



Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría  
ISSN: 0211-5735  
ISSN: 2340-2733  
redaccion@RevistaAEN.es  
Asociación Española de Neuropsiquiatría  
España

Retolaza, Ander  
Suicidio(s): Conversación con Guillermo Rendueles  
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,  
vol. 45, núm. 147, 2025, Enero-Junio, pp. 197-216  
Asociación Española de Neuropsiquiatría  
Madrid, España

DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352025000100010>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265081905009>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante  
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia

# Suicidio(s): Conversación con Guillermo Rendueles

Suicide(s): A Conversation with Guillermo Rendueles

ANDER RETOLAZA

*Psiquiatra. Asociación Vasca de Salud Mental. ORCID iD: 0000-0002-3269-3775*

*Correspondencia: [ander.retolaza@telefonica.net](mailto:ander.retolaza@telefonica.net)*

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



**Resumen:** En mayo de 2022, la Asociación Vasca de Salud Mental organizó un debate sobre el suicidio en el local de la librería Zirika, en el Casco Viejo bilbaíno. Para llevarlo a cabo se invitó al psiquiatra Guillermo Rendueles con motivo de su libro *Suicidio(s)*, publicado en 2018. Tras una somera presentación del autor y su obra a cargo de la presidenta de OME, Élide Grande, se dio paso a una conversación entre Guillermo y Ander Retolaza a partir de algunas preguntas que este último había preparado tras la lectura del texto. En los aproximadamente noventa minutos que duró el acto (1), algunas de las preguntas quedaron sin respuesta, pues no hubo tiempo material para contestarlas. Se convino entonces con el autor enviárselas por correo electrónico para que pudiera abordarlas con tiempo. El texto que sigue es el resultado de ese trabajo.

**Palabras clave:** suicidio, suicidas, ignorancia científica, pontificación.

**Abstract:** In May 2022, la Asociación Vasca de Salud Mental organised a debate on suicide in the Zirika bookshop, in Bilbao's Old Town. To carry it out, the psychiatrist Guillermo Rendueles was invited on the occasion of the presentation of his book *Suicide(s)*, published in

2018. After a brief introduction of the author and his work by the president of OME, Élica Grande, a conversation between Guillermo and Ander Retolaza took place, based on some questions that the latter had prepared after reading the text. In the approximately ninety minutes that the event lasted, some of the questions remained unanswered, as there was no material time to answer them. It was then agreed with the author to send them to him via email so that he could deal with them with time. The text that follows is the result of that work.

**Key words:** suicide, suicidal people, scientific ignorance, pontification.

**A**NDER RETOLAZA: ¿Qué te llevó a escribir un libro sobre este tema? (2) A lo largo del texto insistes en especificar que el suicidio no es un genérico universal, marcado por la ciencia, sino un particular nominal, en el que cada caso es diferente y la ciencia poco puede entender. Supongo que, de ahí el título, con ese paréntesis incluido. En la primera página hablas del deseo de escuchar a suicidas concretos, a personas que luego se han suicidado.

**Guillermo Rendueles:** Como en casi todos los libros hay un motivo inmediato y supongo que muchos latentes y que, en mi caso, rara vez logran vencer mi natural pereza (3). El motivo inmediato para escribir *Suicidios(s)* fue la insatisfacción con los resultados de una tesis doctoral, que había codirigido en compañía de Julio Bobes, sobre el suicidio, redactada por el ahora profesor de Medicina Legal Jorge Díaz (4). La tesis revisó toda la bibliografía disponible, recogía todos los suicidios registrados en los juzgados asturianos durante una década, abarcaba tres tomos y era empíricamente irrefutable.

De todo ese trabajo, a mi juicio, resultaba poco saber real y poco conocimiento práctico sobre cómo enfrentar o prevenir los siguientes suicidios que en mi práctica clínica me tocarían en los próximos meses. Porque, a pesar de todos los esfuerzos por prevenirlo, el suicidio insistía en reaparecer de continuo entre mis pacientes.

Aprovechar el valioso material empírico que la tesis contenía para recontextualizar estos suicidios me exigió, en principio, deconstruirla materialmente –desencajándola– para amontonar las historias que el Dr. Díaz había rescatado de los sótanos de los juzgados, junto con las de mis pacientes suicidas, que parecían tener un parecido de familia con los de la tesis reseñada.

Entre ese juego de montones reservé uno especial para las notas de los suicidas, acumuladas en los juzgados, reunidas con las que yo conservaba. Me pareció que escuchar esas últimas palabras que, poco antes de morir, habían tratado de dejarnos un mensaje, merecían ser resaltadas, analizadas y puestas en relación con la literatura

cultra de los escritores suicidas que, también, me parecía, aportaban mucho más saber real que la literatura *psi* o las pretenciosas autopsias psiquiátricas postsuicidio.

La primera idea que brotó de esa deconstrucción era que lo heterogéneo de los casos reales imponía un amontonamiento que dio origen al título del libro. El plural es necesario para agrupar bajo ese nombre de suicidio el caso de un adolescente que, ante el primer mal de amores, escribe unas románticas cartas de despedida y se vuela la cabeza con la escopeta de su padre; la paranoica que se siente perseguida por una cuñada y deja unas cartas de acusación contra sus perseguidores antes de tirarse al tren o el paciente canceroso que decide abreviar sus agonías con un salto mortal. Solo porque los tres terminan con la muerte autoprovocada se los homogeneiza, definiéndolos a todos con la etiqueta de suicida y creando, a mi juicio, una pseudoidentidad que hace buscar lo común en dinámicas heterogéneas.

Lo variado de los casos pudo, en algún momento, hacerme pensar en la necesidad de abandonar el término suicidio como una palabra mala para pensar, como una palabra que, al igual que los zapatos pequeños de Ludwig Wittgenstein, nos reduce el trabajo de analizar lo diferente al reducirlo a un falso concepto (5). Pero una vez iniciado el trabajo, como el propio Wittgenstein dice respecto a la palabra *juego*, que abarca desde el ajedrez al póker, en los actos que la palabra suicida evoca me pareció encontrar ese parecido de familia que se da entre los juegos y que hace necesario precisar con un adjetivo el plural: suicidio racional o suicidio en la vejez, por ejemplo.

Desde luego eso conduce a una epistemología que acepta lo laxo de las clasificaciones de los trastornos psiquiátricos, que se aleja de las ciencias duras y nos acerca a los análisis de lo biográfico o lo literario. Lo que, de nuevo, me llevó a privilegiar los autorrelatos frente a las historias clínicas o los diagnósticos forenses, por ejemplo.

Junto a ese interés académico o intelectual creo encontrar otra motivación más profunda para la escritura de *Suicidio(s)* y es, efectivamente, la de responder, tras escuchar a ese último mensaje que nos dejan los suicidas, incluso si es tan breve como el “iros todos a la mierda” con que se despide un joven de 30 años antes de abrir el gas de su cocina. Al igual que el llanto de un niño que no se escucha se prolonga en un eco eterno, como en la serie de cuatro cuadros que Edvard Munch titula *El grito*, el esfuerzo por comunicar unos últimos deseos o unas explicaciones de sus actos a los que nos quedamos aquí, antes de cumplir el deseo de muerte, me parece que merece ser acogido y reflexionado.

Esa escucha, que reconoce al sujeto y cumple con el deber de memoria para con esos suicidas, que nunca saldrían en la Historia, me pareció que complementaba y continuaba el interés con que los críticos literarios, o yo mismo, habíamos leído a escritores o poetas suicidas: ¿Las despedidas canónico-literarias de Pavese o el misterio por saber de las vivencias de Sylvia Plath para abrir el gas podían equipararse a las de cualquier suicida anónimo? ¿Las interminables discusiones sobre si realmente

Plath buscaba la muerte o era, como pretende Alvarez, una tentativa de pedir auxilio que salió mal, se parece a la misma discusión entre los que carecían de su fama o genio? Escribir *Suicidio(s)* me permitió reflexionar al respecto y, como siempre, una cierta vanidad de autor al publicarlo.

**A.R.: Pontífices o artesanos. Así clasificas las dos actitudes principales de los profesionales de la psiquiatría. Pontificar sobre lo que apenas se sabe o intentar ayudar desde la ignorancia. Haces referencia a la psiquiatría moderna como una práctica entre burocrática y represiva. Desde esta perspectiva, y suponiendo que nos apuntamos al bando artesano, ¿qué podemos hacer con nuestros pacientes, especialmente si presentan riesgo suicida?**

**G.R.:** La división, por desgracia, no es mía sino del filósofo Alfred Jules Ayer (6), que defendía las prácticas inauguradas por Wittgenstein limitando el trabajo filosófico a una terapia frente a los enredos en que nos metemos cuando usamos mal el lenguaje y nos hacemos preguntas metafísicas, o frente a los pontífices que definen desde su despacho cómo es el mundo, el sentido de la vida o el existente en su estado de ánimo.

Bertrand Russell da un ejemplo gracioso del ejercicio de esa pontificación, cuando reprocha a San Agustín “descubrir” la maldad congénita del hombre por el pecado original basándose en su sola experiencia de niños que roban peras y rompen ramas por gusto de dañar el árbol. Los grandes patronos *psi* son especialmente propensos a esas pontificaciones. Sigmund Freud deduce el Tánatos, el instinto universal de muerte, de unos pocos casos clínicos. Más cerca de nosotros, Juan José López Ibor (7) también pontifica sobre la universalidad de lo depresivo: desde la clínica de las algias como equivalentes depresivos y las neurosis como enfermedades del ánimo (aspecto confirmado por la práctica, cuando recetamos un ISRS a un agorafóbico) hasta la sociedad de la angustia, como presentimiento de la nada. Las afirmaciones metafísicas, como las poéticas, son polisémicas y por ello confusas y nos enredan en interminables juegos de diagnósticos.

Frente a ellos, los artesanos en psiquiatría nos parecemos más a los alfareros que, como sugería Machado, moldeamos el barro sin preguntas sobre el barro y sin ninguna fórmula científica más allá de la propia práctica. Práctica adquirida con el trabajo o las comunicaciones con los iguales, que rara vez permite pontificar más allá del *yo lo hago así o este es mi librito*, en el caso de los maestros.

Saltar de ese saber hacer y esos conocimientos prácticos a lo pontificio, en el caso de los suicidios, tiene un ejemplo habitual en los Planes de Prevención del Suicidio. La fantasía del burócrata planificador es la de un bello día en que, gracias a una vigilancia y una detección de riesgos de vulnerabilidad –suicidabilidad– por parte de los *psi* y otras agencias pedagógicas o sociales, amanezca libre de suicidios. En un in-

quietante relato, Juan José Millás plantea esa utopía (mejor distopía) en la que, a pesar de que esos planes de vigilancia siempre los resucitan, los suicidas siguen intentándolo.

Los modelos de prevención, en la mayoría de los planes, plasman esa fantasía pontificia reproduciendo la vigilancia carcelaria y la práctica de poner sombras de seguimiento y control de la vida cotidiana del sujeto de riesgo, que celebran a posteriori con una epidemiología administrativa que logra disminuir unas tasas escasamente críticas. Esos relatos burocrático-gerenciales ignoran, casi siempre, los factores contextuales del suicidio, en cada edad o en cada clase social, y acaban en tautologías del estilo de que lo peor para los ojos es tener la vista mala: el suicidio se da entre poblaciones con grandes sufrimientos económicos, personales o corporales.

Desde su nacimiento la sociología nos enseñó, con Émile Durkheim, la dependencia de las tasas de suicidio con datos, tan alejados de lo psiquiátrico, como lo religioso —el factor de protección respecto al suicidio del catolicismo frente al protestantismo en Europa— y la necesidad de separar los suicidios anómicos de los altruistas o los egoístas.

Desde luego que esta crítica no supone abandono de la protección. Yo también estoy por la prevención y la disminución de esas tasas, que limitarían el dolor que todo suicidio nos ocasiona. Lo que separa en esta cuestión el quehacer de los pontífices y el de los artesanos es el método. Frente al aparente saber de las grandes estadísticas que, a mi juicio y por el plural que comentamos y lo contradictorio de los registros de las causas de muerte, mezclan peras con manzanas para encontrar una media, los artesanos tratamos de reproducir el método con el que Virginia Apgar logró formular un test que, en cinco minutos, evalúa los riesgos del neonato e indica su ingreso en la cuna o en la incubadora. En una servilleta del bar de su hospital australiano, Virginia apuntaba los síntomas que, ella y sus compañeros, encontraban en su práctica diaria de urgencias para publicar el Test de APGAR, que hasta hoy ha evitado miles de muertes.

Inspirarse en ese método me parece la práctica artesanal, en contraste con las grandes aspiraciones de los planes gerenciales.

**A.R.: Siguiendo con lo mismo. En algún lugar mencionas el suicidio absurdo y/o por motivos banales para subrayar que este hecho apunta a una casualística imposible e infinita sobre la que se hace improbable un saber. Al respecto recorres el escaso aporte que, a tu juicio, ha hecho la ciencia: muchas publicaciones, plétora de datos... Pero casi siempre arbitrarios, inconexos o irrelevantes. Habría una imposibilidad de saber (o, al menos, de saber lo suficiente). ¿Podría comentarnos esto?**

**G.R.:** Reducir el suicidio a un síntoma de una enfermedad del cerebro, determinada por una alteración genética, es el programa, en absoluto disimulado por

la potente sociobiología, que debería ser más leído por nuestros compañeros de la Sociedad de Psiquiatría Biológica (SEPB).

Su pontífice más respetado, Edward O. Wilson, en un capítulo de su obra canónica titulado *La moralidad del gen* (8,9), no duda en recoger el guante de Albert Camus para rebatir la tesis existencialista del suicidio como última garantía de la libertad o como pregunta inicial del pensar filosófico (10).

Escribe nuestro sociobiólogo que la evolución natural ya ha respondido a esos dilemas: los grupos de prehomínidos que respondían con un *sí* a esa posibilidad suicida en su repertorio conductual han sido eliminados y substituidos por grupos de homínidos cuya dotación genética ya ha modelado sus sistemas hipotalámicos para que respondan con un *no* a la pregunta sobre el suicidio. Richard Dawkins (11) confirma esas tasas de transmisión de genes egoístas, que subyacen incluso a los aparentes suicidios altruistas y que parecían contradecir la teoría estándar del sacrificio suicida de algunas madres en presencia de sus depredadores.

No quiero dejar de remarcar la complementariedad de esos enfoques sociobiológicos, hoy desde luego absolutamente triunfantes en la Academia, con las tesis de uno de los epítomes de la psiquiatría biológica y pontifical en España. Me refiero, naturalmente, a López Ibor, que anticipa tanto estas tesis biologicistas como las prácticas de tratamiento postmoderno con antidepresivos de lo que antaño llamábamos neurosis y hoy trastornos por ansiedad o trastornos somatomorfos.

Por poner un ejemplo concreto de esa anticipación, López Ibor se atreve a diagnosticar a Sergio, el Hombre de los Lobos, uno de los casos favoritos de Sigmund Freud, como un depresivo en el que los síntomas neuróticos y sus trastornos de conducta emergen tras la bajada del *endon*. López Ibor anticipa las tesis sociobiológicas de Wilson: cuando el *endon vital*, y por tanto lo depresivo, baja de nivel suben a la superficie los rasgos y síntomas que hasta entonces estaban compensados, como en el río salen a flote los perros muertos cuando bajan las aguas. Substituyendo términos anacrónicos como el de *endon vital* por dotación genética, *Las neurosis como enfermedades del ánimo* o *Equivalentes depresivos* son dos obras que, si la psiquiatría biológica española superase su general estulticia, se podrían exhibir como precedentes genealógicos de los modelos sociobiológicos más exitosos.

De nuevo, yo no querría aparecer, con esta crítica, como alguien que ignora la ciencia. Nada me da más seguridad que los reduccionismos. Por ejemplo, el de la epilepsia como un trastorno limitado a las crisis, y olvidarme de los viejos tratamientos del carácter epiléptico o los trastornos por normalización forzada del electroencefalograma.

La ciencia dura es casi siempre reduccionista, pero la psiquiatría biológica hace trampa cuando aparenta un saber que no tiene e impone una reducción precipitada en nuestro campo. La precipitación en privilegiar lo biológico sobre lo psicosocial

se evidencia en los cambios de dirección que el tratamiento con ketamina, para prevenir el suicidio, está teniendo últimamente en los hospitales más vanguardistas y la sustitución, sin apenas reflexión crítica, de la serotonina por el glutamato como mediador cerebral del deseo autolítico.

**A.R.: Supongo que sabrás que, desde hace algún tiempo, la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) está organizando un curso centrado en el psiquiatra como segunda víctima de los suicidios de sus pacientes ¿Podría ser tu libro –ya que no una síntesis y organización de saberes– una forma de duelo?**

**G.R.:** Respecto a tu pregunta sobre si el psicoterapeuta es una víctima que sufre el suicidio de sus pacientes, me parece que esa pretensión pertenece al narcisismo que impregna nuestra profesión y que llena ciertos tratados de manejo de transferencias y contratransferencias, que me deja con los pies fríos y la cabeza caliente.

Los terapeutas somos, en general, figuras secundarias en las biografías de nuestros pacientes. Cuando me llegan algunos de ellos, rebotados de múltiples terapias y terapeutas, les propongo un ejercicio de escritura consistente en resumir los aportes de anteriores tratamientos y ¡oh sorpresa! muchas veces ni recuerdan los nombres de sus terapeutas y mucho menos sus indicaciones de terapia. La sobrevaloración de nuestra práctica para evitar suicidios creo que se corrige comparándola con el fracaso de las familias en la misma tarea. Uno de los casos que relato se asemeja a la imposibilidad de salvarse del suicidio sucesivo en la familia de Sylvia Plath. Cuando Ted Hughes pleitea para impedir a las biógrafas que elogian el suicidio de Sylvia Plath como protesta feminista, afirma que debe proteger a sus hijos de elogiar ese atroz acto suicida que le ha golpeado por tres veces. Sin embargo, ni en Alaska, donde ejerce como biólogo con grandes éxitos académicos, se libra su hijo de ahorcarse antes de llegar a la madurez.

Es el caso de una de mis pacientes, casada con un marido suicida, que, al comprobar la existencia de varios suicidios en su familia política, decide alejarse con su hijo único de la ciudad donde vivían para proteger su crianza del riesgo suicida, desplazándose a Asturias. El relato materno oculta a su hijo ese riesgo, substituyendo la causa de muerte por el infarto y bloqueando cualquier relación con la familia paterna. Al tiempo, esa crianza en Asturias se rodea de múltiples cuidados, de vigilancia terapéutica y tratamientos, de los que yo mismo formé parte, inicialmente por trastornos obsesivos y posteriormente por sintomatología depresiva. Ninguno de esos tratamientos y cuidados maternos, que incluyen un breve ingreso psiquiátrico, impiden el suicidio antes de cumplir la treintena, del hijo de nuestra paciente.

Si toda la inteligencia de Ted Hughes o el amor de esa madre no pueden evitar el suicidio de sus vástagos, ¿somos los terapeutas tan narcisos como para sobrevalorar nuestros poderes de evitar esas muertes? Yo, desde luego, no me creo tan omnipotente.

**A.R.:** Hay una sentencia de Michel Foucault en la que dice que el conocimiento no está hecho para comprender, sino para zanzar. Cuando en tu texto hablas sobre la situación de los allegados a una persona que ha consumado su suicidio, mencionas que buscar razones es una de las tareas del duelo suicida. Pero añades que la desproporción entre esas razones y lo irreparable del acto en sí mismo resulta casi siempre excesiva. La conclusión sería que dejar abierto el misterio marca el límite de nuestros saberes.

Desde esta perspectiva, ¿qué opinas del trabajo de postvención con familiares, que, a día de hoy, es una recomendación recogida en casi todas las estrategias y guías de prevención del suicidio?

**G.R.:** Aceptar el misterio de algunos suicidios siempre es doloroso para el psiquiatra. Cuando rotaba por un servicio de Medicina Interna, hace más de medio siglo, en una sesión clínica se privilegiaba la anatomía patológica como el decisor final del diagnóstico y determinante de la certeza sobre tratamientos erróneos y certeros sobre la causa de la muerte.

Una de las razones por las que la práctica psiquiátrica es tan artesanal se debe a que nunca sabemos en qué se equivocó un terapeuta. En términos epistemológicos los astrónomos y los astrólogos se equivocan y aciertan. La diferencia es que el astrónomo corrige sus errores con cálculos sobre cambios comprobables por la observación y el astrólogo tiene que recurrir a magias simpáticas o cegueras personales para justificar el error en su horóscopo.

La medicina científica corrige sus errores como los astrónomos y los psiquiatras como los astrólogos. Dos de nuestros casos son especialmente ejemplares de ese misterio y los dos tienen que ver con familias que buscan saber.

En uno de ellos, cuando avisan a un hijo treintañero que su padre se ha arrojado al mar y lo han rescatado muerto, afirma que tiene que tratarse de un error. Hasta una hora antes del suicidio, su padre y él han estado jugando a la baraja con unos amigos en un bar y su padre se despidió con un *hasta mañana* carente de cualquier dramatismo. Cuando, forzado por un duelo intenso, comenta el caso conmigo, reafirma que nadie en la familia lo puede creer. El suicida era una persona absolutamente normal, carente de cualquier problema actual o pasado y el hijo se dirige a mí, buscando unos porqués que soy incapaz de proporcionarle y que, a posteriori, encuentra en el ámbito religioso que contiene y resuelve su proceso de duelo.

El otro caso es más dramático y más generador de patología familiar. Un joven de 23 años se suicida cortándose las venas y encendiendo el gas. Solo deja una nota en la que previene de encender la luz por el riesgo de explosión, pero ningún escrito que explique o justifique su acto. De nuevo nos encontramos con un desarrollo

personal carente de psicopatología previa. El suicida era un estudiante normal, tenía redes sociales conocidas por sus padres y llevaba una existencia no conflictiva y acomodada. El padre dedica dos años tras la muerte del hijo, hasta que yo le veo como paciente designado por su familia, a investigar por todos los medios –que incluyen detectives privados, búsqueda de redes en el ordenador de su hijo, seguimiento de miembros “sospechosos” de su pandilla, vigilancia a profesores de la facultad donde estudiaba el hijo–, con abandono de sus rutinas laborales o familiares, que interferían en esa búsqueda. Búsqueda, primero, de un crimen y luego de las posibles persecuciones que llevaron a su hijo a la muerte. En esa búsqueda ha derrochado un gran capital económico y afectivo, aislándose de todo su medio familiar a los que reprocha ingenuidad o acomodo a la injusticia.

En las pocas charlas que tuvo conmigo –mi escepticismo le hizo abandonar muy pronto la relación–, identifiqué entre sus sesgos de pensamiento, fácilmente etiquetables como paranoides, un racionalismo mórbido que buscaba causalidades donde había casualidades, una búsqueda interminable de datos impertinentes y una desmesura en su pretensión de saber que me hizo recordar a muchos de los trabajos científicos, que bucean en la interminable bibliografía sobre el suicidio con los mismos vicios de pensamiento.

Si en las familias es comprensible esa intolerancia a dejar abierto el misterio, y por ello la dificultad de cerrar un duelo imposible, en los estudiosos, ese aparentar un saber del que carecemos, me parece poco justificable. Desde mediados de los años treinta del siglo pasado la bibliografía sobre el suicidio abarca miles de artículos y libros. Los que me resultan más irritantes son los que pretenden resolver ese misterio falseando los límites de su saber. En el ámbito psicoanalítico el epítome de ese vicio lo constituye *El hombre contra sí mismo* (12), donde desde la más leve escoriación hasta levantar la mano contra sí se explican como un *continuum* de racionalizaciones e impulsos tanáticos.

Por el contrario, en *Suicidio(s)* reivindico la visión no profesional de escritores o filósofos que se han atrevido a teorizar su ideación o su acto suicida y a contrastarlo con la visión de sus psiquiatras. William Styron (13) me resultó especialmente sugerente por su horror antes las incomprendiones de su psiquiatra, al que compara con aquel párroco de pueblo que, cuando ve a Madame Bovary decidiendo el camino de perdición que va a iniciar con un desmayo, le ofrece una infusión contra las malas digestiones. Styron, en ese momento, asocia todos los objetos que le rodean al suicidio: un árbol es aquello que sirve para ahorcarse, una cuchilla para cortarse las venas... Su psiquiatra apenas le pregunta por su deseo de muerte y le receta un antidepresivo, advirtiéndole que produce impotencia sexual. Nuestro autor no tiene dudas en romper con ese asno que dice “debía pensar que yo andaba en esos juegos” para internarse en una clínica psiquiátrica.

Jean Améry es otro autor que nos convoca a la humildad ante nuestras pretensiones de saber, prevenir o tratar pacientes suicidas. Sobrevivir como un héroe a los campos de exterminio alemanes, tras resistir las torturas de su policía política, no inmuniza frente a levantar la mano contra uno mismo, como le gusta decir, sino que predispone a ello. Quien ha sido torturado, afirma nuestro autor, nunca vuelve a confiar en la especie humana. Con el primer puñetazo del torturador se extingue la fe humanística. Améry inaugura la triada de hombres ilustres a los que el destino permitió sobrevivir a la *Shoah* y que terminaron suicidándose. Otra superviviente, Charlotte Delbo, también rememora cómo aguantó contemplar la ejecución de su marido y termina su libro *Ninguno de nosotros volverá* con un contundente “ninguno de nosotros debería haber vuelto” (14).

Junto a ellos, Primo Levi (15) o Bruno Bettelheim me parece que aportan un saber vivencial sobre los traumas irreparables y el suicidio que los expertos ignoramos. La falta de escucha y atención a los contextos del suicida lleva a un intimismo que ciega muchos escritos psiquiátricos cuando analizan los textos autobiográficos de estos autores y valoran sus dramas íntimos (el cáncer de próstata de Primo Levi, la falta de éxito literario de Améry) para percibir la crueldad de un contexto que hace imposible la cura. Incluso Bruno Bettelheim, que vive en Israel respetado por sus conciudadanos, quienes recuerdan en una sinagoga interminablemente los nombres de los muertos, no puede evitar ese impulso suicida.

En la historia de la transición española, ese olvido de los héroes que, como el militante comunista Vicente Cazorra, se suicidan tras haber resistido la tortura de la policía franquista y largos años de prisión ejemplifica a mi juicio ese trauma irreparable. No se limita al campo político. Un calvario de tratamientos psicoquirúrgicos condujo a una de mis pacientes, con un grave trastorno obsesivo, a una visión irrecuperable de sí misma y a dar un salto mortal desde el sexto piso de su casa.

**A.R.: Entre los primeros casos reales que citas en tu escrito está el de Isabel Holguín. Comentas unos cuantos detalles del libro que esta mujer escribió antes de su suicidio y afirmas que se trata de una patobiografía que trae noticias de su viaje hasta esa estación final. También hablas de pagar una deuda (se supone que tuya) con esta paciente.**

**G.R.:** Isabel Holguín es, de nuevo, una poeta-paciente que contiene su deseo de muerte lo suficiente como para dejar memoria de sus vivencias en el largo camino que la lleva al suicidio, tras haber integrado un trastorno alimenticio en su biografía. El título de uno de sus poemarios, *Siento mi delgadez que me desliza hacia la nada*, expresa ese descenso desde unas vivencias románticas de alma bella atrapada en un cuerpo, indomable en sus apetitos, que trata de dominar por todos los medios.

**A.R.:** Si lo he entendido bien, mencionas que estableciste con ella un contrato sobre vuestra relación terapéutica fuera de cualquier expectativa de cura. Tú, como psiquiatra, te comprometías a no invadir su intimidad y a no abusar de los saberes de especialista. También, a llevar las visitas un poco a su conveniencia y ayudarla a ventilar sentimientos insufribles. Y, finalmente, a valorar, siempre con su consentimiento, el uso de fármacos en algún momento del proceso. Por su parte, la paciente se comprometía a no pedirte ayuda para llevar a cabo su deseo suicida, ni informarte sobre sus planes al respecto.

**G.R.:** En mi relación con ella las lecturas del texto de Ludwig Binswanger (16,17) sobre el caso de Ellen West me fue de gran utilidad. Como hizo el maestro, no se me ocurrió limitar la libertad de mi paciente ingresándola, sino que acordamos un tratamiento en el que yo no le facilitaré ningún fármaco para cumplir su deseo suicida, pero tampoco lo impediré con ingresos o presiones familiares. De nuevo, me encuentro ante una biografía construida en torno a una negación de las vidas prosaicas y una romantización de la tradición del suicidio poético. Si me permites, citaré unos versos de un poema de Isabel en el que expresa esa pertenencia a una comunidad de poetas suicidas ante los que ella teme no estar a la altura:

*Poetas suicidas*  
*¿Por qué fracaso al alba?*  
*¿es que no soy poeta?*  
*¿es que no soy suicida?*  
*¿Cuándo reventará algún tren este cadáver?*  
*¿Qué mano sobre mi sien apretará el gatillo?*  
*¿Dónde encontrar cualquier veneno?*  
*Poetas muertos*  
*Poetas suicidas, con urgencia os llamo*  
*Necesito trenes, manos o venenos.*

Desde luego que yo no proporcioné ninguna de esas ayudas y, por el contrario, traté de deconstruir esa identidad ideal afirmando mi visión de que el romanticismo ya es, en sí mismo, un arrebato bastante insostenible. Pero, desde luego, el respeto por mi paciente me dotó de la tolerancia suficiente para acompañarla unos años en los que aplazó ese deseo de dejar atrás su cuerpo, compartiendo el miedo y la angustia con algún familiar cercano a Isabel.

**A.R.:** Con el trasfondo de la eutanasia y el suicidio asistido, haznos un comentario ético sobre este contrato que, quizá, a muchos pueda sorprender por sus nulas expectativas terapéuticas.

**G.R.:** La ley de eutanasia supone, a mi juicio, la aceptación del *suicidio racional* y la capacidad del hombre común para realizar un cálculo hedónico que, cuando se salda con un plus negativo de dolor, autorice a pedir la muerte como un derecho incluido en su dignidad.

La revisión de tres casos de aplicación de la eutanasia en Holanda, basados en el sufrimiento por causas psiquiátricas, me hace ser bastante crítico y recomendar cogérsela con papel de fumar, si hay que intervenir en esas indicaciones. Los tres casos holandeses, que incluyen un caso de alcoholismo crónico, una depresión con duelos recientes añadidos y una joven con comorbilidad entre trastorno de personalidad límite con anorexia y estrés postraumático, cuando son observados de cerca posibilitarían la petición de eutanasia a bastantes pacientes que siguen tratamiento habitual con cualquiera de nosotros. Lo esotérico de algunas de esas prácticas eutanásicas tampoco me parece de recibo. La muerte, aunque voluntaria, no es ningún viaje a las estrellas como repiten en algunas de esas ceremonias del adiós, sino la extinción. Una de mis pacientes, con intentos repetidos de suicidio en clave romántica, cesó de esa conducta cuando, tras estar en silla de ruedas, la bajé al depósito [de cadáveres] para que viese lo que era la muerte real.

La aplicación de la ley de eutanasia en nuestro campo impone una ampliación del juicio sobre el suicidio desde el sufrimiento depresivo hacia lo ético y la dudosa capacidad para el balance hedónico –el sufrimiento insoportable– de la mayoría de nosotros en contextos no acogedores. Naturalmente que suicidarse en Dachau era una decisión racional y, si no se cambian malestares terribles de soledades y abandonos, lo seguirá siendo. ¿Es compatible una etiqueta sintomática para el suicidio, como es la depresión, con esa legislación? A mí me parece que muy difícilmente, y la inclusión de casos de toxicomanía o la reciente de un preso que obtiene el derecho a la muerte lo hace lo suficientemente dramático como para dar otra vuelta a la aceptación *progre*, y a mi juicio bastante irreflexiva, del derecho a morir dignamente.

De nuevo me salgo del etiquetado izquierdista y creo que *Seducidos por la muerte*, que critica a la progresista ley holandesa, y pasa como un libro reaccionario de un norteamericano beato, plantea alegatos reales que es preciso repensar y en mi caso comparto.

**A.R.:** **Existencialismo y psiquiatría.** En la parte inicial de tu texto me ha parecido entender (casi entre líneas) que podrías esperar de una cierta psiquiatría profundidad y comprensión respecto a las preguntas sobre el sentido de la vida. ¿Ves, como Karl Jaspers, en esta corriente filosófica (el existencialismo) alguna aportación relevante a la psiquiatría y, por extensión, a la comprensión del suicidio, ya sea como contenido doctrinal, ya sea como forma o actitud?

**G.R.:** La figura de Karl Jaspers y su importancia para la psicopatología (18,19) se entiende mal sin su relación reverencial con Max Weber, al que consideraba el mayor genio del siglo y a cuya familia perteneció afectivamente hasta su muerte. Fue en la época dorada en que Weber ejerció de catedrático en el centro del mundo político-cultural. De su influencia, más allá de lo académico, da idea que, cuando el presidente del gobierno español Felipe González quiere justificar un giro radical de su política, la referencia canónica sea la *ética de la responsabilidad* weberiana.

Efectivamente, es sorprendente la tesis de Weber en cuanto a que el capitalismo no tiene una psicología y que la motivación para cambiar la buena vida de un comerciante por la ajetreada existencia del ejecutivo capitalista no es la avaricia, el lucro o el disfrute del lujo. Sino, más bien, la ascética luterana que busca la salvación de su alma lejos del convento, compitiendo hasta dejarse la piel en el mercado. Esta idea resultó deslumbrante en su época.

La visión weberiana del *ethos* capitalista, en que nos sigue tocando vivir, era poco complaciente y desencanta sin piedad a los visitantes románticos que acuden a verlo a Heidelberg para tratar de llevar una vida buena, en la que lo bello, lo bueno y lo verdadero coincidan. La modernidad está regida por los azares del mercado y de ahí el sinsentido del mundo capitalista. La belleza no tiene por qué coincidir con la bondad, porque pertenecen a espacios sociales regidos por lógicas distintas. De ahí que la vieja diosa razón sea un ídolo anacrónico y cada hombre deba elegir entre dioses menores con biografías como la de científico, artista o funcionario, sin ninguna guía vital objetiva. Solo su *daimon* particular le dicta a cada uno un salto hacia su vocación y su profesión, sabiendo que esta sí cohesionará y determinará su personalidad bajo el dictado del deber profesional ineludible, una vez que dicha elección se haya puesto en práctica.

Jaspers queda fascinado por esa tesis weberiana sobre la disociación biográfica habitual y el salto a la decisión, que contradice su tesis *psicopatológica* clásica sobre un curso biográfico racional y lineal. Marianne Weber describe a Jaspers y su esposa como encantadores pueblerinos que, poco a poco, se fidelizan a la casa weberiana, forjando entre ellos unos vínculos virtuosos frente al nazismo en el que se prostituye Martin Heidegger, en otro tiempo gran amigo de Jaspers.

Jaspers enfatiza el descubrimiento weberiano de lo fragmentario de la Razón, dividida en racionalizaciones diversas, desde el nihilismo de la ciencia por su inanidad para dar sentido a la vida hasta el decisionismo liberal en política. Observa cómo el genio [Max Weber], también en ética práctica, renuncia a ser el maestro de Alemania. No autoengañarse sobre el carácter politeísta de la vida capitalista y la necesidad de apostar a ciegas por una vocación, renunciando a guías vitales o psicoterapeutas, fue la gran lección weberiana que ilumina la psicopatología jasperiana.

Especial importancia tuvo también en la fijación psicopatológica de Jaspers el escándalo y el desprecio que sintió hacia Otto Gross como representante del psicoanálisis. Gross irrumpió en la corte weberiana como uno de esos *ángeles pasolinianos* que logran cambios biográficos con sexo orgiástico a mansalva, tal y como relata D. H. Lawrence en *Mr. Noon*, donde, sin apenas encubrir los nombres, aparece todo el profesorado de Heidelberg encuernándose mutuamente.

Max Weber estuvo rodeado de familiares y amigos suicidas. A pesar de dejarle pesadas cargas educativas, como cuando su hermana se suicida, jamás consideró patológica o inmoral esta actitud, comprometiéndose en elogiosos discursos fúnebres en los que el suicidio culminaba o daba sentido a biografías autodirigidas desde la libertad y la razón. En la época oscura de la Alemania hitleriana, Jaspers y su esposa no se desprendían del cianuro, que pensaban emplear cuando les tocase el turno de la deportación al campo de exterminio y, en su biografía, conmueve su serena mirada de los mapas que decidían, según la velocidad del avance del ejército norteamericano, su suicidio o su supervivencia. Una psicobiografía sobre Weber, que podía haber sido capital en el estudio psicopatológico de Jaspers, fue destruida por miedo a que fuese utilizada por la canalla nazi como propaganda antiliberal.

**A.R.: Siguiendo con lo anterior, en tu libro salen a relucir comentarios y opiniones sobre la teoría de la evolución humana. Hay menciones a Albert Camus, entre otros, que opinó que el suicidio es el único problema filosófico importante. En este sentido informas de lo que postula la neurociencia sobre determinismo y libertad. Así, mencionas, como ya hemos visto, que es la propia evolución de la especie (inscrita en nuestro cerebro) y no cada uno de nosotros quien ha tomado ya de antemano la decisión de que, casi siempre, prefiramos vivir a pesar de todo.**

**Concluyes que el suicidio no es un síntoma, ni un síndrome, ni una vía final común de situaciones muy diferentes, sino una serie de conductas muy heterogéneas con algunos parecidos de familia (formales) que permiten un acercamiento descriptivo, sin imponer falsas identidades. Sobre esto de los parecidos de familia, en algún lugar mencionas, de nuevo, a Max Weber y su teoría de los tipos ideales. Cuéntanos.**

**G.R.:** En la psicopatología jasperiana los conceptos claves para el diagnóstico de lo explicable, lo comprensible y la diferencia entre desarrollo y proceso proceden de la incompleta teoría de los parecidos de familia, como criterios de una lógica difusa para las clasificaciones psiquiátricas, en absoluto equiparables al diagnóstico médico.

Jaspers abandonó pronto sus intereses psiquiátricos y aplicó ese modelo de los parecidos a su fascinante teoría histórica sobre la *época axial*: en unos pocos años se

agrupan todos los maestros de moral que dominan nuestro *ethos* y el parecido entre sus enseñanzas (desde Cristo a Sócrates o Buda) fascina a todos los antropólogos, que tratan a posteriori, como el libertario David Graeber, de explicar ese proceso por la emergencia de la economía del dinero.

**A.R.:** Desde una perspectiva de práctica asistencial, haces referencia a la incapacidad de nosotros los psiquiatras para sentir con nuestros pacientes sus dolores más íntimos (el resultado final sería una especie de falta de empatía).

Hace algún tiempo trascendió a la prensa que una joven catalana había tenido que esperar 6 meses para que la viera un psiquiatra tras un intento de suicidio. Estoy pensando en las actuales consultas de psiquiatría en un centro de salud mental (CSM), habitualmente abarrotadas. En este contexto es frecuente que muchos casos nos resulten reiterativos, aburridos o poco interesantes. Algunos de ellos mencionan ideas o intenciones suicidas. ¿Cómo habría que plantear una relación terapéutica, mínimamente adecuada, en este difícil contexto de asistencia pública?

**G.R.:** Las esperas en los CSM me hacen de nuevo pensar, por un lado, en un texto de David Graeber que se llama *Trabajos de mierda* (20), que a mi juicio explica muy bien los malestares de los trabajadores de los centros de salud mental, que habitualmente se etiquetan de queme profesional. Y, por otro, en la curiosa contradicción entre el desprestigio teórico de lo psiquiátrico y la masiva demanda de cuidados *psi* de la población, que busca la psiquiatrización o la psicologización como un proceso de servidumbre voluntaria. Una de las claves es el carácter de coche escoba de los malestares que los CSM cumplen. Tras la epidemia, esos malestares han variado hacia lo disociativo y lo psicopático, descrito en un excelente libro, *Invulnerables e invertebrados*, por Lola López Mondéjar (21), que conduce a un amplio riesgo de conductas suicidas o parasuicidas. Supongo que no cabe generalizar diagnósticos en todo el Estado, pero mi visión de la situación en Asturias no puede ser más pesimista. Con la peor pirámide poblacional de Europa, la atención primaria carece de personal para atender a ese nuevo aluvión de jóvenes, que se suma a la demanda desmesurada de cuidados por parte de una población envejecida y solitaria que ya en algunos barrios consumía ansiolíticos con perfiles de normalidad.

Con la quiebra de los servicios de asistencia primaria, la llegada a los CSM se produce desde los servicios de urgencias, de ahí la mezcla de consultas, que convierte la sala de espera de un CSM en un lugar confuso en el que conviven personas con niveles de sufrimiento muy diversos. Quienes están pensando efectivamente en el suicidio se entremezclan con quienes, con trastornos banales y cegados con las falsas promesas de que los tratamientos *psi* pueden reparar cualquier malestar, se convierten en cronógrafos o *free riders* que acuden para ver qué dan en salud mental.

Desde luego que yo no tengo ninguna solución para esa demolición controlada de la sanidad pública (gerentes tiene el sistema de salud). Pero, a nivel personal, con la actual pirámide de población, si queremos hacer honor al tópico de Antoine de Saint-Exupéry de que no heredamos la tierra de nuestros padres, sino que la tomamos prestada de nuestros hijos, solo queda, como práctica inmediata, la vuelta al trabajo voluntario de quienes ya estamos jubilados.

**A.R.: Es conocida la opinión de Jorge Luis Borges en el sentido de que el suicidio es algo en lo que toda persona inteligente ha pensado en algún momento de su vida. Como vamos viendo, a lo largo de tu libro mencionas a varios autores famosos al respecto, como Cesare Pavese o Emil Cioran. Por cierto, se evidencia que el primero, que finalmente se suicidó, te cae mejor que el segundo, que murió de muerte digamos natural, a pesar de que ambos se pasaron la vida escribiendo sobre el oficio de vivir y el inconveniente de haber nacido.**

**G.R.:** Pavese y Cioran, efectivamente, me parecen dos figuras antagónicas en sus aportes al saber sobre el suicidio. Cesare Pavese, desde su juventud, vive sus tendencias suicidas como un vicio que le hace pensar en la muerte como única salida a conflictos aparentemente banales (22). Cuando, en su *Oficio de vivir* (23), que yo creo escrito para no ser publicado, dolores tan íntimos y a la vez tan poco dramáticos como la eyaculación precoz lo llevan a pensar en el suicidio, creo que hay un substrato de veracidad absoluta que la propia escritura revela. Cito de memoria una de las entradas del diario: “Las mujeres son Dalilas traicioneras porque con el sexo no siempre buscan a Sansón”. No siempre buscan alcanzar el placer. Cuando al fin lo logran con alguien, por él justifican cualquier acto y por eso rechazan a los hombres que eyaculan antes de tiempo. Es un defecto por el que merece la pena quitarse la vida.

Traiciones juveniles, como la de la muchacha de la voz ronca, que lo lleva a la militancia antifascista y con la que seguirá comprometido hasta su muerte pero no corresponde a su deseo amoroso, también lo inducen a perseverar en lo que llama su vicio absurdo: pensar en la muerte como un gesto que calme los dolores que su fragilidad, ante el rechazo femenino, le ocasiona.

Su sinceridad respecto a que ser el mejor escritor de su generación y ser reconocido con los premios literarios más prestigiosos no calma el malestar íntimo de no ser querido desde la infancia resuena en cualquier lector atento de su plúmbeo, pero también veraz, diario.

La aparente banalidad de un suicidio por el desengaño amoroso con una *starlet* de segunda categoría, que comenta desde California con un frívolo “no sabía que era tan importante”, al enterarse de su muerte, esconde una larga maduración del rechazo al mundo. Las últimas páginas de su diario, en las que evidencia las ambi-

valencias de todo suicida ante la decisión de matarse (“todo esto da asco”), el miedo a la muerte (“sin embargo colegialas lo han hecho”) y la táctica de no pensar en la muerte de forma abstracta, sino “concentrarse en los detalles materiales: el frasco de veneno, el lugar escogido”, culminan en la nota final de despedida –“Un gesto. No escribiré más”– y la recomendación de no chismorrear mucho sobre su muerte. A notar que la perfección y el laconismo de la nota retrajo a William Styron de poner en acto su suicidio porque, en un tierno gesto de orgullo literario, quería dejar una nota suicida mejor, sin lograrlo.

Emil Cioran, a mi juicio, representa una figura antitética de esa sinceridad y de esa voluntad de verdad de Pavese. Cuando uno milita en la resistencia antifascista, el otro se afilia a una organización de extrema derecha. Cuando Pavese se deja las cejas construyendo una editorial que posibilite una cultura popular en la Italia de post-guerra, Cioran se instala en la bohemia parisina, imitando a Roquetin, protagonista sartreano de *La náusea*.

Los elogios filosóficos hacia el suicidio por parte de Cioran (24) me han sonado siempre a *boutades* y exageraciones imposibles de expresar sin el género aforístico, que tolera cualquier afirmación ayuna de argumento. Decir que quien sigue viviendo más allá de los 25 años entra en la degradación o insistir, una y otra vez, en la inanidad de la vida, mientras se envejece y se tolera el deterioro de una demencia más allá de los 70, me parece que limita el valor de los escritos de Cioran, que deben ser leídos, al revés que los de Pavese, como un puro ejercicio de retórica poética con escasa o nula resonancia en lo íntimo.

**A.R.: Respecto a pensamiento y teorías que ayuden a meditar sobre el hecho suicida y su componente de libertad o determinación, mencionas el famoso experimento de Benjamin Libet, en el que se mostró cómo nuestro pensamiento consciente y la volición que le es propia van siempre detrás del inconsciente. Esto da pie a negar la libertad de todo acto suicida, que estaría marcado por factores que no podríamos controlar. En este contexto citas también a un colega nuestro, Pablo Malo, que recientemente ha publicado un libro sobre los peligros de la moralidad. Para acabar, ¿podrías hablar un poco de todo esto?**

**G.R.:** Efectivamente, los textos de Benjamin Libet sobre las decisiones y actuaciones minisegundos antes de ser concienciadas, y, aún más, los fascinantes libros de Vilayanur S. Ramachandran sobre los miembros fantasma o de António Damásio sobre la falsedad del teatro cartesiano sitúan la práctica psiquiátrica al margen de la neurología y, por tanto, de la ciencia fuerte. Los psiquiatras operamos en nuestros diagnósticos con criterios de la llamada *psicología folk* o popular, que ignora toda la actividad del inconsciente neurológico, que es la que determina la inmensa mayoría de nuestro repertorio conductual. Los psiquiatras seguimos operando con criterios

de intencionalidad o vivencias voluntarias, solo compatibles con un discurso cartesiano de *pienso, luego actúo*. Somos como los marinos que navegan con una astronomía ptolomeica, aunque saben que las estrellas no giran alrededor de la tierra, pero perseverar en el error orienta la navegación.

El reduccionismo y el localizacionismo con que opera esta neurología contemporánea se ejemplifica con un caso del Síndrome del doble explorado por Ramachandran: un paciente que no reconoce a su madre como tal, sino que está convencido de que es un avatar, substituida por una banda que la mantiene secuestrada, no padece ningún trastorno comprensible por su historia afectiva o sus problemas edípicos, sino un trastorno explicable por una simple desconexión entre el centro cerebral, que nos permite el reconocimiento de caras (importante para la supervivencia de los homínidos, que deben separar instantáneamente amigo de enemigo) y el centro que colorea afectivamente esas imágenes reconocidas. Reconocer la imagen materna pero no sentir lo debido crea esa disociación afectiva que la psicopatología clásica califica de delirante por ignorancia de ese trabajo cognitivo especializado en reconocimiento y coloreados afectivos.

Yo soy un absoluto devoto admirador de Oliver Sacks y sus escritos en primera persona sobre las alucinaciones, sus descripciones sobre ciegos que ven o sobre dementes que pueden cantar a Johann Sebastian Bach (25). Toda su obra me parece cuajada de textos imprescindibles para cualquier psiquiatra, incluso cuando no comparta sus burlas de la socialización de los psicóticos y su elogio de las instituciones totales, donde los autistas puedan vivir en su mundo numérico al margen de lo real.

Las descripciones de esos grandes de la neurología plantean dos problemas a la práctica psiquiátrica. El primero sería la necesidad de volver a la neuropsiquiatría como formación indispensable en nuestro territorio o perseverar en quedarnos en una práctica que comparta las categorías populares sobre nuestro aparato cognitivo, ignorando todo ese campo del llamado inconsciente neurológico en el que la mayoría de nuestras funciones psicológicas ocurren. El segundo sería el riesgo de desaparecer como especialidad, por quedar los casos psiquiátricos absorbidos por la medicina primaria y esta nueva neurología. Cuando yo empecé a trabajar como psiquiatra, los enfermos epilépticos constituían una parte importante de nuestra clientela.

El escrito de Pablo Malo sobre los peligros de la moralidad (26) me recordó el alegato de Weber sobre cómo lo psíquico debe ocupar un nivel inferior a lo ético en la toma de decisiones. Un director espiritual en mi colegio ponía el ejemplo, weberiano por antonomasia, del guerrero que al acudir a la batalla imprecaba a su cuerpo que temblaba y se cagaba de miedo diciéndole “tiembla carroña, tiembla que verás lo que te espera cuando te meta en el centro del combate”. Algo parecido piensa Weber cuando rechaza la publicación de un artículo de Otto Gross en la revista de sociología que dirige y que, como hemos visto, marcó a Jaspers para siempre en su

rechazo radical a la teoría freudiana. Tampoco las aventuras de Weber, cuando visita y defiende a los *comunards* libertarios del Monte Verità, contribuyen a deshacer un prejuicio definitivo de la visión jasperiana del psicoanálisis como secta.

Permíteme incluir la cita con la que Weber anuncia a Gross que no publicará en la revista, por considerar al psicoanálisis una *Weltanschauung* [concepción del mundo] cobarde y antiética, lo que puede aclarar el cierre teórico que Jaspers planteó siempre contra las escuelas psicodinámicas: “el psicoanálisis es una ética que cree que puede desacreditar algunas normas probando que su observancia no es benéfica a nuestros queridos nervios... Si, como tal, la represión es el mal absoluto (supuestamente porque conduce a una falsedad interna, pero en realidad porque desde el punto de vista de un especialista en higiene nerviosa implica el peligro de histerias, fobias o compulsiones), entonces esta ética nerviosa tendría que llevar este mensaje a los hombres que luchan por la libertad: corred, pues de otra manera reprimiréis vuestros impulsos y os puede invadir la risa floja”.

Dicho en términos menos técnicos: sed cobardes en el sentido convencional y al huir descargad vuestros sentimientos de cobardía para que no vayáis a ser cobardes en el sentido neurológico del Dr. Gross...

La ética psiquiátrica solo exige reconocer ante ti mismo lo que eres y lo que deseas, no hace nuevas exigencias de carácter moral y es aún menos ética que los confesores que vendían sus indulgencias.

Max Weber, que fue un enfermo de los nervios y un gran consumidor de drogas hipnóticas, con frecuentes estancias en balnearios salúferos, aborrece el programa freudiano y pide sumisión absoluta del cuerpo y la psique al superyó, como hacía el guerrero de mi colegio.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Asociación Vasca de Salud Mental (OME-AEN). Encuentro con Guillermo Rendueles sobre Suicidio(s). Bilbao, 2022. [Consultado en abril 2025] Disponible en: <https://youtu.be/UhtBvaa3QrM>
- (2) Rendueles G. Suicidio(s). Madrid: Grupo 5, 2018.
- (3) Rendueles G. Egoatría. Oviedo: KRK, 2005.
- (4) Díaz Suárez JC. El suicidio consumado en el Partido Judicial de Gijón, 1975-1986. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo, Departamento de Medicina, 1990.
- (5) Wittgenstein L. Lecciones sobre filosofía de la psicología, 1946-1947. Madrid: Alianza, 2004.
- (6) Ayer AJ. El positivismo lógico. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1977.
- (7) López Ibor JJ. Las neurosis como enfermedades del ánimo. Barcelona: Gredos, 1966.
- (8) Wilson EO. Sociobiología. Barcelona: Omega, 1985.

- (9) Wilson EO. El naturalista. Barcelona; Debate, 1995.
- (10) Camus A. El mito de Sísifo. Madrid: Alianza, 2012.
- (11) Dawkins R. El gen egoísta. Las bases biológicas de nuestra conducta. Barcelona: Salvat, 1994.
- (12) Menninger K. El hombre contra sí mismo. Barcelona: Edicions 62, 1972.
- (13) Styron W. Esa visible oscuridad. Memoria de la locura. Barcelona: Belacqua, 2009.
- (14) Delbo Ch. Ninguno de nosotros volverá. Barcelona: Libros del Asteroide, 2020.
- (15) Levi P. Si esto es un hombre. Barcelona: El Aleph, 1987.
- (16) Binswanger L. The case of Ellen West: an anthropological-clinical study. En: May R, Angel E, Ellenberger HF (eds.). Existence: a new dimension in psychiatry and psychology. London-New York: Basic Books, 1958.
- (17) Binswanger L. Artículos y conferencias escogidas. Madrid: Gredos, 1973.
- (18) Jaspers K. Conferencias y ensayos sobre historia de la filosofía. Madrid: Gredos, 1972.
- (19) Jaspers K. Genio artístico y locura: Strindberg y Van Gogh. Barcelona: Acanalado, 2001.
- (20) Graeber D. Trabajos de mierda. Barcelona: Ariel, 2018.
- (21) López Mondéjar L. Invulnerables e invertebrados. Barcelona: Anagrama, 2022.
- (22) Pavese C. Vendrá la muerte y tendrá tus ojos. Barcelona: Mondadori, 1998.
- (23) Pavese C. El oficio de vivir. Barcelona: Seix Barral, 2001.
- (24) Cioran EM. Del inconveniente de haber nacido. Madrid: Taurus, 1981.
- (25) Sacks O. El hombre que confundió a su mujer con un sombrero. Barcelona: Anagrama, 2008.
- (26) Malo Ocejo P. La creencia en el libre albedrío y su influencia en psiquiatría. Norte de Salud Mental. 2017; 14(56): 57-58.