Haslam S.A., Haslam C., Jettsen J., Cruwys T., Bentley S.V. Rethinking the nature of the person at the heart of the biopsychosocial model: Exploring social changeways not just personal pathways. *Soc Sci Med*, 2021; 272: 113566. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113566
- (52) Gomez-Carrillo A., Paquin V., Dumas G. and Kirmayer L.J. Restoring the missing person to personalized medicine and precision psychiatry. *Front Neuroscience*, 2023; 17: 1041433. doi: 10.3389/fnins.2023.1041433
- (53) Kirmayer L.J., Worthman C.M., Kitayama S., Lemelson R. & Cummings C.A. (Eds.) *Culture, mind and brain: Emerging concepts, mo-*

- dels and applications. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 534 pp.
- (54) Kirmayer L.J. Empathy and alterity in Psychiatry. En: Re-Visioning psychiatry: Critical neuroscience, cultural neuropharmacology and global mental health (L.J. Kirmayer, R. Lemelson & C. Cummings, Eds.). Nueva York: Cambridge University Press, 2015. pp. 141-167. doi: 10.1017/CBO9781139424745.099
- (55) Campbell W.H., Rohrbaugh R.M. The Biopsychosocial Formulation Manual: A Guide for Mental Health professionals. Nueva York: Routledge Press, 2006.
- (56) Vanheule S. Diagnosis and the DSM: A critical review. Londres: Palgrave MacMillan Publisher, 2014; pp. 35-53. doi: 10.1057/9781137404688
- (57) Dumas G. From inter-brain connectivity to inter-personal psychiatry. *World Psychiatry*, 2022; 21: 214-215. doi: 10.1002/wps.20987
- (58) Patrick C.J. Genetics, neuroscience and psychopathology: Clorhing the emperor. *Psychopathology*, 2014; 51: 1333-1334. doi: 10.1111/psyp.12356
- (59) Kirmayer L.J., Crafa D. What kind of science for psychiatry?. *Frontiers Hum Neurosci.*, 2014; 8: 435-439. doi: 10.3389/fnhum.2014.00435
- (60) Patel V., Prince M. Global Mental Health: A new global health field comes of age. *JAMA*, 2010; 303: 1976-1977.
- (61) Alegría M., Atkins M., Farmer E., Slaton E., Stelk W. One size does not fit all: taking diversity, culture and context seriously. *Admin Policy Ment Health*, 2010; 37: 48-60.
- (62) Bracken P., Thomas P., Timimi S., Asen E., Behr G., Beuster C. *et al.* Psychiatry beyond the current paradigm. *Brit J Psychiatry*, 2012; 201(6): 430-434.

MELANCOLÍA: GENIO Y LOCURA A TRAVÉS DE LA PINTURA. PARTE II

Sergio Javier Villaseñor Bayardo¹

La primera parte de esta conferencia, en el 6º congreso del GLADET del año pasado, la terminamos hablando de las tres estampas magistrales de Dürero. Me gustaría retomar tales estampas con base en las mismas referencias, Jean Clair, Francisco Alonso Fernández, y otras nuevas.

Del famoso grabado de Dürero, *Melencolía I*, se puede pensar que ese personaje femenino alado ha logrado superar las poderosas sombras que habitan a la melancolía: la locura, la aflicción, la pereza y el duelo. Otros consideran que es una síntesis de la representación tradicional del pecado mortal de la pereza, de la acedia. Para Alonso Fernández, nos encontramos frente a la figura del pensador o el científico apresado por la enfermedad de la melancolía. Señalaba Alonso: «Este personaje alado puede representar al arte supremo de las matemáticas, es decir, la astronomía. La figura está sumida en la meditación sobre un problema insoluble. Es un pensador enfermo. Tiene una melancolía de artista.

Alberto Dürero (1471-1528), fue otras muchas cosas además de un excelente pintor: escultor, arquitecto, geometra, escritor, poeta aficionado y sobre todo un grabador genial. Nadie le ha discutido desde su muerte hasta hoy el galardón de ser el mejor grabador de todos los tiempos.

«Melencolía I» según el rotulo original. Esta plancha concluida en 1514 forma en unión de otras dos: El caballero, la muerte y el demonio, y San Jerónimo en su celda, un tríptico magistral, cuyas tres hojas están concebidas como grandes obras maestras.

¹ Profesor Investigador Titular C. Universidad de Guadalajara.

Tienen un misterioso significado simbólico, ya que se trata de tres importantes alegorías de la vida humana.

La composición de *La melancolía* sorprende desde el inicio por el alto grado de heterogeneidad formal y de oscuridad esotérica. Todo se encuentra más o menos amontonado en este grabado: dos figuras humanas, dos animales, una colección de numerosas herramientas y diversos símbolos y un paisaje idílico.

Esta composición gira en torno a la idea de que la imaginación melancólica nutrida por temas filosóficos, artísticos y científicos, o sea el temperamento melancólico, resulta bloqueado o paralizado cuando recibe el impacto de la melancolía enfermedad o melancolía clínica.

Que el abanderado que sostiene el rotulo «*Melencolia I*» sea un abultado murciélago, animal muy vinculado a la enfermedad melancólica o depresiva por su condición nocturna y su tendencia a habitar en espacios lóbregos y oscuros, nos permite identificar la intención de Durero como una especial dedicación a plasmar la imagen de la melancolía en cuanto enfermedad. Por otra parte, la amplia serie de instrumentos del trabajo y símbolos creativos sirve para representar a la melancolía del pensamiento.

Durero mostró una Geometría hecha melancolía, o si se prefiere a la inversa, una Melancolía adornada de todo lo que implica la palabra geometría: en suma, una «*Melancholia artificialis*» o «*Melancholia de Artista*».

En el grabado de Durero debemos glosar los siguientes elementos: con relación a la alta tonalidad de sabiduría, funcionan como indicadores las alas plegadas, expresión del pensamiento, el océano, símbolo de la sabiduría, y la escalera, imagen del perfeccionamiento.

A todo ello se agrega la identidad de la enigmática mujer como la encarnación de la melancolía creadora y sabia apresada por el sufrimiento de la melancolía mórbida. La postura de la cabeza abatida, con la mano aplicada a la frente, la mejilla o el mentón se va utilizado indistintamente como imagen del dolor, la pesadumbre o la fatiga y como representación del pensamiento y la meditación.

En el siglo XX, este grabado seduce a los surrealistas. El poliedro del grabado figura como una profesión de fe en varias obras de Giacometti.

En la primera parte de estas conferencias, cuando vimos las representaciones pictóricas del infierno de Dante, también hablamos un poco de



pintura

Botticelli. La serie de ilustraciones para «La divina comedia» muestra al diseñador en su apogeo. Me gustaría agregar que también hay un velo melancólico en otras de sus obras.

Giorgio Vasari lo describe como un artista sofisticado. La obra de Botticelli, aprendiz de orfebre convertido en pintor renombrado al servicio de los Medici, poseedor de una perfecta armonía entre línea y color, pero también teñido de una delicadeza melancólica al final de su vida, de una atmósfera de meditación. Insufla a sus composiciones mitológicas la misma gravedad melancólica que a las obras sagradas.

Alessandro di Mariano di Vanni Filipepi más tarde conocido como Sandro Botticelli fue alumno de Filippo Lippi. A la gracia, a la plenitud de sus formas, Botticelli agrega una nota melancólica. Bajo su pincel, la ternura maternal de la virgen se cubre de un velo de tristeza. Transmite un sentimiento conmovedor de melancolía, perceptible, a la vez en la mirada interiorizada de la virgen y en la expresión patética de Jesús. (Madonna des Guidi de Faenza. 1465-70. Louvre). (Jérôme Coignard)

Pero ¿cuáles han sido los colores propios de la melancolía? ¿El amarillo y el verde de los melancólicos elizabetianos?

La reforma impuso una cromofobia profunda y durable. Todos los protestantes morales tuvieron una profunda aversión por el color. El gentil-hombre melancólico prototipo del dandy romántico, estará vestido de negro y blanco, colores de la reforma de Calvino.

En la época contemporánea, habituados a cierta música, nos imaginamos que el *bleu* es el color de la melancolía. Los *blue devils* son los demonios azules, las ideas negras, *le cafard*. El mundo moderno, en realidad, está bajo la dominación del gris... los colores de la industria son un veneno.

¿LA MELANCOLÍA ES ROJA?

Yves Hersant, señala que, en contraste neto con Durero, 18 años después, Lucas Cranach el viejo (1472-1553) pintó melancolías coruscantes. Una primera versión de 1528, coloca en la escena a 4 bambinos o bebés atormentando a un galgo. Una dama alada, con un elegante vestido rojo, los vigila cortando una varita. Detrás, en la parte superior del cuadro se ve un vasto paisaje amenazado por una horda de brujas.

En 1532, en la segunda versión, desdeñando al perro, tres bebés o *putti*, empujan una esfera hacia un aro.

El mismo año, la tercera versión, distribuye de manera diferente la dama de rojo, la esfera y los bambinos. Uno de ellos oscila en un enorme colupio, éste último cuadro adquirido por el museo Unterlinden de Colmar es el mejor construido de la serie.

La dama en rojo de Colmar es cautivante, sus pupilas nos atrapan, así como el delicado seno hacia el cual convergen las líneas de fuerza del cua-

dro. Nos subyuga la gracia perversa del ángel falsamente púdico. Cranach ha tomado a Durero de referencia pero para contradecirlo.



Una dinámica erótica substituye a la inmovilidad meditativa. Estamos ante una mirada menos saturniana que venérea. Coqueta y seductora, menos ángel que prostituta, vestida de rojo para señalar la profesión. Entre el grabado y el cuadro, la diferencia es más patente que la influencia. Cranach nos muestra un ser maléfico, parecido al demonio.

La melancolía de Colmar se opone a la melancolía I, como lo dinámico a lo inmóvil, como la gracia a la pesantez, como lo sexuado a lo asexuado, como el vacío a lo demasiado lleno y como lo colorido a lo acromático. De un lado el negro y el blanco, del otro todo un juego de rayas haciendo luchar colores rojos, amarillos y azules de una escena de interior; y los negros, violetas y verdes del plano de fondo.

Avicena, decía que la melancolía puede ser natural o «secretoria». Ésta última puede tener 4 especies: una proviene de la combustión de la bilis amarilla, otra de la combustión del flegma, una tercera de la combustión de la sangre, y una cuarta es el residuo de la combustión de la melancolía natural. Esto significa que la melancolía puede tener otros fundamentos distintos al humor negro *stricto sensu*. Puede ser que se deba a la sangre o a la bilis amarilla que algunos autores consideran como roja. Esto puede darle sentido a la Melancolía de Colmar.

Un amigo de Cranach, Philip Melanchton, describe mejor el proceso: «Cuando la melancolía proviene de la sangre y que un poco de esa sangre se diluye, engendra la locura del hombre tontamente feliz, esta especie de delirio de hilaridad que se dice afectó a Demócrito... pero cuando la melancolía proviene de la bilis roja, ella engendra delirios y furoros horribles; de esa especie era la locura de Hércules y de Ajax...» Del suicidio de Ajax ya hablamos en la primera parte.

Otra interpretación de la pintura tiene que ver con el amor heroico, la *melancholia heroica* que refuerza el lazo entre la melancolía y el erotismo. ¿acaso, no se ve a un noble señor al fondo, -al lado de las brujas- portando un gran sombrero? Detrás de la bella se perfila el príncipe de las tinieblas. La alegoría de Cranach nos muestra a una bruja en plena acción. Tanto sus gestos como su ropa la designan como maléfica: El peinado, los pies, la mirada fascinante, la vara que está pelando, simbolismo sexual tan violento que simula una castración, a una privación del miembro viril.

El inocente bambino que se balancea, en realidad nos quiere llevar al aquelarre. Con irónica perversión, Cranach lo deja al cuidado de culminar

nuestra posesión. La melancolía entonces viene menos de Saturno que de Satán. El color es el soporte de la seducción.

Jean Clair señala que durante largo tiempo la licantropía o «*Folie Louvière*» ha formado parte del cuadro clínico de la melancolía. El lobo es el animal salvaje más próximo del hombre y en consecuencia el más temido. Viene del griego *lykos*, lobo, y *anthropos*, hombre.

El hombre-lobo, cuyo lejano origen se encuentra en la mitología griega. En la figura de Lycaon, soberano de Arcadia, convertido en lobo por Zeus por haber osado servirle, en una comida, los miembros de un niño que acababa de degollar.

Otro gran personaje acusado de bestialidad, reportado en la biblia, fue Nabucodonosor que se transformó en res.

Desde el inicio de nuestra Era, la licantropía se describe como una especie de melancolía. Los célebres médicos árabes: Razés y Avicena lo retoman en el siglo X. En la antigüedad tardía y al inicio de la edad media se le denomina: *Insania lupina* o *Melancholia lupina*. Recordemos que a la lepra también se le asociaba a un animal bajo el nombre de «Elefantiasis». En México este fenómeno nos aproxima a la creencia en el hombre-nahual, al nahualismo.

Los aspectos clínicos de la licantropía eran: lesiones cutáneas características, purpúricas o ulcerosas, el alejamiento de los humanos; la misantropía, un comportamiento solitario y nocturno, todo ello ligado al exceso de bilis negra, a la melancolía.

El renacimiento vuelve a considerar la melancolía mórbida de los anacoretas. En Florencia, Pico della Mirandola, y la élite intelectual consideran a esta enfermedad: «Signo de la dignidad del hombre». Por el contrario, entre los campesinos y las clases pobres esta enfermedad los convierte en animales, en secuaces del diablo.

Aristóteles, fue el primero en percibir la naturaleza circular de una afección que oscilaba entre la postración y el furor, anticipándose junto con Marsile Ficin en su: *De vita triplici*, (1482), al concepto de depresión bipolar. *Ad utrumque extremum melancholia vim habet*. (En ambos extremos la melancolía tiene fuerza)

ÁNGEL DEL CIELO O DEMONIO DEL INFIERNO: *AUT DEUS* *AUT DEMON*

Todavía en 1607, un autor describía la tensión perpetua que habita al *typus melancholicus* (Wilkinton, *The optic glasses of Humours*. Londres). *Sub Saturno nati aut optimi aut pessimi* (Los que nacen bajo el signo de Saturno son, o completamente buenos, o completamente malos). Saturno es el demonio de los extremos. Al hombre genial, el privilegio de los dioses, al hombre salvaje, la posesión de los demonios.

La bula de Inocencio VIII en 1484, le dio curso libre a la inquisición y en respuesta a ello, dos dominicanos, Henry Institoris y Jacques Sprenger, publicaron en 1487, su *Malleus maleficarum*. En este tratado, la licantropía no era considerada ya como un caso de melancolía sino como resultado de un acto de brujería.

La intervención de Johann Weyers (Wierus) (1515-1588), puede considerarse una primera revolución de la psiquiatría según Jean Starobinski. Su obra maestra: *De prestigiis daemonium et incantationibus ac veneficiis libri sex* (Bâle, 1563) salvó de la pira a muchas pobres mujeres acusadas de haber pactado con el diablo.

Cronos, devorador de sus hijos, corresponde a la cultura letrada universitaria, lo que a la cultura popular es la figura del hombre lobo. El mito del dios caníbal y padre de los otros dioses equivale, en la historia del inconsciente colectivo a la figura que el ogro es en los temores infantiles.

En razón de la homofonía, Saturno-Satán, está cerca del demonio que aparece en el juicio final. Raramente designa Saturno una manera de ser y un destino humano ordinario; más bien designa a un hombre separado de los otros, divino o bestial (Ficin).

El perro se asocia a la disposición del melancólico en general, y de los sabios y profetas en particular. Es el compañero del ángel de Durero como de San Jerónimo en su celda. El perro compañero solitario y fiel puede caer en accesos de locura. Este animal emblemático de la melancolía puede ser también un lobo. Puede tener una regresión de la civilidad doméstica a la bestialidad silvestre.

Para Pinel, el origen de la locura debe buscarse en los desórdenes de las pasiones y estima que el maniaco puede ser bello, lo cual lo distingue radicalmente del idiota, el cual, dentro de su bestialidad, es completamente

te rechazado como orgánico. El loco puede recibir un tratamiento moral, el idiota es abandonado a los confines de la raza humana.

Morel y Lombroso, al introducir la noción de «degeneración», en el saber psiquiátrico naciente, consideran a los hombres geniales como criaturas alienadas. Así, el hombre de genio, el melancólico, según Aristóteles, en la segunda mitad del siglo XIX, se convierte en un degenerado. Más aún, en un individuo nocivo de la sociedad moderna.

¿CUÁL SERÍA LA APROXIMACIÓN PSICOANALÍTICA A LA LICANTOPRÍA?

Georges Devereux no duda que los personajes de Ajax y Orestes son hombres-lobos a la griega. El Melancólico es un autófago. El canibalismo es propio de la melancolía. En el duelo que sufre sin razón, en la pena devorante que es la suya termina por reemplazar el objeto perdido por sí mismo, por roerse y comerse sin fin. Es presa de una culpabilidad difusa y permanente, dominado por un superyó imperioso se castiga a sí mismo, a veces suicidándose. La incorporación del canibalismo está entre los fantasmas más arcaicos que espantan al alma humana. Claude Lévy-Strauss consideraba que la omofagia, devorar el objeto amado, es un incesto.

LA MELANCOLÍA DE LOS ASESINOS ISABELINOS O ELIZABETHIANOS. (OLIVER MESLAY)

En la obra de Marco Anneo Lucano, «Farsalia», se hace una apología al cinismo y la más fría traición. Su obra sirve de inspiración a muchos artistas de la edad media y de la época de la denominada: «reina virgen», Isabel I. La melancolía Isabelina es una melancolía de asesinos... Antes de morir, en 1593, Christopher Marlowe, perseguido por falsificador y complicidad de asesinato, traductor de Farsalia, ya había escrito una pieza sobre la melancolía del Fausto, figura esencial de la melancolía moderna. La publicación póstuma de esa obra en 1604 la coloca entre los más destacados cantos de la melancolía. Es aquella que experimenta el hombre ante su libertad, aquella del vértigo del genio. Ya no es la Acedia la que domina la época sino por el contrario, un extra de energía y de actividad, La melancolía Isabelina es refinada.

Poco más de un siglo más tarde, la música será el remedio para la melancolía, como en la colección de Thomas D'Urfey: *Wit and Mirth: or, Pills to Purge Melancholy*. (Ingenio y alegría: o píldoras para purgar la melancolía).

La melancolía es profunda, elegante, pero sobre todo activa, desafiante de la muerte, frecuentemente desafiante. En los Isabelinos, la actividad, la blasfemia y el asesinato parecen una diversión última. Para el melancólico no se trata de olvidar su mal sino de luchar hasta el extremo de los límites humanos contra aquello que lo sumerge. Hay una increíble energía.

LA MELANCOLÍA CONSIDERADA COMO UN CARÁCTER NACIONAL

Algunos autores (Lawrence Babb) insistieron en que el carácter nacional inglés se distinguía por su impredecibilidad y su tendencia al suicidio, era la llamada *Elizabethan malady*. La melancolía, enfermedad nacional en Inglaterra, moralmente destructora o literariamente fecunda (Hamlet). Al mismo tiempo para los españoles, la melancolía era considerada, por su base humoral, sana y superior, parte de su carácter nacional.

En 1575, el médico valenciano Huarte de San Juan había publicado un *Examen des Esprits pour les sciences, où se montre la différence de capacités qui distingue les hommes et le genre d'écrits qui correspond à chacun en particulier*. Huarte apoyaba su antropología en la ciencia griega de Aristóteles, Hipócrates y Galeno. Proponía una clasificación del carácter nacional europeo colocando, a la cabeza, a los españoles. Éstos, en virtud de su territorio y de su clima, tenían el privilegio del temperamento melancólico ideal alcanzando las verdades más ocultas. Como teólogos, según Huarte, los españoles son la antorcha de la ortodoxia europea, como poetas, son los más dotados para elevarse a lo sublime. Los franceses y los italianos, de temperamento más sanguíneo, están menos dotados para la verdad, solo brillan en la elocuencia y fácilmente resbalan al error.

Pascal de la Court en 1616 publica una obra titulada: *Tableau des Gaules en forme de colloque entre des hommes des principales nations de l'Europe, un François, un Espagnol, un allemand, un italien*. Pascal se torna contra la hispanolatria de Huarte y sitúa al carácter francés como poseedor de todas las potencias del espíritu. Evitando el exceso de flema de los ale-

manes, los excesos sanguíneos de los italianos y los excesos melancólicos de los españoles.

En 1623 un médico francés Jacques Ferrand, publica un tratado llamado: *De la maladie d'amour ou mélancolie érotique, discours curieux qui enseigne à connaître l'essence, les causes, les signes, et remèdes de ce mal fantastique*. Avanza hacia una demistificación y curabilidad de la melancolía.

El abate Prevost en el siglo XVIII decía que la verdadera melancolía era inglesa. En la misma época George Cheyne, la considera como una particularidad insular en su libro: *The English Malady*.

La fortuna de una sola palabra, *spleen*, hace desplazar ese concepto de ligar la melancolía al carácter nacional. De origen latino, ligada a los humores del bazo, el *spleen*, la palabra y la pose, se expandieron por Europa. Atraviesa la mancha y se instala en la Francia romántica. En *Las flores del mal*, Baudelaire consagra esta palabra dándole cierta elegancia y dandismo. Se le considera como un efecto de la inteligencia, el conocimiento y la civilización.

Robert Burton, un clérigo de Oxford, consagra su vida y su muerte a la melancolía (puesto que se suicidó), escribe un célebre estudio (*The Anatomy of Melancholy*, 1621) en donde los datos de introspección completan, de manera original, la descripción clásica.

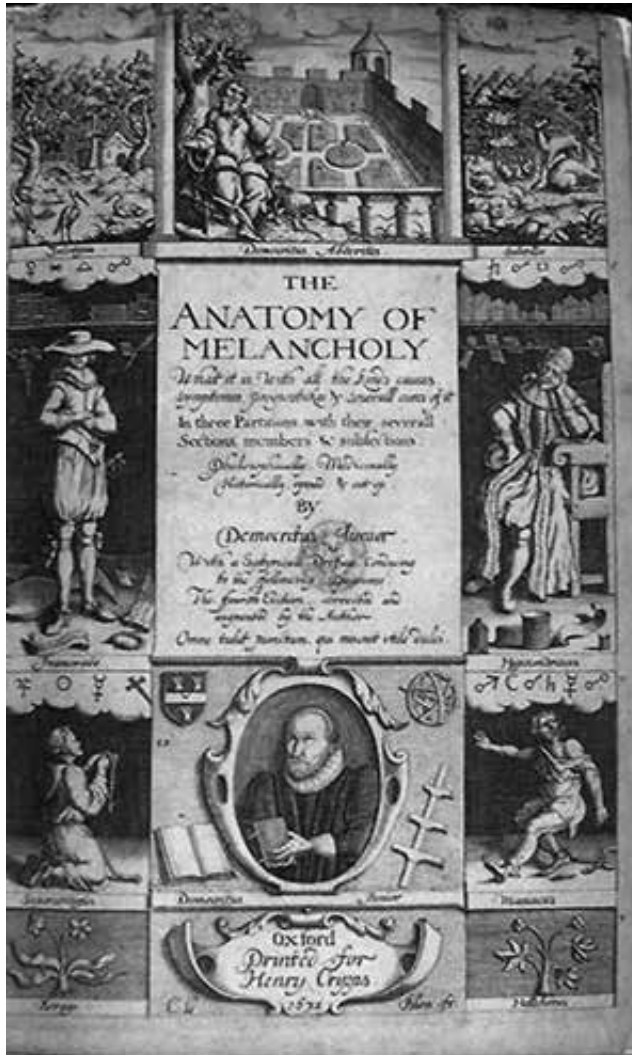
El libro de Robert Burton (1577-1640), ocupa un lugar esencial. Para muchos, es el libro fundador del estudio de la melancolía moderna. Las grandes figuras melancólicas muestran esta fascinación del estudio como forma de retirarse del mundo, encerrados en su torre de cristal. Para Burton, la melancolía es congénita, de naturaleza universal, de innumerales formas de encarnar, polimorfa.

El libro se compone de una larga introducción y de tres grandes capítulos, el primero sobre la naturaleza, las causas y las manifestaciones de la melancolía; el segundo sobre los remedios y el tercero, que es una originalidad de Burton está dedicado a la melancolía amorosa y religiosa.

Robert Burton cita al diente de narval, como un remedio contra la «melancolía hipocondriaca». El emperador Rodolfo II poseía el llamado *unicornu verum*, el auténtico cuerno de narval en su gabinete de objetos de arte. El cuerno lo había conseguido en 1597. Segismundo I de Polonia se lo había regalado a los Habsburgo en 1540 y por contrato debía permanecer como propiedad de los Habsburgo «hasta el fin de los tiempos».

Burton también cita a varios médicos que recomiendan el uso de la piedra de bezoar contra el humor negro: «Ella ahuyenta la tristeza y vuelve contento al que la toma; he visto a muchos enfermos abrumados por la melancolía, curarse, después de haber tomado 3 granos de esta piedra.»

Hubo otra forma de melancolía en Gran Bretaña que tuvo una fortuna sin paralelo: *The Malcontent Traveller*, el viajero infeliz e insatisfecho...



síntoma y remedio de la acedia, el viaje es un dato fundamental de la identidad inglesa. El viaje es, sobre todo, el remedio a la melancolía que la tierra natal suscita.

Pinel mismo decía: sabemos que los viajes son los mejores medios para disipar la sombría melancolía de los ingleses. Starobinski les llama *splenetic travellers*. Y continúa diciendo: el *spleen* es una neurosis y una postura social, es producto de la cultura. (*Histoire du traitement de la mélancolie des origines à 1900*).

En el grabado de Albrecht Dürer (1471-1528) *Le songe du docteur où la Tentation du paresseux* (vers 1498). El durmiente encarna el pecado de la ociosidad -acedia-, el cual engendra múltiples vicios, como allí se ve, el de la lujuria.

Respecto al célebre grabado de Adán y Eva, la preocupación de Dure-ro era representar dos modelos ejemplares del cuerpo humano y también vemos ilustrados los 4 temperamentos derivados del pecado original. Se presentan 4 animales que simbolizan los temperamentos y sus rasgo dominantes: la liebre por la sensualidad del sanguíneo, por la crueldad del colérico, el gato el cual al instante del pecado matará al ratón que tiene frente a él, el buey representa a la flema y a la pereza y el alce a la melancolía. Como ya hemos insistido, también tenemos el famoso tríptico cuyo lugar central ocupa el grabado de San Jerónimo que describe el temperamento flemático, el caballero, la muerte y el diablo para el colérico y el renombrado grabado de Melencolía I.

En el grabado *Melancolicus* de 1550, Virgil Solis nos recuerda las interrogaciones propias al alma melancólica. El valor simbólico de los animales nos da una lectura nueva de esta alegoría. El ciervo subraya el carácter solitario y el cisne re envía al arte adivinatorio y al mismo Apolo.

En el grabado *Melancholicus* (1596) de Jacob II de Gheyn (1565-1629) vemos que la actitud y los elementos visuales permiten asimilar a Saturno con la melancolía. En el margen se lee una copla latina: «*Quans elle est noire, de l'âme es de l'esprit très noire peste, la bile/ Souvent brise les forces du talent et de l'être même*». Se trata del artista solitario, alejado del mundo, nacido bajo el signo de Saturno.

Un ejemplo de simbiosis entre la melancolía y la alquimia nos lo ofrece el libro de Malachias Geiger: *Microcosmus Hipochondriacus sive Melancholia Hipochondriaca* (Munich 1651). Este tratado de medicina muestra la

preparación del *Aurum potabilile*, la poción de oro química que es el correspondiente líquido de la piedra filosofal, considerada en alquimia como el remedio universal, el remedio ideal para la melancolía. (Jörg Völlnagel).

La más bella ilustración pictórica que une a la alquimia con la melancolía nos la da una miniatura del manuscrito *Splendor Solis*. Once niños de talla y edades diferentes juegan en un interior que recuerda el magistral grabado de Durero: San Jerónimo en su celda. Además, esta obra parece inspirada en las obras de Lucas Cranach el viejo, como ya vimos antes.

EL TYPUS MELANCHOLICUS

Giorgio da Castelfranco, (1476-1478) llamado Giorgione, en un doble retrato nos enseña el llamado: *gestus melancholicus*. La obra subraya el valor simbólico de la naranja amarga, fruto atributo de Venus, diosa del amor y la conciencia replegada sobre sí mismo de este personaje melancólico absorto en sus pensamientos que no mira a ningún lado a diferencia del otro joven que nos mira fijamente.

Retomando la melancolía isabelina, tenemos al artista Nicholas Hilliard (1547-1619 con su retrato de Henry Percy, noveno conde de Northumberland. (vers 1594). Al conde, mago por su gusto por la química, lo vemos recostado sobre el jardín de la ciencia. Fue un hombre de ciencia y de letras, modelo de melancolía, hombre aislado que estuvo prisionero en la torre de Londres casi 15 años.

Hasta aquí, con el grabado de Jost Amman de 1589, llega esta travesía melancólica pictórica.

REFERENCIAS

- Alonso-Fernández F. El enigma Goya: la personalidad de Goya y su pintura tenebrosa. Breviarios Fondo de cultura Económica. México. 1999.
- Bosing W. El Bosco. La obra completa-pintura. Taschen. Köln, Germany. 2000
- Clair J. Mélancolie: génie et folie en Occident. Réunion des musées nationaux/Gallimard. 2005

LECCIONES CLÍNICAS DE LA PSIQUIATRÍA CLÁSICA

Dominique Wintrebert

La lucha de la Ilustración a lo largo del siglo XVIII contra todas las formas de opresión religiosa o política tendrá un profundo impacto en la acogida y atención a los alienados. Philippe Pinel se refiere a ella desde las primeras líneas de su Tratado médico-filosófico publicado en 1800.

Casi simultáneamente, en 1803, apareció el asombroso libro de Johann Christian Reil: *Rapsodias sobre el uso del método de curación psíquica en los trastornos de la mente*.¹ Reil acuñó el término psiquiatría. Pero, sobre todo, su idea de «cura psíquica» se suma a la desarrollada por Pinel de «tratamiento moral» así como a otras iniciativas en otros países, como la impulsada por William Tuke en Inglaterra o Vincenzo Chiarugi en Toscana.

Cada uno a su manera, denuncian la inhumana política carcelaria entonces vigente respecto a los alienados. Promueven la hipótesis de que, para muchos de ellos, es posible un tratamiento basado en la intersubjetividad e intentan establecer reglas. Ellos me dieron la idea para mi ponencia.

Voy, pues, a extraer pasajes sobre lo que está en juego en una buena conducta de atención tal como se puede encontrar en la pluma de tres grandes alienistas. Estos pasajes son anticipaciones que leídas hoy resuenan con nuestras prácticas, aunque a veces su teorización psicopatológica deja algo que desear. Al hacerlo, al arrojar luz sobre ellos por medio de elabora-

¹ Reil J. C., *Rhapsodies sur l'emploi de la méthode de cure psychique dans les dérangements de l'esprit*, Champ social éditions, Nimes, 2007, traduit de l'allemand par Géraud M.

ciones posteriores, no evitaré ceder a un cierto anacronismo. Le daré un lugar especial a Charles Lasègue, a quien considero un destacado clínico.

Hay que decir que antes de Pinel, la imaginación de los médicos era ilimitada. Pongamos algunos ejemplos de los que nos informa Jacques Postel en su *Historia de la psiquiatría*: la apertura del cráneo para extraer las «piedras de cabeza», la transfusión de sangre de un ternero para templar «los caldos de sangre de un paciente agitado»² o «la aplicación sobre la cabeza del melancólico o del frenético de las dos mitades de una paloma viva cortada por la mitad».³ A tal punto que en la redacción de su instrucción sobre la manera de gobernar los insensatos, para trabajar por su curación en los asilos destinados a ellos, Colombier y Doublet recomiendan a sus lectores que «se protejan contra el abuso y el prejuicio». Estamos en 1785.

Gladys Swain mostró⁴ cómo resaltar las causas «morales» transformó la representación de la locura. Se convirtió en la locura de un sujeto, capaz de distanciarse de su alienación. Al mismo tiempo, la relación con el terapeuta se volvió fundamental, el médico podía entablar una relación con los locos, dejaban de ser dementes.

Hegel lo resume admirablemente:

El verdadero tratamiento psíquico obedece [...] a esta concepción de que la locura no es una pérdida de la razón, ni del lado de la inteligencia, ni del lado de la voluntad, sino un simple trastorno de la mente, una contradicción en la razón que aún existe. [...] Este tratamiento humano, es decir benévolo a la vez que razonable, de la locura –Pinel tiene derecho al mayor reconocimiento por todo lo que ha hecho al respecto– asume que el paciente es razonable y encuentra allí un sólido punto de apoyo para tomarlo de este lado.⁵

² Postel J., Quétel C., «Bilan des thérapeutiques à la fin du XVIII^e siècle», *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Dunod, París, 2002, p.123.

³ *Ibid.*

⁴ Swain G., *Le sujet de la folie, naissance de la psychiatrie*, Rhadamanthe, Privat, París, 1977, p.22-23

⁵ Hegel G. W. F., *Encyclopédie des sciences philosophiques*, cité par Postel J., *Nouvelle Histoire de la psychiatrie*, op. cit. p.153.

EL TRATAMIENTO MORAL

Pinel se apoya en los estoicos y en la oposición que se ha vuelto clásica desde *Las Tusculanas* de Cicerón⁶ entre la sabiduría y las pasiones, debiendo la razón permitida por la sabiduría dominar los extravíos producidos por las pasiones. En efecto, para Pinel, «[...] las pasiones humanas [...] son las causas más frecuentes de alienación mental»⁷

Pero primero hay que ponerse en contacto con el paciente. Así es como habla de la reticencia antes de que haya sido identificada como tal:

Cuántos obstáculos poderosos, y a veces insuperables, se oponen a la extrema desconfianza o más bien a la salvaje misantropía de ciertos alienados, siempre en guardia contra todo lo que se les acerque. Si se puede triunfar sobre él, es solo con un tono de franqueza, extrema sencillez y modales afectuosos.⁸

Primera lección, que hoy se mantiene intacta, para saber qué le pasa a un paciente, para que acepte confiarse, hay que tratarlo bien.

Retengamos en su Tratado su descripción de lo que hoy se acostumbra nombrar «llamada de refuerzos» en caso de gran agitación de un paciente: «[...] que se venga con muchos y que se reúnan en gran número, es decir, para contenerlo se necesita un aparato imponente que pueda actuar fuertemente sobre su imaginación y convencerlo de que cualquier resistencia sería inútil».⁹

Recomienda al médico una «determinación valiente e imponente»,¹⁰ [...] prosigue, «pero exenta de cualquier ultraje, exenta de todo sentimien-

⁶ Cicerón, *Tusculanes* Livres III-IV, Cf. Livre III, «toutes les passions sont folies», p.6, et livre IV, XXVIII, «Le traitement des maladies de l'âme», p. 58.

⁷ Pinel Ph., *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Paris An IX, réédité par les laboratoires Lilly, p.44-45.

⁸ *Ibid.*, «Introduction», p. LV.

⁹ *Ibid.* p.26.

¹⁰ *Ibid.* p.61.

to de amargura e ira, y conforme a los sagrados derechos de la humanidad». ¹¹

Entendamos aquí que, mucho antes de que viera la luz cualquier teorización de la transferencia, Pinel le pidió al alienista que su contratransferencia no contara para nada en la conducción de la atención.

Podría continuar y mostrar cómo (se) imagina al «ayudante entre pares» antes de su tiempo, pero como el tiempo es limitado, paso a Johann Christian Reil.

LA CURA PSÍQUICA¹²

Imaginamos a Johann Christian Reil como músico. Tituló su obra «Rapsodias...» y para él las enfermedades del alma son «composiciones». Se interesa por todo. Su libro en sí es una composición. Escrito en un lenguaje poético, se encuentran en él tesoros, aunque en un conjunto un tanto desordenado.

Pide la creación junto con la cirugía y la medicina clásica de un «doctorado en medicina psíquica»¹³. Denuncia a los médicos que obstinadamente quieren curar las perturbaciones de la mente solo con medicamentos, y desea una psicología experimental y práctica para los médicos. ¹⁴Se opone perfectamente a que los lugares de internamiento sean lugares de espectáculo: «Los manicomios no pueden servir como arena para la curiosidad.»¹⁵ Jean Garrabé se preguntaba sobre él: «¿Por qué este representante de la neurociencia recomienda la psicoterapia y en qué forma?»¹⁶

¹¹ *Ibid.*

¹² *Rhapsodies...*, *op. cit.* p.62.

¹³ *id.*, p.17.

¹⁴ *Ibid.*, p.22 et 24.

¹⁵ *Ibid.*, p.110.

¹⁶ Garrabé J., «À propos de »Rhapsodies sur l'emploi d'une méthode de cure psychique dans les dérangements de l'esprit» traduit en français par Marc Géraud», *L'Évolution psychiatrique* 73 (2008) 418-427.

Juan Carlos Stagnaro le responde en un artículo de referencia¹⁷ que Reil en su concepción prefigura una psicofisiología interaccionista, estableciendo una dialéctica entre el sistema nervioso y el alma inspirada por Cabanis.

Mucho antes de que Freud pusiera en primer plano la sexualidad, Reil tenía la idea de que «la parte del cuerpo que perpetúa su especie»¹⁸ desempeñaba un papel esencial y se podía hablar en casos de furor de un «orgasmo salvaje»¹⁹ capaz de descargar la excitación interna.

Intrigado por sus muchas anticipaciones de futuras elaboraciones freudianas, fui a consultar las *Obras completas* de Freud y, para mi gran sorpresa, ni una sola vez se cita a Reil. En efecto, Reil se interroga sobre la conciencia de sí mismo, alterada en los alienados. Tiene la idea de que el sueño puede revelar un conocimiento inconsciente: «¿Cómo puede el mismo Yo dividirse en personas que sacan de sí cosas que no sabe que estaban en él y que considera con asombro como una sabiduría ajena?»²⁰ Además, sin llamarlos así, identifica los sueños lúcidos.²¹

No todo es color de rosa en lo que propone y llama la atención el lado prusiano del asunto cuando se trata de ceder a la oposición o al negativismo y obtener la obediencia absoluta de los alienados, asimilados a niños y obligados a trabajar. Métodos perfectamente bárbaros son parte de la cura psíquica. Garrabé señala con razón que estamos lejos de Pinel, que había abogado por el abandono de todo lo que pueda tener relación con la tortura.²² Pero, una vez el alienado, metido «en vereda», Reil aconseja el uso del teatro, la música y la escritura en el cuidado de los dementes.

Para convencerlos de que vayan a leerlo, retomo un pasaje donde, sin teorizarlo, describe lo que se llamará el transactivismo: «Otra anomalía de la conciencia de la subjetividad reside en que, o dudamos de nuestra perso-

¹⁷ Stagnaro J. C., «Los aportes de Johann Christian Reil al nacimiento de la psiquiatría» disponible sur le web: «<https://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/663/916>»

¹⁸ *Rhapsodies...*, *op. cit.* p.8.

¹⁹ *Ibid.*, p.171.

²⁰ *Ibid.*, p.49.

²¹ *Ibid.*

²² Garrabé J., *op. cit.*, p.421.

nalidad, o confundimos nuestro ego con una persona ajena, nos apropiamos de cualidades ajenas y transponemos nuestros propios estados a los demás. En un grupo de estudiantes exaltados, había uno cuyo padre había muerto. Mientras el vino comenzaba a embriagarlos, otro prorrumpió en fuertes sollozos porque creía firmemente que él era aquel cuyo padre había muerto.»²³ Da otros ejemplos de esta identificación imaginaria, uno de los tres tipos de identificación descritos por Freud un siglo después.

LA CLÍNICA INTERSUBJETIVA DE CHARLES LASÈGUE

En su «Prefacio» a la reedición de los escritos psiquiátricos de Charles Lasègue, Jacques Corraze habla de Lasègue como el más original de los sucesores de Pinel en el siglo XIX.²⁴

Lasègue hizo medicina después de estudiar literatura y filosofía. Su tesis versó sobre «Cuestiones de terapia mental.» En ella nuestro autor hace una pregunta: «¿Es posible la teoría del tratamiento moral?» «, a la que intentará responder.

Lasègue fue uno de los raros alienistas de la segunda mitad del siglo XIX que se opuso al organicismo triunfante. Jacques Postel muestra de dónde procede, para Lasègue, la revelación de 1846-1847 de lo que está en juego en la relación médico-paciente, en el tratamiento moral del alienado por parte del alienista, es decir, de la *cura singularis*: tiene la intuición de la relación transferencial y anuncia los principios de lo que luego se llamará la alianza terapéutica.²⁵

Lasègue identificará varios cuadros clínicos, iluminando brillantemente y en varias áreas la constitución del conocimiento psiquiátrico. Os voy a hablar de uno de ellos, titulado «Sobre la anorexia histérica».²⁶ Es

²³ il J. C., *op. cit.*, p.38

²⁴ Lasègue Ch., «Préface» de J. Corraze, *Écrits psychiatriques*, Rhadamanthe, Privat, Toulouse, 1971, p.11.

²⁵ Postel J., *L'Évolution psychiatrique*, 1979, T. XLIV, fasc.III, p.585-616. cité par Caire M., <http://psychiatrie.histoire.free.fr/pers/bio/lasegue.htm#:~:text=Le%2025%20of%C3%A9vri%201846%2C%20il,de%20pr%C3%A9dilection%20et%20l'ami.>

²⁶ Lasègue, Ch., *Écrits psychiatriques*, *op. cit.*, p. 135-150.

una lección referida a la descripción de un cuadro clínico y en la que trata particularmente de las características que debe tener la conducta asistencial.

Señala que lo que él llamará «anorexia» es un cuadro bastante frecuente y suficientemente constante en sus síntomas como para que, según sus palabras, una «descripción no sea [...] la generalización artificial de un caso particular». Insistiendo en la pobreza de vocabulario para designar las variedades de inapetencia, hace esta interesante observación: «Allí, como en otras partes, la pobreza de vocabulario responde a la insuficiencia de conocimiento».²⁷

Luego describe el comienzo de los trastornos y da esta increíble advertencia:

¡Ay del médico que, ignorando el peligro, trata con fantasía sin significado, como sin duración, esta obstinación que espera vencer con la medicina, el consejo amistoso o con el recurso aún más defectuoso de la intimidación! Con los histéricos, una primera falta médica nunca es reparable [...] no perdonan, y, considerando que las hostilidades han comenzado, reclaman el derecho a continuarlas con implacable tenacidad.²⁸

Y más adelante afirma: «El médico, si hubiera prometido una enmienda rápida o si sospechara la mala voluntad del paciente, hace tiempo que ha perdido su autoridad moral».²⁹

Lasègue considera que rezar y amenazar solo conducen a un aumento de la resistencia. El único comportamiento sabio es observar, callar y saber que estamos ante una afección de larga evolución. Mientras la familia utiliza estos dos métodos, la oración y la amenaza, lo que domina en el estado mental de la histérica es, dice Lasègue, «una quietud, [...] un contento verdaderamente patológico.»³⁰

²⁷ *Ibid.* p.136.

²⁸ *Ibid.* p. 138.

²⁹ *Ibid.*, p.141.

³⁰ *Ibid.*, p.143-144.

Luego, describe tres períodos de la afección: el primero de instalación de los trastornos, el segundo de un creciente y absoluto rechazo a prestarse a pruebas de alimentación, el tercero marcado por la amenorrea y el comienzo de complicaciones somáticas. Estando en juego el pronóstico vital, la posición de la familia cambiará, pasando de los reproches a una preocupación acentuada. Citemos a Lasègue: «No se sorprendan de verme, contrariamente a nuestras costumbres, comparando siempre el estado morboso del histérico con las preocupaciones de los que le rodean. Estos dos términos están ligados y tendríamos una noción errónea de la enfermedad al limitar el examen al paciente.»³¹ Y tiene esta frase increíble: «Me pareció que ese cambio inconsciente en las posiciones de la paciente y sus familiares jugaba un papel importante.» [...] Dice entonces «ha llegado el momento en que el médico recobrará su autoridad si se hubiera cuidado de administrarla en previsión del porvenir; el tratamiento ya no se acepta con condescendencia pasiva, se acoge con un apetito que el paciente aún trata de ocultar».³²

Todo en este texto es admirable y paso por alto muchos aspectos destacables para detenerme en esa dimensión intersubjetiva planteada por Lasègue. Esta intersubjetividad atañe a las relaciones médico-paciente y a la dinámica familiar. Lasègue sabe que el histérico desafía a cualquier amo y advierte a sus colegas: sobre todo, que no ocupen esa posición de amo que sabe y decide, so pena de perder todo crédito. Adopta una posición completamente distinta, que no sabemos si hoy en día no sería pasible de los tribunales, la de una abstención terapéutica mientras no se consiga un cambio en las posiciones inconscientes de la pareja que forma la anoréxica y su familia.

Lo más increíble es que habla de cambio inconsciente: al que si no se lo espera, el fracaso estará garantizado. ¿Qué descubrió? Que la histérica es capaz de sacrificar el instinto quizás más arraigado, el de alimentarse, porque pide y espera otra cosa, que no está en el registro de la necesidad, sino del deseo. Y, como se sabe, el deseo está conectado con el Otro, y en lo que concierne al hecho de comer, particularmente con la madre.

³¹ *Ibid.*, p.147.

³² *Ibid.*, p.148.

La anorexia implica un rechazo del don en el cual consiste el objeto oral, porque el don aquí no es un signo de amor. Al hacerlo, el sujeto invierte la dependencia: su madre depende de él.

Decir esperar el momento en que la aflicción gana a los parientes, es esperar ese momento en que la madre está dividida por el temor del peligro vital arriesgado por su hija. Para decirlo en términos freudianos, finalmente se obtiene su castración en forma de falta en el Otro; se obtiene la prueba de amor, el goce de «comer nada»³³ puede transformarse en deseo de comer.

Valérie Valère relató su anorexia que comenzó a la edad de 13 años en su libro *El pabellón de los niños locos*.³⁴ El tono está marcado desde las primeras páginas, cuando habla de su llegada al hospital.

No, no voy a ceder a su humillante chantaje, de hecho, ni siquiera lo pensé. No me atraparán, no puedo decir más que eso. Me condujeron a esta fortaleza arrastrándome de los cabellos: «Estás enferma, aquí te vamos a tratar, ya verás, será mejor «¡No! No estoy enferma, me siento muy bien. No quiero tu cuidado, quiero quedarme solo conmigo, ¡no iré contigo! Su mirada estaba vacía, sus manos listas para agarrarme [...] ¡No necesito a nadie, no me importan todas estas personas, las rechazo! ¡Qué importa después de todo?»³⁵

Esta joven morirá por suicidio a los 21 años, sin jamás salir de su anorexia. Pensando en una historia para el presente, uno puede imaginar que Lasègue la hubiera atendido mejor.

³³ Lacan J., *Le Séminaire, Livre IV, La relation d'objet*, París, Le seuil, 1994, p.184-185.

³⁴ Valère V., *Le pavillon des enfants fous*, París, Stock, 1978.

³⁵ *Ibid.*, p.13.

USO RACIONAL DE LA TELECONSULTA EN INTERVENCIONES EN SALUD MENTAL CON USO DE TICs EN ARGENTINA: RESULTADOS EN CONTEXTO DE PANDEMIA COVID-19

Julia Martín¹
Cristian Gil Mariño²

INTRODUCCIÓN

En el inicio de la pandemia por covid-19, se acentuó mundialmente la importancia de acciones en salud mental para la comunidad en general y el personal de salud, atento a los resultados de investigaciones previas en contextos de crisis sanitarias donde ya se han comprobado efectos iatrogénicos. Por primera vez, dadas las características del virus y la extensión del uso en la comunidad de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (en adelante TICs), se promovieron desde los organismos centrales estrategias con dichos medios. Ante este panorama inédito y la escasez de investigaciones centradas en la efectividad del uso de las mismas, presentaremos los resultados de la evaluación de intervenciones de salud mental realizadas con TICs. Dicha evaluación se centra en delimitar la efecti-

¹ Directora Ejecutiva de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública e Higiene del Municipio Berazategui Especialista en Psicología Clínica (Adultos y gerontes, Adolescentes y niños). Vicepresidente de la AFAPSAM Sección Argentina. Correo e.: juliamartin17@gmail.com-

² Director de Residencias de estadía prolongada, CABA. Médico Psiquiatra. Presidente de la AFAPSAM Sección Argentina, Correo e.: cgilmarino@gmail.com.

vidad de una intervención realizada sobre personal de salud de primera línea de acción en contexto covid-19 de una localidad del área metropolitana bonaerense, epicentro de la crisis sanitaria, y otra centrada en dispositivos para adultos mayores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ambas experiencias en Argentina y en donde desempeñamos roles directivos.

RELEVANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Ante la vacancia señalada en el campo de la salud mental sobre el uso de TICs, consideramos relevante la investigación debido a que la evaluación de intervenciones en Salud Pública constituye un pilar imprescindible en el desarrollo de políticas de salud. En este campo no siempre se pueden llevar a cabo diseños clásicos aleatorizados y controlados de forma estricta (a veces por criterios éticos, otras por razones operativas). Sin embargo, es necesaria una estrategia que, con cierta solvencia y rigor, permita conocer resultados de intervenciones. Esto agiliza muchas veces las fases de revisión, diseño o planificación de la intervención concreta que se esté desplegando y ayuda a tomar decisiones en la medida en que se dispone de información contrastada.

Esperamos que los resultados puedan eventualmente contribuir a la toma de decisiones en políticas en salud mental, que la estrategia pueda trasladarse a otros territorios, constituyendo un aporte a la capacitación de los profesionales de salud mental para la intervención en situaciones sanitarias críticas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de un estudio exploratorio y comparativo, de diseño evaluativo con un diseño evaluativo de la efectividad de una intervención, consistente en la valoración de la adecuación y/o plausibilidad entendidas como la relación entre objetivos y resultados, con proximidad en el tiempo respecto de la realización de la intervención, con el objetivo de establecer ventajas y desventajas en el uso de estas tecnologías, con enfoque de género y derechos humanos en salud y sus aportes.

La selección de sujetos incluyó a personal de salud intervenido en primera línea de acción de una ciudad del Área Metropolitana de Buenos Ai-

res y que aceptó participar (45); y la revisión de 70 registros de clínicos de personas de dos Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de CABA de puertas abiertas. Se implementaron encuestas de satisfacción, se analizaron registros del equipo interviniente y de sus reuniones.

En cuanto al análisis de los datos, los mismos han sido interpretados a través de razonamiento abductivo y analógico; asimismo han sido de utilidad el análisis de contenido, y el método fenomenológico hermenéutico.

ESCENARIOS Y DISPOSITIVOS EVALUADOS: CARACTERÍSTICAS INICIALES DE LAS POBLACIONES DESTINATARIAS Y DISPOSITIVOS IMPLEMENTADOS

El ámbito de estudio estuvo compuesto por dos escenarios diferentes pero con uso de TICs en ambos casos y por tanto la evaluación de efectividad de cada uno. Pasaremos a describirlos sucintamente.

Dispositivo (A) «Intervención a personal de salud con uso de TICs»

Se intervino sobre una compleja red asistencial del primer nivel de atención del partido de Berazategui. Los participantes de la investigación fueron personal de salud del primer nivel de atención con tareas en pandemia, que recibieron la intervención de salud mental entre marzo de 2020 y septiembre 2021. La intervención evaluada se ofertó de manera directa y personal durante la estrategia de prevención y promoción al inicio de la pandemia, a un total de 126 trabajadores. Se efectuaron 68 intervenciones de asistencia psicológica, y se incorporaron al presente estudio 45 casos, que realizaron la encuesta de satisfacción.

Esta población tuvo un comportamiento dinámico, por lo que del marco amplio de urgencias en salud mental en contexto de pandemia, fue cobrando relieve la necesidad de espacios de escucha para el personal de salud, que presentó una serie de malestares iniciales muy notorios: irrupción aguda de angustia y temores ante las condiciones laborales y al contagio, resistencia al trabajo, enojo, queja contra personal jerárquico o contra pares apuntados como posibles irresponsables en el cuidado (con anterioridad a la implementación de cualquier acción en la pandemia), desmotivación, evitaciones e inhibiciones, actitudes de descuido de la propia sa-

lud, como forma especial de presentación del padecimiento psíquico, los cuales condujeron inclusive a renunciadas tempranas. Ante estas presentaciones, se ideó un programa de acción compuesto por dos dispositivos que respondieron a dos niveles de estrategia: prevención/promoción de salud mental; intervención/tratamiento de la salud mental de dicho personal, siendo esta última la intervención evaluada. El programa fue ejecutado por profesionales psicólogos de nuestra Dirección de salud Mental perteneciente a la Secretaría de Salud Pública e Higiene de un partido del AMBA.

En cuanto al dispositivo destinado al tratamiento de la salud mental del personal de salud, el equipo de salud mental realizó la propuesta a la población destinataria por vías telemáticas de un mínimo de dos entrevistas individuales fundadas en el apoyo psicosocial y de salud mental con uso de TICs-con posibilidad de ampliación-, y si del primer diagnóstico decantara, se ofrecerían espacios grupales telemáticos para manejo de situaciones críticas según la lectura de la demanda. La estrategia presencial fue el recurso excepcional. La intervención culminaba ante la presencia de alguna modificación del malestar inicial y posicionamiento subjetivo, con opción a completar una encuesta de satisfacción con fines de evaluar el dispositivo e investigar sus efectos, previa aceptación de consentimiento informado, realizándose controles de estado de salud mental 3 y 6 meses después a través de llamado.

Cabe señalar que los psicólogos intervinientes, todos dependientes de esta Dirección, fueron supervisados semanalmente con el formato de reunión de equipo, basada en los principios de la psicoterapia institucional, para favorecer las condiciones de escucha y la disponibilidad del mismo personal de salud mental que también estaba atravesado por el contexto de pandemia y debía asimismo innovar en la atención con TICs (trabajo sobre barreras que pudieran obstaculizar el trabajo de salud mental). Tales reuniones fueron documentadas en crónicas digitales.

Dispositivo (B) «Intervención en adultos mayores de con uso de TICs en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de CABA de puertas abiertas»

Para el caso se trató de un escenario diferente: los destinatarios de la acción fueron 76 usuarios cuyo contacto con mundo exterior se vio imposi-

bilitado de forma total por 6 meses, es decir mientras duró la una medida sanitaria restrictiva que se prolongó en el tiempo, el Aislamiento social preventivo y obligatorio. El equipo ejecutante presencial se compuso de mucamas, asistentes gerontológicos, auxiliar de enfermería, enfermeras, quienes se ocuparon de asistir al usuario en el uso de las TICs teniendo en cuenta sus particularidades, posibles limitantes físicas, entre otros factores incidentes; y el personal externo que mantuvo su labor con TICs (terapeuta ocupacional, kinesiólogo, psicólogo, psiquiatra especialista en geriatría, Lic en Gerontología, recreóloga, danzaterapeuta, musicoterapeuta, profesor de Educación física). La intervención se centró en la continuidad no solo de cuidados mediante uso de TICs, reduciendo al mínimo la presencialidad por el riesgo vinculado y descripto relativo a la franja etárea, sino en la promoción de un factor clave en la salud mental de un adulto mayor residiendo en un establecimiento de estas características, en contexto de aislamiento total: el contacto sociofamiliar, con asistencia del equipo técnico nuclear presente en dicho establecimiento.

El dispositivo evaluado fue toda acción del equipo tratante multidisciplinario para la continuidad de actividades de rehabilitación y el contacto de los usuarios y usuarias alojadas con su grupo sociofamiliar más cercano, durante medida de ASPO. Para ello se analizaron los registros de historias clínicas de 70 usuarios, compartiendo los indicadores evaluados en el Dispositivo A), para su contrastación.

Adelantamos que aunque las poblaciones parezcan heterogéneas, la investigación arroja varias convergencias, por ejemplo, en el fortalecimiento de este factor protector de la salud mental que es la red socioafectiva y las ventajas del uso de las TICs.

Resultados

La intervención resultó efectiva en dispositivo A): se detectaron mejoras en la comunicación e interacción, el autocuidado y un cambio a una actitud proactiva y creativa en el trabajo, disminución de angustia y estrés. La forma inicial de presentación del malestar se vertebró en torno al eje del cuidado-angustia/estrés/queja/enojo/temor relativos al descuido de ellos u otros- lo que pudo asociarse con el lugar de elecciones vocacionales de cuidado/sostén en su trama vital. El método privilegiado fue la comunicación por la llamada telefónica tradicional. Se halló más disposición a

la intervención en personal no médico y en mujeres (78%), en las que la sobrecarga se relacionó con la exigencia conjunta de demandas laborales y del hogar. Como factor protector de salud mental se destacó el hecho de contar con una red socioafectiva sólida. El uso de TICs resultó ventajoso.

También resultó efectiva en dispositivo B): se señalaron como principales ventajas que resultó ser el único modo sustentable de acceso a la comunicación, y que permitió el despliegue de charlas fluidas entre usuarios y familiares, mostrándose la plasticidad de dicha población. Se registró mayor angustia en aquellos usuarios con capacidades cognitivas más conservadas, pero que se lograba morigerar sobre todo con el recurso a la videollamada con familiar. La gente con más deterioro ponderó de otra manera el recurso, sorprendentemente, logrando conversar de manera más profunda con sus allegados que en otras coyunturas. Sin dudas el estado global vinculado a lo sensorial determinaba el grado de apoyo necesario para sostener este contacto con el afuera. La mayor desventaja señalada, aunque no significativa, se presentó para el sostén de espacios terapéuticos grupales con los profesionales externos, que debieron más bien adquirir la forma individual.

CONCLUSIONES

Se cumplió el criterio de adecuación/plausibilidad de resultados a propósito del dispositivo A) y B); a saber, fue posible el acceso a dispositivos de soporte de la salud mental para ambas poblaciones. En el caso A), la efectividad de la intervención se caracterizó por incidir en un reposicionamiento del personal de salud respecto al contexto, la tarea y los lazos laborales. En las mujeres fue notoria una mayor disposición a la palabra y al sentimiento de sobrecarga laboral, y mientras que personal médico y masculino, y femenino con puesto jerárquico, llegó más tarde a la consulta.

En ambas poblaciones, el uso de TICs posibilitó el acceso a la atención de salud mental en pandemia y generó la sensación de una contención continua por la naturaleza misma de tales tecnologías -posibilidad de inmediatez en la respuesta, plasticidad sobre el encuadre-, lo que reforzó el factor protector de la red socioafectiva.

Por tanto, concluimos que una novedad introducida por este recurso es la de tratar la experiencia de desamparo asociada a estos contextos in-

éditos toda vez que fortalecen la sensación de acompañamiento y solidaridad. Esto propicia una idea de continuidad de cuidados, que consideramos sumamente necesaria ante las actuales condiciones adversas que socavan las formas clásicas de los lazos sociales, sostenidas en la presencia física.

El recurso a la tecnología disponible – mayoritariamente el llamado telefónico tradicional-, permitió de manera general la atención de salud mental en este contexto de pandemia, ante la particularidad de la medida sanitaria de ASPO. Este uso no presentó desventajas de significatividad con respecto a otras tácticas presenciales. El uso de TICs fue crucial para el acceso del personal y usuarios aislados a una asistencia en salud mental. Es destacable que no haya sido el progreso tecnológico, sino las propiedades del virus que ocasionó esta pandemia lo que haya llevado forzosamente al uso de tecnologías de más de un siglo de existencia en la humanidad para el acceso a la salud, lo que nos lleva a reconsiderar el uso racional de la teleconsulta en diversos escenarios e investigar sus efectos.

BIBLIOGRAFÍA

- Lacan, J. (1967). Breve Discurso a los psiquiatras. Disponible en: <https://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.12%20%20BREVE%20DISCURSO%20A%20LOS%20PSIQUIATRAS,%201967.pdf>
- Ley Nacional de Salud Mental (26657/2010) Boletín Oficial N° 32041. Más, F. (2010).
- Martín, J. y De Battista, J. 2022. Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación y personal de salud en Argentina durante la pandemia por covid-19. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. 33, 156, abr.-jun. (jul. 2022), 35-43. DOI:<https://doi.org/10.53680/vertex.v33i156.177>.
- OPS (2022). Campaña para la reducción del estigma en salud mental. Disponible en <https://www.paho.org/es/campanas/haz-tu-parte>
- Plan Nacional de Salud Mental 2021-2025.

NECESIDAD ACTUAL DE UNA HIPÓTESIS MÉDICO-PSIQUIÁTRICA COMO LA DE HENRI EY¹

Humberto Casarotti²
Robert M. Palem³

INTRODUCCIÓN

En 1997, la Association pour la fondation Henri Ey realizó en Perpignan un coloquio con el título: «*Actualidad de la obra de Henri Ey*» (APFHEY, 1998). Hoy, considerando la evolución tanto de la cultura en general como de la psiquiatría en particular afirmamos que trabajar con una hipótesis médico-psiquiátrica como la de H. Ey no solo tiene vigencia y actualidad sino que lo que caracteriza a esa hipótesis se ha vuelto una *necesidad impostergable*.

Fundamentamos esta afirmación en tres hechos.

¹ Conferencia pronunciada en el VII Congreso Internacional de GLADET (Grupo Latinoamericano de Estudios Transculturales) realizado en forma presencial y virtual en Guadalajara, México, 7-8, julio 2022 con el título: «*De la psiquiatría clásica a la de vanguardia en la aldea global*». Los autores agradecen al Comité Organizador la invitación a participar en este Congreso en las personas de los Dres. Sergio Villaseñor Bayardo y Carlos Rojas Malpica.

² Psiquiatra, neurólogo, médico-legista. Presidente del *Centro de Estudios e Investigación en Psiquiatría Henri Ey* (Montevideo, Uruguay).

³ Neuropsiquiatra, doctor en Psicología (Universidad de Burdeos), fundador y presidente de la *Association pour la Fondation Henri Ey* (Perpignan, France).

Primero, por la riqueza semiológica y psicopatológica de la obra de Ey. La psiquiatría que en su evolución durante la segunda mitad del siglo XIX recuperó la necesidad del diagnóstico y de la clasificación de los diferentes síndromes, ha sufrido un empobrecimiento en su saber psicopatológico y en los modos de aproximación semiológica. En relación a ambos aspectos la obra escrita de Ey – centrada en la tradición europea– constituye una oportunidad para llenar esas carencias. Trabajar con pacientes psiquiátricos exige una aproximación que sea realmente «somato-psíquica» y a la vez un saber psicopatológico que responda a los hechos clínicos (lo que Ey llama la «factualidad» de la enfermedad mental). Ejemplo práctico de esa metodología es el trabajo clínico y la reflexión teórica que llevó a cabo: en el hospital de Bonneval, en los «mercredi de Ste. Anne», en las jornadas de Bonneval, en las conferencias en diferentes países, y en su extensa obra escrita (Ey, 1955, 1963, 1981, 1948, 2010). Este aspecto del trabajo de Ey es el que habitualmente se destaca cuando se habla de la «vigencia» del estilo con que Ey nos ofrece su extensa e intensa actividad clínica (Belzeaux, 2009), consecuencia de la necesidad de aplicar a la patología mental una semiología fenomenológica y una psicopatología estructural.

Segundo porque ese aporte semiológico y psicopatológico es inseparable de la hipótesis médico-psiquiátrica que desarrolló a lo largo de muchos años. Esa hipótesis fue el resultado de su trabajo clínico cotidiano: derivada de la realidad de los hechos psicopatológicos, una vez que han sido superados los obstáculos epistemológicos del dualismo cartesiano en sus diferentes formatos, permite organizarlos de modo coherente y heurístico.

Tercero y fundamentalmente, porque los conceptos que a partir de la II Guerra Mundial y especialmente hacia finales de los años 60 (post-modernos, estructuralistas y post-estructuralistas)⁴ sobre la realidad, la objetividad, el conocimiento, el lenguaje, el sujeto, y a propósito de tópicos co-

⁴ Dado que esos diferentes movimientos de ideas que tuvieron lugar a partir de mediados del siglo XX –que algunos han denominado «giro post-moderno»– no se caracterizan precisamente por distinciones precisas y también porque los diversos autores que los generaron habitualmente rechazan ser catalogados en base a algunos de esos términos, preferimos simplemente considerar de qué modo *las nuevas maneras de ver a la persona y al mundo determinadas por esas ideas* han incidido en los psiquiatras y por consiguiente en la psiquiatría.

mo: raza, género, incapacidades (por ejemplo la «enfermedad mental»), queer, intersectorialidad, etc) han incidido en la llamada por algunos «*psiquiatría crítica*». Esos conceptos al ir evolucionando han configurado una «construcción social», un contexto cultural que, como infraestructura inconsciente, desde afuera y desde adentro de la psiquiatría cuestiona los conceptos centrales de la psiquiatría y también su praxis médica.

Es por todo eso que afirmamos que hoy, para trabajar en psiquiatría, la hipótesis de trabajo de H. Ey se ha convertido en una «necesidad» y que nuestro objetivo es analizar ese e ilustrar» sumariamente qué es una psiquiatría verdadera. Análisis en el que Ey se nos adelantó cuando en 1977 escribió el libro publicado póstumamente: «*Defensa e ilustración de la psiquiatría*» (1978). En ese pequeño libro:

- a. considera las críticas a la mala psiquiatría en su mayor parte generadas a partir de esos modos de ver al hombre y al mundo,
- b. analiza las falencias de esas críticas y presenta los fundamentos de lo que debiera ser la psiquiatría verdadera: una psiquiatría que parte de los hechos interpretados como enfermedad mental y que considera a la hipótesis culturalista como una ilusión reificada,
- c. para concluir sobre cuál es la función de la psiquiatría en la sociedad. En concreto, lo que vamos a hacer es simplemente presentarles un resumen conceptual de ese libro al que consideramos su «testamento». Testamento que en 80 páginas resume lo central de lo que, de modo sistemático, desarrolló durante 60 años.

H. Ey en su hipótesis afirma que *el hecho psicopatológico es una realidad*:

- a. que mediante una semiología fenomenológica es objetivable,
- b. que para que esa objetivación pueda tener lugar [o sea para que las enfermedades mentales puedan ser percibidas en su factualidad de dialéctica de reacción (epifanía) donde se debe aprender a reconocer el déficit en la organización (apocalipsis)] y el psiquiatra debe superar diversos obstáculos epistemológicos sabiendo además que en su manifestación «desarman» el modo de pensar normal (Ey, 1973; 2013: p.43 trad.español),

- c. que esa superación implica resolver la relación de «lo Físico» y de «lo Moral»⁵ entendiéndola como un problema temporal y no espacial, es decir como «devenir» (Ey, 1978) [ya que para poder evolucionar, de «lo físico» originario que es el cuerpo humano al «nivel Moral» en que el hombre coexiste, cada individuo debe desarrollar su «cuerpo psico-físico», como organización de naturaleza temporal, que «media» entre «lo pulsional» y «los valores personales» y que por ser corporal es vulnerable],
- d. que devela cuál es la naturaleza del hombre en el sentido de que «el modo de ser consciente es dejar de ser inconsciente para pasar a tener un Inconsciente» [es decir alguien que se vuelve autónomo «disponiendo de su cuerpo del mismo modo que un carcelero dispone de su prisionero», un organismo que deviene «alguien» incorporando, integrando «lo pulsional» que como positividad siempre intenta escapar a su control. (Ey, 1958).

En suma: que la enfermedad mental es un fenómeno natural que poniéndose de manifiesto en el mundo de la coexistencia se ubica en el cruce de las ciencias naturales y de las ciencias humanas.

Previamente queremos señalar qué entendemos cuando decimos «*psiquiatría clásica*», dejando para las conclusiones, el sentido que damos a «*psiquiatría de vanguardia*».

Desde el Renacimiento «lo clásico» fue considerado como «lo mejor» pero a lo largo de la edad Moderna y posteriormente, la idea de «clásico» se ha vuelto más bien un sentimiento (Hirst, 2017): el de saber que la cuestión que uno encara ya ha sido considerada y que frente al edificio intelectual construido por mentes maestras durante muchos siglos, uno se siente pequeño.

Nosotros, junto con Ey, entendemos que el período «clásico» en psiquiatría corresponde a la primera objetivación de la enfermedad mental

⁵ Cabanis, P.J.G. (1802). *Rapports du physique et du moral de l'homme*. 2 tomes. Paris: de Crapelet. Ey desglosa el doble sentido implicado en el significante «moral»: «moral» como psicológico (infraestructura psicológica que hace del hombre un ser autónomo) y «moral» *stricto sensu* (nivel moral en que el hombre existe, libre y responsable).

que tuvo lugar durante el XIX. Objetivación que construyó un saber que ha resistido la prueba del tiempo y que no puede no ser tomado en cuenta ya que ese trabajo distinguió «síndromes» es decir reconoció formas clínicas típicas que persisten. Aunque psiquiatras reflexivos en una actitud escéptica práctica señalan la necesidad de «recalibrar» reiteradamente el lenguaje de las descripciones⁶ (Berrios, 1996, pp.1-3): (a) todos pueden convencerse de la realidad de las fisonomías clínicas «clásicas» y (b) operar con esas estructuras semiológicas y evolutivas, no multiplicándolas hasta el infinito y no separándolas enteramente a unas de otras.

Hoy podemos decir que en psiquiatría ese «sentimiento de «lo clásico»: no se mantiene:

- a. primero, porque «clásico» no significa que la psiquiatría clásica del siglo XIX fuese «la mejor» ya que consideró a los síntomas efecto de una causalidad orgánica mecanicista y por lo mismo, no comprendiendo su sentido, «deshumanizó» a los enfermos mentales).
- b. segundo, porque hoy podemos hacer las cosas de otro modo y además hacerlas mejor.

DESARROLLO

El contexto socio-cultural actual ha llevado a que se hable de «salud mental» y no de «psiquiatría»

Este VII Congreso de Gladet «*De una psiquiatría clásica a una psiquiatría de vanguardia*» parece descontar que cuando hablamos de psiquiatría todos nos referimos a lo mismo. I. Markowa (2020) nos diría que para un psiquiatra, preguntarse qué es la psiquiatría parece ser una pregunta vacía, retórica, ya que «psiquiatría» es lo que hace todos los días, aquello para lo cual se ha pasado años aprendiendo y entrenando.

⁶ Esta necesidad de «recalibración» constituye uno de los leit-motiv presente a lo largo de la obra de Germán E. Berrios (Univ. de Cambridge) que considera que su libro «*The history of mental symptoms*» (Berrios, 1996) «debe ser entendido como una contribución a ese proceso de calibración» (p.3)

Nosotros coincidimos con esta autora ya que la psiquiatría existe en la organización social y cuando se la nombra se entiende que se habla de una especialidad médica que trata a quienes padecen una enfermedad mental. Pero, también comprobamos que con frecuencia las palabras «*psiquiatría*» y «*enfermo mental*» han sido proscriptas del lenguaje universitario y sustituidas por las de «salud mental» y «cliente o usuario de salud mental».⁷ O sea que esas palabras, aunque los hechos se imponen ya que hay enfermos mentales y psiquiatras que los tratan, han ingresado a una especie de «*Indice de palabras prohibidas*» que lleva a «sentir» que utilizarlas no es del todo correcto.

En ese sentido Ey en toda su obra y particularmente en el libro que estamos considerando siempre utilizó esos términos que refieren el saber y el actuar del psiquiatra en relación con la enfermedad mental. Enfermedad que entendida como desorganización del «cuerpo psíquico» pone de manifiesto por la negativa, que el hombre es libre, autónomo y responsable de sus actos.

Dos tipos de críticas a la psiquiatría

Las discusiones y críticas en el campo de la psiquiatría tienen lugar según dos perspectivas que se diferencian en el modo de entender la realidad de esos «fenómenos».

1. Cuando son entendidos como desorganización del organismo psíquico, o sea como enfermedades mentales las discusiones se centran en

⁷ Esta constatación destaca cuando se consideran las leyes que en diversos países desde finales del s.xx han tenido por objetivo la asistencia de la patología mental. Por un lado, la minuciosa lista de derechos de los usuarios de la atención (expresión del deseo de mejorar las cosas, pero donde muchos de esos derechos apuntan a impedir de hecho la hospitalización psiquiátrica), los términos a utilizar, las «comisiones de control» del trabajo de los psiquiatras (donde los psiquiatras siempre están en minoría), etc. Por otro lado, la falta de una clara distinción entre «salud mental» (con planteos preventivos basados en hipótesis no fundamentadas y con objetivos de bienestar idealizados de base económica y política) y «psiquiatría» (como diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales), la carencia de propuestas concretas de organización de la asistencia psiquiátrica, la no diferenciación de los diferentes técnicos y de sus correspondientes funciones, etc.

cómo se piensa su causalidad lo que es inseparable de la idea que se tiene del «psiquismo»; esos fueron los famosos debates de los «somatistas» y «psiquistas» del siglo XIX –que si bien se fueron desdibujando reaparecen permanentemente (como lo señalaremos en la parte final de esta exposición). Debates en los cuales todos los que participan –por reconocer a las enfermedades mentales como reales– están «dentro de la psiquiatría». Esos reñidos debates –especialmente en Alemania– de hecho fueron «falsas discusiones» y se fueron apagando «por falta de «combatientes» psiquistas puros» (Ey, 1978a, p.31) ya que todos –en mayor o menor grado– aceptan «el muro de la biología», es decir: la causalidad «orgánica».

2. La otra perspectiva crítica –iniciada a mediados del XX– afirma en cambio que el concepto de enfermedad mental es un mito ya que esas «vivencias y conductas diferentes» solo son modos de existir humanos «particulares» dentro del grupo social. Es decir que entienden a esos fenómenos no como enfermedad mental, no como fenómeno natural sino como un hecho social. Esa idea de que «la enfermedad mental es un mito», algo sin fundamento objetivo, si bien ha sido y es sostenida por diversos psiquiatras provino «de afuera del medio psiquiátrico» y ha predominado en quienes cultivan las ciencias humanas.⁸

HEy a lo largo de su obra, desarrollando su hipótesis (1960, 1975, 2010a trad.español: pp.1153-1454) en medio de sus pares, es decir con quienes consideraban a la enfermedad mental como un hecho real:

- a. se dedicó al análisis de la diferencia estructural entre las enfermedades mentales y los síndromes neurológicos es decir consideró cuál era el límite «inferior» de la patología mental (Ey, H., Ajuriaguerra J. de, Hécaen, H., 1947); y
- b. al considerar «los límites superiores de la enfermedad mental» basado en la diferencia estructural entre normalidad psíquica y patología mental sostuvo, en su debate con J. Lacan (Ey, 1950) que el hecho psi-

⁸ Cf el *Forum Diderot du Centre d'études du Vivant* (Université Paris 7) publicado en PUF, París con el título «*Les sciences humaines sont-elles des sciences de l'homme?*»

copatológico consiste en la detención o regresión de la «psicogénesis» entendida como el proceso de auto-construcción del sujeto.

Ey inició su lucha contra quienes piensan que hablar de enfermedad mental es hablar míticamente, cuando en el debate de 1946 afirmó que la psiquiatría desaparecería si se fundamentase en la concepción lacanianiana de la psicogénesis (Ey, 1950, p.60) Esa lucha que continuó incansablemente hasta su muerte en 1977 lo llevó a ser según sus propias palabras, un «psiquiatra Galileo» (Ey, 1977b) ya que la existencia de la enfermedad mental no depende de que sea afirmada o negada porque es un hecho y no una cuestión de fe («*e pur si muove*»). De todo ese trabajo de casi dos décadas destacamos dos textos que Ey deseaba publicar en conjunto con «*Defensa e ilustración de la psiquiatría*» (uno sobre la antipsiquiatría (1974) y otro sobre el tratamiento en psiquiatría (1976) y además «*Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*»⁹ y su «*Tratado de las Alucinaciones*»¹⁰. De este libro, Ey dice que «fue escrito contra la concepción «sociogénica» de la Psiquiatría», concepción a la que llamó «ilusión culturalista» (1964) que trata a la enfermedad mental de mito, o sea como no siendo una anomalía de la organización, en suma como no siendo una enfermedad, un fenómeno natural.

Ideas que llevaron a generar malas formas de psiquiatría

Particularmente entre 1950 y 1970 fue teniendo lugar un cambio fundamental en el pensamiento humano¹¹ que determinó nuevas concepciones del mundo y de la relación del hombre con el mundo. Cambios en los modos de pensar por ejemplo:

⁹ 1938, 1975, 1997.

¹⁰ 1973, 2004, 2010-2012.

¹¹ Conjunto de ideas y modos de pensar como respuesta a condiciones históricas específicas: impacto cultural de las Guerras Mundiales, desilusión generalizada con el marxismo, desdibujamiento de la credibilidad en las miradas religiosas del mundo en medio post-industriales y por el avance rápido de la tecnología.

1. el lenguaje (el signo lingüístico es arbitrario, no refiere a la realidad y no hay diferencia entre sentido literal y metafórico),
 2. la realidad (solo es cognoscible en la medida que es simbolizable),
 3. el sujeto (que no es un agente que se auto-construye sino una construcción social; «sujetado» al orden simbólico y escéptico en cuanto a poder lograr un saber objetivo; no autónomo ni responsable de sus actos)
- y
4. que la sociedad está construida por sistemas de poder que determinan lo que puede ser conocido y cómo (Butler, 2002; Belsey, 2002, mucho tiempo después de M. Foucault en Francia; convertida en América en la «*French theory*» (Cusset. F., 2008).

Esas ideas que cuestionaron los principios antropológicos de la época moderna al ir evolucionando, «escaparon de los medios académicos alcanzando influencia creciente en la sociedad en general.

Desde 1980 en adelante, conservando sus principios originales (escepticismo sobre el conocer la realidad objetiva, percepción del lenguaje como constructor del saber, relativismo en cuanto a los valores y a la autonomía del sujeto, relevancia del papel jugado por el poder) han fundamentado diversas formas de activismo (político, educacional, etc.) y especialmente han formateado –lo que nos interesa destacar hoy– nuestras conversaciones cotidianas, es decir el «diálogo social». Y esa progresión a lo largo de las últimas décadas ha determinado un fenómeno curioso: esas ideas que solo son una construcción social han sido reificadas. Ahora, como resultado del consenso social que las subtiende son vividas como verdades innegables que refieren la realidad. Pensamos que esa reificación está en el fondo del cisma conceptual que divide a la sociedad actual y en nuestro caso a los que trabajamos en el campo de la patología mental.

Las enfermedades mentales por sus características fueron desde el comienzo de ese movimiento un «lugar confortable» para aplicar sus ideas. En ese sentido en base a ese contexto de ideas se sostuvo y se sostiene que esos hechos no son «enfermedades»:

1. porque aparecen en el coexistir humano y por lo mismo son hechos sociales y no biológicos,

2. porque pueden ser comprendidas proyectando las vivencias normales lo que significa que no son fenómenos de desorganización corporal (procesuales),
3. porque solo podría hablarse de enfermedades metafóricamente,
4. porque por limitar los movimientos de esas personas evidencian que son un instrumento de los sistemas de coerción social,
5. porque el «saber médico», generado a partir de «ese objeto mítico» es un falso saber que termina por «enfermar» todas las formas de existencia humana que rechazan el orden social.

Resumiendo y repitiendo: durante la segunda mitad del s.xx se cuestionó la hipótesis de que la enfermedad mental fuese un fenómeno natural y fundamento de la psiquiatría (Goffman, 1970; Szasz, 1973). El encuadre médico, considerado solo una construcción social perdió validez y los fenómenos mentales mórbidos fueron interpretados como hechos psicosociales.

Esa «ilusión culturalista» que Lacan por ejemplo esbozó en 1946 se estableció progresivamente a partir de 1961 cuando M. Foucault presentó su tesis sobre la *Historia de la Locura en la Edad Clásica* (2002) (cf. Ey, 1971). Hablando de *Folie et Déraison* se refiere a dos realidades: por un lado, a la «locura de la humanidad» o «chispa de la especie humana» y por otro, a lo irracional en el hombre. En capítulos sucesivos sostiene (a) que algunos de los «locos» de la maravillosa locura» (la folie) –»embarcados imaginariamente en la nave de los locos»-, (b) fueron desembarcados para ser encerrados físicamente y después en las «especies mórbidas» creadas por los alienistas. Con lo cual, la irracionalidad o chispa de la especie «robada por los médicos», es interpretada y convertida en objeto de la medicina.

M. Foucault, centrado en la idea de que no existen enfermos mentales, imaginó «a priori» un «círculo antropológico» en el que sostiene que lo que las personas sufren, no es un trastorno corporal ni una problemática individual sino una perversión social y de ninguna manera una disminución de autonomía sino por el contrario la manifestación de la verdadera libertad: la del movimiento libre de la irracionalidad.¹² Quien lee a M. Fou-

¹² Cf la crítica que H. Ey hace del 'círculo antropológico' de M. Foucault (1971)

cault debiera recordar que no niega la existencia de los «hechos psíquicos diferentes» sino que niega que esos hechos constituyan una enfermedad.

Análisis que Ey hace de las críticas a la «mala psiquiatría»

En un apretado resumen puede decirse que las críticas giran alrededor de la idea de que los hechos que los psiquiatras llaman «enfermedad mental», no son enfermedad. O sea de que «la enfermedad mental no existe» y que es un error interpretar como enfermedad, como desorganización del cuerpo lo que solo es una variación del comportamiento social.

Las críticas sostienen que los alienistas (hoy, los psiquiatras) por entender que algunas personas «diferentes» son enfermos mentales,

1. Los encierran, primero físicamente, y luego más sutilmente» en las categorías diagnósticas que van creando.
2. Desarrollan un saber médico que es un «falso saber» por no tener objeto, ya que no hay enfermedad mental.
3. Falso saber que mediante dos movimientos llevan a un estado de cosas donde nada tiene importancia: primero, por el flujo de «fabricación de falsas enfermedades mentales» donde las diferencias psíquicas son «cosificadas» y además puestas al servicio del poder (lo cual, dicen, es lo que pone en evidencia el diagnóstico que se establece en los peritajes psiquiátricos)¹³ y segundo, por el reflujo de aplicar los conceptos de ese falso saber a todo problema existencial, se termina inflando indefinidamente el campo psiquiátrico.

¹³ H. Ey que escribió extensamente sobre el diagnóstico que en el fondo es todo peritaje psiquiátrico (Cf. Casarotti, H. (2005). *Psychiatrie médico-légale: analyse des expertises de Henri Ey. Cahiers Henri Ey: 97-124*), buscando defender su valor contra la antipsiquiatría y también contra su uso político abusivo quiso que el punto fuese discutido y que la Asoc. Mundial de Psiquiatría adoptase una posición concreta en relación con ese punto. Con ese objetivo presentó una Moción que finalmente no fue considerada en el V Congreso Mundial de Psiquiatría, México, 1971. Esa Moción y la historia que le siguió se puede leer con provecho en un libro de R.M. Palem (2010, pp.71-102).

Estado de «no-importequismo» de Ey¹⁴:

- a. donde se banalizan todos los aspectos técnicos ya que los hechos en cuestión solo son «variaciones de la condición humana», es decir que no tienen ninguna especificidad y menos aún especificidad médica,
- b. donde el «espacio antropológico» pierde su «espesor» porque llamando «enfermedad mental» a todo, las palabras «normal y patológico» no refiriendo a nada extra-lingüístico solo expresan el «consenso» del grupo social.

Con lo cual, dice Ey: a) pensando de ese modo al sujeto, a la realidad, al conocer, etc. , hicieron del saber psiquiátrico «un saber de nada», y b) en lugar de revisar por qué han llegado a ese «falso saber» critican a los psiquiatras.

De esas críticas nos gustaría subrayar tres que se reiteran en las publicaciones y cuyo «telón de fondo» siempre es el mismo: «no hay referente en la realidad extra-lingüística para el significante «enfermedad mental».

1ª «Las palabras del lenguaje psiquiátrico son metafóricas».

Algunos psicopatólogos de pensamiento «estructuralista» piensan que el lenguaje es esencialmente metafórico (e incluso más: que no hay diferencia entre sentido literal y metafórico), es decir que las palabras no refieren a un referente extralingüístico.

Al hablar de lenguaje metafórico hay que hacer una distinción. Por un lado, están quienes como Ey al describir los hechos psicopatológicos utilizan la metáfora para enriquecer la comunicación haciendo imaginar más y mejor la realidad del hecho presente. Por otro, están quienes no distinguiendo el sentido literal del metafórico se refieren a «conceptos metafóricos» los que los lleva a hablar un lenguaje que no comunica. Ese «hablar para sí mismo» (solipsista) es ocultado amparándose en que la hermeticidad (impenetrabilidad) de su hablar se debe a la dificultad del

¹⁴ Término poco elegante obtenido de Binet y Simón que dicen que el niño que en los tests, responde despreocupadamente «no importa qué» (es decir: «cualquier cosa»).

problema. Ey dice que «solo por un juego de palabras, por un no-impor-tequismo metafórico es posible asimilar la anomalía psicopatológica a la anomia social».

2ª) «Los términos psiquiátricos son significantes arbitrarios de significado arbitrario».

Por supuesto que la palabra que es usada para referirse a determinado fenómeno psicopatológico es arbitraria (de Saussure, 1945). Y lo es: a) en cuanto al significante elegido (podría ser otro), y b) en cuanto a su significado que depende del lugar (del espacio semántico) que ocupa en el lenguaje psiquiátrico.

*Pero eso no quiere decir: a) que el término no refiera a nada en la realidad, que no exista por ej. el referente que hace decir «depresión» y b) que «depresión» no sea una descomposición real del cuerpo mental. Es verdad que la realidad que llamamos «depresión» no es solo un hecho de la naturaleza pero tampoco es verdad que solo sea hecho de lenguaje. Los términos que hablamos los psiquiatras dicen dos cosas: por un lado, dicen algo sobre la lengua psiquiátrica (qué lugar ocupa «depresión» en el campo semántico de «trastornos del humor») y por otro, dicen algo sobre el fenómeno real que estamos considerando (y que nos hace usar esa palabra diagnóstica y no otra). Si no fuera así no existiría el lenguaje psiquiátrico.

Nos parece que quienes no manejan a diario la lengua psiquiátrica no tienen claro este punto y por eso es muy equivocada la crítica que afirma que el lenguaje psiquiátrico dice cualquier cosa.

Tampoco quiere decir que el «significado» de un término psicopatológico por ser arbitrario es indeterminado. Por el contrario ese «significado» está determinado, muy determinado por el uso que la comunidad psiquiátrica hace de ese término. Un psiquiatra que quiere hacer entender los hechos que observa a quienes forman parte de la comunidad psiquiátrica, debe utilizar los términos que todos han acordado usar. Porque lo esencial de todo lenguaje -también del psiquiátrico- es «compartir» colectivamente el significado que por convención se acordó a cada palabra.

Insistimos en esto porque las críticas que apunten a mejorar a la psiquiatría pueden venir «de fuera» pero solo se vuelven positivas cuando son compartidas por los psiquiatras. Como dice Chen Bo entre el lenguaje y la realidad es

necesario introducir al grupo humano que busca comunicarse sobre esa realidad, es decir sobre el referente que la palabra simboliza (2015)

3º *«El lenguaje psiquiátrico es un sistema de significantes que no refieren a nada extra-lingüístico».*

Un lenguaje no es un un sistema de significantes sino un sistema de signos y como tal sirve para comunicar porque refiere a la realidad. Los «deconstruccionistas», haciendo del proceso de significación un «juego de diferencias» y «difiriendo el significado de manera indefinida» hacen que todo se vuelva «discurso» con lo cual quedan en medio de un lenguaje que no comunica por ignorar toda referencia extralingüística-.

Pensamos que aprender el lenguaje psiquiátrico exige la larga experiencia clínica de percibir y reconocer los «referentes» a los que las palabras psiquiátricas refieren, es decir las realidades que la comunidad psiquiátrica acordó nombrar de ese modo.

Fundamentos de una psiquiatría verdadera

En su libro H. Ey sostiene que los movimientos de ideas (post-modernas, estructuralistas y post-estructuralistas) que se desarrollaron durante la 2ª mitad del siglo XX, primero incidieron en la construcción de malas psiquiatrías, luego las acusaron y finalmente, basados en la ilusión de que la enfermedad mental era un mito hicieron de esas acusaciones un proceso de crítica contra la psiquiatría como saber y como praxis médica. Analizando los huecos en que esa contradicción tenía y tiene lugar (contradicción posible –dice Ey– cuando se piensa metafóricamente, procediendo al modo del «proceso primario») considera que lo que fundamenta una psiquiatría sólida, verdadera (7202a) es partir de la realidad clínica, viva e innegable que es toda enfermedad mental y del trabajo diagnóstico que la objetiva

Diagnóstico que siempre es identificar, del mismo modo que en la patología vegetativa, la diferencia entre lo normal y lo patológico. Diferencia que aunque difícil de establecer es esencialmente cualitativa: es «otra forma de organización». Es decir la diferencia entre el orden normativo que asegura al organismo mental el poder integrar la vida de relación y las manifestaciones de la descomposición de esa organización viva. La enfermedad mental se vuelve perceptible como fenómeno natural (a) cuan-

do se ha vivido de qué modo esos «hechos» son fenómenos que escapan al pensamiento normal, (b) cuando se superan las imágenes que ocultan el «referencial clínico» (el hecho psicopatológico): las imágenes de sobrenaturalidad, de mal moral, de cuerpo y mente, de anomia social, y (c) cuando se aprehende el «cuerpo psíquico» como organización temporal, evolutiva y normativa, como un orden de composición que es vulnerable.

Ey insiste reiteradamente sobre el hecho de que la *fisonomía típica* que es la primera objetivación de la enfermedad mental es percibida (a) como «estructura» cuando un contexto de saber le da a los síntomas una cohesión sindromática y (b) como «psicopatológica» cuando se evidencia como una deficiencia más o menos alienante de la realidad. La semiología psiquiátrica siempre es «procesual» porque lo que los síntomas significan es el proceso de desorganización del organismo psíquico, del «cuerpo psíquico». Los «síndromes» resultantes se imponen como «objetos inteligibles, identificables y clasificables» que se imponen a pesar de sus contornos imprecisos, en la medida en que se considere su centro y no su periferia.

La enfermedad mental no puede ser ubicada «fuera de la organización» de la naturaleza del hombre, organización que es el cuerpo que cada hombre constituye (Ey, 1977a). Es por eso que Ey dice que la única interpretación posible de los «hechos clínicos» es que constituyen una enfermedad y que por esa razón son objeto de la medicina. Una enfermedad que consiste en una detención o regresión de la psicogénesis o integración normativa del ser psíquico.

El ser psico-normal¹⁵ «contiene» al ser psico-patológico y en su normalidad implica dos virtualidades. La virtualidad que pasa al acto cuando la organización psíquica desorganizándose, se manifiesta como enfermedad mental. Y la virtualidad que en el dormir pasa al acto el mundo pulsional inconsciente construyendo las imágenes del sueño.

Las relaciones que el organismo psíquico mantiene con la función general del sistema nervioso exigen una hipótesis explicativa de su organización y de su descomposición que supere, tanto la mitología anencefá-

¹⁵ Los humoristas y también los escépticos prefieren llamarlo «normópata»!

lica como la mitología cerebral.¹⁶ Mitologías que lo son porque, con esas hipótesis la enfermedad mental se volatiliza, desaparece.

Ey concluye su pequeño libro afirmando que la psiquiatría por su objeto, la enfermedad mental, tiene como función social no el ser la ciencia psicológica del hombre en general ni el instrumento represor que se le atribuye, sino la ciencia médica de la desorganización del «cuerpo psíquico». Por eso el psiquiatra no es un policía, ni un sociólogo, ni un político, sino un médico cuya función es identificar y tratar los hechos psicopatológicos, distinguiéndolos de la «locura» de los hombres.

De modo más preciso Ey dice que lo que románticamente se llama «la locura de la humanidad» no es la locura de los hombres, aquella a la cual los psiquiatras son más sensibles que los demás hombres.

CONCLUSIONES

A- Todos los que trabajan en el campo psiquiátrico ¿«necesitan» conocer la hipótesis de trabajo de H Ey?

Pensamos que es una «necesidad» para los psiquiatras clínicos que lleven a cabo la tarea asistencial. Tarea que requiere ser hecha dentro del contexto propiamente «psicosomático» que requiere la relación paciente-psiquiatra. Trabajando con una semiología fenomenológica podrán objetivar el tipo de patología mental aguda o crónica que su paciente padece (entendiendo que el diagnóstico psicopatológico es prioritario, y que es el que objetiva el tipo de desorganización somática y, liberados del dogmatismo terapéutico, no limitados por el método que preconizan, podrán planificar el tratamiento según lo que la persona necesita.

Afirmamos que para los psiquiatras clínicos la hipótesis de Ey sobre «la organización y la desorganización del «cuerpo psíquico» se presenta como el eje que enriquecerá su práctica cotidiana y su saber psicopatológico.

También nos parece que es una «necesidad» para los investigadores que trabajan en relación con el diagnóstico clínico y la clasificación de

¹⁶ E.H. Ackerknecht en su «Breve historia de la psiquiatría» (1962, Buenos Aires: Edit. Universitaria de Buenos Aires; p.50) señala que F. Nissl llamó «mitología cerebral» a la tendencia presente en los estudios de Meynert y de Wernicke a localizar las perturbaciones psíquicas, .

las enfermedades mentales por reafirmar el significado de los tipos psicopatológicos y por los criterios taxonómicos heurísticos que ofrece.

En cambio, para quienes investigan los «procesos mórbidos» de poblaciones ya ordenadas psicopatológicamente, la hipótesis de Ey es un aporte secundario porque el objetivo de su investigación son los procesos somáticos («somatosis»).

B- *Un diálogo reciente entre dos psiquiatras contemporáneos* (referido en *Psychiatric Times* 2021-22) trabajando con hipótesis «parciales» discuten del mismo modo que lo hacían los somatistas y los psiquiatras del s. XIX. Ese diálogo, por un lado pone de manifiesto el estancamiento que Henri Ey siempre denunció y por otro permiten entrever la lección que hay que aprender sobre el sentido de las críticas a la psiquiatría.

- El primero, D. Morehead (un «somatista») afirmando que los lugares comunes de las críticas generan una imagen de la psiquiatría que es muy distorsionada y a la vez profundamente destructiva, sostiene que «*es hora de que los psiquiatras dejemos de criticar a la psiquiatría*» (2021). Señala algunos ejemplos de esas críticas: que las enfermedades psiquiátricas no son enfermedades porque no son biológicamente reales; que los medicamentos psiquiátricos empeoran las cosas y que son movilizados por las compañías farmacéuticas y por psiquiatras codiciosos; que los psiquiatras son reduccionistas biólogos que diagnostican y recetan a todos los que ven, etc.)

- A lo cual, otro psiquiatra A. Aftab (un «psiquista») le responde diciendo que «*es hora de que dejemos de estar a la defensiva respecto a las críticas a la psiquiatría*» (2022). Aftab, enumera luego algunas de esas críticas:
- al DSM,
- a los vínculos entre psiquiatras e industrias farmacéuticas,
- a la medicalización de los malestares cotidianos,
- a los que cuestionan la eficacia y el uso prolongado de psicofármacos,
- a los que, analizando los conceptos psiquiátricos desde la filosofía, de las ciencias sociales y del discurso de los Derechos Humanos, cuestionan el uso de la coerción psiquiátrica,

Críticas de la Antipsiquiatría, clásicas y actualmente anticuadas, cuya compilación Henri Ey había hecho en la década de los 70 (1972b).

- El diálogo lo completa Morehead diciendo que: «*es hora de que nos demos cuenta de que todos estamos del mismo lado*» (2022) porque tanto defensores como críticos de la psiquiatría están del lado de los que sufren enfermedades mentales. Los *defensores*, porque quieren proteger a los pacientes de los estragos de la enfermedad mental y los *críticos*, porque quieren proteger a los pacientes de los defectos de la psiquiatría. Y hace un llamamiento a los psiquiatras críticos con la psiquiatría para que cooperen en la tarea de comunicar a los que están fuera del campo psiquiátrico *la legitimidad de la psiquiatría como especialidad médica...*

De acuerdo con este colega pensamos que esa legitimación médica de la psiquiatría es lo que va a hacer que la psiquiatría sea realmente «*de vanguardia*», fundada en la realidad de la enfermedad mental como desorganización corporal.

La psiquiatría no es ciega o indiferente a la realidad de desestructuraciones personales inducidas, desencadenadas o agravadas por los grandes malestares sociales y el fenómeno de la Exclusión.¹⁷ La reconoce pero las diferencia, o dicho mejor, las articula, las dialectiza (uno de nosotros sostiene que el Organodinamismo está construido también para esto (Palem, 1997).

Al finalizar esta presentación reiteramos que sería muy útil, incluso necesario reeditar este preciosos breviario de H.Ey, esta «crítica de la sin-razón pura» (1978b, p.81) que es «*Defensa e ilustración de la psiquiatría*».

REFERENCIAS

Aftab A. It's time for us to stop being so defensive about criticisms of psychiatry. *Psychiatric Times*. January 6, 2022. <https://www.psychiatrictimes.com/view/its-time-for-us-to-stop-being-so-defensive-about-criticisms-of-psychiatry>

¹⁷ Cf. Los trabajos de Jean Maisondieu que en el 2000 pide completar las «*patologías de la libertad*» de Ey por las «*patologías de la fraternidad*» (2001) y los de Marcel Gauchet que agregará las «*patologías*» del «*no-pertenecer*» (2002).

- Association pour la Fondation Henri Ey (APFHEY) (ed). *Henri Ey psychiatre du xxi siècle*. París: L'Harmattan; 1998.
- Belsey, C. (2002). *Poststructuralism (A very short introduction)*. Oxford: Oxford Univ.Press.
- Belzeaux, P. (2009). Henri Ey et l'acte clinique. *Les Cahiers Henri Ey*, N^o 23-24: 40-55.
- Berrios, G.E. (1996). The history of mental symptoms (Descriptive Psychopathology since the nineteenth century). Cambridge: Cambridge University Press.
- Butler, Ch. (2002). *Postmodernism (A very short introduction)*. Oxford: Oxford Univ.Press.
- Chen Bo (2015). Social constructivism of language and meaning. *Croatian Journal of Philosophy*. 15 (43):87-113
- Cusset. F. (2008) *French Theory (How Foucault, Derrida, Deleuze, & Co. transformed the Intellectual Life of the United States)*. Minneapolis: University of Minnesota Press
- De Saussure F. (1945). *Curso de lingüística general* (traducción, prólogo y notas de Amado Alonso). 24^a ed. Buenos Aires: Losada.
- Ey H. (1943). *Esquisse du plan de l'histoire naturelle de la folie* (notes recueillies par Jacques Delmont). I Journées de Bonneval, 1942, imprimerie la Roche-sur-Yon.
- Ey, H., Ajuriaguerra J. de, Hécaen, H. (eds). (1947). *Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie* (II Colloque de Bonneval, 1943). París: Hermann.
- Ey, H. (1948-1954). *Études psychiatriques*. (t. I, 1948); t. II, 1950); (t. III, 1954). París: Desclée de Brouwer. [Ey, H. (2006). *Etudes Psychiatriques* (2 vol, reéd.). Perpignan: Crehey]. [Ey, H. (2008). *Estudios Psiquiátricos* (2 vol, reed.). Buenos Aires: Polemos].
- Ey, H. (1950). *Discussion du rapport de Lacan J.: Propos sur la causalité psychique*. In: Ey, H., Bonnafé, L., Follin, S., Lacan, J., Rouart, J. Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses. CR du III Colloque de Bonneval, 1946. París: Desclée de Brouwer; pp.55-60.
- Ey, H. (1955). *Groupe des psychoses schizophréniques et des psychoses délirantes chroniques (Les organisations vésaniques de la personnalité)*. Généralités. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie (2), 37281 A10, 2.

- Ey, H. (1958). La psychopathologie et le problème de la volonté. «Qu'est-ce que vouloir?» Bonneval, 30 juin/2 juillet 1956). Paris: du Cerf; pp.79-88.
- Ey, H. (1960). *Esquisse d'une conception organo-dynamique de la structure, de la nosographie et de l'étiopathogénie des maladies mentales*. In: Gruhle H. W., Jung R., Mayer-Gross.W., Müller M. Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Berlin: Springer; 1960; pp: 720-762. [*Ey, H. (1969). Outline of an organo-dynamic Conception of the Structure, Nosography, and Pathogenesis of mental Diseases. In: Natanson M. (ed) Psychiatry and Philosophy. Berlin: Springer; pp.111-161]
- Ey, H. (1963). *La Conscience* (1^è.éd), (2^è.éd.,1968). Paris: Presses Universitaires de France. [Ey, H. (2014). *La Conscience (Une étude phénoménologique sur l'Être et le devenir conscient)* (nouvelle édition avec le préface à l'édition anglaise de 1976). Perpignan: Crehey]. [Ey, H. (2013). *La conciencia*. Buenos Aires: Polemos].
- Ey, H. (1964). *Folie et monde moderne, Comment vivre demain?* Rencontres Internationales de Genève, Neuchâtel, De. de la Baconnière, 1964: 69-111.
- Ey, H. (1971). Comentaire critique sur «L'histoire de la folie» de M. Foucault. *Evolut. Psychiat.*, 36 (2):243-258. In: Ey H (ed). La conception idéologique de «L'histoire de la folie» de M. Foucault. Journée annuelle de l'Evolution Psychiatrique, Toulouse, 1969.
- Ey, H. (1972a). L'anti-psychiatrie ou les progrès de la science psychiatrique. *Evolut. Psychiat.*, 37 (1):49-67
- Ey, H. (1972b). A propos du numéro spécial de «La Nef» sur l'anti-psychiatrie (L'embarquement des psychiatres sur la nef des fous). *Evolut. Psychiat.*, 37 (1):271-294.
- Ey, H. (1973). *Traité des hallucinations* (2 tomes). Paris: Masson. [Ey, H. (2010). *Traité des Hallucinations* (2 tomes). Perpignan: Crehey]. [Ey, H. (2013). *Tratado de las alucinaciones*. Buenos Aires: Polemos].
- Ey, H. (1974). *L'anti-psychiatrie (Son sens et ses contresens)*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie (1), 37005 A30.
- Ey, H. (1975). *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*. Toulouse: Privat (Coll. «Radamanthe»).
- Ey, H. (1976). *La thérapeutique psychiatrique (Généralités)*. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie (5), 37800 A10, (1^è éd. 2-1955)

- Ey, H. (1977a). *La naissance de la psychiatrie* (Centenaire de l'Hôpital du Vinatier). *Actualités psychiatriques*, 5:9-24
- Ey, H. (1977b). La psychiatrie et la privation de la liberté. *Bulletin du Syndicat des psychiatres des hôpitaux*, 77:15-17.
- Ey H. (1978a). La notion de «maladie morale» et de «traitement moral» dans la psychiatrie française et allemande au début du 19^e siècle. (Les péripéties d'une contradictio in adjecto). *Perspectives psychiatriques* 65 (1):12-36
- Ey, H. (1978b). *Défense et illustration de la psychiatrie*. Paris: Masson [Ey, H. 1979]. *Defensa e ilustración de la psiquiatría*. Buenos Aires: Huemul].
- Ey, H. (1981). *Naissance de la médecine*. Eo defuncto, recognovit, notas et indicem adjecit H. Maurel. Paris: Masson.
- Ey, H. (2010). *Leçons du mercredi sur les Délires chroniques et les psychoses paranoïaques*. P. Belzeaux (ed). Perpignan: Crehey.
- Foucault, M. (2002) *History of Madness* (translated by J. Murphy and J. Khalfa). Londres: Routledge
- Goffman, E. (1970). *Internados* (Ensayos sobre la situación de los enfermos mentales). Buenos Aires: Amorrortu
- Hirst, J. (2017). *Una historia de Europa*. Barcelona: RBA Libros.
- Marková I.S., *What Is Psychiatry?* In: Marková, I.S., Chen, E. (eds) (2020) *Rethinking Psychiatry* (Creative convergences) Switzerland: Springer Nature; (ebook: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-43439-7>); Chap.7:57-64.
- Maisondieu, J. (2001). L'Exclusion: un déni de fraternité. L'échec pathogène de la démocratie. *Les Cahiers Henri Ey*, N° 3-4: 123-139.
- Morehead, D. (2021) It's Time for Us to Stop Waffling About Psychiatry. *Psychiatric Times*, 38 (12):14-15.
- Morehead, D. (2022) It's Time for Us to Realize We Are All on the Same Side. *Psychiatric Times*, 39 (6):12-15.
- Palem, R.M. (1997). *La modernité d'Henri Ey. L'organo-dynamisme*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Palem, R.M. (2000). *Henri Ey et les Congrès mondiaux de psychiatrie (1950-1977)*. Perpignan: Libres del Trabucaire.
- Szasz T.S. (1973). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.

DE LA TRANSICIÓN A LA DESTANSICIÓN: DESAFÍOS PARA LA SALUD MENTAL EN NUESTRA CULTURA

Juan Maass Vivanco¹
Josefina Cáceres Cortes²

El objetivo de esta presentación es intentar una mirada psico-cultural y desapasionada de la cuestión trans, en particular de la *des transición del transitar*, usando como sostén teórico el estadio del espejo de la teoría psicoanalítica de Lacan (el estudio de los registros de lo imaginario, simbólico y real) y la teoría de la seducción generalizada de Jean Laplanche, de modo que nos conduzca a una mejor comprensión del acompañamiento de las personas trans, teniendo en cuenta que la persona pudiera des transitar.

UN POCO DE HISTORIA

La visibilización de aquellas personas que se perciben con un género distinto al asignado al nacer la podemos rastrear a Magnus Hirschfeld, médico y sexólogo alemán, quien a través de su obra acuña el término «travesti» e inicia la definición moderna y occidental de la cuestión trans.

Harry Benjamín endocrinólogo alemán, trabajando con Alfred Kinsey observaron una persona que, habiendo nacida como hombre, se percibía como mujer. Esta persona estaba bajo un gran sufrimiento que afectaba su salud mental y la proposición fue el cambio físico a través del tratamien-

¹ Psiquiatra, director del Instituto Psiquiátrico Horwitz, Santiago de Chile.

² Psicóloga, prog. Transitando, Instituto Psiquiátrico Horwitz, Santiago de Chile.

to hormonal. Esta decisión terapéutica se ha convertido en el tratamiento estándar para reducir el sufrimiento.

La pregunta que cabe hacernos es si el sufrimiento mental de la persona transgénero debe tratarse exclusivamente por medio del cambio físico de ésta.

Siguiendo con nuestra historia, el psiquiatra Robert Stoller acuña el término *identidad de género*, es decir un sentido innato e inmutable de masculinidad o feminidad generalmente consolidado para el segundo año de vida.

La identidad de género ha sido un elemento central de la comprensión de la cuestión trans; sin embargo, el género fluido o no binario no podría existir si aceptamos el concepto de identidad de género.

El tratar a las personas trans bajo un tratamiento estándar de modificación corporal, para reducir el sufrimiento mental por medio del cambio del cuerpo, no sería la única opción pues existen personas que luego de iniciados los cambios corporales, no disminuyen la ansiedad, si no que esta se incrementa, iniciando el camino inverso de *des transición*.

CASO CLÍNICO: EL JOVEN «MÍO»

Joven de 16 años. Se identifica como mujer. Vive con madre y tres hermanos. Abandona «colegio de elite». Se siente muy desadaptado en éste. Llama la atención alto nivel de manejo de lenguaje.

Motivo de Consulta: demanda necesidad de hormonas femeninas.

Contexto

Desde los 13 años, presenta cuadro depresivo por muerte de abuelo, que es su figura paterna. A nivel familiar: separación de su madre con padrastro, con maltrato psicológico; padrastro consumidor de cocaína. Desde mediado de los 14 años es parte de organización trans. En ésta, se le acompaña en la transición y se le plantea que debe iniciar tratamiento hormonal. Se comunica con nuestra unidad, vía telefónica, en plena pandemia. Ingres a atención en formato internet, debido a situación epidemiológica.

Manejo

Se le envía en interconsulta a endocrinólogo, el cual pone en duda su transexualidad y le indica bloqueadores hormonales y no hormonas. Se inicia tratamiento psicoterapéutico al segundo mes de iniciada la terapia de bloqueadores hormonales. Comenta que se ha sentido muy mal con el «tratamiento hormonal». Suspende el tratamiento y sigue con psicoterapia. En esta se observan mecanismos de defensa altos del tipo racionalización e intelectualización. Se le aplica test de Millon, teniendo como resultado rasgos esquizotípicos. En lo social problemas de contacto con grupos de pares. Ha tenido vínculos o relaciones de pareja solo de manera virtual. Preferentemente con varones, pero también chicas.

Resultado de intervención

Al sexto mes del acompañamiento psicoterapéutico, ahondando en sus relaciones afectivas y orientación sexual, comenta que ya no se siente como una mujer y se acepta como hombre. Se aprecia miedo y ansiedad por esta nueva percepción. Se le pregunta que lo llevo a percibirse como mujer y relata lo siguiente:

En un viaje a las torres del Paine, Patagonia chilena, con mi mamá y hermanos, más una tía, me sentía muy aburrido, vacío, lo que provocó que todos lo pasáramos mal. Me cuestioné el porqué y me puse a investigar por internet. Busque en relación a mis síntomas, animo depresivo, ansiedad, aburrimiento, etc. Y, encontré que lo que me pasaba era lo que les pasa a las personas trans, y, de esa forma me observe como una chica trans... Luego ingrese a una organización trans...

Hoy en cambio está feliz de no haber seguido adelante en su transito y no parece tener dudas en su identidad.

ASPECTOS TEÓRICOS DE INTERÉS

Para poder entender de mejor forma la intervención en personas trans que destransitan, usamos como sostén teórico el denominado estadio del espejo de la teoría psicoanalítica de Lacan (el estudio de los registros de

lo imaginario, simbólico y real) y la teoría de la seducción generalizada de Jean Laplanche, que nos permiten entender el desarrollo psicosexual desde una mirada no solo individual, sino vinculada al medio y la cultura, de modo que nos conduzca a una mejor comprensión del acompañamiento con las personas trans, teniendo en cuenta, que la persona pudiera des transitar.

Según Laplanche y Lacan, la construcción de la identidad transexual se da a través del complejo proceso de seducción y traducción de mensajes enigmáticos. La identidad transexual se puede entender como una desviación de la norma heteronormativa y se relaciona con la problemática de la ligazón y desligazón del género.

En la teoría de Laplanche, el niño recibe mensajes enigmáticos que son traducidos a través del proceso de seducción. La teoría se basa en la idea de que los niños son sexualmente seducidos por adultos en su entorno, ya sea de manera intencional o no. Esta seducción no necesariamente implica contacto sexual físico, sino que se refiere a cualquier tipo de comportamiento por parte del adulto que involucre al niño en una dinámica sexual.

En el caso de un niño que se identifica como transexual, puede haber una serie de mensajes enigmáticos que le lleven a asumir una identidad de género distinta a la que se le asignó al nacer. Esto puede manifestarse en la adopción de comportamientos, intereses y formas de vestir que no corresponden con la norma de género asignada.

Para Lacan, el concepto de identidad de género se relaciona con los tres registros del psicoanálisis: el registro simbólico, el registro imaginario y el registro real. En el registro simbólico, el género se construye a través del lenguaje y las normas sociales que rigen la identidad de género. En el registro imaginario, la identidad de género se construye a través de la imagen que uno tiene de sí mismo y cómo se percibe a través de los ojos de los demás. Finalmente, en el registro real, la identidad de género se relaciona con la experiencia física y biológica del cuerpo.

En el caso de la identidad transexual, hay una disonancia entre los tres registros, lo que puede generar una sensación de malestar y desconexión con el cuerpo y la identidad de género asignada al nacer. La identidad transexual se puede entender como una búsqueda de coherencia y armonía entre los tres registros.

Es importante tener en cuenta que la identidad transexual no es una patología, sino una forma legítima de expresión de la diversidad humana. La atención médica y psicológica a las personas transexuales debe estar enfocada en apoyar su bienestar y ayudarles a construir una identidad de género que les permita desarrollarse plenamente.

En resumen, tanto Laplanche como Lacan ofrecen herramientas para entender la construcción de la identidad transexual y cómo se relaciona con la problemática de la ligazón y desligazón del género en los tres registros del psicoanálisis. Es importante abordar la identidad transexual desde un enfoque que reconozca la diversidad y promueva el bienestar y la inclusión de todas las personas.

COMENTARIOS

Para adaptarse con éxito a una situación se requiere una percepción precisa de ésta. La percepción precisa de lo que ocurre a nuestro alrededor depende de la estructura psicológica del individuo.

Desde la perspectiva de la teoría de las relaciones objetales, la estructura psicológica puede ser primitiva o compleja. Una estructura psicológica primitiva está presente cuando las imágenes internas de uno mismo y de los demás en la mente del individuo son extremas y simplistas.

Esas imágenes internas carecen de complejidad y profundidad... Corresponden a fuertes estados emocionales internos polarizados. La estructura primitiva de la mente se organiza en torno a la escisión: algunas imágenes son ideales y puramente buenas; otras llenas de agresión y odio, son totalmente negativas.

Para una mejor comprensión del des transitar, en el caso «Mío», el uso de la teoría psicoanalítica, y en particular «el estadio del espejo» de Lacan, nos proporciona un acercamiento no solo al desarrollo del yo, sino al vínculo con su entorno.

El rebautizo de esta persona como «Mío» (léxico japonés) hace referencia en español a lo que le pertenece y es propio. No se refiere al yo, sino, de lo que se ha apropiado, lo mío.

Las fases del desarrollo del psiquismo en formación desde los seis meses al año y medio permiten el salto entre el yo arcaico y el yo más madu-

ro. En el llamado estadio del espejo, un yo en formación se conecta por vez primera con un «otro» en el espejo que es «el si mismo».

Se observa, juega, gorjea, quiere asir lo observado tras el espejo, pero es imposible. Se ve y se reconoces en un objeto (que no es y nunca podrá tener).

Hay molestia y rabia, ambivalencia, deseos de tocar la imagen (objeto del deseo); comienza a simbolizar a través de la denominación de lo externo, en el espejo, fuera del si mismo. Se construye el otro desde lo propio. En un vacío que buscará llenar con símbolos y lenguaje.

Mediante estos símbolos (lenguaje) se comienza a diferenciar el mundo interno del mundo del externo y la realidad progresivamente se hace más adaptativa. Para Lacan el inconsciente no tiene la distribución tópicamente Freudiana y la palabra en cuanto pensamiento es tanto consciente como inconsciente.

«Mío» se muestra ambivalente en su lenguaje japonés español, desea simbolizar sus resentimientos de hastío e intolerancia a la rutina; se siente transgénero al asociar el lenguaje a sentimientos. Mío no ha estructurado un «yo» suficientemente capaz de la distinción básica entre el si mismo y el objeto y en su búsqueda se ha apropiado de una nueva identidad, pero esta será relevada, cuando el hastío reaparezca.

No se inició un tratamiento hormonal y no se buscó un manejo más permanente. Se le ayudó a tolerar y aplacar la disidencia entre el lenguaje, lo que «Mío» piensa de sí y su experiencia física. Quizá sea la mejor forma de entender que Mío no tiene una identidad de género trans, aunque sin duda requiere contención.

En el caso del menor que evaluamos observamos que el «deseo del gran Otro» A, (que no es otro que su propia imagen) se encarna en la fantasía del transitar, produciendo a nivel psíquico efectos disociativos, ansiosos, identitarios, que son normalizados al modo de un bálsamo en la micro cultura de las organizaciones trans, victimizándose.

«El otro desea mi cuerpo». Esto lo lleva a que su imaginario se instale en un cuerpo equivocado, verbalizando su condición como Trans.

Más allá de este caso proponemos que el concepto de identidad de género acuñado en 1968 por el psicoanalista Robert Stoller, deba ser revisado, debido a que las presiones de minorías culturales de hoy, parecen influir

rápidamente en las percepciones de género que las persona tienen sobre si mismo, lo que se ejemplifica también en el caso presentado.

En la cultura media imperante, las nociones usadas comúnmente como sexo fenotípico, genero asignado al nacer o sexo civil, son premisas descriptivas que la cultura ha ido cambiando por denominaciones no binarias que desafían las concepciones clásicas. Tampoco son nociones explicativas del fenómeno. Sumado a esto, un cierto reduccionismo busca la solución exclusiva en cambios endocrinos.

Las viejas denominaciones de trans primario y secundario, abandonadas por presiones políticas, pudieran tener cabida a la luz del caso presentado y del papel que la cultura tiene siempre en el psiquismo humano.

CONCLUSIÓN

1. En el caso del menor que evaluamos observamos que el «deseo del gran Otro» A, se encarna en la fantasía del transitar, produciendo a nivel psíquico efectos disociativos, ansiosos, identitarios, que son normalizados al modo de un bálsamo en la micro cultura de las organizaciones trans, victimizándose. «*El otro desea mi cuerpo*». Esto lo lleva a que su imaginario se instale en un cuerpo equivocado, verbalizando su condición como Trans.
2. Más allá de este caso proponemos que el concepto de identidad de genero acuñado en 1968 por el psicoanalista Robert Stoller, deba ser revisado, debido a que las presiones de minorías culturales de hoy, parecen influir rápidamente en las percepciones de género que las persona tienen sobre si mismo, lo que se ejemplifica también en el caso presentado.
3. En la cultura media imperante, las nociones usadas comúnmente como sexo fenotípico, genero asignado al nacer o sexo civil, son premisas descriptivas que la cultura ha ido cambiando por denominaciones no binarias que desafían las concepciones clásicas. Tampoco son nociones explicativas del fenómeno. Sumado a esto, un cierto reduccionismo busca la solución exclusiva en cambios endocrinos.

4. Las viejas denominaciones de trans primario y secundario, abandonadas por presiones políticas, pudieran tener cabida a la luz del caso presentado y del papel que la cultura tiene siempre en el psiquismo humano.

BIBLIOGRAFÍA

- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Butler, J. (1990). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
- Butler, J. (1993). *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»*. Paidós.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). *Mil mesetas: Capitalismo y esquizofrenia*. Pre-Textos.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). *¿Qué es la filosofía?* Anagrama.
- Derrida, Jacques (1967): «La structure, le signe, le jeu», en *L'écriture et la différence*, París, Seuil.
- Derrida, Jacques ([1969] 1972): «La dissémination», en *La dissémination*, París, Seuil, pp. 319-407
- Foucault, M. (1985). *Historia de la sexualidad*, vol. 2: El uso de los placeres. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1990). *El pensamiento del afuera*. Pre-Textos.
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras completas, vol. 7. Amorrortu Editores.
- Giddens, A. (1995). *La transformación de la intimidad: Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Cátedra.
- Haraway, D. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinención de la naturaleza*. Cátedra.
- Haraway, D. (1995). *Ciencia, tecnología y feminismo: Un debate de tres décadas*. Anthropos.
- Lacan, J. (1955-1956). *El Seminario, libro 3: Las psicosis*. Paidós.
- Lacan, J. (1959-1960). *El Seminario, libro 7: La ética del psicoanálisis*. Paidós.

- Lacan, J. (1972). Discurso de Roma. En *Escritos 2. Siglo XXI de España Editores*.
- Laplanche, J. (1987). *La seducción generalizada: Ensayos de psicoanálisis aplicado*. Amorrortu Editores.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- Preciado, P. B. (2008). *Testo yonqui*. Espasa Libros.
- Preciado, P. B. (2013). *Manifiesto contrasexual*. Anagrama.
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. Hogarth Press.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 865-878.
- Levine, M. P., & Mishkind, M. E. (2016). A multidimensional measure of gender identity-related processes: The gender identity-related processes scale. *Archives of Sexual Behavior, 45*(7), 1737-1757.
- Pérez-Brumer, A., Day, J. K., Russell, S. T., & Hatzenbuehler, M. L. (2017). Prevalence and correlates of suicidal ideation among transgender youth in California: Findings from a representative, population-based sample of high school students. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 56*(9), 739-746.
- Pérez-Brumer, A., Hatzenbuehler, M. L., Oldenburg, C. E., & Bockting, W. O. (2015). Individual-and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behavioural Medicine, 41*(3), 164-171.
- Wren, B., & Bott, A. M. (2021). A randomized controlled trial of the acceptance and commitment therapy-based «My Authentic Life» intervention for trans and gender-diverse adults. *LGBT Health, 8*(4), 271-278.
- Stoller, R. J. (1968). *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity*. Hogarth Press.

LA PSIQUIATRÍA ENTRE LA EMANCIPACIÓN DEL SUJETO Y LA PSICOLOGIZACIÓN DE LAS RELACIONES SOCIALES DE DOMINACIÓN: EL EJEMPLO DEL PSICOANÁLISIS

Daniel Delanoë¹

El psicoanálisis ha influido mucho en la psiquiatría del siglo xx. Se puede decir esquemáticamente que el psicoanálisis tiene como finalidad explícita una cierta emancipación del sujeto que sufre psíquicamente por la elaboración de los conflictos inconscientes, a través de diversos modelos teóricos y técnicos clínicos.

Sin embargo, a lo largo de las investigaciones y de nuestras prácticas de antropólogo y psiquiatra, psicoterapeuta de inspiración psicoanalítica, comprometidos en particular en la clínica del exilio, en intercambios informales con psicoanalistas y en una posición de observación participante, hemos encontrado modelos teóricos y discursos psicoanalíticos que ocultan ciertos procesos sociales de dominación. Estos modelos no perciben como tales los efectos de la dominación pero los explican mediante un funcionamiento psíquico cuya concepción esencialista es la de una naturaleza humana sin relación con el contexto social o histórico y del carácter sobre todo intrapsíquico del origen de los trastornos mentales. De esta forma, los efectos sobre el psiquismo de las principales dominaciones

¹ Psiquiatra, antropólogo. Instituto Nacional de Salud e Investigaciones Médicas. Unidad 1018, Universidad de París. Hospital Barthélemy Durand, Essonne. Asociación Franco-Colombiana de Psiquiatría y Salud Mental, Fellow Institut Convergence Migration (Collège de France). Correo e.: <ddelanoë@gmail.com>.

no han sido identificadas como tales y han sido explicados mediante lógicas individuales y sobre todo intrapsíquicas. En particular, en lo que se refiere a los efectos de la dominación masculina, la dominación adulta y la dominación colonial. Lo que ha contribuido ampliamente a invisibilizar las relaciones sociales de dominación. En esta lógica, la toma en consideración de la realidad de ciertos traumas y la consideración de los efectos de los traumas reconocidos ha sido durante mucho tiempo rechazada o minimizada. Lo anterior ha limitado de manera significativa la consideración de los traumatismos.

EL ABANDONO DE LA TEORÍA TRAUMÁTICA POR FREUD EN 1897

En los *Estudios sobre la histeria* (1895), Freud identificó el papel principal de las agresiones sexuales incestuosas en la infancia de los pacientes. Nombraba a estos incestos por un eufemismo: las escenas de seducción, y había llamado a su teoría *neurótica*. En su famosa carta a Fliess del 21 de septiembre de 1897, Freud renuncia a la teoría traumática de la seducción, a su *neurótica*, por varias razones, entre ellas «la sorpresa de constatar que, en cada caso, había que acusar al padre de perversión, incluido el mío». Las agresiones de los padres sobre sus hijos cayeron en el olvido, y casi nunca volvieron a aparecer en sus escritos. No solamente la violencia parental existía únicamente en la imaginación del niño, sino que los impulsos violentos emanaban del niño y no del adulto (Masson 2012, Foucault 1999).

Esta perspectiva conducirá inicialmente a la interpretación de los sueños (Freud 1900) como la realización de un deseo reprimido, eliminando lo que puede ser la figuración de traumas actuales o antiguos. Y luego a la elaboración del modelo del complejo de Edipo que declara al niño culpable de sus deseos, y al padre inocente (Balmory 1979, Ciccone 2012, Clavier 2023). De acuerdo a Michel Foucault, con la aparición del psicoanálisis, a los padres se les dice «No os preocupéis, no sois vosotros los incestuosos. El incesto no va de vosotros a ellos (...), sino que al contrario de ellos va a vosotros el incesto, ya que son ellos los que comienzan, desde el principio, a deseáros» (1999, p. 252).

Esta elección de Freud inaugura un largo período de negligencia y de negación del trauma por el psicoanálisis. Pese a la oposición de Sandor Fe-

renczi, que fue violentamente rechazado por Freud y Jones en el 120 congreso de la International Psychoanalysis Association en 1932 en Wiesbaden, por haber dicho que el traumatismo y la agresión sexual por parte del padre podía ser real. Freud intentó impedir su comunicación: «Confusión de lenguas entre adultos y niños» y Jones se negó a publicar su artículo en la revista del IPA. El artículo fue publicado en una pequeña revista húngara y no fue publicado en la revista del IPA más que en 1949. El resultado ha sido según dijo Françoise Sironi (1999) un «maltrato teórico» de las víctimas de la violencia poniendo a menudo el disfrute y el masoquismo de la víctima en primer plano.

LA DOMINACIÓN MASCULINA INVISIBILIZADA

Así, en el caso de *Dora (Fragmento de un análisis de histeria)* (1905) una joven acosada sexualmente por un amigo de su padre, Freud evoca el deseo sexual reprimido de Dora, pero no la dimensión traumática de los actos de este hombre. Dora apareció como un ejemplo típico de cómo las fuerzas patriarcales del siglo XIX —políticas, sociales y médicas— oprimieron a una chica judía hasta el punto de empujarla a introducir su dolor en su cuerpo.

A los trece años, en 1896, Dora sufre su primer trauma sexual en el lugar de trabajo de un amigo de su padre Hans K. Este se las había arreglado para estar a solas con ella. De repente la apretó contra él y la besó en la boca. Rebelándose, se salió de repente y huyó. Freud calificó el primer trauma de pequeña escena, y escribió: El comportamiento de la niña de 14 años ya es bastante histérico. En 1898, tiene 15 años, durante una estancia en una estación de verano M. K. le hace una declaración «de amor». Insultada y traumatizada, Dora le abofetea y huye. Ahora bien, según Freud, es ella la que se muestra brutal. Debería haber apreciado su solicitud, que, según él, no había sido «en absoluto» grosera o indecente (Freud 1977, p. 197). Freud sugirió que ceder ante Sr. K habría sido la mejor solución para todos (Freud 1977, p. 81).

Lejos de brindarle apoyo protector, el trato que infligió a Dora, al intentar convencerla de asumir el papel del cordero sacrificial, equivalía a un trauma iatrogénico: Según él, la joven debía casarse con el hombre que la calumniaba y que la humillaba como objeto sexual. Dora también quería que él se pusiera de su lado, oponiéndose a la aventura de su padre, co-

sa que no hizo. En cambio, trató de demostrarle que ella estaba tan eróticamente comprometida como M. K. y su padre, e incluso, de inducirla a aceptar su complot de matrimonio» (Mahony 2001, p. 82). Freud calificó de delicados los comportamientos agresivos y groseros de M K y de mal-sana y rencorosa la resistencia activa de Dora (Mahony 2001, p. 119). Encontramos aquí varios criterios de la cultura de la violación: la víctima desea consciente o inconscientemente la agresión, la agresión se minimiza y trivializa, el agresor no es responsable: «El “no” que nos opone el enfermo no es más que una prueba de la devolución. Si se pasa por alto, pronto se tienen las pruebas de que el “no” significa en este caso el “sí” esperado» (Freud 1977, p. 42). Asimismo, más tarde, Lacan (1951) escribe que el problema fundamental de Dora era aceptarse como objeto del deseo masculino. Los conceptos de envidia del pene, del complejo de virilidad, de castración, de masoquismo femenino, explican mediante un modelo psicológico esencialista los efectos psíquicos de la inferiorización de la mujer.

Y ha sido necesario esperar a #Metoo y #MetootInceste para que algunos psicoanalistas puedan escuchar y acoger la realidad de los incestos vividos por sus pacientes y reflexionar sobre ello desde el punto de vista clínico y teórico.² En Francia, se estima que el incesto afecta a una de cada diez personas.

Según sociólogo Didier Eribon, «Mientras que para muchas pioneras del feminismo –Virginia Woolf, Lou Andra Salomé, Emma Goldman– Freud representó, un destello de luz, una teoría revolucionaria sobre la cual iban a hacer suya, la de su emancipación (...) el psicoanálisis no es otra cosa hoy, en gran medida, que un dispositivo de conservación social, de obstáculo a la llegada de lo inédito. Un pensamiento de prohibición» (Eribon 2001, p. 215). El caso de Dora se encuentra en el cruce de la dominación masculina y la dominación adulta, un concepto reciente.

LA DOMINACIÓN ADULTA

Freud no tiene en cuenta los efectos de la violencia educativa física y psicológica de los adultos sobre los niños en la génesis de la neurosis del

² Hay que señalar que algunos psicoanalistas se han interesado por Pierre Sabourin desde los años noventa y por Bruno Clavier desde 2020.

Hombre a las ratas (1909), aunque observa la gran violencia del padre. «El paciente se levantó a menudo en sesión, inquieto y explicando que quería «alejarse por miedo a ser golpeado por mí (...)». Recordaba que su padre había sido violento y que, en su ira, a veces no sabía cuándo parar». La rabia y el miedo del niño se deben únicamente «al hecho de que el padre altera el amor del niño por su madre».

En *Un niño es golpeado* (1919), la fantasía de ser golpeado, es el producto de un «rasgo primario de perversión», pero no de la violencia sufrida por los niños. La negación del incesto se inscribe también en la dominación adulta. Y los psicoanalistas fueron muy reacios a reconocer los efectos negativos de la violencia educativa y, más bien se opusieron a su prohibición (Delanoë 2017).

LA PATOLOGÍA DE LA HOMOSEXUALIDAD

Didier Eribon hace un análisis minucioso del «inconsciente homofóbico» del psicoanálisis. «No hay etiología individual de los psiquismos que conducirían a la homosexualidad, sino estructuras desiguales del orden social, que clasifican a ciertos individuos en categorías inferiores, condenadas (ser mujer, ser homosexual, ser negro, etc.) y el hecho de pertenecer a una de estas categorías produce un tipo de psiquismo que no depende de lo que nos ha acostumbrado la cháchara psicoanalítica, sino de la violencia social y de las estructuras de dominación» (Eribon, 2001. p. 239). El pensamiento de Lacan es profundamente sexista y heterocentrista; «su inconsciente teórico está estructurado como un lenguaje donde se articulan la dominación masculina y la dominación heterosexual» (*Ibid.* p. 250). Se puede mencionar también la oposición de los psicoanalistas al matrimonio entre personas del mismo sexo que habría amenazado «el orden simbólico».

LA DOMINACIÓN COLONIAL

Hasta los años 2000, los psicoanalistas pensaron poco en la dominación colonial, a excepción de Octavio Mannoni. Después de la revuelta de los malgaches contra el colonizador francés en 1947 (cuya represión habría causado 90 000 muertos), el psicoanalista Octavio Mannoni en *Psicología*

de la colonización (1984) propuso una explicación psicológica de la colonización: la necesidad de dependencia del colonizado.

«El malgache solo se siente en inferioridad cuando las relaciones de dependencia se ven comprometidas de una manera u otra. Esta diferencia puede tomarse como la clave de la psicología de las “poblaciones retradasas”. Así explica el largo estancamiento de sus civilizaciones» (p. 48). El psiquiatra antirracista y anticolonialista Franz Fanon dedica el cuarto capítulo de *Piel negra, máscaras blancas* a una crítica matizada del libro de Mannoni. El «complejo de dependencia» malgache es provocado por la llegada a la isla de los colonizadores blancos y no es la causa (Fanon 1971, p. 68-89).

LA DOMINACIÓN DE CLASE

La recuperación por Freud del aforismo de Plauto y de Locke «El lobo es un lobo para el hombre» y la teoría de los impulsos justifican implícitamente un cierto nivel de dominación social, sin situar histórica y socialmente el origen de la violencia, sino inscribiéndola en la «naturaleza humana» y viene a invisibilizar las relaciones sociales de clase y su violencia. Mientras que es la estructura social jerárquica la que produce la violencia y no la naturaleza humana, la que se construye socialmente. La teoría del vínculo social basada en la fábula de la horda primitiva, asesinato del padre primitivo que permite a los hermanos asociarse, no solo es falsa desde el punto de vista antropológico (Godelier, 2012), sino que justifica una violencia ontológica, que encontramos en la noción de impulso de muerte, que se supone que explica, entre otras cosas, la violencia social, la guerra, por una naturaleza humana también sin relación con las condiciones sociales, en la visión que se remonta a Plauto y San Agustín de «El hombre es un lobo para el hombre» y justificar la jerarquía y el poder autoritario (Shalins, 2008).

Desde Wilhelm Reich la corriente del freudo-marxismo –Herbert Marcuse, Erich Fromm– intentó aplicar el psicoanálisis a la alienación de clase, pero sin volver realmente sobre la cuestión del trauma.

CONCLUSIÓN

No obstante, podemos constatar en nuestra práctica un potencial emancipador del psicoanálisis, a veces mediante cambios clínicos y teóricos para salir de sus puntos ciegos (Clavier 2021, 2022). Sin embargo, investigaciones psicoanalíticas recientes, así como prácticas clínicas tratan de pensar y tener en cuenta los efectos psíquicos de las dominaciones.

Con la aparición de la psicotraumatología como disciplina a finales de los años 90, con la psiquiatría humanitaria, con la psiquiatría transcultural, y con la consideración de los traumas individuales, colectivos, y sus transmisiones transgeneracionales (Gampel 2005), contamos con modelos teóricos y clínicos desde los cuales podemos pensar en los efectos de los procesos de dominación. Esto es especialmente cierto en el caso de la psiquiatría humanitaria (Lachal, 2006) y la psiquiatría transcultural crítica. Con Roberto Beneduce y Simona Taliani (2012, 2017) en Italia, Marie Rose Moro, Claire Mestre (2011) y Malika Mansouri (2013), Dalila Rezzoug (2011) en Francia, entre otros, la psiquiatría transcultural retoma la perspectiva crítica de Fanon (1952, 1961). Cabe citar también el enfoque de Karima Lazali (2018) sobre los efectos psíquicos de los traumas de la colonización en Argelia, los trabajos de Yolanda Gampel (2005), Marion Feldman (2009) y Eva Weil (2021) sobre la transmisión transgeneracional del trauma entre los supervivientes y los hijos de las víctimas de la Shoah y los trabajos de Françoise Sironi sobre las víctimas de tortura (1999, 2007).

Françoise Davoine y Jean-Max Gaudillière (2006) relacionan las psicosis, la violencia en la historia y las guerras que atraviesan los individuos o sus padres. Psicoanalistas como Laurie Laufer se comprometen desde hace algunos años en la crítica de las relaciones sociales de género (2022) o como Thamy Ayouch en la crítica de la colonización y del post colonial (2018).

Este movimiento de elaboración colectiva requiere reconsiderar algunos conceptos y modelos psicoanalíticos: en efecto, merecen que nosotros, después de otros y a nuestro modo, les apliquemos un derecho de mirada crítica, un derecho de inventario especialmente para los conceptos clave de la doxa psicoanalítica; su concepción y su uso pudieron estar implicados en procesos de negación, justificación o invisibilización de dominaciones. Son conceptos elaborados en configuraciones históricas y sociales particulares, no igualitarias, donde las dominaciones se ejercían con pocos o sin

ningún límite: tales como el masoquismo femenino, la castración femenina, el impulso de muerte, del niño pervertido polimorfo, incluido el complejo de Edipo que viene a exonerar al padre del incesto (Foucault 1999).

Tratando de pensar en estos impensados del psicoanálisis (Delanoë *et al.*, 2023), estos autores y autoras, y otros, aunque minoritarios, contribuyen al movimiento de vanguardia del psicoanálisis y de la psiquiatría.

REFERENCIAS

- Ayouch, T. (2018). *Psychoanalyse et hybridité, Genre, colonialité, subjectivations*. París, PUF. [Psicoanálisis e hibridación, género, colonialidad, subjetividades].
- Balmory, M. (1979). *L'homme aux statues*. París, Grasset. [El hombre de las estatuas].
- Beneduce, R., Taliani, S., Bayart, J.F. (2017). La vie psychique du pouvoir colonial. *Esprit*, pp 97-111.
- Beneduce, R. (2012). La vie psychique de l'Histoire. Fanon et le temps fracturé de la mémoire. *L'Autre*, 13, 273-284.
- Ciccone, A. (2012). *La transmission psychique inconsciente*. París, Dunod. [La transmisión psíquica inconsciente].
- Clavier, B., Gauthier, I. (2021). *L'inceste ne fait pas de bruit*. París, Payot. [El incesto es silencioso].
- Clavier, B. (2022). Ils ne savaient pas... Pourquoi la psy a négligé les violences sexuelles. París, Payot. [No sabían... por qué la psiquiatra no se ocupó de la violencia sexual].
- Davoine F., Gaudillière J.M. (2006). *Histoire et trauma. La folie des guerres*. París, Stock. [Historia y trauma. La locura de las guerras].
- Delanoë, D. (2017). *Les châtiments corporels de l'enfant. Une forme élémentaire de la violence*. Préface de Marie Rose Moro. Postface de Maurice Godelier. Toulouse, Erès. [El castigo corporal del niño. Una forma elemental de violencia].
- Delanoë, D., Mestre C., Minassian S. (2023). Penser les dominations dans la clinique. A paraître en 2023 dans *L'autre, cliniques, cultures, sociétés*
- Eribon, D. (2001). *Une morale du minoritaire*. París, Flammarion..
- Fanon, F. (2001). *Peau noire, masques blancs*. París, Le Seuil. [1952]. [Piel negra, máscaras blancas].

- Fanon, F. (2002). *Les Damnés de la Terre*. París, La Découverte. [1961]. [Los condenados de la Tierra].
- Feldman, M. (2009). Entre trauma et protection: quel devenir pour les enfants juifs cachés en France (1940-1944). Toulouse, Érès. [Entre trauma y protección: qué hacer para los niños judíos escondidos en Francia (1940-1944)].
- Ferenczi, S. (1982). Confusion de langues entre les adultes et l'enfant. In *Psychanalyse, Œuvres complètes*, t. 4, (1927-1933), París, Payot, pp. 125-134 [1932]. ((1949) Confusion of the Tongues Between the Adults and the Child (The Language of Tenderness and of Passion). *International Journal of Psycho-Analysis*. 30 (4): 225-230)
- Foucault, M. (1999). *Les anormaux. Cours au Collège de France, 1974-1975*. París, EHESS, Seuil, Gallimard. [Los anormales. Curso en el Collège de France, 1974-1975].
- Freud, S. (1977). Fragment d'une analyse d'hystérie (Dora) [1905]. In *Cinq psychanalyses*, París, PUF. (Dora, *Fragments of an Analysis of a Case of Hysteria* (1953). Standard Edition vol. 7, Londres: Hogarth Press, pp. 1-122)
- Freud, S. (2003). *L'interprétation des rêves*. París, PUF (2003). The Interpretation of Dreams (1935). Hogarth Press. [1900]. [La interpretación de los sueños].
- Freud, S. (2010). Un enfant est battu. Contribution à la connaissance de la genèse des perversions sexuelles. [1919]. In: *Névrose, Psychose et perversion*, París, PUF, pp. 219-243. (A Child is Being Beaten: A Contribution to the Study of the Origin of Sexual Perversions. *The Standard Edition of the Complete Works of Sigmund Freud*, vol. 2. Translated by James Strachey and Alix Strachey, Vintage, 1999. Pp. 179-181.).
- Gampel, Y. (2005). *Ces parents qui vivent à travers moi: Les enfants des guerres*. París, Fayard. [Esos padres que viven a través de mí, los hijos de la guerra].
- Godelier, M. (2012). *The Metamorphoses of Kinship*. Londres: Verso
- Lacan, J. (1966). Intervention sur le transfert. In *Ecrits*. Seuil p. 215-226. [1951].
- Lachal, Ch. (2006). *Le partage du traumatisme. Contre transfert avec les patients traumatisés*. Grenoble, La pensée sauvage. [Compartir el trauma. Contra transferencia con pacientes traumatizados].

- Laufer, L. (2022). *Pour une psychanalyse émancipée*. Paris, La Découverte. [Para un psicoanálisis emancipado].
- Lazali, K. (2018). *Le trauma colonial. Une enquête sur les effets psychiques et politiques contemporains de l'oppression coloniale en Algérie*. Paris, La Découverte. [El trauma colonial. Una investigación sobre los efectos psíquicos y políticos contemporáneos de la opresión colonial en Argelia].
- Mahony, P. (2001). *Dora s'en va. Violence dans la psychanalyse*. Paris, Les Empêcheurs de penser en rond. (Freud's Dora: A Psychoanalytic, Historical, and Textual Study. Yale University Press, 1996) [Dora se va. Violencia en el psicoanálisis].
- Mannoni, O. (2022). *Psychologie de la colonisation*. Paris, Seuil. [1950]; reeditado bajo el título: *Prospero et Caliban*, Paris, Éditions Universitaires, 1984. [Psicología de la colonización].
- Mansouri, M. (2013). *Révoltes postcoloniales au cœur de l'Hexagone. Voix d'adolescents*. Paris, PUF. [Revueltas postcoloniales en el corazón del Hexágono. Voces de adolescentes].
- Masson, J. (2003). *The Assault on Truth: Freud's Suppression of the Seduction Theory*. Nueva York: Ballantine Books. [(2012). *Enquête aux archives Freud*. L'instant présent].
- Mestre, C., Moro M.R. (2011). L'intime et le politique. Projet pour une ethnopsychanalyse critique. *L'autre, Cliniques, Cultures et Sociétés*, 12(3), 263-272.
- Rezzoug D, Baubet T, Moro M.R. Stories of children and adolescents from other cultures: the trauma of migration. In: Ardino V, editor. *Post-traumatic syndromes in childhood and adolescence*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011: 77-90
- Sahlins, M. (2008). *Hierarchy, Equality, and the Sublimation of Anarchy. The western illusion of human nature*. Chicago, Prickly Paradigm Press.
- Sironi, F. (1999). *Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture*. Elsevier, Masson. [Verdugos y víctimas. Psicología de la tortura].
- Sironi, F. (2007). *Psychopathologie des violences collectives*. Paris, Odile Jacob. [Psicopatología de la violencia colectiva].
- Weil, E. (2021). Lieux du traumatique, le génocide: le nouage collectif-individuel. *Revue française de psychanalyse*, 85(5), 1095-1147.

¿DE QUÉ SIRVE A LOS PSIQUIATRAS CONOCER LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA?

Juan Carlos Stagnaro¹

INTRODUCCIÓN

¿De qué sirve a los psiquiatras conocer la historia de la psiquiatría? ¿Constituye ésta solamente un saber erudito destinado a adornar los primeros capítulos de los libros de texto actuales? ¿Es de un interés restringido a pequeños grupos de psiquiatras con inclinación al estudio de las humanidades? ¿O por el contrario, se vuelve cada vez más una herramienta indispensable para guiarse en la crisis del paradigma psiquiátrico contemporáneo?

Nos inclinamos a responder negativamente a la segunda y a la tercera pregunta y responder a la primera con un categórico si a la cuarta.

Aunque parezca una obviedad –por aquello de que quien no conoce la historia de su profesión, no conoce su profesión– al comprobar el «analfabetismo» histórico de la propia especialidad que ostenta la inmensa mayoría de los psiquiatras contemporáneos se comprende que la pregunta que sirve de título a este trabajo no tiene nada de inocente ni posee una respuesta fácil. En el breve espacio de esta presentación intentaremos desgranar algunos conceptos que pueden servir para pensar el tema.

¹ Profesor consulto titular, Depto. de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

ALGUNAS DEFINICIONES OPERATIVAS

Henry Sigerist, en su definición clásica, inspirada en la antigua concepción ciceroniana de la historia como *Magistra vitæ*, dice que «la historia de la medicina es la disciplina que nos enseña de dónde venimos, en dónde nos encontramos en este momento y hacia dónde nos dirigimos: es la brújula que nos guía hacia el futuro».

Por su lado, Rafael Huertas, en una línea más actual, afirma que «La historia de la medicina y, de manera particular la de la psiquiatría, aspiran a convertirse en un instrumento de reflexión indispensable para comprender la propia razón de ser de las teorías y las prácticas que hoy en día en el momento histórico concreto que nos ha tocado vivir, son aceptadas, discutidas o simplemente consensuadas por la comunidad científica internacional». En esta manera de presentar el valor de la historiografía psiquiátrica Huertas introduce una dimensión epistemológica, porque habla de teorías que en un momento histórico concreto son aceptadas o discutidas o simplemente consensuadas por la comunidad: ambos, «consenso» y «comunidad científica», son términos que aluden a la perspectiva epistemológica kuhniana de la evolución de los paradigmas en una disciplina determinada.

Pedro Laín Entralgo, el gran historiador español, sostiene que «el conocimiento de la historia de la medicina, y, en nuestro caso, el de la historia de la especialidad, permite superar esas posiciones pasivas y dogmáticas que nos llevan a creer, acríticamente, en las concepciones vigentes del momento en que ejecutamos nuestras prácticas». Es decir, la historia, para Laín, es una salvaguarda para no dejarse invadir solamente por lo momentáneo, lo meramente actual sin pasarlo por la criba, por decirlo así, de una crítica con perspectiva histórica.

Para Humberto Casarotti, en su brillante introducción a los *Estudios psiquiátricos* de Henri Ey, hay tres tipos de conceptos en las disciplinas, en las ciencias y en la psiquiatría en particular: a algunos de ellos los define como «transeúntes», es decir, que pasan para no volver; a otros los califica de «progresientes», es decir que son asumidos por desarrollos ulteriores y progresivamente incorporados por el saber de la disciplina fecundando nuevas investigaciones; y, por último, ubica a los que llama «invariantes», que son los conceptos que permanecen bajo lo cambiante del saber y del

renovar de las teorías y las prácticas. En otras palabras, algunos conceptos deben desaparecer porque quedan perimidos; otros quedan como una base de nuevos programas de investigación y otros permanecen asentados como parte de un saber que se mantiene por largo tiempo.

Si es cierto que el paradigma psiquiátrico hoy está en crisis, y que esto se produce en el marco de una crisis epocal de la cultura globalizada, probablemente surgirá una nueva concepción de la locura en los próximos tiempos en la que algunos elementos «invariantes» persistirán, y muchos «progredientes» servirán para nuevos desarrollos. Pero lo que surja, si lo pensamos en una perspectiva kuhniana, será inconmensurable con respecto a lo que conocimos o conocemos en el presente. De tales avatares se desprende la utilidad que posee el conocimiento de la historia de la especialidad para posicionarse críticamente en una época de incertidumbres en la que llega el ocaso de muchas certezas y aún no terminan de alumbrar las que las reemplacen.

A su vez, el cruzamiento «psiquiatría-epistemología» es fundamental para enriquecer ambas disciplinas, pero, sobre todo, para enriquecer la historiografía de la psiquiatría. Respecto del estatus epistemológico de la especialidad también hay controversias.

Algunos autores, como Pérez Costillas y Jiménez Egea, consideran que la psiquiatría, en tanto disciplina médica, tiene un objeto de estudio heterogéneo, el cual está compuesto por diferentes modelos explicativos, es decir que la especialidad estaría aún en un estadio preparadigmático.

En otra posición, Georges Lanteri-Laura considera que la psiquiatría habría alcanzado a consensuar sucesivos paradigmas, como lo desarrolla muy detalladamente en su *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Sin embargo, Lanteri-Laura deja, simultáneamente, abierto un campo de investigación o de pensamiento que puede llegar a ser muy fructífero cuando avizora que de la crisis paradigmática en que está sumida la psiquiatría actual quizás se saldrá aceptando la posibilidad de paradigmas regionales para comprender y explicar la locura. Un paradigma de referencia neurobiológica, otro de referencia psicoanalítica, un tercero de referencia psicosocial, para poder dar consistencia epistemológica a los conocimientos de cada sector de la patología psiquiátrica. Una vez más se aprecia así la importancia de la historia y la epistemología, como

indispensables herramientas para orientarse coherentemente en las teorías psicopatológicas que despuntarán en el siglo XXI.

¿COMO SE PRODUCE EL CONOCIMIENTO HISTÓRICO EN LA HISTORIOGRAFÍA PSIQUIÁTRICA?

Refiriéndose a la investigación histórica en general, Jacques Le Goff distingue en primer lugar lo que llama *historia vivida*, es decir, la realidad histórica tal y como sucedió, aquello que Pierre Vilar denominó *material del conocimiento historiográfico*. De esta historia vivida, que es en sí misma irreproducible, quedan solo datos, las llamadas fuentes primarias y secundarias; y es a partir de ellas que nace el trabajo del historiador, es a partir de esos datos que va a ejecutar la operación historiográfica.

El historiador abordará esa tarea desde su subjetividad y desde la posición historiográfica teórica a la que adscriba (positivista, estructuralista, contextualista...), en otras palabras siempre va a analizar los hechos desde la perspectiva de su posición teórica. Los distintos historiadores de la psiquiatría tuvieron sus distintas posiciones teóricas para analizar los hechos de la historia de la psiquiatría, como se verá en seguida. Pero a esto el historiador le va a incorporar también su subjetividad, la manera en que va a valorar lo que está leyendo, los datos que está recogiendo, y con ese bagaje se aplica a la operación historiográfica. Ésta tiene tres momentos: una *fase documental*, en donde el investigador va a reunir los datos de la historia vivida; una *fase explicativa/comprendida* en la cual va a interpretar esos datos, y una tercera fase, no menos importante, la *fase representativa*, en la cual va a escribir lo que surge de su interpretación de los datos recabados en la fase documental. En cada una de ellas es fácil comprender que tanto la subjetividad del historiador como la posición teórica que tenga respecto al trabajo de los datos históricos van a estar en juego. De esa operación historiográfica que cada historiador realiza se obtiene la *historia construida*, el discurso del historiador sobre un momento de la historia vivida, diría Jacques Le Goff; el *conocimiento de la materia historiográfica*, en términos de Pierre Vilar.

Cada uno de los historiadores de la psiquiatría ha atravesado esa operación historiográfica desde su subjetividad y ha sido portador de una posi-

ción teórica para analizar los datos. De allí que nosotros podamos distinguir distintas maneras de enfocar la historia de la psiquiatría.

Hay dos tipos, en general, de historiadores de la psiquiatría: unos son *los clínicos*, médicos psiquiatras, que hacen historia, que escriben historia, que se dedican a explorar la historia. Y otros son *los historiadores profesionales*, o los antropólogos historiadores, o los sociólogos historiadores, o los psicólogos historiadores que toman como tema de investigación a la psiquiatría. Cualquiera de los dos tipos mencionados que escriben la historia de la psiquiatría tiene sus pros y sus contras. El psiquiatra clínico, tiene la vivencia de su trabajo en las instituciones, la de su encuentro con los pacientes, la vivencia del estudio de la especialidad en cuanto a sus teorías, a sus conceptos centrales, mientras que los historiadores no la tienen, pero éstos cuentan, por su formación profesional, con una capacidad metodológica de análisis histórico que, generalmente, el psiquiatra clínico no tiene. Algunos han hablado de aquellos que han llamado «historiadores blindados», que son los que habiendo estudiado medicina, y practicado algún tiempo la psiquiatría, se dedicaron luego al estudio universitario de la historia, y, en tanto historiadores profesionales volvieron sobre la historia de la psiquiatría. Son escasas estas personas porque ese recorrido universitario es sumamente complejo, azaroso y difícil, solamente puede realizarse, en general, en aquellos países que cuentan con recursos económicos para solventar tal trabajo. Lo más habitual, en todo caso, es que se trabaje con un grupo multidisciplinario, en donde psiquiatras clínicos, historiadores profesionales, sociólogos, antropólogos dedicados a la historia, psicólogos dedicados a la historia, puedan intercambiar y enriquecer perspectivas para dar un producto final que sea más completo, metodológicamente más adecuado, pero que, al mismo tiempo, esté enraizado en una perspectiva que valore lo más exactamente los hechos como se puede hacer desde la experiencia, desde el terreno mismo, desde la clínica misma.

CORRIENTES HISTORIOGRÁFICAS EN PSIQUIATRÍA

Rafael Huertas publicó en el año 2001 en *Frenia*, la revista española de historia de la psiquiatría, un artículo señero intitulado «Historia de la psiquiatría. ¿Por qué? ¿Para qué?». En ese texto, que citaremos muy su-

cintamente, dividía las etapas de la historiografía de la psiquiatría en dos grandes momentos: el de la *historiografía tradicional* y el de la *historiografía crítica o revisionista*.

La historiografía tradicional, según Huertas, apareció más o menos entre los años treinta y los cincuenta del siglo xx. En ese lapso se publicaron la mayor parte de sus obras más representativas. En este tipo de historiografía primaban los análisis «internalistas» (biografías de los grandes maestros, fundación de instituciones, descubrimientos de la disciplina, etc.). Era una historia generalmente escrita por psiquiatras para psiquiatras. Fundamentalmente datista, con muchos detalles cronológicos, anecdótica y apologética y legitimadora de la profesión. Una historiografía triunfalista, de cuño positivista que veía el emerger de la medicina contemporánea a partir de creencias pre-científicas, haciendo de la medicina y de la psiquiatría, un saber perfeccionado permanentemente, en ascenso constante hacia un saber total o pretendidamente total.

En oposición a esa historiografía apareció entre las décadas los sesenta y los setenta del siglo xx una historiografía crítica o revisionista, que resultó un efecto de un gran movimiento historiográfico en la historia general surgido de la escuela de los *Annales* en Francia. En esta línea revisionista se recurrió mucho más a las ciencias sociales para enfocar la historia de la psiquiatría. En efecto, la historia social, la sociología, la antropología, vinieron a prestar herramientas para volver a revisar la historia de la psiquiatría tal como la corriente tradicional la había enfocado. En la historiografía crítica primaron los análisis «externalistas» a la disciplina, es decir, de qué manera todo lo contextual –por eso la califican también como contextualista–, el contexto social y político influyeron, no condicionando solamente, sino como un determinante de los acontecimientos que iban produciéndose en la formulación de teorías, en las prácticas y en los desarrollos profesionales de la especialidad.

Otra de las características que tuvo la historiografía crítica o revisionista es que se extendió hacia atrás en el tiempo, es decir, se empezó a interesar por la historia de la locura en contraposición a la simple historia de la especialidad psiquiátrica que, como todos sabemos, aparece en el contexto del mundo médico en las últimas décadas del siglo xviii y las primeras del siglo xix, la historiografía crítica pretendió ir, en muchos momentos,

mucho más atrás a buscar raíces de las concepciones de la locura desde el punto de vista cultural, a lo largo del tiempo.

Una serie de autores fueron muy importantes en esta línea de la historiografía revisionista. Sin ningún lugar a dudas el acontecimiento bisagra, el momento de cambio de la historiografía tradicional a la revisionista, estuvo marcado por la *Histoire de la folie à l'âge classique*, publicada en 1961 por Michel Foucault. Este texto tuvo una repercusión en la psiquiatría misma coincidiendo con el movimiento antipsiquiátrico especialmente en su variante inglesa liderada por Ronald Laing y David Cooper. De la obra de Michel Foucault, que fue muy revulsiva, comenzaron a desprenderse distintos aportes presentados por diversos autores, todos adherentes a esta corriente contextualista, externalista. Fue así que aparecieron *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*, de Robert Castel, y dos textos importantes desde la perspectiva social: *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*, de Klaus Dörner, en 1974, aparecido un poco antes que el libro mencionado de Castel, y, en 1979, *Museums of madness, The Social Organization of Insanity in Nineteenth-century England*, de Andrew Scull, un ejercicio sumamente riguroso de análisis sobre el contexto social en que se producen los cambios dentro de la especialidad en la Inglaterra del siglo XIX.

Ya el gran historiador de la medicina, Erwin Ackernecht, había publicado su *Breve historia de la psiquiatría* en 1957, un pequeño librito que abrió caminos que se iban desprendiendo de la historia tradicional y que sirvió mucho a otros autores de este grupo que estamos mencionando.

George Rosen publica *Locura y sociedad, sociología histórica de la enfermedad mental* en 1968, un texto de fuerte raigambre sociológica que hace un gran aporte a la corriente revisionista, y Georges Lanteri-Laura, en un cruzamiento histórico y epistemológico que trabaja durante toda su obra, publicó *Psychiatrie et connaissance*, que no fue traducido nunca al español, y *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, en el cual postula, contextualizando en la medicina de la época y en otros fenómenos sociales, que la psiquiatría se organizó en torno a tres paradigmas sucesivos, aplicando la noción de paradigma científico de Thomas Khun adaptada a la historia de la psiquiatría. En esa periodización describe inicialmente un paradigma de la alienación mental, sucedido por el que él define como el paradigma de las enfermedades mentales, y, por fin, un paradigma

de las estructuras psicopatológicas para desembocar, a fines del siglo XX, posteriormente a la aparición del DSM III norteamericano, en una crisis del paradigma psiquiátrico. Y allí están las consideraciones, en el fin de su obra que mencioné anteriormente sobre la posibilidad de que a la salida de la crisis paradigmática actual surjan distintos paradigmas, que él llamaba *regionales*, que podían dar cuenta de distintos aspectos de la patología mental.

Y, por fin, cabe mencionar en la corriente crítica o revisionista el trabajo historiográfico, pero también epistemológico, de la Escuela de Cambridge y particularmente de su figura central, Germán Berrios, quien publica *Historia de los síntomas mentales* en 1996, una obra fundamental que hace hincapié en el desarrollo, a lo largo del tiempo, de las nociones de la psiquiatría descriptiva desde los orígenes de la especialidad. Una obra que aporta mucho, junto con la de Roy Porter, y también de la Escuela de Cambridge, el aporte enorme de la revista *History of Psychiatry*.

En respuesta a la posición foucoulitiana surgieron diversos autores que matizaron más equilibradamente la historia de la especialidad. Jacques Postel compilador de la *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Gladys Swain con su *Sujet de la folie*, Jean Goldstein autora de *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century* y los textos de Jean Garrabé, entre otros importantes autores.

Otra fuente importante en castellano, es la revista española de historia de la medicina *Asclepios*, en la que se encuentran artículos muy útiles sobre la historia de la psiquiatría.

En Argentina, hemos editado durante bastante tiempo, aunque por períodos en forma errática por razones de limitaciones materiales, *Temas de historia de la psiquiatría argentina*, una revista dedicada exclusivamente a la producción de la historia de la especialidad en nuestro país².

Otras líneas de desarrollo siguieron a las mencionadas. Fecundadas por esa corriente revisionista, se comenzó a trabajar, por ejemplo -y esto lo ha hecho con bastante éxito Rafael Huertas-, una «historia desde abajo» de la psiquiatría inspirada en la «microhistoria» que propuso Carlo Guinz-

² Y también realizamos la primera traducción al español de principales autores del alienismo y la psiquiatría de fines del siglo XVIII y de los siglos XIX y XX que reunimos en la *Colección Clásicos de la Psiquiatría* de la editorial Polemos.

burg, en sus textos, el más conocido *El queso y los gusanos*, en el cual relata la vida y la mentalidad y las condiciones de existencia y los fenómenos sociales en el norte de Italia a través de la vida de un molinero que es juzgado por la Inquisición, y utilizando como fuentes los registros de la Inquisición y otros textos menores surgidos a partir de la vida de este personaje, construye esa historia «desde abajo». Es la historia de los hombres de a pie que, en oposición a la historia «grande», a la historia general, a la historia de los grandes hombres, de los grandes acontecimientos, las grandes batallas, los grandes movimientos sociales, es una historia hecha a partir de cómo dejaron algún registro los protagonistas comunes, los anónimos, por así decirlo. *Mutatis mutandis*, en la historia de la psiquiatría esto se hace utilizando como fuentes primarias y secundarias historias clínicas, registros hospitalarios, diarios íntimos, cartas de pacientes a sus familiares y a sus médicos, historias relatadas por médicos en sus gabinetes, de tal forma que a partir de estos datos se va construyendo una manera de pensar la psiquiatría desde sus protagonistas a través de sus testimonios.

Las historias de género han hecho su irrupción con trabajos sobre la historia de la locura de las mujeres, que matiza enormemente la historia de la psiquiatría, por la diferencia de género que se estableció, de distintas maneras, en la nosografía, en la terapéutica, en las instituciones, entre hombres y mujeres.

Las «historias cruzadas», con el psicoanálisis, con las neurociencias, también han originado aportes de gran valor. Hay, por ejemplo, una historia de la psicofarmacología de López-Muñoz y Álamo, monumental trabajo que explora no solamente cómo fueron desarrollándose los fármacos, sino cómo la industria farmacéutica tuvo que ver con el desarrollo de la psiquiatría misma, cómo la agenda de la psiquiatría se vio modificada por marketing de distintas casas farmacéuticas, por la presencia del fármaco como recurso terapéutico y cómo fue acogido socialmente el fenómeno farmacológico.

Y también están las historias locales o regionales y los cruzamientos con otras disciplinas del campo psi. En nuestro país, particularmente, la importante producción historiográfica universitaria de profesionales psicólogos y la impronta que ha tenido el psicoanálisis en la cultura argentina y su influencia sobre la psiquiatría, han hecho muy fecundos los en-

cuentros con los psiquiatras interesados en la historia de la especialidad³, ya que los mismos permiten encontrar influencias mutuas, cruzamientos, hibridación de ideas que han sido extremadamente ricas entre psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas.

Y también historias regionales, porque cuando se va a la bibliografía mundial, en general, se encuentran las historias de la psiquiatría de los países europeos, la historia occidental de la locura; eso es lo que abunda, la historia de la psiquiatría como especialidad médica, particularmente, en Francia, Alemania, Inglaterra, España, Italia o Austria. Pero en los países de América Latina no ha existido una producción de la misma magnitud. Por eso con Rafael Huertas fundamos los «*Encuentros Iberoamericanos de Historia de la Psiquiatría*» en los que se trabaja, fundamentalmente, las historias locales de los distintos países reuniendo los aportes de investigadores de Argentina, Colombia, Brasil, México, Chile y Uruguay, de tal manera de ir conformando un mapa de la historiografía de la especialidad en nuestra región.

UNA HISTORIA PARA EL PRESENTE

Cuando los psiquiatras leemos historia tenemos que tener muy en cuenta no caer en el anacronismo, el «presentismo» o lo que se llama también la interpretación *Wigh* de la historia, a la que, Berrios define como el uso de categorías presentes para acotar la documentación del pasado y el descuido por el contexto social y político del periodo que estamos analizando. Es decir, valorar, por ejemplo, las instituciones, las terapéuticas o los criterios clínicos del siglo XIX con los ojos del presente, desde la óptica de las instituciones, las terapéuticas o las teorías del siglo XXI. Ese sesgo nos puede hacer incurrir en grandes errores al analizar los hechos históricos descontextualizados del desarrollo de la disciplina de la época y de su momento social y político. Aunque esa advertencia parece obvia, sin embargo no lo es, ya que el «presentismo» es uno de los errores más habituales cuando uno se aproxima ingenuamente a la lectura de los hechos del pasado.

³ Desde 1999 se han organizado anualmente en Argentina los *Encuentros argentinos de historia de la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis*.

En nuestras modestas incursiones en temas de la historia junto con un grupo de colegas, todos psiquiatras clínicos, pero que nos hemos interesado por la historia de la psiquiatría en nuestro país y hemos trabajado y leído la historia de la psiquiatría mundial, nosotros hemos elegido una posición historiográfica, una manera de abordar la investigación histórica que muchos han definido como «historia para el presente».

Robert Castel, en el prólogo del libro *Ciudadanos y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo xix*, de Fernando Álvarez Uría, publicada en 1983, presenta una síntesis de lo que podría definirse como *el método de la historia para el presente*. Él dice que este método tiene tres características: debe ser *genealógico*, es decir, que al analizar un suceso determinado debe intentar comprender qué hay en ese suceso de innovación y qué resta en el mismo de lo anterior, que permanece como una rémora de estructuras heredadas junto a la innovación. Al poder hacer este análisis se desmitifica aquello que aparece siempre como ultramoderno, como la última palabra de algo, en términos positivistas como «lo mejor» y resultado de una evolución creciente siempre progresiva. En consecuencia, este método tiene la virtud de ser, y esta es su segunda característica, *anti-normativo y desmitificador*, es decir, saca a la luz las contradicciones y las estructuras subyacentes bajo esos aparentes discursos de modernidad. Y por último, si logra esto, su tercera característica es que tiene *efectos prácticos* porque permite, de alguna forma, separar el grano de la paja, por decirlo de una forma muy simple, no fascinarse con todo lo que llega, ver en esto que llega qué hay de nuevo y también qué persiste de lo anterior. Y esto es quizás lo que más justifica la utilización de la historia como una herramienta para tomar posiciones en el presente.

Un ejemplo de esto utiliza Castel para valorar los hechos más destacados en el nacimiento de la psiquiatría. Sin ningún lugar a dudas el acontecimiento tuvo efectos de innovación. Hubo una nueva institución: se pasó del hospital general al asilo psiquiátrico; se creó un cuerpo nuevo de especialistas que se desprendió del conjunto de la medicina y se dedicó específicamente a las enfermedades mentales: los alienistas; se legalizó un nuevo estatuto social para el loco, que, de preso, aislado, encarcelado, encerrado en el hospital general o en las cárceles, devino enfermo, y al devenirlo se hizo acreedor de todas las «ventajas» que pueden ofrecerle los cuidados médicos y la ética médica; se diseñó una nueva terapéutica: el aislamien-

to en la nueva institución psiquiátrica y el tratamiento moral; y todo ello se dio en un contexto, el de las revoluciones burguesas de fines del siglo XVIII y principios del siglo XIX en el cual fueron posibles tales novedades.

Sin embargo, el fenómeno del nacimiento de la psiquiatría también tuvo efectos heredados, porque del hospital general y las prisiones se pasó al asilo, es decir que persistió la privación de derechos de las personas que estaban detenidas, retenidas allí. Del secuestro penal se pasó al aislamiento terapéutico, y de la tutela del juez a la tutela del médico: el paciente quedaba, así, sometido al poder omnímodo del médico, como lo definía Pinel. Es decir que no todo era novedad si no que tejido en la trama de la primitia restaban figuras de lo viejo.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackernecht, E. (1962). *Breve historia de la psiquiatría*. Eudeba.
- Berrios, G. (2008) *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Casarotti, H. (2008). Introducción. En Henri Ey *Estudios psiquiátricos*, T I. Polemos.
- Castel, R. (1983). Prólogo, en Fernando Álvarez Uría, *Ciudadanos y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*.
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo*. La Piqueta.
- Dörner, K. (1974). *Ciudadanos y locos. Historia social de la psiquiatría*. Taurus.
- Febvre, L. (1970). *Combates por la historia*. Ariel.
- Foucault, M. (1961). *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*. Plon.
- Garrabé, J. (1996). *La noche oscura del ser: una historia de la esquizofrenia*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Goldstein, J. (1989). *Console and Classify: The French Psychiatric Profession in the Nineteenth Century*. The University of Chicago Press.
- Guinzburg, C. (1982). *El queso y los gusanos*. Península.
- Huertas, R. (2001). Historia de la psiquiatría. ¿Por qué? ¿Para qué? Tradiciones historiográficas y nuevas tendencias. *Frenia*, 1(1), 9-36.
- Lain Entralgo, P. (1978). *Historia de la medicina*. Masson.

- Lanteri-Laura, G. (19). *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Éditions du temp [versión castellana: Lanteri-Laura, Georges, *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*. Triacastella, 2000].
- López-Muñoz, F., Álamo González, C. (2007). *Historia de la psicofarmacología*, vol. I y II. Médica Panamericana.
- Postel, J; Quetel, C. (1987). *Historia de la psiquiatría*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Rosen, G. (1968). *Locura y Sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental*. Alianza.
- Scull, A. (1979). *Museums of madness, The Social Organization of Insanity in Nineteenth-century England*. St. Martin's Press.
- Sigerist, H. (1958). *A History of Medicine*, Oxford University Press.
- Stagnaro, J. C. (2011). «Evolución y situación actual de la historiografía de la psiquiatría en la Argentina». *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*. XXII, 98: 281-295.
- Zilboorg, G. (1941). *A History of Medical Psychology*. Norton.

HISTORIA DEL SUICIDIO: UN PUNTO DE PARTIDA. CONSIDERACIONES SOBRE *EL DIÁLOGO DE UN DESESPERADO CON SU BA*

Miguel Ángel De Lima¹

El diálogo de un desesperado con su Ba es un texto de manejo casi obligado para los egiptólogos, y relativamente bien conocido en los ámbitos de la filosofía y de la literatura, pero casi ignorado del todo en los ambientes psiquiátricos y psicológicos a lo largo y ancho del planeta. Incluso, en mi carácter de profesor de Historia de la Medicina, no ha sido sino hasta hace muy poco que entré en contacto con este documento que muchos expertos consideran, tal y como lo plantea el título de esta presentación, el punto de partida de cualquier aproximación histórica a un fenómeno que, hoy por hoy, tiene rasgos de pandemia: el suicidio. Y, así como la pandemia de la covid-19 ha puesto de relieve la necesidad de la revisión del comportamiento de las pandemias a lo largo de la historia de la humanidad, esta pandemia del suicidio debería estimularnos al conocimiento histórico de dicho fenómeno.

Dadas las características del asunto planteado, es casi natural aproximarnos a la historia de la psiquiatría y, en particular, a la historia del suicidio, con una doble mirada: la del *psiquiatra* y la del *historiador*, a las que agrego un tercer punto de vista: la mirada de la *lingüística*, motivada por los aportes que nos procura esa especialidad.

¹ Médico psiquiatra, profesor de Historia de la Medicina, Universidad Central de Venezuela, Individuo de Número, sillón XL.

SUICIDIO: UNA REVISIÓN HISTÓRICA DEL TÉRMINO

Después de las contribuciones fundamentales de Wittgenstein y de Saussure, es casi imperativo utilizar la óptica de la lingüística en trabajos de investigación pertenecientes a muy diversas disciplinas, incluyendo la historia de las entidades clínicas en medicina. En el caso particular de la historia del suicidio, esto cobra especial interés, porque llama la atención que un fenómeno humano tan antiguo tenga un nombre relativamente reciente, oficializado en español por la Real Academia Española (RAE) apenas en 1817. Los griegos no tenían un término específico para el suicidio. Cuando se leen las traducciones de los clásicos que se refieren al hecho, y aparece este lexema – como diría un lingüista –, es por simple y necesaria comodidad del traductor para que fluya el discurso, no porque la palabra existiera para el momento. Dora Georgina Salman Rocha, mexicana, verdadera autoridad en el tema, y que, curiosa pero muy comprensiblemente, no viene del mundo biomédico, sino del literario (es doctora en Letras Modernas) nos dice lo siguiente:

David Daube, quien escribe un artículo que mucho nos enseña acerca de esta historia, resalta un hecho importante: las palabras que hacían referencia al suicidio giraban en torno a dos conceptos: *to die or to kill*, morir o matar. De esta manera, el suicida moría por propia mano o se asesinaba a sí mismo». Aquí surgen expresiones como: *lambano thanaton* (*to grasp death*, asir la muerte), *haireo thanaton* (*to seize death*, asir, apresarse la muerte), *katalyo bioton* (*to break up life*, fragmentar o hacer pedazos la vida), *hekousios apothneisko* (*to die voluntarily*, morir voluntariamente), *biaiothanatos* (*dying by violence*, morir por violencia), *autoktonos* (*self-killing*, matarse a sí mismo) y al suicida se le denominaba *autophoneutes* (*self-murderer*, asesino de sí mismo) (Salman Rocha, 2021).

Daube plantea que el término *suicidio* es «demasiado vulgar» e Hinojo (1998) se refiere a este como «monstruoso». Y realmente captamos las limitaciones del vocablo cuando hacemos contraste con la expresión que usaba Platón al hacer alusión a quien ejecutaba este acto: «se despoja violentamente de la parte de la vida que le ha dado el destino» (Platón 1446).

En todo caso, *suicidio* es usado por vez primera por Gauthier de Saint Victor (Galtiero de San Víctor), un teólogo francés que emplea «suicida» desde 1177, en un tratado que se conservó como manuscrito hasta el siglo xx: *Contra Quatuor Labyrinthos Franciæ*. O al menos esto es lo que plantea Anton Van Hooff (1990). Hinojo sostiene que el vocablo desaparece durante varios siglos por «la monstruosidad del término o por el desdoro de este autor [Saint Victor]», quien ataca y desprestigia a teólogos y filósofos. Así, no es sino 450 años más tarde cuando se vuelve a encontrar el término, o se le encuentra por primera vez, según otros escritores, en la obra del español, madrileño, Juan Caramuel, filósofo, matemático, lógico, lingüista, políglota, arquitecto y monje cisterciense. Niño superdotado que a los doce años ya publicaba trabajos de astronomía y que luego publicó 262 obras, entre ellas una gramática del chino. Pues bien, fue este personaje, en su estudio «Quæstio de suicidio», dentro de su tratado *Theologia Moralis Fundamentalis* (2ª ed., Roma, 1656), quien recupera el término para Occidente en dicho año.

«Suicidio» en animales

Una vez hecho este breve recorrido por la historia del término *suicidio*, podemos exponer la historia del hecho mismo, comenzando por echarle un vistazo al presunto «suicidio animal». Y digo *presunto* porque descarto de entrada esa posibilidad, ya que para acometer voluntariamente la propia muerte hay que tener consciencia de ella, y para tener consciencia de ella se debe poseer pensamiento abstracto y simbólico, y esto no lo tiene ningún animal, al menos a ese nivel, salvo el *Homo sapiens*. Como bien lo plantea el poeta austriaco Erich Fried:

Un perro
que muere
y sabe
que muere
y puede decir
que sabe
que muere
como un perro
es un hombre.

Suicidio en la prehistoria

Así que, una vez salvado este falso escollo del suicidio en animales, podemos entrar a otro un poco más complejo, sobre el suicidio en nuestra especie, pero en la época prehistórica. ¿Podemos asumir que sí existió? ¡Claro que sí! Pero no podemos demostrarlo «históricamente». De hecho, fue ese hombre prehistórico quien, posterior al desarrollo del pensamiento abstracto y simbólico, inventa la escritura. Es decir, que si ya estaban dadas las condiciones para generar el lenguaje escrito, también estaban dadas las necesarias para hablar de *suicidio* como muerte voluntaria. Sin embargo, no hay ninguna fuente histórica, ni primaria, ni secundaria, que nos pueda remitir a ningún acto suicida en la prehistoria. Es más, pensemos que hoy, frente a un cuerpo sin vida en el jardín de un edificio, con signos evidentes de traumatismo por caída de altura, es muy difícil discernir si su causa de muerte fue un accidente porque resbaló, si se trató de un homicidio porque alguien lo empujó, si fue un homicidio con liberación del cadáver (el cadáver fue arrojado allí para aparentar un suicidio), o si fue realmente un suicidio. Por eso la OMS agrupa todas estas causas de muerte en un saco muy grande, llamado «suicidio y otras muertes violentas». Si ya es difícil concluir algo al respecto en la propia actualidad, imaginemos la misma situación frente a restos fósiles de hace 5 000 o 10 000 años. Así como hay la paleoantropología, necesitaríamos algo así como un *paleodetective*, un investigador de *csi* con traje de hombre de Cromagnon...

EL DIÁLOGO DE UN DESESPERADO CON SU BA: CONTROVERSIAS LINGÜÍSTICAS

Ahora sí estamos preparados para avanzar hacia el documento motivo de esta disertación, *El diálogo de un desesperado con su Ba*, pero, antes, hay una mala noticia: también en torno a esta obra existen grandes controversias lingüísticas, porque no hay siquiera un acuerdo mínimo en torno al título del mismo. Obviamente, cualquier traducción de cualquier texto desde su original hierático a cualquier otro idioma es algo muy complicado.

He podido revisar diferentes versiones del documento en cuestión en diferentes idiomas modernos y puedo decir, muy honestamente, que en todos hay cambios, tanto en el título como en varios segmentos del discurso. Como títulos conocemos varios: «Disputa con su alma de alguien

cansado de la vida», «Debate de un hombre con su *Ba*», «Disputa sobre el suicidio». En este caso, me he quedado con el ya presentado, *El diálogo de un desesperado con su Ba*, y no con su «alma», porque lo que en Occidente conocemos como alma, habría sido disgregado por los antiguos egipcios en cinco componentes: El *Ib* (el corazón), el *Sheut* o *Chut* (la sombra), el *Ren* (el nombre), el *Ba* (la «personalidad») y el *Ka* (la chispa de la vida).

Elementos del alma en el antiguo Egipto

El Ib (el corazón)

Se creía que estaba formado por una gota de la sangre de la madre y que era el centro de la emoción, del pensamiento y de la voluntad. También era fundamental para sobrevivir en el Más Allá y servía como prueba a favor o en contra del occiso. El corazón era examinado por *Anubis* en la ceremonia del pesado del corazón. Si pesaba más que la pluma de *Maat*, era consumido de inmediato por el monstruo *Ammyt*.



Ceremonia del pesado del corazón

El Sheut o Chut (la sombra)

Los egipcios conjeturaban que la sombra contenía algo de la persona que representaba, por estar siempre junto a ella.

El Ren (el nombre)

Como parte del alma, al nacer se le daba el *Ren* a la persona (Rn, «nombre») y los egipcios creían que viviría siempre que se mencionara el nombre, lo que explica los esfuerzos para protegerlo al situarlo en numerosas escrituras.

El Ba (la «personalidad»)

El *Ba* toma forma de un ave con cabeza humana. El *Ba* era todo lo que hace único a un individuo, similar a la idea de «personalidad» (en este sentido, los objetos inanimados también podían tener un *Ba*, una personalidad única y, de hecho, cualquiera de las pirámides del Reino Unido solía ser llamada «el *Ba* de su dueño»). Pero también es el *Ba* un aspecto de la persona que los egipcios creían viviría tras morir el cuerpo, y es en ese particular que tiene un gran parecido con lo que denominamos *alma* en Occidente, sobre todo en el paradigma judeocristiano. Con frecuencia se representa como un ave con cabeza humana huyendo de la tumba para unirse al *Ka* en la otra vida.

En los «Textos de los Sarcófagos», una forma del *Ba* que surge tras la muerte es corpórea: come, bebe y copula. Este *Ba* no es parte de la persona, sino que es la propia persona, a diferencia del alma en el pensamiento



Imágenes del *Ba*.

griego o judaico, cristiano o musulmán posterior. La idea de la existencia puramente inmaterial era tan extraña al pensamiento egipcio, que cuando el cristianismo se extendió por el país, tomaron prestada la palabra griega *psique* para describir el concepto de alma y no el término *Ba*. De allí que se concluya que el concepto del *Ba* era tan concreto del antiguo pensamiento egipcio, que no debe ser traducido, sino que, en su lugar, debe explicarse en una nota al pie o entre paréntesis como uno de los modos de existencia de una persona.

El *Ka* (la chispa de la vida)

Era el concepto egipcio de la esencia vital, que distingue a una persona viva de una muerta, ocurriendo la muerte cuando el *Ka* deja el cuerpo. Los egipcios creían que *Jnum* creaba los cuerpos de los niños en una rueda de alfarero y los insertaba en los cuerpos de sus madres. Dependiendo de la región, asumían que *Heqet* o *Mesjenet*, el creador del *Ka* de cada persona, lo insuflaba a los niños en el momento del nacimiento como parte del alma que los hacía vivir. Esto recuerda al concepto de espíritu en otras religiones.

Los egipcios también creían que el *Ka* se mantenía a través de la comida y bebida. Por esta razón, se presentaban ofrendas de comida y bebida a los muertos. El *Ka* solía representarse en la iconografía egipcia como una segunda imagen del faraón, llevando a autores tempranos a traducir *Ka* como «doble».

Por todas estas razones es que sería muy inapropiado traducir *Ba* como alma, y en ediciones muy serias del texto, se prefiere conservar el trato de *Ba*, como en el idioma original.

Finalmente, debemos referirnos al *Akh* (pronúnciese *aj*): el intelecto como una entidad viviente. El *Akh* también participaba en la otra vida. Tras la muerte del *Khat* o *Khet* (pronúnciese *jat* o *get*) (cuerpo físico), el *Ba* y *Ka* se reunían para reanimar el *Akh*. La reanimación del *Akh* solo era posible si se ejecutaban los ritos funerales adecuados y se ofrecían ofrendas constantes. El ritual se denominaba: *se-akh* para animar un fallecido en un *Akh* (viviente). En este sentido, se desarrollaba en una especie de fantasma o «ser muerto» vagante (cuando la tumba ya no estaba en condiciones) durante la xx dinastía. Un *Akh* podía dañar o beneficiar a una persona viva, dependiendo de las circunstancias, como con pesadillas, sentimien-

tos de culpa, enfermedad, etc. Podía ser invocado en oraciones o cartas escritas dejadas como ofrendas en la capilla de la tumba con el objetivo de ayudar a miembros vivos de la familia, como, por ejemplo, interviniendo en disputas, haciendo una llamada a otro fallecido o deidad con la autoridad para influenciar cosas en la tierra, pero también para infligir castigos.

Los egipcios concebían la otra vida, la vida del Más Allá, de manera bastante similar a la existencia física normal, pero con una diferencia. El modelo de esta nueva existencia era el viaje al Sol. Por la noche, el Sol descendía al *Duat*. Finalmente, el Sol se encuentra con el cuerpo del momificado Osiris. Osiris y el Sol restauraban mutuamente sus energías, produciendo nueva vida para otro día. Para el fallecido, su cuerpo y la tumba eran su Osiris y *Duat* personales. Por esta razón son dirigidos como «Osiris». Para que esto funcionara, se requería algún tipo de conservación corporal para permitir que el *Ba* volviera por la noche y que surgiera nueva vida por la mañana.

Una vez adelantados en una mínima comprensión de lo era el alma para los egipcios y sabiendo a qué denominaban como el *Ba* de cada quien, podríamos comenzar la lectura y análisis de *nuestro* documento: *El diálogo de un desesperado con su Ba*. Pero antes es conveniente conocer un poco de los papiros y su clasificación.

PAPIROS. CLASIFICACIÓN

Se conservan más de medio millón de papiros, entre completos y fragmentos de los mismos. Se les clasifica según el sitio donde se encontraron, según el nombre de quién lo encontró, según la ciudad donde permanecen, pero también según su contenido: papiros médicos, papiros literarios, papiros jurídicos, etc.

Las descripciones del contenido de los papiros van precedidas de una letra en negrita, una letra inicial en inglés que indica el género al que pertenece. En el caso de colecciones de textos de diversa índole, la primera letra se refiere al texto más importante del papiro. Así, tenemos:

- B Biográfico
- D dibujos: dibujos animados, mapas;
- F funerario: Libros de los muertos;
- L textos literarios: cuentos, poemas;
- O registros oficiales;
- P papiros privados, correspondencia, contratos;
- R religiosos, mitos;
- S científico: matemático, médico;
- T enseñanzas, instrucciones;
- W listas de palabras.²

EL PAPIRO BERLÍN 3024 Y *EL DIÁLOGO DE UN DESESPERADO CON SU BA*

El diálogo... es uno de varios textos que aparece en un solo manuscrito conocido, en escritura hierática: el *Papiro Berlín 3024*. Hasta 1843, este documento formaba parte de una colección privada, que, a través de Richard Lepsius, fue adquirido en esa época por la Königlische Preussische Museum, posteriormente Staatlichen Museen (Museos Estatales de Berlín), junto con otros objetos y papiros (entre ellos una copia de la *Historia de Sinuhé*). Se trata de un papiro de finales de la XII dinastía, del Reino Medio, cuyo principio estuvo perdido hasta hace muy poco. Richard Parkinson, de la Universidad de Oxford, afirma que, teniendo en cuenta la lengua, el original debe haber sido compuesto unas décadas antes de que se hiciera esta copia. Su longitud es de 3,50 metros y su anchura de 16 cm. Acerca de 2,50 metros de este papiro son palimpsestos, habiéndose conservado cerca del final del texto, 25 columnas de otro texto, la historia de un pastor y una diosa, que Goedicke llama la «Historia del pastor».

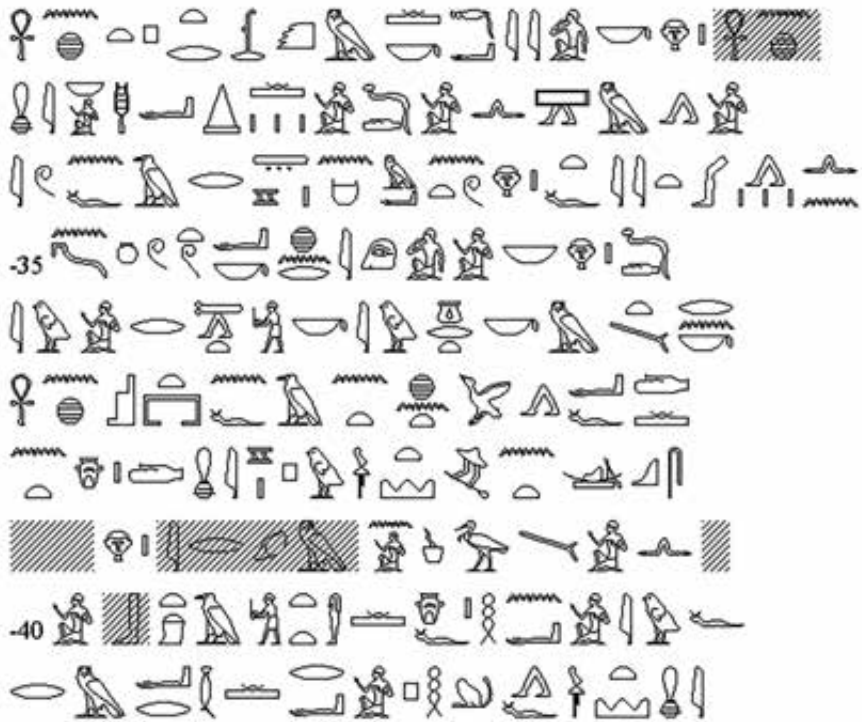
Salvo algunos fallos al principio, se conserva perfectamente, consta de 155 columnas, en una escritura hierática muy bien diseñada. Se considera que el texto pertenece al género de *Sebayt*, una forma de literatura sapiencial egipcia.

El diálogo... ha llamado la atención por su contenido filosófico e introspectivo, de hecho, uno de los primeros textos de la humanidad con esas

² Tomado de *Papiros* <https://hmong.es/wiki/List_of_ancient_Egyptian_papyri>.

características, si no el primero. Sin embargo, la diversidad de su traducción ha llevado a la confrontación de distintas teorías sobre su significado.

A partir de la traducción más tradicional de la obra, la interpretación más aceptada es que *el texto es un comentario sobre el suicidio* y el culto funerario egipcio, ya que su protagonista anhela las promesas de la vida después de la muerte frente a su sufrimiento terrenal. En esta interpretación, el *Ba* intenta disuadir al hombre de quitarse la vida y convencerlo de su valor intrínseco.



El diálogo de un desesperado con su Ba, Papiro de Berlín 3024.

Aunque ha sido un escrito muy trabajado en los ambientes filosóficos y literarios, también *El diálogo de un desesperado con su Ba* ha llamado la atención del mundo académico de la medicina, a través de la psiquiatría —no podía ser de otra manera— como lo podemos ver en este ejemplo en la *British Medical Journal*, en trabajo publicado por Chris Thomas, ya ha-

ce cuarenta años, en 1980, quien, discretamente, se presenta como «psiquiatra de interconsulta y enlace».

Aquí Thomas se decanta por la interpretación del texto como una aproximación al estado mental del protagonista, próximo al suicidio: «... raramente tenemos la oportunidad de conocer el estado mental de una víctima antes de que intente suicidarse». O: «aquí presento detalles de un documento del Antiguo Egipto que creo es probablemente la nota de suicidio más temprana que existe y que también nos entrega una interesante mirada del estado clínico de su autor». O incluso: «el sujeto aparenta estar en un estado de rumiación depresiva, similar al que se encuentra en pacientes deprimidos cuando describen los conflictos que tienen con sus conciencias sobre si cometer o no el suicidio».

Otros autores se suman a Thomas dentro de esa óptica:

El Museo de Berlín detenta lo que se considera la primera nota de suicidio que existe, que data del Antiguo Egipto, alrededor de 1900 a.C. Fue traducida al alemán por Adolph Erman y se le dio el título de «Disputa con su alma de alguien que está cansado de la vida» (*Gespräch eines Lebensmüden mit seiner Seele (auch Gespräch eines Mannes mit seinem Ba oder einfach Lebensmüder)*). En ella el sujeto dialoga con su alma y escribe cuatro poemas (Oshan J. 2022).

La ausencia del comienzo del texto había sido fuente de discusión entre los investigadores desde que fue publicado por primera vez por el egiptólogo *Adolf Erman* en 1896, con argumentos desde que se trataría de un hombre con riesgo suicida, hasta que el debate tendría lugar en el Más Allá frente a un tribunal divino. Al respecto, dice Mathieu (2014): «Falta el inicio del texto (probablemente entre 16 y 34 columnas, en función del ancho del margen inicial) lo que nos priva del título egipcio y, sobre todo, de la exposición del cuadro dentro del que se inscribe este diálogo sorprendente».

Mucha agua ha pasado bajo el puente desde su descubrimiento y ha habido nuevos aportes con respecto a *El diálogo...* De hecho, nuevas traducciones y trabajos académicos más recientes han cuestionado la insinuación de suicidio en el texto, dado que lo ven más bien como la lucha psicológica de un hombre para aceptar el dolor que trae la vida y aceptar su bondad innata. Todo esto a partir del aporte de la Dra. Marina Escolá-

no-Poveda, joven prodigio de la egiptología, natural de Alicante, España, quien comienza sus estudios en la materia de forma muy precoz en su vida, a los trece años de edad.

DRA. MARINA ESCOLANO-POVEDA

A sus 23 años, en 2010, pudo acceder a unos fragmentos de papiros en la sede episcopal de Mallorca. Ella daba una conferencia en Palma bajo el título *Más allá de la Piedra de Rosetta, el papel fundamental de la lengua copta en el desciframiento de la escritura jeroglífica*. Aprovechando el viaje a Mallorca, Marina visitó el Museo Bíblico de la ciudad y le llamaron la atención unos papiros que aparecían fragmentados, cuya traducción era desconocida hasta la fecha. El director, Dr. Francesc Ramis Darder, y el gerente de la comisión del museo, Gerardo Jofre González Granda, le



ofrecieron su estudio y publicación ya que hasta el momento se mantenían completamente inéditos y no habían sido estudiados nunca antes. No fue sino hasta 2015, dado que hacía estudios de doctorado en Estados Unidos (Universidad de Johns Hopkins, Baltimore), que pudo dedicarse a esta investigación con detalle.

Después viajó al Museo de Berlín, donde tuvo ocasión de estudiar directamente el Papiro de Berlín 3024 gracias a la autorización de la Dra. Verena Lepper, conservadora de los papiros del Museo de Berlín. Y ella concluye que los fragmentos del Museo Bíblico de Mallorca contienen partes de dos obras literarias egipcias de suma importancia, de las cuales es de nuestro interés una parte inédita del comienzo del poema *El diálogo de un desesperado con su Ba*. Su descubrimiento fue confirmado tanto por el profesor James P. Allen de la Universidad de Brown, como por el ya citado profe-

sor Richard Parkinson. Tanto Allen como Parkinson son actualmente los mayores especialistas en literatura egipcia del Reino Medio.

La doctora Escolano-Poveda publica en julio de 2017 un artículo donde da cuenta de sus hallazgos.

Escolano-Poveda ha nombrado a estos fragmentos «Papiro Mallorca I y II», en honor a la isla de Mallorca, donde se encuentran.



El papiro Mallorca II aporta un indicio esencial para esclarecer el sentido de su contenido. Los fragmentos parecen contener el marco narrativo que precede al inicio de *El diálogo...*, con la frase «Entonces el hombre enfermo dijo». Esto sería indicativo de que el hombre, enfermo terminal, se ve a las puertas de la muerte, momento en que su *Ba* se materializa, y se plantea si debería seguir viviendo o no. Algunos han querido ver en la serie de letanías donde el protagonista se lamenta de su infortunio, la posibilidad de que su enfermedad tenga un origen psicológico, indicando que los egipcios sabían que la depresión podía conducir a la muerte. Solo en ese estado liminal entre la vida y la muerte puede producirse la conversación con el *Ba*. El Hombre y el *Ba* argumentan sobre lo positivo y lo negativo

de la muerte y la vida, y al final concluyen que no es todavía el momento de la muerte del Hombre, y que cuando este llegue, ambos se reunirán en la otra orilla (la de los muertos). El Hombre, vivo al final del debate, lo relata a una serie de interlocutores entre los que se encuentra una mujer cuyo nombre, curiosamente, parece ser *Ankhet* («la viva»)³.

Pero ocurre que la Dra. Escolano-Poveda y sus compañeros egiptólogos no son psiquiatras, ni psicólogos clínicos y quizás obvian que, justamente, la ocasión de informar al paciente el diagnóstico de una enfermedad muy grave, o en el curso avanzado de la misma, en estados preterminales, son momentos de alto riesgo suicida. A continuación presento los fragmentos que he escogido del texto, para abrir el debate sobre si hay o no un alto riesgo suicida en nuestro protagonista (los subrayados son nuestros).

Abrí [4] mi boca a mi alma y respondí a lo que dijo:

[5] Esto es demasiado duro para mí hoy.

Que mi alma no quiera hablarme.

[6] Es, incluso, mayor que una exageración.

Es como ignorarme.

[7] Que mi alma no se vaya

y me preste atención con respecto a ello.

Es mi cuerpo como una red de cuerdas.

No [10] *será capaz de huir el día de los problemas.*

[11] *Miren, mi alma me extravía, no la escucho* [12],

arrastrándome a la muerte antes de que yo vaya a ella

y [13] *arrojándome al fuego para consumirme.*

[14] . . .

Oh mi alma [18] *indiferente, para aliviar la miseria en la vida*

[19] *empújame a la muerte antes de que tenga que ir a ella*

y [20] *hazme agradable el Occidente.*

¿Es esto un problema?

La vida es [21] *un estado transitorio; (incluso) los árboles caen.*

A lo que me respondió [31] mi alma:

³ https://isucir.bisbatdemallorca.org/pagines/materials/articles/135_Jofre.pdf

¿Qué? ¿Tú no eres un hombre?, ¿eres, en verdad, [32] un viviente? ¿Cuál es tu provecho: que estés preocupado por la vida [33] como un rico?

Digo que no me voy a marchar [34] mientras esta permanezca en la tierra. Seguramente si escapas no [35] se temerá por ti. Cualquier criminal dice: [36] Voy a capturarte, pero tú estás muerto aunque tu nombre [37] está vivo.

Abrió mi alma su boca y [56] respondió a lo que había dicho:

‘Si piensas en el entierro, [57] es una tristeza, es lo que trae el llanto [58] haciendo miserable a un hombre, es lo que aparta a un hombre de su casa siendo arrojado sobre [59] la colina. No ascenderás a las alturas ni podrás ver [60] a Ra.

Abrí [86] mi boca a mi alma y respondí a lo que había dicho:

[Primer poema]

Mira, [87] mi nombre apesta,
mira, más que el olor de los buitres calvos
[88] en los días de la estación de shemu cuando el cielo está caliente.

Mira, [89] mi nombre apesta,
mira, [más que el olor] de quien recoge peces
[90] un día de pesca cuando el cielo está caliente.

[91] Mira, mi nombre apesta,
más que el olor [92] de los patos,
más que un refugio de cañas [93] que contiene aves acuáticas.

Mira, mi nombre apesta,
[94] más que el olor de los pescadores,
más que las ensenadas [95] de los pantanos después de que han pescado.

Mira, [96] mi nombre apesta,
más que el olor de los cocodrilos,
[97] más que sentarse bajo los márgenes de un cultivo que tiene cocodrilos.

Mira, [98] mi nombre apesta,
mira, más que el de una mujer esclava

contra quien se dicen mentiras ^[99] al marido.
Mira, mi nombre apesta,
^[100] mira, más que el del niño robusto contra quien se dice
^[101] que pertenece al rival.
Mira, mi nombre apesta,
^[102] más que una ciudad del soberano
que desencadena una rebelión ^[103] cuando se ha marchado.

[Segundo poema]

¿A quién hablaré hoy?
Los hermanos se han vuelto malvados
y ^[104] los amigos de hoy no aman.
¿A quién hablaré ^[105] hoy?
Los corazones son avaros
y cualquiera toma posesión de ^[106] los bienes de su prójimo.
¿[A quién hablaré hoy]?
^[107] la clemencia desapareció
y la violencia se transmite a todos.
^[108] ¿A quién hablaré hoy?
Se encuentra satisfacción en el mal
y ^[109] se abandona lo bueno en cualquier lugar.
¿A quién hablaré ^[110] hoy?
Quien hacía encolerizar a un hombre por sus malas acciones,
ahora ^[111] hace reír a todos cuando su maldad es pernicioso.
¿A quién hablaré ^[112] hoy?
Se desvalija
y cualquiera toma posesión de lo de su prójimo.
^[113] ¿A quién hablaré hoy?
El malhechor es ^[114] un íntimo
y el hermano con quien se actuaba se ha convertido ^[115] en un
enemigo.
¿A quién hablaré hoy?
Nadie quiere recordar el pasado
^[116] y nadie quiere ayudar a quien actúa ahora.
¿A quién hablaré hoy?
^[117] Los hermanos se han vuelto malvados

y se recurre a los extranjeros ^[118] para el afecto .
¿A quién hablaré hoy?
Los rostros ^[119] se ocultaron
y todos están más abatidos que su ^[120] su prójimo.
¿A quién hablaré hoy?
Los corazones se han vuelto avariciosos
^[121] *y no existe corazón humano en el que se pueda confiar.*
¿A quién hablaré ^[122] hoy?
No hay hombres justos
y la tierra quedó abandonada a ^[123] los que hicieron el mal.
¿A quién hablaré hoy?
Se carece ^[124] de amigo íntimo
y se recurre a quien se desconoce ^[125] para lamentarse.
¿A quién hablaré hoy?
No hay quien ^[126] esté satisfecho
y ese con quien se iba, no existe.
^[127] *¿A quién hablaré hoy?*
Estoy agobiado ^[128] cargando penurias
por carecer de un íntimo amigo.
^[129] *¿A quién hablaré hoy?*
La maldad vagó por la tierra
^[130] *y no tiene fin.*

[Tercer poema] ⁴

La muerte está ante mí hoy
igual que la curación ante ^[131] un enfermo,
igual que salir al exterior después de una reclusión.
^[132] La muerte está ante mí hoy
como del aroma, la mirra,
^[133] del mismo modo que sentarse bajo un toldo ^[134] un día de
viento.
La muerte está ante mí hoy ^[135]

⁴ Si se lee sin estar al tanto del comienzo [«así habló el hombre enfermo»], la hipótesis de la intención suicida tendría mucho más peso, pero como ahora sabemos que esa es la introducción...

como la fragancia ante los lotos,
del mismo modo que sentarse en los bancos de arena ^[136] de la
tierra de la embriaguez.
La muerte está ante mí hoy
como ^[137] un camino trillado [?],
del mismo modo que la vuelta de un hombre desde una expedición
^[138] a su casa.
La muerte está ante mí hoy
como ^[139] la claridad ante el cielo,
del mismo modo que un descubridor ^[140] quien está a la entrada
de lo que había ignorado.
Esta la muerte ante mí hoy
^[141] del mismo modo que un hombre desea ver su casa
después que pasó numerosos años capturado ^[142] en reclusión.

[Cuarto poema]

Será, ciertamente, quien está allí un dios vivo
^[143] castigando el crimen del malhechor.
Será, ciertamente, ^[144] quien está allí colocado en la barca sagrada
permitiendo que se den alimentos escogidos ^[145] de allí a los
templos.
Será, ciertamente, quien esté allí un sabio
^[146] y no es rechazado en la apelación ^[147] a Ra cuando hable.

A lo que me respondió ^[148] mi alma:

Coloca las lamentaciones en un colgador, oh mi camarada,
^[149] mi hermano. Debes ofrecer sobre el incensario, ^[150] así que
rompas con la vida y del mismo modo digas *Deséame* ^[151] aquí,
*después de haber rechazado el Occidente. Cuando se desee, en
verdad, ^[152] que alcances el Occidente, que tus miembros alcancen
la tierra, ^[153] me posaré después que te hayas cansado y ^[154]
entonces haremos una morada juntos.*

Eso indicará que llegó [el final]. ^[155]

En un resumen inicial de este trabajo, afirmaba: «Se analiza el texto y se le somete a una práctica interpretativa en asociación con criterios clínicos

actuales, para concluir que, efectivamente, se trata del primer documento generado en la historia de la humanidad dedicado exclusivamente al suicidio, en concreto a los pensamientos y estados de ánimo que lo motivan».

Ahora debo matizar mi posición, dado que no había tropezado con el dato que la Dra. Escolano-Poveda aportó en 2017. Es posible que el protagonista de la historia en el Papiro Berlín 3024, enfermo físicamente, estuviese en un estado emocional que lo llevara a contemplar la posibilidad del suicidio, como que se tratara *solamente* de una ideación de muerte, dada por el avizoramiento de la cercanía de la misma, por el importante deterioro de su salud.

Sigue abierto el debate en el ámbito psiquiátrico sobre las verdaderas motivaciones del *desesperado* al hablar con su *Ba*, debate al que llegamos un poco tarde en Latinoamérica, pero como bien dice el maestro José Alfredo Jiménez: «No hay que llegar primero, sino hay que saber llegar».

BIBLIOGRAFÍA

- Daube, David. «The Linguistics of Suicide». *Philosophy & Public Affairs*, vol. 1, núm. 4 (Summer, 1972), pp. 387-437 (51 pages): Wiley .
- Escolano-Poveda, M. «New Fragments of Papyrus Berlin 3024: The Missing Beginning of the Debate between a Man and his Ba and the Continuation of the Tale of the Herdsman (P. Mallorca I and II)», en *Zeitschrift für Ägyptische Sprache und Altertumskunde* 144, sección 1 (2017), páginas 16-54.
- Fried, Erich. «Definition», en *The Last Prague*: <<https://thelastprague.wordpress.com/2015/02/28/erich-fried-definition/>>.
- Gracia Zamacona, Carlos. «Un corpus funerario egipcio: Los Textos de los Sarcófagos», en *Espacio, tiempo y forma*, serie ii, 19/20, 41-59, enero 2009. <https://www.researchgate.net/publication/282670185_Un_corpus_funerario_egipcio_los_Textos_de_los_Sarcofagos_In_Espacio_tiempo_y_forma_serie_II_1920_41-59>.
- Hinojo Andrés, Gregorio. «Suicidio: barbarismo y perversión», *Jueces para la democracia*, Nº 32, 1998, págs. 12-13: <<https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/174756.pdf>>.
- Jofre González-Granda y Francesc Ramis. *La egiptóloga Marina Escolano-Poveda descubre fragmentos inéditos del papiro de Berlín 3024 en el*

- museo bíblico de Mallorca*. <https://isucir.bisbatdemallorca.org/pagines/materials/articles/135_Jofre.pdf>.
- Mathieu, Bernard. *Dialogue d'un homme avec son Ba*, en URL: https://www.academia.edu/6660284/Le_Dialogue_dun_homme_avec_son_ba CNRS – UMR 5140 «Archéologie des Sociétés Méditerranéennes» Université Montpellier 3 Paul-Valéry [© B. Mathieu, mise à jour avril 2014].
- Oshan, Jarow. *Did Suicide Exist Before Society?*: <https://oshanjarow.medium.com/did-suicide-exist-before-society-ac9458b5c69c> (recuperado en junio 2022).
- Parkinson, R.B. «The Missing Beginning of ‘The Dialogue of a Man and His Ba’: P. Amherst III and the History of the ‘Berlin Library’», *Zäs* 130, 2003, p.132.
- Papiros* <https://hmgong.es/wiki/List_of_ancient_Egyptian_papyri>.
- Salman Rocha, Dora Georgina. *Futuro imperfecto: dimensión hermenéutico-simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún*, tesis que para obtener el grado de Doctora en Letras Modernas presenta. Directora: Dra. Gloria Prado Garduño. Lectores: Dra. Blanca Ansoleaga y Dr. José Ramón Alcántara, Ciudad de México, 2021: <<http://www.bib.uia.mx/tesis/pdf/015423/015423.pdf>> (recuperado el 23 de junio de 2022).
- Thomas, Chris. Medical History. First suicide note? *British Medical Journal*, 26 July 1980. *Br Med J*: first published as 10.1136/bmj.281.6235.284 on 26 July 1980. Downloaded from <http://www.bmj.com/> on 27 June 2022 by guest. Protected by copyright.284 Leicester Royal Infirmary, Leicester LE2 7LX.
- Van Hooff, Anton (*From Autothanasia to Suicide: Self-killing in Classical Antiquity*, Londres, Routledge, 1990, p. 271, note 4) (citado en *l'Encyclopédie sur la mort*: <http://agora.qc.ca/thematiques/mort/dossiers/suicide_terminologie>.

De la psiquiatría clásica a la de vanguardia en la aldea global, coordinado por Sergio Javier Villaseñor Bayardo, fue corregido, diagramado y diseñado en Editorial Página Seis, S.A. de C.V., Teotihuacan 345, Ciudad del Sol, C.P. 45050, Zapopan, Jalisco. Tels. (33) 3657-3786 y 3657-5045, <www.pagina6.com.mx>, <p6@pagina6.com.mx>, con la coordinación editorial de Felipe Ponce, y fue impreso en julio de 2023.