

El estado de malestar

Una conversación con Guillermo Rendueles.

Entrevista realizada por Fidel Moreno, con la participación de Borja Casani, para *El Estado Mental*, 1, Madrid 2011.

Los pequeños malestares individuales suman una grave enfermedad social. Sobre una realidad crítica y difícil, que pone en cuestión proyectos y esperanzas individuales y colectivos, se superpone una opresiva debilidad moral. El psiquiatra y ensayista Guillermo Rendueles (Gijón 1948), pionero en aplicar las tesis de la antipsiquiatría en los años setenta, y que hoy sigue desempeñando su actividad en contacto directo con los malestares cotidianos de los pacientes de un centro del Insalud en un barrio de Gijón, diagnostica en esta entrevista el verdadero problema de nuestros días: la escasez de vínculos serenos, de relaciones afectivas que proporcionen tranquilidad.

¿Qué significa para usted estar sano mentalmente?

La definición tópica es aquella de Freud que decía que una persona sana es la que tiene capacidad para trabajar y para amar. La verdad es que esa definición, hecha en 1900, se ha vuelto muy ambigua. Yo dudo muchísimo de que tener capacidad para trabajar sea un signo de salud mental hoy día. El trabajo ha perdido aquel gozo artesanal y se ha convertido en una actividad tan dolorosa que la propia alienación ha mutado la capacidad para trabajar en una especie de masoquismo. El tiempo de trabajo es ya algo que transforma vida —eso que fluye mientras hacemos algo— en dinero. Respecto a la capacidad para amar asistimos a un nuevo tipo de formación de vínculos, o más bien a la desvinculación amorosa que produce esta cultura del narcisismo que también ha desvirtuado la definición.

Para mí, hoy, aceptando este tiempo de amores y trabajos líquidos, una persona literalmente sana es aquella que tiene la capacidad de mantener sus quejas y malestares en un ámbito privado. Cuando el malestar lo podemos mantener dentro de las redes naturales estaríamos hablando de personas sanas. La familia y los amigos, con su escucha y apoyo, contienen los malestares cotidianos. Cuando ese sufrimiento solicita una atención pública estaríamos fuera de la salud mental. También esta es una formulación ambigua: hay personas que soportan un gran sufrimiento pero son capaces de contenerlo dentro de los límites porque tienen buenos vínculos, y otros a los que les ocurre lo contrario; quizá sus problemas sean menores, pero no disponen de una buena red social donde contenerlos, y su única forma de reelaborar ese sufrimiento es la de quejarse ante un profesional. Por ejemplo, los nuevos tipos de enfermedad, eso que llaman *burn-out* (queme en el trabajo), la fibromialgia, la distimia... Todas esas quejas, que son hoy legión en los servicios de salud mental, no son nuevas enfermedades como se dice, sino viejos dolores cotidianos a los que se busca soluciones donde no las hay. En las consultas médicas se inician escaladas que no logran curar esas pseudoenfermedades y se recetan cataratas de fármacos que cronifican la malaria urbana. Con ello los consultorios de salud mental se metamorfosean en espacios de lamentación: no son pocos los pacientes que repiten durante 20 años, ante diversos terapeutas, las mismas quejas de su primera consulta. Por el contrario, los viejos locos de antaño son proporcionalmente escasos, no llegan al 12 o 15% y son, cada vez más,

desplazados por la multitud de malestares con trastornos psiquiátricos menores. La gran enfermedad, la locura que yo empecé tratando cuando trabajaba en los manicomios, es casi una bendición. Cuando te llega un caso de esos, dices: “¡Al fin un enfermo de verdad. Ya sé cómo tratarlo!”. Frente a las quejas banales que ni se benefician del tratamiento ni lo abandonan.

¿Qué es la fibromialgia?

Son quejas de dolores musculares completamente inverosímiles para la anatomía o la fisiología, dolores que tienen una distribución que no se corresponde con los mapas neurológicos y que, a su vez, son inmunes a los tratamientos. Constituyen, junto al *síndrome de fatiga crónica* o las *sensibilidades químicas múltiples*, nuevas enfermedades que se constituyen como la ciencia-ficción de la medicina. Hay fibromiálgicos que están tomando morfina en dosis medio-altas porque no obtienen ninguna mejoría con la escalada de tratamientos convencionales, pues obviamente no es una enfermedad dolorosa sino un sufrimiento difuso que tiene relación con su mala vida cotidiana y que se expresa como dolor porque es la única forma en que es escuchado. Creo que en todo ello influye mucho el hecho de que los aparatos de formación de identidad no reconduzcan todo ese sufrimiento contra las disfunciones de la vida cotidiana, sino que se limiten a medicalizarlo. A mi juicio es la nueva histeria del siglo XXI, una especie de simbiosis de pacientes que viven muy mal y que en lugar de expresar esa queja en el lugar natural —sus matrimonios, sus relaciones vitales— van al médico a ver si allí les escuchan. Como cuentan dolores, este lo interpreta en términos médicos, les receta analgésicos y se va creando así una escalada asimétrica que luego se politiza —que es otra de las claves— creando nuevos modelos: a falsas necesidades, falsas respuestas. Como el caso de Manuela de Madre, parlamentaria del PSC, que afirma su identidad como fibromiálgica y va creando hospitales y unidades especializadas, y ya existe también la fibromialgia infantil.

¿Quiere decir que la gente se encuentra más cómoda considerándose enfermo que infeliz, inadaptado, irresponsable, agobiado, frustrado?

Definitivamente. La gente prefiere nombrar su malestar como enfermedad. En los textos de las fibromiálgicas salta a la vista de una manera muy espectacular. Es muy interesante, en este sentido, la autobiografía de Manuela de Madre, un libro que se llama *Me llamo Marta y soy fibromiálgica*, donde cuenta la mala vida que llevaba cuando era alcaldesa de Santa Coloma de Gramenet, en el extrarradio de Barcelona, donde debía de tener una vida dura y llena de tensiones. Ahí explica que cuando empieza a tener dolores y va al médico, este le dice: “Pues no, las pruebas reumáticas son normales, las radiografías, también”. Pero ella siente los dolores y está fatal. Hasta que al final llega un médico que le dice: “Lo que tienes es fibromialgia”. Y ella cuenta: “Aquel médico me dio la vida”. Ella, evidentemente, prefirió una explicación médica para su mal antes que poner en cuestión su propia forma de vivir. En ese libro relata su profundo deseo infantil de ser bailarina y cómo la condición obrera de su familia impidió esa vocación convirtiéndola en dependiente de una tienda. Pienso que un médico que le hubiese inclinado a relacionar sus dolores con esa frustración vital la hubiese ayudado más que el que la etiqueta como fibromiálgica y la lanza a esa campaña medicalizadora y creadora de unidades hospitalarias.

El caso es que hoy, quizá, se le da un crédito excesivo a la autoridad médica. ¿En qué medida las enfermedades, especialmente las mentales, no son creaciones en las que influyen desde fuerzas ideológicas hasta

poderes farmacéuticos? En definitiva, cómo las enfermedades psiquiátricas obedecen a una definición que no es estrictamente sanitaria.

Sí, si te cuento mi experiencia de más de treinta años quizá valdría como pequeña historia de la fabricación de los grandes conceptos psiquiátricos. Yo empiezo siendo psiquiatra de manicomios. Paso por tres. Comienzo con una primera experiencia en Oviedo que es, en cierto modo, la inaugural de la antipsiquiatría en España, y que terminó como el rosario de la aurora: nos echaron a todos. Yo acabé haciendo la *mili* en La Gomera, y el resto, en general, castigados. Después estuve en Ciempozuelos y, finalmente, en Cataluña. En aquellos tiempos pensábamos esto que tú dices, formulado sobre todo por Franco Bassaglia: la locura era el *doblo* sartriano —Sartre fue en el fondo el verdadero articulador de la ideología antipsiquiátrica—, es decir, que la locura tal como la conocemos era el *doblo* de la enfermedad real, algo creado en el manicomio. Decíamos: si los fenomenólogos plantean que hay que poner entre paréntesis la experiencia y estudiar la construcción mental, hagamos lo contrario, pongamos entre paréntesis la enfermedad mental, destruyamos el manicomio y la enfermedad desaparecerá. Esto nos parecía evidente, e incluso teníamos pruebas de ello. Por ejemplo, en Ciempozuelos las monjas tenían unos sistemas clasificatorios que no eran sino pura empiria. Organizaban a las enfermas —eran mujeres en este caso— en limpias, sucias, agresivas, pacíficas, de pago, de no pago..., un caos psicopatológico que funcionaba con la apariencia de un lugar absolutamente pacífico, ordenado y limpio. Era un manicomio enorme, un antiguo palacio. Estando yo allí, se les vino abajo la zona donde albergaban a las consideradas agresivas y se plantearon el problema de qué hacer con ellas, dado que por sus características —el 80% estaban atadas— podían ser un peligro para las demás. Finalmente se decidió repartirlas por el resto de los pabellones y, con el cambio, el síntoma de su enfermedad mental desapareció. Allí también vi desaparecer el síntoma de la catatonía, enfermas que no se movían de un espacio, y síntomas mucho más graves, como no controlar los esfínteres, que padecían aquellas a las que llamaban sucias. En el momento en que las mezclaron empezaron a controlar y a mejorar. En aquellos tiempos sí parecía que los grandes defectos —lo que se llamaba entonces la cronicidad de la psicosis— iban a desaparecer en cuanto dejaran el manicomio que fabricaba esa locura. Lo que pasa es que, como tantas esperanzas del 68, esa utopía no se cumplió y la historia nos escupió en la cara a los que habíamos apostado por las reformas antipsiquiátricas. Hoy estamos en condiciones de saber que en la esquizofrenia hay una parte que es completamente ajena a las instituciones totales, es decir, al manicomio.

Otra de las suposiciones que se barajaban entonces decía que la esquizofrenia era un producto de la familia esquizofrenógena, de ciertos sistemas familiares autoritarios y enloquecedores. Se veía muy bien en aquella película de Marco Bellochio, *Locos a desatar*, un *film vérité* sobre la reforma de Bassaglia, donde aparecen chavales etiquetados como esquizofrénicos que lo que piden es un sitio donde vivir distinto de la familia y que mejoran en el momento en que se separan de ella y son acogidos por redes sociales solidarias. Aquella reforma quedó lastrada por la inexistencia objetiva de esas redes, y fracasó. En España, cuando se cierran los manicomios, la única estructura de acogida que sobrevive es la familia. La locura se vive y se contiene hoy en la familia, y por ello nadie se atreve a conjeturar o investigar el papel patogénico de la sagrada institución: si el loco no vive en familia acaba en la calle.

Y la tercera hipótesis que manejábamos es que se iba a recibir a los locos en estructuras sociales acogedoras y tolerantes con los diferentes: sindicatos, asociaciones vecinales, empresas con puestos de trabajo protegido.... Hoy, como es obvio, ningún loco trabaja o vive en comunidades autogestionadas. La apuesta por la antipsiquiatría, como el resto

de las apuestas utópicas, es un pasado que los psiquiatras de entonces ocultan bajo el manto del antifranquismo y la lucha por la medicina pública.

¿Qué otras derrotas recuerda en ese proceso?

La tesis de la desmedicalización, el lema de que el pueblo sano acogiese al pueblo enfermo, con la pretensión de que los vínculos solidarios y el saber común estoico sobre la vida cotidiana mejoraran el trabajo de duelo o las angustias que la vida exige, reduciendo su transformación en síntomas psicopatológicos —esas quejas normales de depresión, de distimia, etcétera—, quedó también derrotada. Esto es parte del proceso que trato de contar en *Egolatría*: el paso a una individuación forzada, a una desvinculación social; aquello de que *cada palo aguante su vela*, acabó, entre otras muchas cosas del proyecto emancipador, con las propuestas de la antipsiquiatría. Y en esa transición fue decisivo el pacto entre la industria farmacéutica y la gran psiquiatría norteamericana, que estuvo contra las cuerdas en los años setenta. Hay un libro esclarecedor y extrañamente no traducido al castellano, llamado *La génesis de la DSM-III*, que retrata ese momento en que la psiquiatría americana está en mínimos de prestigio e influencia social: las compañías aseguradoras dijeron: “Si la esquizofrenia se puede fingir”, un impecable experimento muestra cómo unos antropólogos son internados como psicóticos tras afirmar un cuadro delirante alucinatorio, “si los psiquiatras no son más eficaces que los psicólogos o las trabajadoras sociales, y, sin embargo, cobran 10 veces más por caso, nosotros no lo pagamos”. Al mismo tiempo, el guirigay de escuelas descalificaba las intervenciones psiquiátricas en los juicios penales o civiles y, dado que la mitad de los psiquiatras de ese país trabajaban a tiempo parcial en psiquiatría forense, se produjo una crisis laboral catastrófica para la psiquiatría, que a punto estuvo de desaparecer absorbida por la medicina general y la neurología. Frente a esa amenaza, la defensa fue el invento de la DSM-III¹, que huye hacia delante y propone crear un sistema de clasificación de las enfermedades mentales empírico, absolutamente descriptivo, en el que quepan todas las escuelas psicológicas y haga reaparecer a los psiquiatras como un gremio que sabe diagnosticar con la precisión de un médico. Este sistema clasificatorio, la DSM-III, es inmediatamente colonizado por las grandes industrias farmacéuticas. Curiosamente esa biologización de lo psiquiátrico se apoya en una idea que había desarrollado en España López-Ibor, que concibe las neurosis como equivalentes depresivos. La industria farmacéutica dice: los ansiolíticos son peligrosos de manejar, pero los antidepresivos no; se pueden tomar toda la vida, aparentemente, sin mucho problema. Ahí es cuando surge el Prozac. La DSM-III tiene treinta y tantos diagnósticos, que van desde fobias, pánicos, ataque de pánico, trastorno obsesivo, etcétera, y todas, todas esas etiquetas se tratan con lo mismo: antidepresivos. Cualquier queja del tipo “me pongo colorado cuando entro en un bar” se soluciona con la toma de Seroxat; que “el trabajo me cansa”: Esertia... En Estados Unidos se da Prozac a cerca de 700.000 animales de compañía, porque también se considera que los animales de compañía tienen depresión, y sus consumidores hablan de la *Nación Prozac*. Esta derrota de la antipsiquiatría no es una excepción, es la misma que afecta al resto de aspiraciones revolucionarias de los setenta. Lo que ocurre es que los psiquiatras tienen la habilidad de convertir la derrota del viejo lema de que *la psiquiatría se ocupa de la malaria cotidiana del capitalismo*, en victoria gremial. Aquellos antipsiquiatras que decían que la psiquiatría tendría una clientela escasa, son los gerentes del 40% de la

¹ DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, elaborado por la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos (American Psychiatric Association) y referencia hegemónica en el tratamiento de las enfermedades mentales.

población psiquiatrizada. En el barrio asturiano donde yo trabajo tenemos a la mitad de sus 20.000 habitantes historiados como usuarios del centro de salud mental.

Comenta también que los psicofármacos son los fármacos más vendidos..

Los fármacos que la gente pide continuamente son ansiolíticos. Yo mismo, el lunes tengo que ir al dentista y ya tengo preparado el Alprazolam, que me hará ir con menos miedo. Los ansiolíticos no cambian ninguna situación, pero producen una distancia con la realidad parecida al teatro de Bertolt Brecht. Con el tranquilizante puedo contarme mi visita al dentista sin la tentación de huir. En la vida cotidiana pasa lo mismo, con tranquilizantes puedes dormir en los pisos modernos sin que te molesten los ruidos del vecino y sin anticipar los horrores cotidianos de mañana. Aguantar mañana al jefe o a los clientes te parecerá menos insufrible con Tranxilium. Los antidepresivos que prescriben los médicos, aun siendo muy usados, no son tan demandados como los ansiolíticos. La multitud pide ansiolíticos de acción rápida y corta, tipo Orfidal —que es el equivalente actual del Valium—, el fármaco más vendido en las farmacias españolas, por encima de los analgésicos o los antiácidos. Es decir, que si pudiésemos, a partir de este dato, comparar los sufrimientos de la población, veríamos que el dolor psíquico es mucho mayor que el dolor físico. El Orfidal no es exactamente iatrogénico, ni las grandes compañías tienen mucho interés en venderlo, porque es barato, ni los médicos en recetarlo. Es una demanda popular. Lo que nos indica que esta vida cotidiana sin ansiolíticos no se podría vivir. Si mañana desapareciesen los ansiolíticos, los ritmos cotidianos de sueño/vigilia y tranquilidad/agresividad de la mayor parte de nuestra sociedad cambiarían radicalmente.

Sorprende que sea un psiquiatra el que alerta contra la cantidad de medicamentos que se administran hoy a los pacientes. Dosis que, afirma, hace tan solo 10 años se habrían considerado tóxicas. Añade también que el trato psiquiátrico se ha reducido hoy a un mero tanteo farmacológico. ¿Qué oportunidades tiene entonces el paciente de recuperar su salud, cuando lo que se hace fundamentalmente es atontarlo con medicamentos?

Eso también es fruto de la derrota de los manicomios. Hubo un congreso en México en el que los grandes patronos de la psiquiatría llegaron dispuestos a expulsar a Franco Bassaglia, que era uno de los participantes. Henri Ey, que es el gran patrón de la psiquiatría francesa, dijo: “Mire, las tapias de los manicomios hacen lo mismo que los medicamentos. Si el cerebro es una especie de colador por donde se nos cuelan estímulos, los pacientes mentales tienen mal ese filtro. Los grandes medicamentos, los neurolepticos, hacen que se atenten, que no les entren tantos estímulos y que, gracias a eso, no deliren ni tengan alucinaciones. Si ustedes echan abajo los muros de los asilos, lo que va a pasar es que esos pacientes van a necesitar una camisa de fuerza química hecha con psicofármacos”. Por desgracia acertó, como casi siempre ocurre con el cinismo reaccionario.

Hoy no puedes estar un par de meses en las unidades psiquiátricas como estaban los pacientes de antaño si tenían una crisis psicótica. En el hospital hacia el que yo puedo derivar pacientes, a los 10 días ya está el jefe de servicio diciéndome que tengo que darle de alta porque les desequilibra la *ratio* de estancias. Es rarísimo que se pueda tener internado más de dos semanas a alguien en las unidades psiquiátricas. Lo cual, lógicamente, le obliga a readaptarse sin un lugar protegido donde reelaborar esa pérdida de realidad. Hace falta más tiempo para poder comprender por qué estás delirando.

Tener tiempo en un lugar seguro y apartado de la realidad, como eran los antiguos manicomios —edificios grandes, con jardines, donde, si no armabas mucho lío, las monjas te dejaban en paz y los psiquiatras tenían horas para escuchar tus delirios—, no era una mala solución si se compara con las modernas unidades actuales, donde el número de pacientes atados multiplica al de los antiguos pabellones. Con esa tranquilidad, con tiempo y con pequeñas dosis de neurolépticos, podías reelaborar las causas y desmontar el delirio. Castilla del Pino cuenta muy bien cómo se usaban antes los neurolépticos y cómo, en esas condiciones, el delirio acababa por pasar. Los pacientes decían: “Fue verdad, pero en el pasado, ahora ya ni oigo voces, ni me siento perseguido”.

Actualmente, con una teoría que se disfraza de comunitarismo, se afirma que el hospital es siempre malo y que en 12 días hay que echar a los pacientes a la calle. Cuando en realidad se hace por motivos económicos: las camas de los hospitales son disparatadamente caras. Con ello, hoy se administran unas dosis de neurolépticos que multiplican por nueve o por 10 las dosis que se daban a los locos que pasaban largas estancias en el manicomio. Aquellas dosis de neurolépticos tradicionales dan risa hoy. La medicalización con neurolépticos es además el gran negocio de la industria farmacéutica. Los precios se han multiplicado por mil y no está justificado que los nuevos sean más eficaces —como reconoce la propia industria neuroléptica— que los antiguos. Producen menores efectos secundarios, pero no son más eficaces contra la psicosis.

Aparece, pues, una nueva coalición de intereses: la administración que no quiere largas estancias, los laboratorios farmacéuticos que quieren negocio, y los propios médicos. No hay hoy ningún congreso de psiquiatría que se haga sin la ayuda de los grandes laboratorios. Todas las asociaciones están subvencionadas y patrocinadas por los laboratorios, incluso la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que es la asociación más tradicionalmente de izquierdas. Ningún psiquiatra puede pagar las cuotas congresuales o los hoteles sin el soporte de la industria. Y en esta coalición de intereses lo que ha desaparecido, lamentablemente, es el discurso del paciente. Las asociaciones de pacientes de la época antipsiquiátrica han sido sustituidas por asociaciones de familiares de enfermos psiquiátricos, que son sin duda la parte más reaccionaria de esa coalición. Y como digas eso, estás sentenciado. Por Internet hay algún mensaje de los familiares insultándome —¡ese cabrón!— y pidiendo que me jubilen. Una de las últimas peleas que recuerdo fue por mi posición contraria a la puerta cerrada en las unidades psiquiátricas o al tratamiento obligatorio de los pacientes cuando su familia percibe su empeoramiento. Las desgracias —las fugas, los suicidios, los actos de violencia de los pacientes— se aprovechan para exigir todas esas medidas contra las que luchamos en los años setenta. Los reaccionarios en la práctica siempre terminan teniendo razón. Quiero decir que si esperan a que se tenga un fallo, siempre acertarán.

Las actuales unidades psiquiátricas están siempre cerradas y tienen unas medidas de seguridad que riéte tú del número de pacientes atados de los antiguos manicomios; hoy hay un número 20 o 30 veces mayor de pacientes atados —atados literalmente— a las camas. Y ello es en respuesta a las medidas pedidas por los familiares. Efectivamente, cuanta más libertad hay, más posibilidades se dan de que uno se escape, o de que haya un suicidio. Los problemas se judicializan inmediatamente, el personal sanitario se acojona, y así llegamos a las unidades hospitalarias para salud mental que tenemos hoy, en las que en 15 días tienes que resolver un cuadro imposible de resolver en ese tiempo, y donde los pacientes están encerrados, atados, supervigilados y presionados por todo el mundo. Un panorama terrible.

Y yo no sé por qué nadie lo cuenta. Siempre he tenido al espía como héroe y siempre he pensado que los profesionales libertarios o de izquierda debíamos ser como traidores a esas instituciones propagando sus secretos. Alguien que se gane el pan en oficios tan dudosos como el de psiquiatra o el de carcelero tiene que descubrir a los demás lo que sucede con los presos, con los pacientes. En los centros de internamiento para emigrantes se cometen verdaderas tropelías, y solo en medios católicos de izquierda se publican textos que lo revelan.

¿Ha trabajado en las cárceles?

En el año 2003 escribí uno de los capítulos de la ponencia del congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y lo titulé *Tratamiento penitenciario-tratamiento psiquiátrico: una analogía buena para pensar*. En el escrito resumía mi experiencia de voluntariado con presos en el Colectivo Panóptico, que hoy, como casi todo lo alternativo, está en horas bajas. Era un colectivo que pretendía simplemente dar la palabra a los presos, publicar y difundir lo que ellos quisiesen, sin ninguna interpretación, copiando la vieja experiencia de Foucault. De nuevo tenía que ver con esa función de levantar el secreto de la institución total y de dar la oportunidad a los funcionarios que se presten de mostrar lo que allí ocurre, traicionando el espíritu de cuerpo. Por ejemplo, la cárcel de Asturias es una cárcel monumental donde hay 1.000 presos y que está construida para 600. La sociedad que cierra manicomios abre el mismo número de camas penitenciarias. Resulta imposible discernir cuántos locos están presos de cuántos presos están locos.

A nivel empírico, el problema de las cárceles es que están masificadas y que han empeorado su localización respecto al penal tradicional, que estaba por lo menos en algún sitio en la ciudad. Lo podías ver y las familias acercarse a llevar la comida al preso. La prisión de Asturias está en Villabona y se vende como centro modelo —y en la práctica lo es, si se la compara con los penales habituales—. Está en un valle en ninguna parte, y por ello invisible al imaginario popular. Es una de esas cárceles modulares, enormes y deshumanizadas, que fabrica sus propios clientes: sorprende la cantidad de gente que hay allí con condenas sucesivas, que habían entrado, por ejemplo, con una condena de tres o cuatro años y que, tras delinquir dentro de la propia cárcel, eternizan su estancia por condenas sucesivas. Las drogas circulan hasta el punto de tener que separar la población penal entre módulos libres de drogas, donde se concentra toda la acción rehabilitadora con muy buenos resultados, y otros donde se abandona al resto confesando la incapacidad institucional para cumplir su propia función represiva.

Se sigue la política —al parecer aprobada por Mercedes Gallizo, directora general de Instituciones Penitenciarias— de separar los buenos presos de los malos presos. O sea, dividir la población de presos en recuperables —que están en unos módulos relativamente abiertos, libres de droga, donde se fomenta la delación y los análisis continuos de sangre u orina, donde todos están terapeutizados, hacen asambleas diarias y todo está muy limpio— y los irrecuperables, que están en unos regímenes que llegan hasta la alta seguridad de los FIES², prácticamente aislados. A mí esa política me parece una catástrofe, es la técnica general del tratamiento de la pobreza: separar al buen pobre del mal pobre, al loco agudo del crónico, y dejar una población cada vez más grande de irrecuperables. Ahora mismo, en Villabona, como en el resto del país, el 14% de su población vive en la enfermería, como enfermos mentales. De hecho, una parte importante de los antiguos internados en el manicomio viven en la cárcel. Mercedes Gallizo acepta y se lamenta de esa tarea. Están haciendo una política muy regresiva,

² Régimen FIES, siglas de Ficheros de Internos de Especial Seguimiento.

están construyendo no sé cuántas cárceles. Quiero equivocarme, pero me parece que están construyendo cinco o seis prisiones más, con la crisis, que no hay perras para nada, pero para esto.

¿Y qué solución vería después de haber estado con ellos, escuchándoles?

Mientras la población carcelaria crezca al ritmo en que lo hace, el problema no tiene solución. Contra la ideología del populismo castigador, lo primero sería disminuir el número de presos. El número clausus para las prisiones no me parece una idea descabellada: igual que hay un número de plazas hospitalarias, el sistema penal debería acostumbrarse a funcionar con un límite de presos. Intentar, por ejemplo, que el delito penal se trate, como el civil, con pactos entre las partes destinados a resarcir a la víctima y no solo a castigar al culpable. También creo que no se debería separar a los buenos de los malos. Habría que poner en cuestión las medidas demagógicas, como los permisos continuos —que es lo que mete droga en la cárcel—, y sustituirlos por condenas más cortas. Foucault decía que el proceso de psicologización no solo había convertido cada juicio en una sesión clínica sobre cuánto de loco y cuánto de criminal tiene el reo, sino que los informes psicológicos abren o cierran las puertas de la prisión según se defina al preso como rehabilitado o peligroso. De nuevo, despsicologizar la cárcel es una buena consigna.

Habla en su libro de cómo el sujeto disgregado y líquido de estos tiempos enfrenta su realidad convirtiendo los malvivires sociales en malestares íntimos. Incluso establece el trastorno de la personalidad múltiple como doble patológico de ese sujeto disgregado.

La cantera en que se forja esa gran clientela de los centros de salud mental es el trabajo precario y el entramado de un moderno intimismo que rompe con la antigua pertenecía a grupos naturales. Recientemente —perdón por citarme— escribí un artículo a propósito del *burn-out*, del malestar en el trabajo, que titulé: *¿Necesito psiquiatra o comité de empresa?* Antes se sabía que al trabajo se iba a sufrir, quiero decir que, aunque había algunas cosas buenas, como el trato con los compañeros, se asumía que el trabajo producía malestar por la explotación en que se basaba, pero a nadie se le ocurría pensar que el gerente o el capataz, además de explotar, te iba a perseguir.

Los nuevos espacios de trabajo, esos panópticos donde no hay barreras visuales, han individualizado al trabajador y reducido su mundo, haciendo desaparecer cualquier concepto del *nosotros* grupal. Por ejemplo, la fábrica de motos Toyota de Gijón es uno de esos espacios, donde el ingeniero chino, desde su posición, puede ver hasta al último empleado. Entonces, aquel viejo malestar de la explotación, del cansancio por trabajar, se ha transformado en un problema personal. El sufrimiento laboral se ha convertido en un malestar íntimo y se ha reinterpretado en términos subjetivos: “Es la encargada que me quiere joder”, “es el jefe”, “son los compañeros”...

Y creo que este proceso se ha producido en todos los ámbitos: en la vida con la pareja, en la vida de la barriada ciudadana....Al no tener una narración colectiva, se percibe la realidad desde una especie de narcisismo de las pequeñas diferencias, se piensa: “Solo a mí me pasa esto”. En esa insociabilidad intimista solo se puede expresar el dolor psíquico en términos de enfermedad mental, considerarte depresivo, distímico, lo que llamaba en otro artículo “los mecanismos de fabricación de identidad enferma”. Pues la única identidad que te posibilita entender ese sufrimiento fuera del sentimiento del *nosotros* obrero es la de frágil y enfermo individual.

Por otra parte, los medios imponen un estándar muy alto de felicidad. Ves la televisión y todo el mundo parece feliz, puedes pensar que el único que está por la mañana hecho un Cristo eres tú, que el único que ha dormido mal eres tú o que el único que tiene mal sexo eres tú. La sociedad del espectáculo promete y fomenta felicidades. Viene a decir: “Si tu vida es una mierda y los que muestra la televisión están tan contentos y viven tan bien, algo está pasando en tu interior que te impide gozar, quizá el médico te pueda ayudar”.

Los trastornos disociativos serían el último extremo de ese proceso de hiperadaptación social, duplicando la personalidad. El discurso viene a ser: “Puesto que hay espacios donde todavía sigo viviendo relativamente bien, lo que hago es tener un *yo* para el trabajo, un *yo* para la vida cotidiana, uno para los sábados y otro para los lunes”. Eso puede ser momentáneamente eficaz para salvar las contradicciones cotidianas, pero cuando mi *yo* de casa y mi *yo* del trabajo no tienen nada que ver, comienza un proceso peligroso que puede conducir al trastorno de personalidad múltiple: personas que se pierden y se convierten en un sujeto ajeno, personas amnésicas e incapaces de pronunciar su nombre o su fecha de nacimiento. Zizek comienza uno de sus libros más famosos imitando al *Manifiesto comunista*: un fantasma recorre Europa, es el fantasma del sujeto cartesiano.

LOS VÍNCULOS SERENOS

Frente a esos ‘yoes’ apela a la necesidad de recuperar ese sujeto moral que antes ordenaba coherentemente las experiencias vitales de la mayoría de las personas.

Sí, yo creo en la necesidad de volver a retomar nuestras vidas en función de un criterio moral que sirva como cemento para unir esos yoes sucesivos. No se trata ya de más intimidad, sino de crear un espejo en el amigo, en las redes amistosas que nos sirvan de guía moral o de vínculo estable. Si estás en un parque y eres observador ves qué niños van a ir bien y qué niños van a ir mal en la vida. Los niños que están seguros de que su madre no se va a ir, de que no los va a dejar ahí abandonados, son niños que pueden jugar, juntarse con otros niños, aunque a veces se pierdan. Hay, sin embargo, otros niños que no se mueven, que están tan apegados y tienen tanto miedo de que la madre desaparezca de allí que ni se separan, y otros que están a medio camino, que pueden jugar un poquitín pero están siempre volviendo para atrás a ver si su madre sigue ahí. Yo creo que lo que ha pasado en la posmodernidad es que dudamos tantísimo de los vínculos serenos que, a diferencia de esos críos que pueden interactuar y tener capacidad de autonomía, no nos movemos de lo poco seguro o de lo nada seguro que tenemos. Estamos siempre centrados en la necesidad de que la angustia no se nos venga encima. Esa capacidad de autonomía es el estar seguros de que, en caso de que vengan mal dadas, va a haber ahí amigos, seres cercanos que pueden de alguna forma reapuntalar nuestro yo. Cuando hablo del ser moral pienso en esos modelos solidarios.

Se ve sobre todo en los procesos de duelo. ¿Qué se hace hoy cuando ocurre una tragedia? Se manda a una legión de psicólogos, dando por supuesto que ni solo, ni con la ayuda de tus vínculos, puedes enfrentarte a la situación. En cambio, antes había unas tradiciones, unos vínculos serenos; cuando, por ejemplo, un familiar moría en un accidente, acudían todos los vecinos. ¿A qué llamo moral? A ese sistema de costumbres que hacía que pudiésemos enfrentar la desgracia con cierta entereza. En Galicia, en una ocasión en que unos pescadores se ahogaron en la Costa da Morte, la Xunta mandó a una legión de psicólogos para que estuviesen con las familias e hiciesen lo que llaman trabajo de duelo. ¿Qué es la psicología del trabajo de duelo? Realmente, un manual del

inversor. Viene a decir que el duelo pasa por unas fases que son: en primer lugar, expresar y llorar, para luego sacar la inversión afectiva que tenías en el que se ha muerto e invertirla en otro. Entonces les largaron ese rollo, y los gallegos, que estaban de los psicólogos hasta los huevos, se escaparon literalmente y fueron a cumplir las tradiciones que antaño seguían, que era estar frente al mar toda la noche con los vecinos, bebiendo aguardiente, esperando a ver cuándo salían a flote los muertos para llevárselos a la iglesia. A lo que me refiero con la necesidad de recuperar la moral o las viejas virtudes va un poco por ahí. Esas virtudes se tenían, y no se trataba de un superguión rígido ni de un sistema moral eclesiástico, sino de una serie de costumbres, de lazos y de vínculos que te permitían elaborar con los otros lo bueno y lo malo de aquello que te pasaba, sin tener que recurrir a profesionales.

Frente a ese sujeto unitario que encuentra sentido en unas costumbres morales, el sujeto posmoderno ausente, disociado y disperso del que hablas en 'Egotría' se muestra incapaz de entender y de responsabilizarse de sus acciones. Ya no hay mala conciencia ni reproche moral. Una incapacidad que la psiquiatría y la psicología apuntalan con sus terapias desculpabilizadoras, extendiéndolas incluso a casos criminales. Tú, en cambio, entiendes, citando a Ferlosio, que la vergüenza es la partera de toda educación moral, y analizando el caso del 'asesino del rol' y el de Cerveto —'el asesino de Pedralbes'— afirmas que solo en el caso de que se arrepintieran y avergonzaran todos los días de su vida de lo que han hecho se podría hablar de recuperación.

Del examen de conciencia cristiano —que viene del balance del día que mandaba hacer Séneca a sus discípulos estoicos— no queda más rastro que la terapia racional cognitiva. Ahora para evitar la mala conciencia se tiene una falsa conciencia. Para no llegar a ese balance moral se dice: “No te comas el coco, no te rayes”. Y ahí los libros de autoayuda recomiendan eso de “Quiérete”, “Hagas lo que hagas: no te evalúes”, “Todo está bien, sigue tu deseo”. Una vida buena, lejos de una vida fértil, es, en la posmodernidad, una vida divertida, y Marie Curie suena a vieja masoquista. Al final del día hoy nadie se plantea si ha sido bueno o malo, sino si ha resultado feliz o no. Las demandas al psiquiatra son, ese sentido, amorales.

En una ocasión vino un miniejecutivo a que le recetara Viagra porque se andaba tirando a todas las dependientas bajo su mando. Otro vino porque se acostaba con una sobrina de 17 años y eso le provocaba cierto malestar. Ante mi respuesta de “¿Cómo no le va a provocar malestar?; lo que debería es estar arrepintiéndose y con intenso sentimiento de culpa”, se marcha hecho un basilisco, afirmando que a él no le importan mis juicios morales y que qué hago yo metiéndome donde no me llaman..

Respecto a la penetración de la psiquiatría en la justicia, que analiza muy bien Foucault en *Vigilar y castigar*, hoy no hay un juicio en España en el que haya un perito psiquiátrico que no emplee dos tácticas para decir que el acusado no tiene culpa de lo que ha hecho: o bien es que ha nacido en una familia de predelincuentes y que su destino ya estaba cantado desde que nació, o bien que el delito ha sido un accidente, que tomó cocaína y ello le trastornó. Cualquiera de los dos caminos conduce a la desculpabilización. El sujeto kantiano, las categorías de bueno y malo, parecen desaparecidas en la moderna psicología, cuando precisamente lo que se había descubierto era justo lo contrario. Piaget descubre cómo a los 10 u 11 años los críos ya saben distinguir lo bueno de lo malo. Bueno y malo es un criterio tan innato como blanco y negro.

El inicio de la penetración de la psiquiatría en la justicia fue una campaña progresista que trataba de descubrir criminales locos que habían sido injustamente condenados. Luego, la psiquiatrización de la justicia pierde de vista este objetivo y termina por crear un caos donde se intenta hacer lo contrario: convertir a todo criminal en loco. Finalmente, la intervención de psiquiatras y psicólogos en el sistema penitenciario produce en este una amoralidad funcional, pues toda la clasificación de los presos se hace en torno al criterio de peligrosidad. Tenemos casi un 10% de pacientes en los centros de salud mental de los que hay que mandar un informe al juez sobre el tratamiento obligatorio que están siguiendo. Ahí ves muy bien cómo no hay ningún criterio de reevaluación de las conductas, de compasión por aquel al que hiciste daño, ninguna recuperación de valores morales. Lo que plantea el juez es, únicamente, si está en riesgo de reincidir, si es peligroso, obligando a que siempre esté en tratamiento. Como el juez responsabiliza al psiquiatra, el uso de neurolepticos es masivo y hay que obligarle a que se los tome allí delante y a que se haga análisis continuos para controlar que no tome tóxicos.

Y volviendo a la consulta del psiquiatra, hay un momento en ‘Egolatría’ que identifica al sujeto contemporáneo como el oportunista, el gorrón lo llega a llamar. Hemos hablado de la disculpa penal. ¿Podría hablarnos ahora de la disculpa laboral?

Parte de una definición del egoísmo como conducta racional, del cálculo del máximo de ventajas por el mínimo de esfuerzo, que complementa la economía y la biología darwinista. Desde esta perspectiva, cuando hay una conducta altruista, por ejemplo, si viene un depredador y te dejas comer para que no maten a tus crías, no es que seas altruista y que te sacrifiques —porque eso destruiría esa tesis del egoísmo—, sino que estás determinado por el gen egoísta para garantizar la supervivencia de la especie. Desde estos presupuestos disparatados, el sujeto más inteligente es el cuco, que es el que saca ventaja poniendo huevos para que se los críen otros. Desde el trabajo a la cama, el calculador racional debe evaluar cada situación procurando sacar la máxima ganancia e invertir el mínimo posible. Desde esa óptica, los cooperantes, aunque trabajen por ayudar a los pobres del mundo, siempre se beneficiarán en forma de mejora de su autoestima o acumulación de capital social o cultural. Lo terrible es que los propios altruistas se lo creen y *justifican* sus conductas en términos egoístas. Sacrificio por los otros es un término que de nuevo suena a masoquismo o catolicismo.

La búsqueda de ventaja parece el lema de vida para el normal posmoderno. Elster, que procede del marxismo analítico, aplica los cálculos de decisión racional incluso para el análisis de las adicciones, explicando que el drogadicto es aquel que calcula bien sus inversiones lúdicas y no calcula más que en el corto plazo. Entonces, por un lado, estaría esa cuestión del egoísmo como conducta racional y, por otro, la tesis de Freud, que está muy olvidada, pero que me parece muy certera, sobre la ventaja del síntoma como clave explicativa de muchos síntomas misteriosos. Según Freud, siempre hay que valorar si con el síntoma el enfermo saca algún tipo de ventaja. Por ejemplo, en los histéricos es muy evidente, porque con los síntomas obtienen la ventaja de llamar la atención, fastidiar a su pareja o ser escuchados por el médico. Incluso en la esquizofrenia, o la catatonía, aunque se sufra terriblemente, hay que ver si el enfermo no está mejor de lo que estaría sin ese síntoma. De hecho, la cura freudiana está pensada siempre como un sistema que intenta que nunca se amplíe la ventaja del paciente en la relación terapéutica. Cobrar siempre las sesiones al paciente vaya o no vaya a la sesión, interpretar el silencio como resistencia, todo eso está pensado en torno a esa noción de equilibrio ventajoso con la enfermedad. El olvido de esa enseñanza freudiana y una

recepción muy ingenua de la queja en estado bruto han conducido a la psiquiatrización global, en el sentido de producir muchedumbres quejumbrosas y autoindulgentes. Por volver a un ejemplo anterior, la ecuación fibromiálgica supone que es preferible tener dolores y tomar analgésicos fuertes a que nadie me escuche en mi sufrimiento cotidiano. La DSM-III insiste en recoger la queja según se expresa y no interpretarla: se trata de ver si el paciente cumple cuatro o cinco quejas que puedas encuadrar en alguna categoría y hacer la relación con algún síndrome, que conduce a la indicación de un fármaco y una terapia.

La teoría del gorrón sería el extremo de todo eso, el individuo que circula por la vida viendo a ver qué saca. Un ejemplo sería el empresario triunfador en la lucha por afirmarse. En la consulta te los encuentras muy a menudo. El ejecutivo es el que mejor expresa esa conducta racional de búsqueda de ventajas. Hace poco uno me decía: “El que encuentra un tonto se lo queda”, refiriéndose a secretarías y a empleados modélicos que trabajan mucho y que cobran poco.

Así que una parte importante de esta sociedad individualizada acaba en la consulta del psiquiatra, bien sea con quejas reales, o bien con quejas simuladas. Y una de las consecuencias terribles de la disculpa psiquiátrica o de la búsqueda de la baja laboral es que los simuladores, como se puede leer en ‘Egolatría’, pagan un alto precio por conseguir su objetivo: la simulación se convierte en una autolesión, pues el simulador acaba creyéndose la enfermedad para poder mantener su estatus de liberado del trabajo. ¿Cuál es su posición?

Pues que es así, literalmente. Se autolesionan tomando fármacos supertóxicos, limitando sus actividades. Y no es solo por no trabajar, a muchos les basta con pensar: “Yo no estoy para tener relaciones sexuales”, “Yo no estoy para salir de fiesta”. La autolimitación es una autolesión real, algo parecido a las antiguas lesiones que se provocaban los mineros cuando no podían aguantar más las horribles condiciones de su trabajo. Yo he conocido a algunos de aquellos mineros, casi todos militantes de la extrema izquierda, expertos en lesionarse: metían la rodilla en los raíles y, tirando de golpe, la rodilla se les desencajaba. Es un ejemplo que me sirve para ilustrarme a mí mismo del daño que se puede uno causar cuando las condiciones de trabajo y vida son tan duras que toleras cualquier dolor con tal de cambiar la situación. La depresión es una de las expresiones del duelo que provoca evaluar la vida real como malograda o desgraciada, y en ocasiones es una profecía autocumplida, en el sentido de que alrededor empiezan a tratarte también como depresivo porque estás de baja o vas al psiquiatra. Crees que la gente te va a cuidar más desde el momento en que te declares enfermo, pero eso funciona unas semanas, después la gente se cansa y lo que hace es excluirte. Son espirales de psicopatología clásica que terminan en la soledad del depresivo que agota la ayuda ofrecida por los otros.

Malestares que no parecen resolverse en esta sociedad de la angustia, sino todo lo contrario, ir a más.

Sí, realmente no se sabe hasta dónde pueden llegar. Yo creo que quien lo anticipó muy bien fue Pasolini. Pasolini tuvo algo de profeta. Dentro de un pensamiento un poco disparatado —estaba contra el aborto por sus recuerdos en el vientre materno—, vio cómo esta era una sociedad podrida por todos los lados. Alguna de las ideas que expongo en *Egolatría* están sacadas de él, que parecía muy reaccionario cuando decía aquello de “recuperemos las tradiciones y los grupos naturales, las formas de hablar de los chavales de la calle, paremos la americanización del mundo” y, sin embargo, resultó

profético. Fue además el primero que empezó a tratar corrupción y política como sinónimos. A mí, además de Sánchez Ferlosio, los *Escritos corsarios* de Pasolini me influyeron por su desconfianza en el progreso. Cuando parece que todo va muy bien, él empieza a ver que se ha producido una derrota tremenda de las masas populares; que si esa cultura popular se perdía a favor de la individuación, malamente se iba a poder reconstruir después. Su propia muerte es un ejemplo terrible de adonde lleva ese hedonismo, que no se esfuerza en ligar a un jovencito sino que lo compra con dinero.

Podemos estar de acuerdo con el diagnóstico de que todo este proceso de individuación, en vez de hacernos más libres, ha empobrecido la vida. Pero, llegados a este punto, ¿cómo se sale del callejón sin salida?

Vivir sin vínculos es la receta que da el individualismo. Individuos que floten en esa sociedad líquida de la que habla Bauman, como barcos que anclan una temporada en una ciudad o en una relación de amistad, sabiendo que pronto han de navegar a la búsqueda de otro puerto, y que por ello no conviene *atarse* a ningún amor o compromiso duradero. ¿Cómo se recrean los vínculos? Esa es la pregunta del millón. Ojalá alguien supiese cómo y qué recuperar. Pienso que, por malo que sea, cualquier red social tradicional, cualquier vínculo, es mejor que el desierto afectivo posmoderno. Por malos que sean los sindicatos que hay, no los echamos abajo, por malas que sean las redes religiosas, por malas que sean las familias, resistir es la consigna. Porque lo otro es ese proceso de individuación que para ser aguantado desde la fragilidad de los sujetos va a hacer necesarios a médicos, psiquiatras y nuevas servidumbres ante las cuales las antiguas nos van a parecer nimiedades. Quiero decir, que entre la laxitud con la que se tomaba, cuando yo era chaval, lo de irse a confesar —que todo el mundo se lo pasaba por los huevos—, a lo que hacen ahora los que van al psicólogo cada 15 días y viven sus vidas como enfermedades a consultar, hay un abismo radical. Hay gente que no toma una decisión amorosa sin consultarlo con su psicoanalista, o quien anota todos sus sentimientos-pensamientos para saber si se comporta de forma racional según su psicólogo.

Uno de los vínculos que ha entrado en crisis es el amor. Parece que las relaciones flotantes y la libertad sentimental sin compromisos fuertes, nos han hecho paradójicamente más esclavos. Desde los medios no faltan expertos que aseguran que el amor no dura más de tres años, y las cifras de ruptura de los matrimonios —un 60% entre los que tienen 20 y 30 años— no dejan de darles la razón. Según parece, solo el 12% de las parejas hoy en día termina teniendo una vida en común extensa. Me gustaría que nos hablara de esa tendencia del amor a disiparse, de la aparente incapacidad contemporánea de asumir la responsabilidad de una vida amorosa en común.

Hay una psiquiatra en Asturias que mantiene con absoluta seriedad —y yo creo que con un agente de patología importante— que el amor tiene fecha de caducidad y que las parejas que duran más son patológicas. La profecía freudiana del amor maduro como síntesis entre lo erótico y el amor tierno —que procede de dos fuentes distintas: del amor hacia la madre y de ese otro, por el que los hombres se iniciaban con prostitutas— no se ha cumplido. Lo normal es hoy lo contrario, un amor preadolescente en el que por un lado va el sexo y por otro la ternura. El amor maduro, que es cuando se juntan las dos cosas, cuando puedes tener ternura con el/la que te excita sexualmente, ha sido banalizado y disociado por la posmodernidad. Dentro de unas semanas se va a celebrar en Gijón un festival de pornografía que ofrece “consultas sexológicas”, y que me parece

la máxima expresión de esa trivialización del amor que describe la literatura clásica. Keats tiene un verso terrible y maravilloso que dice: “Eros puso su nido en la cloaca”. Que los órganos genitales sean a la vez los de la excreción y, por tanto, generen una repulsión más o menos espontánea, es la verdad que revela la imposible fantasía de la amada en el váter. El amor maduro es la capacidad de aceptar esa verdad sin reducir a un objeto a la persona amada. La pornografía supone, por el contrario, focalizar la atención en esos órganos como fuentes de placer mecánico —en plano anatómico de las *pelis* clásicas— olvidando a la persona global.

El amor líquido, que de nuevo describe Bauman, hace de esas perversiones virtud y acepta categorías como el *amigo con derecho a roce* o familias abiertas que traducen esa incapacidad para un amor que por definición es para toda la vida, aunque luego dure unas semanas. De nuevo la fórmula postmoderna de “permaneceremos juntos mientras el deseo perdure” es una profecía que cumple la ruptura de pareja. Si el deseo es el único cemento de la pareja, y este es por definición variable y la sociedad entera es una multiplicación de reclamos para cambiar de objeto sexual, el amor eterno puede hoy, efectivamente, ser considerado como perversión.

Es curioso, porque la profecía de Freud es la contraria a la del antipsiquiatra David Cooper, quien en ‘La muerte de la familia’ pintaba un futuro, para él positivo, de relaciones amorosas policéntricas y libres, donde se daría una jerarquía natural de los afectos pero desaparecería la monogamia y el monopolio exclusivo del deseo del otro. Erich Fromm, por otra parte, criticaba a Marcuse y su defensa revolucionaria de los amores libres, señalando que, en realidad, aquello no era más que un consumo ansioso; la traslación del consumo capitalista al ámbito sexual y amoroso. Después de tantos años, y a la luz de lo que ocurre hoy con el amor, ¿qué opina de ese debate?

La crítica marxista de la familia contiene unas contradicciones evidentes: tan pronto critica “la manía burguesa por encuernarse mutuamente”, como lamenta que el proletariado no tenga familia por carecer de propiedad o estabilidad con que mantenerla. A mi juicio, los psiquiatras que mencionas continúan la función de metomentodo que desde los tiempos de los falansterios ha intentado el pensamiento utópico y que prescribe cómo debe ser el porvenir familiar. A mi juicio, esa prescripción del porvenir no es posible y debemos limitarnos a criticar lo que hay. La crítica de Cooper acerca de la familia actual me parece muy útil cuando analiza los mecanismos de autoridad que se esconden en la simple prescripción materna del “Vete a la cama que estás cansado”, y que cuando es contestada con el “No estoy cansado” se resuelve con el “Vete, yo que soy tu madre sé que lo estás”. Este diálogo falsifica la experiencia real del niño que debe renunciar a su percepción del cansancio para adoptar la de su madre que, en lugar de ordenar, adivina sus necesidades y por ello las falsea. La escalada de dobles mensajes que constituyen la vida familiar son los textos más interesantes de la crítica antipsiquiátrica a la familia. La vida en comunidades que no prescribían ninguna norma oculta fue una experiencia emocional correctora, que devolvió a la realidad a algunos enfermos mentales graves tratados por Laing o Cooper. Pero extender esa experiencia a una contraorden como modelo familiar universal parece megalomaniaco y excesivo.

Marcuse, bajo el aspecto de la liberación de los instintos, nos dejó un análisis totalmente profético de la desublimación como mecanismo de represión. Gozad, gozad, malditos, es el nuevo orden erótico que prescribe la posmodernidad, que impone esa obligación y rotula como síntoma depresivo la anhedonia, o falta de capacidad para el disfrute, porque supone que vivimos en un mundo que lo permite. De ahí que desde la izquierda

solo podemos tener un pensamiento negativo y crítico frente a lo que hay, y no tenemos fuerza utópica para adivinar cómo organizarán mañana sus relaciones nuestros descendientes. Yo, desde luego, creo que el elemento más oprimido de la relación debe ser quien marque ese futuro. De ahí mi interés por el pensamiento feminista de las diferencias y su crítica de la colonización de ese universo femenino por el mercado, que obliga a las mujeres a reproducir los estereotipos de vaquero duro que cuida de sí y antepone su carrera a la familia, olvidando la vieja ética del cuidado que caracterizó a la cultura femenina. Esos libros de autoayuda que califican de zonas erróneas del comportamiento femenino el amar demasiado o dar demasiado en la relación me parecen nauseabundos, y celebro coincidir con Eva Illouz o Arlie Russell en su defensa de la ética feminista frente al cálculo egoísta.

Y en este panorama de soledad del individuo contemporáneo, la droga se ha convertido en un vínculo de identidad, o, al menos, de falsas identidades. ¿Cómo ve desde tu posición privilegiada de psiquiatra a pie de calle la evolución del consumo de drogas?

El de la droga es un tema en principio liberador que el mercado acaba corrompiendo hasta convertirlo literalmente en un vicio. Yo recuerdo en los sesenta aquello de abrir las puertas de la percepción, los ácidos. En las comunas de Cooper se consumía casi ritualmente, e incluso los psiquiatras más reaccionarios lo recetaban contra el alcoholismo. Yo mismo he dado y he tomado LSD fabricado por la Sandoz de Suiza. Pero ese uso investigador, lúdico y racional se transforma en un fenómeno que, ante la quiebra de todas las identidades, fomenta y suministra una falsa identidad y una falsa profesión a los que se centran en el mundo de la droga. Sobre todo en los años setenta, la droga se convirtió en un facilitador, en un aparato de formación de identidades; mucha gente que empezaba a consumir drogas lo convertía en su forma de vida profesional: vendía, compraba, trapicheaba y confeccionaban su biografía en torno a eso. “Yo ya he tenido tres monos”, te decían, “He dejado de tener monos”, “Nada me hace más que el Rohipnol”..Había una auténtica seudoidentidad en torno a las drogas. Algunas etnias, en concreto los gitanos, creí que iban a desaparecer; había familias con cuatro muertos, cinco muertos..No entendían nada, les parecía lo mismo los canutos que la heroína. Menos mal que llegaron —y es otro tema— los evangélicos. El mercado convirtió la droga en mercancía y liquidó a una generación, pero, claro, el propio mercado vio que si desaparecían generaciones completas, el negocio también iba a desaparecer y reconvirtió la toxicomanía en lo que es ahora.

Los planes de prevención han tenido un beneficio cero, los observatorios de las drogas son de risa. Cuando empezó la cocaína a ser un *boom*, el Observatorio de la Droga de Asturias decía que no había detectado más allá de dos o tres casos de adicción a la cocaína. Los aparatos médicos y burocráticos son lentísimos y el mundo real de las drogas va muchos pasos por delante. Y en un mundo sin identidades, como que las masas se apuntan a un bombardeo, vale más ser adicto que no ser nada.

¿Ve un repunte de eso ahora?

No, al contrario. El mercado, viendo que podía haber ahí una desaparición del negocio, fomenta un repunte del uso lúdico y de la desidentificación del drogadicto como yonqui. Cualquier cuarentón que toma cocaína en el fin de semana negaría que se droga. Nadie recuerda a aquellos poetas malditos —Aníbal Núñez me es especialmente querido— que en plena transición del franquismo desarrollaron una *ideología psicodélica* como forma de resistencia al desencanto con el nuevo orden y que dejaron la vida en el intento. Nadie se plantea hoy, como Escotado, tomar alucinógenos para pensar de

otra manera, o tomar drogas para disolver el yo conformado por las necesidades del capital, como Panero. Sin esos héroes culturales que enlacen la poesía y la química, las adicciones son un problema de poblaciones muy marginales y marginadas de lo social.

Lo que resulta raro es que hable del mercado en términos tan determinantes..

El mercado de la droga es absolutamente determinante porque la oferta de drogas es anterior a la demanda y se dirige además a un cliente cautivo —en el sentido literal— de la mercancía, ya que no puede *probar y decidir*, sino que depende de lo que el camello de turno le ofrezca. El de la droga es un mercado muy controlado, que monopoliza lo que vende, que limita la competencia por las bravas y que tiene unos formatos muy concretos de introducción y manejo de las mercancías. El adicto es alguien dominado por unas necesidades completamente artificiales, y por ello conformadas por la oferta.

Desde la perspectiva médica se considera que los drogadictos son enfermos; usted, en cambio, habla más de vicio que de enfermedad. ¿Cuál es la diferencia que establece entre una cosa y otra y por qué?

Hombre, eso es una evidencia. El gran descubrimiento de los padres fundadores de Alcohólicos Anónimos, Bill y Bob, se produce cuando, tras visitar un montón de psiquiatras y de médicos que prometen curas para el alcoholismo, llegan a uno que les dice: “Miren, los médicos no tienen ni idea de por qué uno bebe ni de por qué deja de beber, lo que ofrecemos son mandangas; yo lo que he visto a veces son grupos de autoayuda, una especie de grupos religiosos que funcionan como contenedores de los vicios”. Entonces inventan una técnica basada en unas tradiciones espirituales —hacia la que uno puede tener reservas, pero que es el método más eficaz para que los alcohólicos permanezcan abstemios— que se basan fundamentalmente en el apoyo mutuo. Es una seudosociedad con unos vínculos acogedores de padrino, basada en el reconocimiento de la impotencia frente a la botella. Inventaron una serie de técnicas, que pueden ser simplísimas, pero gracias a ellas una artesanía sustituyó a un pretendido saber médico.

Muchos toxicómanos que se vuelven abstinentes lo consiguen con técnicas no médicas, no necesitan una cura en el sentido de un tratamiento ni una psicoterapia, sino otra cosa que tiene que ver con la imposición de la voluntad, la capacidad de autorregularse y de recuperar normas morales. Se trata de abandonar un vicio, algo que de alguna forma domina tu voluntad, y adquirir unas virtudes basadas en el propio cuidado y en el autorrespeto. Superar la adicción no es curarte de algo, como algunas neurosis en las que adquirir una in-visión —un *insight*— del problema te da la solución.

Todo el mundo sabe por qué se droga: porque le gusta y porque ha adquirido una serie de hábitos, de rutinas en torno a eso, que terminan siendo a la vez una profesión (poca gente tiene suficiente dinero para drogarse sin traficar) y una forma de relación con los colegas.

También su posición sobre la transexualidad contradice el discurso establecido.

Lo de la transexualidad es otra falsa promesa, como tantas que hacen la medicina o la psiquiatría. Es un tema viejo; las primeras operaciones de transexuales son de los años treinta y tienen su máximo auge en Estados Unidos durante los setenta, la época de la omnipotencia de la medicina, cuando se creía que la medicina lo podía hacer todo. La falsa promesa es “Podemos cambiarte de sexo”, cuando no es posible cambiar de sexo. Lo que se pueden hacer son unas operaciones de estética terriblemente iatrogénicas.

Crear una serie de huecos y cavidades que tienden a cerrarse y que para mantenerlos abiertos se requieren niveles hormonales brutales. Tecnológicamente es un absoluto disparate; la práctica ha demostrado que hay un índice de muertes alto a medio plazo, y que los teóricos cambios de sexo desaparecen al cabo de muy poquito tiempo o son costosísimos de mantener a nivel de salud. ¿Qué ocurre con esa realidad? Que los transexuales hacen de agentes de propaganda. Es otra vez la teoría de las falsas necesidades; en lugar de experimentar con el cuerpo y decir “Me visto de mujer cuando quiera” o “Practico cuantos simulacros me apetezcan”, quieren dar un paso imposible y crean una especie de novela rosa. Es muy fácil si el Gobierno invierte. Entonces se arma ahí una carnicería horrorosa.

A la gente con una identidad sexual de este tipo les iba muy bien en el simulacro hasta que escucharon la buena nueva quirúrgica. Esos espectáculos de travestis que imitan la feminidad han recreado algo mucho más femenino que ponerse tetas y querer convertir esa ficción en literal. Es transformar una metáfora en una realidad que acaba convirtiéndose en un drama horroroso, con un cuerpo tremendamente mutilado que tiene que depender continuamente de las dosis altas de hormonas. Una catástrofe sanitaria cuya única justificación es la falsa conciencia de la que hablábamos. Lo sorprendente es que cuando unos años después se hace una encuesta, a pesar de ese desastre fisiológico, un número elevado de los que se han operado siguen diciendo que están conformes con la operación. Los casos que yo he visto me hacen dudar mucho de que satisfacer esas falsas necesidades haga más feliz a esas personas porque están objetivamente en una situación desastrosa. Lo único que sienten es la admiración del grupo; todos ellos se viven como enseña, como bandera de ese grupo, en ambientes bastante cercanos a la prostitución o exhibiendo su cuerpo. El dilema moral está entre si yo soy realmente el dueño absoluto de mi cuerpo o, por el contrario, la idea kantiana de que la humanidad que hay en mí merece cierto respeto. Yo estoy más cerca de Kant y contra las falsas promesas de cambiar de sexo.

¿Y qué opinión tiene acerca de que la Seguridad Social costee esa falsa promesa?

Es una cosa demagógica. Por ejemplo, en la clínica donde se empezaron a hacer, la famosa Clínica Mayo, tras una reevaluación de resultados ya no hacen reasignaciones de sexo. De todas formas, una vez que abres ese tarro de las falsas promesas, nunca sabes dónde acaba, y ahora han tomado el testigo clínicas de segunda y tercera categoría en países —Brasil, Marruecos— donde hay una legislación muy permisiva. Entonces, en España, la demagogia oficial que consiste en decir que sí a todas esas peticiones que suponen un gasto mínimo y dan un certificado de liberalidad plantea el ¿quién le puede negar algo a alguien que dice que está sufriendo hasta el punto de plantearse el suicidio? ¿Quién les puede decir a los transexuales que su deseo no representa sus intereses objetivos? En teoría, la sanidad pública española dice que sí a la reasignación y luego retrasan todo lo que se puede las operaciones, porque los técnicos saben de sus riesgos. En la práctica se te presentan cuadros realmente dramáticos, porque va bajando el nivel de vida posoperación. Los dos casos que yo cuento en *Egolatría* son de personas relativamente adultas, pero te empiezan a llegar adolescentes, en ese periodo en el que todos hemos tenido dudas, buscando decisiones drásticas y argumentándolo en torno a la libertad, algo que a mí me parece de nuevo sublimación represiva. Y los padres —es esta una generación de padres rarísima—, curiosamente, les apoyan: “Si él va a ser más feliz”... En lugar de autolimitar y de decir, “Bueno, pues no somos Dios para cambiarte de sexo, te ha tocado esto”. De esta manera se reafirma la falsa promesa de la reasignación de sexo, sin anticipar el terrible porvenir del viejo transexual con mil

achagues. Si te divierte hacerte operaciones de estética ligeras, bueno, pero desde luego no mutilarte. Hay que saber que tus genes están sellados y que lo único que puedes hacer es contrarrestar tus hormonas desde el exterior con dosis enormes en una lucha continua. Que eso que llaman operación de reasignación sexual es una falsedad. La facilidad para entrar ahí en procesos de automutilación es altísima. Así como una gran parte de ellos dicen estar satisfechos, hay también un índice de suicidios alto.

El suicidio está considerado un tabú mediático en España —por esa idea un poco absurda del contagio y la emulación—. Sin embargo, en Francia ha llegado a ser considerado por Sarkozy uno de los ejes de su campaña electoral de 2007. El suicidio de los jóvenes, llegó a decir, es la gran enfermedad del siglo. Allí la tasa anual de suicidios —26 hombres y 9 mujeres de cada 100.000 habitantes— dobla la cifra española. No obstante, el que en una ciudad como Barcelona el suicidio sea la primera causa de muerte en menores de 25 años, por delante de los accidentes de tráfico, hace necesario pensar sobre el tema.

El suicidio es más un tema sociológico que sanitario. Durkheim es el primero que dice no está determinado por nuestra intimidad sino por causas sociales. Hay una tasa de suicidios que sí es de origen médico y personal, pequeña, idéntica en todos los países: el 6% de las causas de muerte cuando se prolonga la edad por encima de los 80, cuando los viejos tienen cáncer o se quedan viudos. Esa tasa, hagas lo que hagas, resulta invariable y se considera relativamente normal. Los repuntes son siempre suicidios anómicos, que están determinados por la confusión de normas sociales; es el clásico suicidio de los adolescentes que se matan por pequeñas cosas. El romanticismo individualista, tan típico de la adolescencia cuando está en una situación de falta de redes amistosas y de normas, conduce rápidamente al suicidio. Esa es la tasa que se ha elevado en Francia. Respecto a los que parecen tener causas laborales, el caso de France Télécom (23 suicidios en la plantilla en 2010), precisamos de más detalles para evaluar cuánto de personal y cuánto de reacción catastrófica a lo laboral prevalece en cada caso de suicidio consumado.

¿Qué gente es la que tiene el mayor riesgo? Eso sí que está muy bien estudiado. Las variables del mayor riesgo son: soltería frente a estar en pareja, no religión frente a religión, parado frente a trabajador... Se ve que la única política de contención de suicidios no es el teléfono de la esperanza, ni la vigilancia —que apenas tienen incidencia—, sino la mejora de las redes sociales naturales. La pertenencia a grupos naturales es la mejor prevención del suicidio. No grupos autocreados, sino grupos de tradición como la familia o los religiosos. El suicidio aquí, en Asturias, es el tercer caso de muerte en adolescentes. Ahí también se han producido cambios, porque han aumentado mucho los suicidios femeninos. Entre los factores que registran las estadísticas se observa un aumento de la agresividad femenina en la adolescencia, tanto contra ellas mismas como hacia los demás. Esos estudios muestran experimentalmente cómo se disparan las tasas de suicidio cuando se disuelven normas sociales.

Sorprende un poco que defienda mantener las antiguas estructuras religiosas...

Sí, yo tampoco estoy muy claro respecto a eso. La crítica libertaria y utópica decía que la religión bloqueaba nuevos tipos de solidaridad. El problema es cuando la irreligiosidad actual se combina con la insolidaridad más extrema. El laicismo no está produciendo ningún lazo social nuevo sino un nihilismo masivo que justifica la moral del provecho hedonista. Aquí, en Gijón —en estas ciudades de provincia se ven muy

bien los flujos de población—, la mayoría de la población que antes iba a misa los domingos va ahora al Rastro a comprar y a tratar de timar a gitanos y emigrantes. ¿Qué es mejor, ir a comprar gangas o ir a escuchar aquello de amar al prójimo? Pues creo que lo segundo, en la medida en que incluso el filisteo que acude por convención se preserva un poco más del mercado que quien va de compras. Media hora de misa puede preservar un espacio de interioridad en un mundo que invade con anuncios hasta el último rincón de nuestra mente. Por otro lado, creo que gran parte de las redes sociales religiosas son protectoras. Mira el caso de los gitanos, por ejemplo; no me cabe la menor duda de que la religión los ha salvado de la extinción por consumo de drogas. Un fenómeno sociológico fascinante que deben de estar estudiando en todas las universidades americanas, porque desde luego la política de las centrales americanas de esas sectas es justo la contraria: crear en esos países donde no hay clase media —yo conozco el caso de Bolivia sobre todo— una especie de burguesía que cumpla contratos y permita el negocio con los norteamericanos que llegan allí, puenteando a los católicos, a los que dan por perdidos. Que en España, en lugar de ser la burguesía emergente la que es catequizada desde esa secta, sean los pobres gitanos. Se les han debido poner los ojos como platos: “Debe ser verdad esto de la fe”, habrán pensado.

Sí, es sorprendente. En las barriadas madrileñas hay muchísima gente que va a lo que ellos llaman ‘el culto’. Entonan sus cantos de alabanza, aprenden a tocar instrumentos...

Y “Quítate todos los vicios”, que me decía uno que no podía ir al culto porque había recaído en el vicio. Cuando le pregunto: “¿Qué, otra vez a las drogas?”, responde: “No, no, por fumar tabaco”. Es difícil valorar si, como decía Weber, la religión fue el espíritu del capitalismo, pero desde luego hoy el capitalismo no tiene espíritu, es consumo directo, y nadie siente vergüenza de querer sacar provecho de cualquier situación. En la medida en que no hay solidaridad, es difícil cuestionar la labor de esas redes religiosas. En los grupos de voluntariado, los que tienen una estructura religiosa aguantan más tiempo que los basados en la solidaridad civil. Incluso las acciones más nobles de esos voluntarios basadas en la solidaridad, se justifican en términos de egoísmo. A un amigo mío, el profesor madrileño Alberto Fernández Liria, le pegaron un tiro en Bosnia-Herzegovina, donde estaba actuando de voluntario, y yo he discutido con él diciendo: “Coño, pues vaya heroico que fuiste”, y él lo justifica: “No, no, yo me realicé allí, yo saqué más que lo que di”. En ese sentido, si justificas las acciones solidarias con un discurso egoísta, pierdes el efecto de ejemplaridad que deben tener esas actuaciones. El viejo aprendizaje moral se basaba en hagiografías, en vidas de santos y héroes que producían el deseo de emularlos.

Y respecto a los grupos católicos, yo no los desaconsejo. Por aquí hay un grupo que saca una revista llamada *Autogestión* que no me parece que esté desencaminado. Son los que hacen esas campañas en Navidad poniendo fotos de un niño famélico en los grandes almacenes, dando esos datos de que una vaca en Asturias tiene más subvención que no sé cuántos cientos de niños africanos y conmemorando cada año el asesinato de un niño fabricante de alfombras por las mafias que sirven a la industria mundial.

Volviendo a la consulta, cuando habla de cómo ejercer su profesión se refiere a la honestidad terapéutica, y eso incluye definirte ideológicamente, algo que considera como un derecho del paciente, que debe saber quién tiene enfrente. ¿Cómo se definiría ideológicamente?

Es mentira que sea posible la relación libre de valores. En otras especialidades médicas me da igual si el que me hace una colonoscopia es del Opus, pero en la psiquiatría es

muy difícil mantener una relación libre de valores. Así que les digo que se lo piensen, que mis principios son libertarios y contrarios al lucro y que, en cualquier caso, les voy a explicitar realidad, que trataré de separar. Lo que pasa es que en la psicoterapia individual siempre se dan consejos reaccionarios, siempre son conservadores. Quien acude a la consulta psiquiátrica, en general, es que está ya tan tocado que no tiene energías para su propio autocuidado, pedirle que tenga fuerzas para emplearlas en cambiar el mundo parece absurdo. De ahí la prudencia de recomendar siempre la no exposición a conflictos en los que ya se sabe perdedor. En un número reducido de casos, efectivamente, el fundirse en grupos solidarios constituye una alternativa posible.

Entonces, ¿se trata de devolverlo a la ‘patología de la normalidad’?

Sí, sí, en general la estrategia terapéutica es que no empeore una deriva ansiosa o depresiva que habitualmente tiende a la cronicidad. Hombre, cuando pillas gente con posibilidades de cambio... Pero en general los consejos en terapia siempre son muy conservadores, para personalidades que ya están un poco fuera del juego social, y casi siempre lo que necesitan es lo que llamaba Castilla del Pino *prótesis conductuales*: como bastones para ir tirando sin que la vida los derrumbe. Cuando se coge un bastón para caminar, volver a correr es muy raro.

¿Y ese tópico de que las enfermedades mentales no tienen cura? Conocemos gente que por un brote psicótico concreto han sido condenados a estar eternamente bajo medicación. En lugar de devolverles su autonomía y trabajar sobre las causas que pudieron dar origen al delirio, les hacen depender de la medicación y de las autoridades médicas.

Lo de la prescripción de cronicidad es una de las mayores putadas. En psicopatología lo llaman *gestión de riesgos*, y establece que ante el riesgo siempre hay que dar medicación. Si se produce una primera crisis, el consejo es, por si acaso, medicar dos años. Si recae, seis años, y si vuelve a recaer, toda la vida. La DSM-III, que es un libro muy mecánico, protocolizó eso, lo estableció y ya se asume como un dogma empírico. En *La génesis de la DSM-III* se cuenta muy bien cómo nadie convenció a nadie y, por primera vez en una reunión científica, se votaron los temas. La homosexualidad dejó de ser una enfermedad, pues el 30% votó que sí, y el 70% que no. Y esos protocolos mecánicos que prescriben la cronicidad se lograron también por esos *criterios de consenso*, por votación, no por ningún dato científico. Son así, sin ninguna base biológica, basados puramente en datos estadísticos. Efectivamente, la gente, si no hace cambios profundos en sus vidas, suele recaer.

Y entonces, ¿usted cómo se maneja?

Yo gestiono los riesgos. Explico esto: “Mire, yo voy a probar a quitarle la medicación. Tiene más riesgos —si va a otro compañero mío puede decirle lo contrario—, pero yo creo que le compensa porque estos fármacos tienen efectos. Y si recae, volvemos”. Pero yo no tengo la mínima duda en enfrentar esto.

¿Y tiene resultado?

Sí. Quizá algunos cambiarán de terapeuta, pero con otros funciona, y de cualquier forma el intento supone impedir la entrega a la indefensión del *para siempre*, que el tópico basado en la evidencia supone.

Un dato esperanzador en este mundo enfermo en que vivimos. El diagnóstico terrible que han ido trazando sus respuestas puede ser sin duda un motor de impulso para buscar remedio. ¿O ya está todo definitivamente perdido?

Bertolt Brecht decía que solo al que le queman los pies en la cabaña se decide a salir afuera sin reparar si llueve o truena. “Solo de los sin esperanza nos viene la esperanza”; es el final de un libro de Marcuse que sirvió de programa a mi generación. En ambas citas quiero ver esas posibilidades de cambio.

Politizar las tristezas escuchadas en los consultorios requiere perder la esperanza de mejorar con los fármacos o los consejos que en ellos se prescriben para descubrir la etiología del dolor. Confiar en los otros cercanos más que en un profesional lejano para que alivie mis duelos requiere tiempo de convivencia juntos para evitar el dilema del prisionero, que prescribe traicionar antes de que el otro me traicione.

De esas desilusiones debe nacer el sentimiento de que las soluciones son de todos o de ninguno, como también repetía Brecht, y eso de nuevo requiere tiempo. Mientras tanto, resistir y no pensar en victorias puede ser la receta.