



Volumen V Nº17 Junio 2003

NORTE

DE SALUD MENTAL

Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria



Proyecto “Una portada para Norte”

NORTE de salud mental, además de su labor de divulgación de conocimiento e intercambio asociativo, quiere cumplir otro papel añadido y que no por secundario deja de tener su importancia. Además del privilegio de contar en su cabecera con un diseño de Eduardo Chillida, desde sus portadas y páginas interiores ha venido apostando por la divulgación de la obra gráfica de jóvenes artistas de la Facultad de Bellas Artes de Leioa.

El interés de esta colaboración informal motivó un intento de ampliación de la experiencia, enfocándola mas concretamente a la expresión artística específica de temas en relación con la salud-enfermedad mental. Nos dirigimos con este fin al colectivo de estudiantes de la asignatura “Diseño Gráfico Publicitario” del 4º Curso de Publicidad y Relaciones Públicas, de la Facultad de Ciencias Sociales y de La Comunicación (UPV-EHU, en el campus de Leioa). A través de su profesor, Iñaki Zaldumbide, se les propuso un proyecto de diseño e ideas para posibles futuras portadas de Norte.

La respuesta fue entusiasta y pudimos comprobar la originalidad y creatividad de sus desinteresadas aportaciones, acompañadas de un pequeño texto explicativo de su significado subjetivo. Ante la imposibilidad de que todas ellas pudieran llegar a ser utilizadas como portadas de futuros números de la revista, hemos querido recoger todos estos trabajos en una pequeña exposición virtual donde pueda valorarse el trabajo realizado. Los diseños y sus explicaciones pueden visitarse en www.ome-aen.org/norte/expo.htm . Es su modesto tributo a la mejora de nuestra calidad de vida (y por tanto salud mental) a través del arte, la otra mejor forma de expresión además de la palabra.

Para este número hemos seleccionado el trabajo de Laura Sánchez Sesto, destacando no solo su valor estético, sino la explicación que acompaña la imagen:

La personalidad

A simple vista el dibujo parece representar una sola cara, pero en realidad se trata de dos: una de frente y otra de perfil sobre la primera, cubriéndola por la mitad. Con esta imagen se trata de representar la dualidad que existe en todas las personas a nivel subjetivo, las dos caras que todos tenemos y que se alternan en función del momento, el estado de ánimo etc. Y es que uno de los grandes secretos para mantener la salud y el equilibrio mental es no dejarse dominar por los aspectos más negativos y aceptarlos.

Volumen V



N°16



N°17

Volumen IV



N°11



N°12



N°13



N°14



N°15

Volumen III



N°5



N°6



N°7



N°8



N°9



N°10

Volumen II



N°1



N°2



N°3



N°4

NORTE de Salud Mental

Revista de:

- **Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Osasun Mentalaren Elkartea, (OME)**
- **Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, (AANSM)**
- **Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental, (ACLSM)**

Consejo Editorial:

**Ander Retolaza
German Molina
Jose J. Uriarte
Oscar Martínez-Azumendi
Pilar de la Viña**

**Francisco Chicharro
Jose Filgueira
Mónica Póo
Paz Arias
Victor Aparicio**

Director Revista NORTE:

Iñaki Markez

Consejo Asesor y de Redacción:

**Aparicio, D.
Alvarez, JM.
Berrios, G.
Colina, F.
Erkizia, B.
Gonzalez-Pinto, R.
Gutierrez Fraile, M.
Iraurgi, I.
Lasa, A.
Marijuan, M.
Marina, P.
Medrano, J.
Palomo, Ch.
Redero, JM.
Sanchez, A.E.
Susparregui, JM.
Vega, A.
Ylla, L.**

**Ayerra, JM.
Ballesteros, J.
Candina, A.
De la Rica, JA.
Esteban, R.
Guimon, J.
Hernanz, M.A.
Larrazabal, A.
Malda, C.
Marín, M.
Marquínez, F.
Morchan, J.
Pardo, N.
Rendueles, G.
Santander, F.
Totorika, K.
Verdejo, M.
Zuazo, JI.**

Sede Social: Apdo. Correos 276, 48991 - Algorta. Bizkaia. Tlf: 94 4674979

www.ome-aen.org

Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de "NORTE de Salud Mental" salvo que esté así especificado.

La revista NORTE es accesible en el Servicio Bibliográfico de:
- CDD/SIS (Centro de Documentación del País Vasco).
- IME (Índice Médico Español).

NORTE de Salud Mental

Vol V nº17, Junio 2003

www.ome-aen.org

© Copyright 2002 NORTE de Salud Mental

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónica o mecánica, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización del titular del Copyright.

Realización y administración:

EKIMEN

Apto. Correos nº276, 48951 Algorta, Bizkaia. Tf: 94 497 43 29

E-mail: ekimen@euskalnet.net

Período:

La personalidad

Autor:

Laura Sánchez Soto

Logo Norte de Salud Mental:

E. Chiribá.

Publicación cuatrimestral (3 números por año) sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares.

Publicación gratuita para asociados.

Ejemplar atrasado: 6 euros.

Esta publicación ha contado para su edición con la subvención y colaboración de:

- Departamento de Sanidad. Euzko Jaurlaritz



- Laboratorios farmacéuticos:

Esteve, Ferrer Internacional, Janssen-Cilag, Lilly, Pfizer, Wyeth

ISSN: 1576-4948

D. Legal: 1565/02



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental



Asociación de Salud Mental y Psicología Castellano Leonesa

www.ome-aen.org



www.infocible.es/personales/asturias



www.psdia.com/asturias/index.htm

S U M A R I O

PRESENTACIÓN	6
PARA LA REFLEXIÓN	
El papel del Hospital de Larga Estancia en el Proceso de Rehabilitación Juan de dios Molina Martín	7
Enfermos mentales: ¿víctimas o verdugos? De la tragedia en Madrid a la realidad cotidiana de las personas con enfermedades mentales J.J.Uriarte	14
ORIGINALES Y REVISIONES	
Cuerpo y Género Margarita Sáenz	17
Consideraciones clínicas sobre la adolescencia y el cuerpo de la mujer Piedad Ruiz	22
Integración de los Programas de Calidad en el ámbito de Salud Mental Francisco Chicharro	29
Síntomas corporales y abordaje Psicopedagógico de las crisis de Angustia y Agorafobia Oscar Martínez Azumendi.	40
Los trastornos de personalidad. Reflexiones sobre la teoría y la relación clínica Jose Filgueira Lois y Pedro Marina González.	48
Embarazo, parto y puerperio. (Tres momentos del imaginario femenino) M.Carmen Rodríguez-Rendo	55
INFORME	
Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo AEN. 2003	62
La Atención a la Salud Mental de la Población Reclusa AEN. 2003	64
HISTORIA	
Angel Garma. De Bilbao a los orígenes y desarrollo del psicoanálisis argentino Iñaki Markez	68
FORMACION CONTINUADA	
Caso Clínico. El duelo Beatriz Raya	74
ACTUALIZACIONES	
Átopos. Salud mental, comunidad y cultura	82
CLAT2	83
PÁGINAS DE LAS ASOCIACIONES	
Las contrarreformas psiquiátricas. El hospital de Leganés Francisco Chicharro	85
AGENDA	
Próximas citas	87



Normas de publicación

La Revista *NORTE de salud Mental* considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella. Así tendrán cabida dos tipos principales de colaboraciones: 1) *Temas Científicos*. En forma de artículos originales, revisiones, comunicaciones breves o crítica de libros. 2) *Temas Asociativos*. Recogiendo tanto información de las propias Asociaciones y sus actividades científicas, como cartas, comentarios, sugerencias o informes de los socios.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas" (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa a su publicación. El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista, cuando desee recibir un mayor número lo comunicará con suficiente antelación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de *Norte de salud mental* y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los manuscritos

Se enviarán al Editor de *Norte de salud mental* (Apdo. 276, 48990 Algorta. ekimen@euskal-net.net) copias mecanografiada a doble espacio, numeradas correlativamente. Se adjuntará un disquette con el fichero de texto del documento caso de envío por correo postal.

Primera página: incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos (s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones mas destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los originales deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas y 6 figuras o tablas. Las notas clínicas no superarán los 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las revisiones podrán contener un máximo de 25 páginas.

Referencias bibliográficas: se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una "comunicación personal".

Las *tablas y gráficos* se enviarán en documento aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de "Normas de Vancouver"):



Normas de publicación

Artículos de revistas

Artículo normal

Se mencionan los seis primeros autores y se agrega la expresión "et al." si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencia, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

Sin nombre de autor

Cancer in South Africa [editorial], *S Afr Med J* 1994;84:15.

Libros y otras monografías

Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Indicación de directores de edición o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Indicación de una organización como autor y editor

Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.

Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology*. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. *Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics*. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Tesis doctoral

Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization*. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Otros trabajos publicados

Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21;Sect. A:3 (col. 5).

Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

Diccionario y obra de consulta semejantes

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. *Apraxia*; p. 119-20.

Trabajos inéditos

En prensa

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

Material electrónico

Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 pantallas]. Accesible en: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.



Presentación

Grandes catástrofes como la del Prestige y los acontecimientos bélicos recientes, nuestros temores a su ampliación en tiempo y espacio, han llegado a preocuparnos y a invadir una parte considerable de nuestras vidas. Si alguien pretendía aislarse del mundanal, ahí han estado los medios de comunicación bombardeando, día a día, con apabullantes imágenes y, contradictorias cuando no mentirosas, razones para justificar el deterioro ambiental, el genocidio o la invasión a pesar de las multitudinarias manifestaciones de rechazo de la guerra como norma. Todo un movimiento por otro modo de vivir, sin la lógica de la excepcionalidad.

Sería de gran interés reflexionar sobre las razones que han motivado expresiones solidarias y reivindicativas de tales envergaduras cuando otras guerras y otras catástrofes no se han visto acompañadas de similares reacciones. ¿Serán los sentimientos solidarios presentes en un buen número de personas? ¿O el impresionante influjo de los medios de comunicación sobre nuestra vida cotidiana? ¿La convicción de que mediante la acción social es posible mitigar la amenaza o los efectos catastróficos? ¿La visualización de las mentiras del discurso oficial?. La guerra o la vida con eventos electorales por medio. “De mis amigos me guarde dios que de mis enemigos ya me ocupo yo”.

Pero la vida sigue. También la vida asociativa en el sector de la salud mental. Prueba de ello son algunos eventos celebrados en los últimos meses. En esta ocasión, en esta revista, *Norte de salud mental*, ejemplar que se pretendía monográfico de aquel encuentro, se publican varios de los trabajos expuestos en las II Jornadas Interautónomicas del Norte celebradas en Segovia. Como en el próximo número se recogerán algunos interesantes artículos correspondientes a contenidos vertidos en el 22 congreso de la AEN celebrado en Oviedo en estos días de junio. Rehabilitación psicosocial, la atención a los sin hogar, el maltrato en el trabajo, la evaluación, la bioética, psiquiatría comunitaria, la formación de los profesionales, las situaciones de crisis, la atención a la población reclusa, la cuestión de género, la cooperación en el sector de la salud mental con poblaciones y países en vías de desarrollo, y otros muchos temas debatidos e intensamente trabajados han acompañado a espichas, conciertos, cine, conferencias, exposiciones y premios varios. Ciencia, reflexión, debate y buen ambiente. Todo ello será oportunamente reseñado en estas páginas.





El papel del Hospital de Larga Estancia en el Proceso de Rehabilitación

Dr. Molina Martín, Juan de dios

Psiquiatra. Madrid.

Resumen

Asistimos a un debate en el que algunos autores defienden la permanencia de hospitales psiquiátricos adecuadamente diseñados para el tratamiento de los pacientes más graves (Wing, 1990; Lamb y Bacrach, 2001) mientras que otros (Leff, 1997) señalan la necesidad de cerrar progresivamente los hospitales psiquiátricos tradicionales, incluso para los enfermos más graves, y plantean la necesidad de atenderlos en nuevas unidades especializadas de carácter comunitario. Por otro lado, se mantiene un doble discurso en el que se critica a las Unidades de Larga Estancia como generadoras de cronicidad, al tiempo que no se contempla la necesidad de definir los recursos necesarios para conseguir que estos dispositivos se integren en la red asistencial no como un recurso custodial sino rehabilitador.

En Diciembre de 2001, se obtuvo por concurso público la concesión, por parte del Departamento de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, del Contrato de Gestión para el Hospital de Larga Estancia, lo que ha supuesto una mejora en la financiación respecto a años anteriores, permitiendo un aumento de recursos humanos, y una mejora de la asistencia. La revisión que hemos realizado en este artículo es un primer paso para reflexionar sobre el tra-

bajo que podemos llevar a cabo en este dispositivo y plantearnos las características del Hospital de Larga Estancia que faciliten iniciar un proceso rehabilitador en las personas ingresadas. El objetivo último, es diseñar nuestro proceso asistencial en función de los resultados que obtengamos de la evaluación de los pacientes y de las características de este recurso.

Palabras clave

Larga estancia, rehabilitación, psiquiatría comunitaria, cronicidad.

Introducción

En la mayoría de los países occidentales, existe un consenso generalizado en torno a la idea de que la mayor parte de los pacientes psiquiátricos pueden reinsertarse socialmente y vivir de forma independiente, con sus familias de origen o, en su defecto, en una serie de dispositivos intermedios, no hospitalarios, de puertas abiertas. Estos servicios comunitarios se basan en la idea de integrar una atención biopsicosocial que mantenga la continuidad de cuidados, evitando de esta forma, la fractura personal, laboral y social que producirán las futuras hospitalizaciones de las personas que padecen trastornos mentales. Los principales



recursos diseñados para el tratamiento de los enfermos mentales crónicos, de acuerdo con esta filosofía de trabajo son, los centros ambulatorios, la hospitalización parcial y los recursos residenciales no hospitalarios.

Estos nuevos abordajes han permitido reducir sustancialmente el peso específico de los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, el acuerdo no se mantiene respecto a los pacientes más graves. Un reducido grupo de personas parece necesitar establecimientos altamente estructurados con personal las 24 horas y, en ocasiones, cerrados (Maestro y Jiménez, 2002). De esta forma, asistimos a un debate en el que algunos autores defienden la permanencia de hospitales psiquiátricos adecuadamente diseñados para el tratamiento de este grupo de pacientes (Wing, 1990; Lamb y Bacrach, 2001) mientras que otros (Leff, 1997) señalan la necesidad de cerrar progresivamente los hospitales psiquiátricos tradicionales, incluso para los enfermos más graves, y plantean la necesidad de atenderlos en nuevas unidades especializadas de carácter comunitario.

En España, los principios esenciales del informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica publicado en abril de 1985 quedaron recogidos en el capítulo tercero de la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986. Entre sus recomendaciones, se incluye la integración de unidades de hospitalización breve en los hospitales generales y la integración de la atención psiquiátrica en la red sanitaria general incidiendo en la creación de Centros de Salud Mental. Respecto al Hospital Psiquiátrico tradicional se plantea la transformación del hospital psiquiátrico a un modelo rehabilitador, no meramente custodial, pero en ningún momento se plantea un incremento en el número de camas de Larga Estancia (Rodríguez, 1997).

La realidad asistencial es distinta. Por un lado, en los planes de salud mental es relativamente frecuente observar un énfasis en el aumento de recursos intermedios (aún insuficientes en la mayoría de las comunidades españolas), y en este contexto olvidar la necesidad de contemplar los recursos destinados a Larga Estancia, donde se ha obviado que la implementación de un modelo rehabilitador intensivo (frente a un modelo custodial) requiere, no solo un aumento de los ratios de profesionales en base a la contratación de equipos interdisciplinares al igual que en el resto de recursos comunitarios, sino, además, la necesidad de priorizar estos pacientes en las listas de espera de otras estructuras comunitarias, para garantizar la externalización de los mismos cuando ya están preparados para ello.

Para nosotros, un indicador de esta situación ha sido objetivar cómo, en la revisión bibliográfica que precede a la redacción de este artículo, nos hemos encontrado con una clara disminución de publicaciones psiquiátricas referentes a la asistencia en Larga Estancia en los últimos años. Por contra, recientemente se publicaba lo siguiente: "en su afán por incrementar los recursos sanitarios, la Comunidad de Madrid... contará desde el próximo 1 de octubre con 10 plazas más de hospitalización de larga estancia, lo que supone un incremento del 4,10 por ciento del número actual de camas de esta modalidad" (El Médico Interactivo, 2002).

¿Es rehabilitador el dispositivo de Larga Estancia?

◆ Problemas de la hospitalización prolongada

En la última mitad del siglo XX, el Hospital Psiquiátrico tradicional ha sido criticado como generador de parte de cronicidad en la enfer-



medad mental, especialmente cuando presenta diversas malfunciones:

- La institución absorbe parte del tiempo e interés de sus miembros proporcionándoles un mundo propio, lo que supone un deterioro de los usos normativos de convivencia básicos y de la capacidad de tomar decisiones.
- Obstaculiza la interacción social con el exterior, especialmente en instituciones cerradas y alejadas de núcleos urbanos.
- No procura separaciones entre los ámbitos fundamentales de la vida: dormir, trabajar y recrearse.
- Separa radicalmente el mundo de los pacientes del mundo del personal tratante.
- Debilita progresivamente los lazos del paciente con su familia o red social natural.
- Supone una privación estimular que deteriora el proceso de comunicación

◆ **Desinstitucionalización y situación actual de las Unidades de Larga Estancia.**

Parcialmente debido a las anteriores críticas, en las últimas tres décadas se ha producido un proceso de desinstitucionalización, cambiando el énfasis de la atención psiquiátrica desde el hospital a la comunidad, y produciendo una progresiva disminución de camas psiquiátricas.

En España, el proceso de disminución del número de camas en los hospitales psiquiátricos sigue las pautas de otros países de nuestro ámbito, pero con un retraso aproximado de 10 años. En 1973 existían 43.000 camas en los hospitales psiquiátricos españoles (126 camas por 100.000 habitantes), mientras que en 1994

se habían reducido a 12.020 camas en unidades de media y larga estancia (31 camas por 100.000 habitantes), aunque con grandes diferencias interterritoriales (García, 1999).

El desarrollo de los procesos de reforma psiquiátrica ha transformado la atención y la situación de la población englobada bajo el término "enfermos mentales crónicos". Se ha pasado así, de un modelo institucionalizador a un modelo comunitario que persigue la atención integral de estas personas en su propio entorno social.

La situación de las unidades de larga estancia en nuestro país presenta una gran variabilidad. Esta se desprende de factores que abarcan desde la denominación, que ya deja entrever la filosofía de quienes las diseñaron (unidades, pabellones...), hasta el emplazamiento, el número de plazas y, sobre todo, sus posibilidades de integración en la red de dispositivos locales bien como elementos de estabilización y rehabilitación, bien con funciones más residenciales o de custodia. En Andalucía, la desaparición de la red de servicios de salud mental del hospital psiquiátrico es una realidad desde el pasado año 2000. En Asturias, el proceso de cierre está muy avanzado. Lógicamente en ambas autonomías se han creado nuevos dispositivos para atender la necesidad de hospitalización prolongada: las denominadas Comunidades Terapéuticas (Maestro y Jiménez, 2002).

La Comunidad de Madrid, en la actualidad cuenta con más de 3.220 plazas destinadas al tratamiento psiquiátrico. La Consejería de Sanidad confía 534 dentro del mismo contrato, al concierto con dos hospitales situados en el pueblo de Ciempozuelos: 220 plazas de larga estancia y 30 de media estancia al Complejo Asistencial Benito Menni y 254 de larga estancia y 30 de media estancia al de San Juan de Dios.



La Comunidad de Madrid desde 1988 está desarrollando el programa de servicios sociales alternativos a la institucionalización psiquiátrica, (PSSAIP) dependiente actualmente de la consejería de Servicios Sociales, trabajando de un modo complementario y coordinado con la red de servicios sanitarios de salud mental (regulado en el Decreto 122/1997 de 2 de Octubre).

Un componente clave para completar este sistema de atención lo constituyen los servicios residenciales comunitarios quedando definidos en el PSSAIP como mini-residencias, pisos supervisados y pensiones concertadas.

Sin embargo, esta reducción de camas y el desarrollo de dispositivos alternativos no suponen la desaparición de los pacientes con trastornos severos y persistentes, difíciles de manejar en la comunidad, designados con la denominación de pacientes “difíciles de ubicar”, que a su vez incluye (aunque no de manera exacta) a dos grupos diferentes de pacientes:

- a) Un grupo llamado “remanente manicomial” o hard-core, o aquellas personas que permanecen en los hospitales psiquiátricos hasta el final en los procesos de desinstitucionalización, debido a las dificultades que plantea su reinserción en dispositivos comunitarios o residenciales. Según su diagnóstico principal, se distinguen: un grupo con síndromes orgánicos cerebrales; un grupo con esquizofrenia; un grupo con problemas de conducta asociados a trastornos de personalidad y drogodependencias; y un grupo con deterioro psíquico de origen orgánico asociado a problemas de control de impulsos (epilepsia y retraso mental, especialmente). (Desviat y cols, 1986)
- b) Por otro lado, la denominación “nuevos pacientes de larga estancia” (Bigelow, 1988) designa a aquellos pacientes jóvenes, con

hospitalizaciones entre 1 y 5 años, generalmente con esquizofrenia, déficits considerables en funcionamiento, con tendencia a la agresividad física y rechazo del tratamiento, siendo el colectivo actualmente que supone el mayor objetivo y reto de los programas de asistencia intensiva.

Es en estos pacientes “difíciles de ubicar”, donde se produce el debate sobre que dispositivos o redes son los mas adecuados o que características los hacen más accesibles a la rehabilitación, existiendo actualmente varias líneas consolidadas de resultados (Maestro y Jiménez 2002):

- Parece que la dificultad en la reintegración comunitaria está mas en relación con los trastornos de conducta que con los déficits funcionales o diagnósticos.
- La desinstitucionalización precisa de una red de recursos comunitarios adecuados y accesibles pues allí donde esto no se da, una parte de enfermos graves termina en la calle, ingresando en cárceles o en situaciones inaceptables.
- Diferentes autores defienden la permanencia de hospitales psiquiátricos para atender a un reducido número de pacientes muy graves, aprovechando su potencial terapéutico: intervenciones intensas, elevada ratio de personal con alta cualificación e intervenciones individualizadas.
- Existen nuevos dispositivos que reúnen las características anteriores junto con las ventajas de alojamiento comunitario: dimensiones reducidas, entorno doméstico y apertura al exterior, y que parecen efectivas en el tratamiento y reinserción de un grupo importante de pacientes difíciles. Entre estos dispositivos se encuentran los pisos de transición o externalización y las “residencia-hospitales”.



◆ ¿Cómo rehabilitar en unidades de larga estancia?

Teniendo en cuenta que históricamente el internamiento psiquiátrico pudo contribuir a la generación de cronicidad, la intervención en el Hospital de Larga Estancia debe romper con las características que aún, y a veces erróneamente, se le atribuyen al medio hospitalario y que por ende dificulta el abordaje rehabilitador de la enfermedad psiquiátrica. Varios son los requisitos que las unidades de rehabilitación dentro de un hospital, deben cumplir para conseguir contrarrestar el efecto de cronicidad antes mencionado:

- La rehabilitación se debe centrar en el abordaje de las necesidades, demandas e intereses individualizados y externos a la propia institución.
- La rehabilitación tendrá como objetivo prioritario el abordaje de las relaciones funcionales establecidas con el ambiente natural del residente, intentando reproducir éstas de forma artificial en el marco hospitalario, para tras un adecuado entrenamiento, propiciar la interacción exitosa con el exterior.
- La rehabilitación buscará que las actividades se realicen en ámbitos distintos, procurando utilizar la mayor parte de los recursos comunitarios del entorno y facilitando a la par una mayor generalización.
- La relación entre residentes y profesionales deberá basarse en la orientación, apoyo y rehabilitación, sobre una base asistencial sólida y de calidad.

Por otra parte el Hospital de Larga Estancia, al pertenecer a un contexto de contención y control, se configura como un estructura adecuada que representa un eslabón más de la cadena de dispositivos para la rehabilitación. Por un

lado, constituye un entorno propicio para la evaluación. Dado el fracaso del individuo en los dispositivos comunitarios, este dispositivo, ofrece un ambiente en el que pueden ser aisladas y manejadas las variables implicadas en el fracaso previo. Aunque la mayor parte de las conductas psicóticas proceden de la estimulación interna, es interesante determinar qué circunstancias y situaciones discriminan con mayor probabilidad este tipo de respuestas en el individuo. De ahí que la labor del equipo sea fundamental a la hora de evaluar, observar y registrar las conductas problema y elaborar un plan individualizado de tratamiento que determine y priorice objetivos e intervenciones, así como asigne profesionales responsables a cada intervención. Por otro lado, permite la puesta en práctica de entrenamientos estructurados y dirigidos al control de los síntomas, fortalecer la red social natural (familia, amigos), mejorar la capacidad de adaptación al medio del ingreso como paso previo a otros ambientes más normalizados, aumentar y mejorar el contacto con el exterior y modificar los aspectos socioeconómicos que faciliten la acomodación del sujeto a su entorno.

◆ Condiciones que facilitan la eficacia de los programas de rehabilitación en el marco intrahospitalario.

- Favorecer la formación de grupos homogéneos de pacientes que puedan compartir programas de rehabilitación. Los criterios deberán establecerse teniendo en cuenta aspectos tales como: intereses, desempeño conductual, déficits, historia previa, edad, aficiones, etc.
- Diseñar ambientes tanto arquitectónicos como estructurales cuyas características particulares de similitud con el entorno natural al que pertenece el residente, le diferencien claramente del contexto hospitalario global, y donde se lleve a cabo un abordaje



más rehabilitador que asistencial, en el que se fomente la autonomía en detrimento de la dependencia.

- Compartmentar el grupo paulatinamente hasta llegar a la individualización de la intervención. Para ello es necesaria la figura de un tutor que centralice toda la información y el proceso de toma de decisiones, garantice que las necesidades del residente estén cubiertas, desarrolle el plan individualizado de tratamiento y de una continuidad e uniformidad al mismo.
- Convertir al personal de la unidad en agentes rehabilitadores, que más que desarrollar el trabajo específico de su área profesional, trabaje desde una filosofía rehabilitadora que impregne y dirija el afrontamiento y el desempeño de cualquier tarea profesional. Se configurará como un equipo de rehabilitadores, con conocimientos específicos en las áreas profesionales concretas.
- Intervención familiar individual y grupal que faciliten la implicación de las familias en el proceso rehabilitador de los residentes y hagan más probable el establecimiento de relaciones funcionales adecuadas toda vez que el residente vuelva a su entorno natural.

En cualquier caso, es esencial la existencia de equipos multidisciplinares con un ratio suficiente y de recursos para permitir la evaluación y rehabilitación de capacidades y habilidades objeto de intervención laborales.

Conclusiones

Como hemos introducido al plantear el problema, la rehabilitación desde el hospital tiene la gran ventaja de poder contener y estructurar al paciente grave mientras lo necesita, pero parece imprescindible que exista una comprobación empírica de la autonomía del paciente

en las actividades a las que se tiene que enfrentar en la vida diaria. Necesitamos crear estructuras progresivas dentro del Hospital de Larga Estancia que marquen el flujo de salida, en las que la persona pueda cocinar, elegir su ropa, manejar su dinero, convivir, ocuparse... Si esto no es así, podemos llegar a crear una microsociedad dentro de la institución en paralelo al exterior, como ya ocurrió en el pasado. Los programas de rehabilitación intensiva pierden su sentido sin un programa último de externalización. Y este proceso, se estrangula si desde la red de servicios de salud mental no está contemplado el programa de externalización como un elemento rehabilitador y no se prioriza a estos pacientes para su paso a un recurso intermedio en aquellos casos en que la permanencia en el hospital de larga estancia deje de tener sentido y por ello comienza a ser iatrogénica.

En definitiva, planteamos una redefinición de las actuales Unidades de Larga Estancia para conseguir que se integren en la red asistencial como un recurso no solo residencial y de estabilización psicopatológica, sino también rehabilitador. Independientemente de que la permanencia de este recurso sea temporal mientras exista un fracaso en la dotación de la red intermedia, o de que se opte en algunas comunidades autónomas por mantener este recurso para los pacientes difíciles de ubicar. En este sentido, proponemos un diseño multidisciplinar y una redefinición real de su posición en la red de servicios de salud mental. Es decir, es necesario plasmar en los planes de salud mental sus indicaciones, el perfil de ingreso, la dotación del ratio de profesionales necesario para trabajar con objetivos rehabilitadores y sobre todo, asegurar la externalización a un recurso intermedio cuando se produzca esta posibilidad, priorizando el trabajo realizado sobre ese paciente hasta ese momento y dándole la oportunidad de poner a prueba sus habilidades en un recurso con menor nivel de



estructura. Pensamos que el esfuerzo no recae sólo en los profesionales encargados de este trabajo desde dentro de las unidades de Larga Estancia, sino que es imprescindible que desde la red de Servicios de Salud Mental se reconceptualice la posición que ocupa dentro de los recursos como un agente rehabilitador. Si esta segunda premisa no se cumple, la insuficiencia de la red de recursos residenciales intermedios, la necesidad de asignar un recurso al paciente "difícil de ubicar" y la presión desde los propios Centros de Salud Mental para ingresar un grupo heterogéneo de pacientes graves con problemas sociales asociados, compuesto por: psicodeficientes con trastornos de comportamiento, pacientes orgánico cerebrales, pacientes psicogeríátricos, suicidalidad crónica en trastor-

nos graves de personalidad, toxicomanías comórbidas o incluso trastornos de alimentación severos, mantendrá un doble discurso en el que se critique a las Unidades de Larga Estancia como generadoras de cronicidad, al tiempo que no se contemple la necesidad de definir los recursos necesarios para que la rehabilitación tenga definido un flujo de salida a través de los programas de externalización al espacio sociosanitario.



CORRESPONDENCIA:

Dr Juan de dios Molina Martín.

Coordinador Larga Estancia

Complejo Asistencial Benito Menni

C/ Jardines nº 1. 28350 Ciempozuelos.

Madrid

BIBLIOGRAFÍA

- El Médico Interactivo (2002). La Comunidad de Madrid contará con 20 plazas más de atención psiquiátrica a partir del 1 de octubre. Nº 880. 6/9 diciembre 2002. Nacional.
<http://www.medynet.com/elmedico>
- García J, Vázquez Barquero JL (1999). Desinstitucionalización y reforma psiquiátrica en España. *Actas Esp Psiquiatría*; 27: 281-291.
- Lamb RL, Bachrach LL (2001). Some perspectives on desinstitutionalization. *Psychiatr Serv*, 52:1039-45
- Leff J (1997). The future of community care. En: Leff J, ed. *Care in the Community: Illusion or Reality?* Chichester: John Wiley and Son Ltd.; 203–210.
- Lopez de Lerma, J; Díaz Gómez, M (2000): Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, hoy Complejo Asistencial Benito Menni, "Más de un siglo de psiquiatría", FARESO, SA.
- Maestro JC, Jimenez JF (2002). Las necesidades de hospitalización prolongada. *Monografías de Psiquiatría*, 14: 20–25.
- Rodríguez A (1997). Rehabilitación psicosocial de personas con enfermedades mentales crónicas. Madrid: Pirámide; 69–71.
- Valderrama E; Perez del Molino J. (1997) Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Revista española de Geriatría y Gerontología*; 32 (5) 297–306.
- Wing JK (1990). The Functions of Asylum. *Br J Psychiatry*, 157:822–7



Enfermos mentales: ¿víctimas o verdugos? De la tragedia en Madrid a la realidad cotidiana de las personas con enfermedades mentales

J.J. Uriarte

Psiquiatra. Hospital de Zamudio.

Hace unos días se produjo un trágico suceso en Madrid en el que una persona, presumiblemente afectada por un trastorno mental, protagonizó una agresión extremadamente grave. Tras el estupor e impacto inicial, parece posible ofrecer algunas reflexiones desde el lugar que ocupamos diversas personas y colectivos que profesional o personalmente, estamos en permanente contacto con la enfermedad mental. Al no disponer de todos los datos, sería un ejercicio temerario y frívolo tratar de hacer un análisis en profundidad del hecho en concreto. No obstante, pensamos que las consecuencias del acontecimiento, su difusión en los medios de comunicación y las diversas opiniones emitidas, han tenido y están teniendo un efecto en la opinión pública sobre las personas afectadas por enfermedades mentales que creemos merece una cierta reflexión.

El primer mensaje que este acontecimiento transmite, de forma brutal y quizás desconcertante, es el de que la enfermedad mental no es patrimonio de unos cuantos desheredados. Puede pasarle a cualquiera. Si el protagonista del suceso hubiera sido un inmigrante buscando droga, o un "loco harapiento" escapado de algún manicomio, la percepción quizás hubiera sido distinta. Pero era una mujer joven, médico-residente, una imagen lo más alejada posible de la *locura peligrosa*, de quien puede suponerse una amenaza. Podría ser tu hija, tu hermana o tu novia. Alguien con una vida previa normal, e

incluso feliz, con una infancia sin traumas ni catástrofes emocionales, muy alejada en principio de los estereotipos que adornan la idea del público en general sobre los "locos", y que estigmatizan permanentemente a su entorno familiar y social; estereotipos que suponen que solo pierden la cabeza los que se lo merecen (por consumir drogas por ejemplo), o como consecuencia de una vida previa terrible. La idea de que esto puede surgir en cualquier persona, en cualquier familia, es poco tranquilizadora. Elimina la línea que separa a los locos de los sanos; nadie está a salvo.

En este terrible suceso no hay víctimas y verdugos; todos son víctimas. Y víctimas inocentes. Tan inocente la persona enferma protagonista de la agresión, y tan merecedora de solidaridad, apoyo, piedad y compasión como los agredidos, heridos y fallecidos. También los familiares de la persona enferma son tan merecedores de solidaridad, apoyo, compasión y piedad como los familiares de los agredidos, heridos y fallecidos. La familia de las víctimas expresa su lógico dolor e indignación. A los familiares de Noelia nos los imaginamos avergonzados, destrozados, desconcertados, sin comprender nada, y sin poder siquiera contar con la solidaridad de la sociedad. Como si ellos también fueran culpables. Una hija querida, en la que quizás se habían depositado muchas expectativas, alguien de quien sentirse orgullosos, médico, residente en un hospital de



prestigio, convertida de la noche a la mañana en una *loca asesina*.

La contribución del suceso a la estigmatización de las personas con enfermedades mentales es indudable. La identificación de enfermedad mental con agresividad imprevisible es muy difícil de combatir y cala muy hondo en la sociedad en que vivimos, más proclive a solidarizarse con causas lejanas y que comprometen a bien poco, que a afrontar nada que inquiete la vida cotidiana y que ponga a prueba la palabra solidaridad. Es difícil hacer ver a la gente que estas cosas suceden, y que hay que aceptarlas como aceptamos los cuarenta muertos semanales en las carreteras sin prohibir los coches, y que la solución no es apartar de nuestro entorno a las personas con trastornos mentales severos, sino poner todos los medios posibles para que reciban el tratamiento más apropiado, apoyar la investigación, el desarrollo de recursos, y promover una integración social real, con todas sus consecuencias.

Por otro lado, hay que ser realista. No puede afirmarse que las personas con enfermedades mentales no sean nunca peligrosas: pueden serlo ocasionalmente para sí mismas o para los demás *como consecuencia de su enfermedad*. Y además, esa agresividad puede mostrarse de forma impredecible. La experiencia nos dice que muchos de los actos agresivos realizados por enfermos psicóticos contra ellos mismos (algo más frecuente, por otra parte), o contra otras personas, se producen de forma imprevista y sorprendente. Pero esto no puede convertirse en un argumento para considerar a las personas con enfermedades mentales peligrosas de forma general, o para justificar la toma de medidas discriminatorias que atentan contra sus derechos. Lo único que puede

concluirse es que este suceso hace más evidente la necesidad de garantizar la accesibilidad al tratamiento de las personas con estas enfermedades, y de que reciban la asistencia que precisan en todas sus vertientes. Y probablemente, en ocasiones, se requerirán actuaciones decididas para garantizar que se mantienen en tratamiento, especialmente la pequeña minoría que cuando lo abandona protagoniza conductas de riesgo de forma reiterada. Dejarles al albur de los acontecimientos por un presunto respeto escrupuloso a su derecho a negarse a seguir tratamiento es inhumano e irresponsable, pero extender este tipo de prácticas, sin adecuadas garantías, puede llevar a una situación de desprotección, abuso y limitación de sus derechos. Y ni siquiera actuaciones de este tipo van a garantizar al 100% que algo así no se repita.

La única conclusión posible es que este o cualquier otro suceso protagonizado por personas con enfermedades mentales severas, por terrible que sea, debe inducir a pensar en la urgencia en la adopción de medidas políticas que se traduzcan en una adecuada atención sanitaria y social a esta población, que conduzca a una efectiva integración social, tal y como tienen derecho como ciudadanos. El mayor problema de este colectivo no es su potencial peligro, sino su secular discriminación y estigmatización, la inadecuada cobertura de sus necesidades, y una herencia de atropellos, vejaciones, aislamiento y marginación fruto de la ignorancia y el miedo a los diferentes.



jotajotauriarte2003
jotaju@terra.es
jotajota@txoriherri.com



Antiguo Asilo de las Nieves en Vitoria-Gasteiz. Los niños con los viejos-locos.

Cuerpo y Género(*)

Margarita Sáenz

El anhelo de adelgazar se ha convertido en un valor central de nuestra cultura occidental. Para muchos la delgadez sería un medio para conseguir todos los valores a los que está asociada: belleza, juventud, aceptación social, búsqueda de perfección.

Nunca como en nuestro tiempo el cuerpo ha determinado la identidad, el autoconcepto de los individuos; y no el cuerpo en su totalidad sino su apariencia, su fachada, la imagen corporal. La búsqueda de la silueta perfecta que implica en sí misma la imposibilidad de conseguirla.

La anorexia nerviosa, calificada inicialmente como anorexia histérica (de hystera, útero en griego) fue descrita por primera vez en el siglo XIX por el médico de la reina Victoria, Gull y también por Lasegue. Sin embargo ya en el siglo XVII se describe una aproximación al trastorno en un joven por Richard Morton, médico de la corte de Guillermo II "...en toda mi vida no recuerdo a nadie tan versado en vivir y tan consumido..."

Revisamos las diferentes manifestaciones de la autoinanición a lo largo de la Historia. Toda una colección de seres humanos que en un momento determinado, y en distintas épocas históricas, por distintos motivos, tomaron la decisión de ayunar, malnutriéndose y, en algunos casos, llegando a la muerte en el intento.

El trastorno puede ser la vía de expresión final de distintos personales y malestares psicológicos: Desde las santas anoréxicas de

la edad media, a las doncellas milagrosas, artistas del hambre, bailarinas, huelguistas del hambre, durante siglos, los adelgazadores, su disciplina y autocontrol han trascendido al individuo.

En todas las culturas la relevancia del cuerpo femenino suele ser significativamente superior al masculino. En las representaciones del paleolítico, las características femeninas en las imágenes de estas madres y venus prehistóricas, son inconfundibles: adiposidad del tronco, senos y nalgas grandes, en las que se resalta el papel reproductor y de nutrición de la mujer.

La representación del carácter milagroso de la función paridora y nutridora de la mujer se recoge a lo largo de la historia y de la literatura. En los relatos mitológicos se recoge que fue una gota de leche, escapada del seno de Hera, lo que dio lugar a la vía láctea. En las leyendas griegas, se identifica a la madre con la triple diosa, que preside el nacimiento, la vida y la muerte. Es la tríada de doncella, madre y arpía, conocida en Grecia como Perséfone, Démeter y Hécate.

En la Roma Antigua, se apreciaba a la mujer por este papel de madre, de mujer frugal, que tenía que dar muchos hijos al estado, que los necesitaba para asegurar una existencia amenazada de continuo por sus enemigos. Los romanos habían llegado a conceder a padres y maridos el derecho de ajusticiar a las mujeres por el simple hecho de haber bebido vino. Ya sea porque, según algunos, el vino tenía propiedades abortivas, o porque según otros, se asocia a los excesos con la carne y la lascivia.

(*) *II Jornadas Interautonómicas del Norte. Segovia. Diciembre, 2002.*



A partir del siglo I, algunas romanas se empezaron a rebelar contra los matrimonios impuestos y la falta total de libertades. Así el filósofo Favorito denuncia en sus escritos la locura que les ha entrado a las mujeres de su tiempo: "No sólo se niegan a amamantar a sus hijos, sino que recurren a mil artimañas para no ser madres". Metrodora, médica griega que ejerció en Roma en el siglo I de nuestra era, escribió un tratado sobre las enfermedades de la mujer, describiendo en el capítulo dedicado a las jóvenes la sitergia, palabra griega que significa rechazo al alimento.

Con la llegada del Cristianismo, el ayuno se constituye como una forma de penitencia, un signo de remordimiento por los pecados cometidos. Para la doctrina cristiana el cuerpo era de naturaleza débil y pecaminosa, exigiendo control y regulación estrictos por parte de la mente.

La ascesis era el camino que conducía a la perfección. La carne debía ser dominada, el espíritu debía triunfar. El ayuno era el medio idóneo para ello. Mientras los monjes ayunaban para purificarse frente a las tentaciones del mundo, la mujer lo hacía para liberarse de su propio cuerpo, considerado por el pensamiento cristiano como el verdadero origen del pecado. (En el pensamiento cristiano tomó cuerpo la imagen de la mujer como instrumento del pecado). Eva, perversa y tentadora, y junto a ella, como contrapunto, la imagen de la Virgen, negando su sexualidad y resaltando su papel de madre.

En la Edad Media muchas mujeres de clases acomodadas, abandonan casa y familia eligiendo la vida monacal; el convento les ofrece la posibilidad de recibir una educación y una independencia de otro modo impensable. Aparece la anorexia santa, tal como la ha recogido el historiador Rudolph Bell en el libro *Holy anorexia*. Dios fue la vía que eligieron como forma de emancipación. El no comer es un objetivo en sí mismo, y la anoréxica libra la batalla por la conciencia a través de la comida. El hecho de resistir la tentación es lo que es

valorado; una imposibilidad de comer porque comer causa angustia, frente a los sentimientos de culpa a través de la autoprivación del placer, englobando como tal la comida

De la biografía de Santa Catalina de Siena destaca: "Sus deseos de entrega a Dios la condujeron a un rotundo aislamiento, encerrándose en su habitación donde se flagelaba tres veces al día con una cadena de hierro... rechazó enteramente la carne, incluso le repugnaba el olor. Lo mismo experimentaba con cualquier cocinado, excepto pan". Su austeridad alimentaria se mantuvo hasta su fallecimiento.

A partir de los siglos XIV y XV, la anorexia comienza a extenderse fuera de los conventos y de las abadías como una epidemia, esta fase denominada secularización de la anorexia se prolonga durante los siglos XVI y XVII. Aparecen las doncellas milagrosas, la mayoría de origen humilde y jóvenes. Su rechazo al alimento para llegar a la pureza y lo sublime, creándose un convento en su mente. En su mayoría eran jóvenes, que restringían drásticamente su alimentación obteniendo una gran atención pública y con frecuencia recompensas materiales.

Progresivamente se va despojando de su trasfondo religioso y pasó a un círculo más vulgar. Los denominados artistas del hambre, que se exhibían en ferias. La palabra anorexia era utilizada en la literatura médica como sinónimo de falta de apetito. La primera aproximación médica al trastorno se produce en el siglo XVII por el Dr Richard Morton, médico de la corte de Guillermo II. La describió en una joven de 18 años de la que dice: "...En toda mi vida no recuerdo a alguien que estuviera tan versado en vivir y tan consumido...".

Durante estos siglos, se desarrolla una nueva concepción del mundo basada en la racionalidad. Surge el Despotismo Ilustrado: todo el esfuerzo científico y artístico va a ir destinado a afianzar y desarrollar el conocimiento.

Frente a esto, la posición de las mujeres no había cambiado nada. Se les seguía dando una educación inferior, se esperaba que fueran sumisas y obedientes, que consideraran el matrimonio como única salida y que se casaran con el consentimiento de sus padres.

Los primeros médicos de describen la enfermedad como tal surgen en la época victoriana. Es en esta época, donde parecen encerrarse gran parte de los valores socio-culturales que explican el origen de nuestra cultura del adelgazamiento: La existencia de una burguesía puritana y tradicional, el desarrollo de los núcleos urbanos, la revolución industrial y posteriormente el desarrollo de los medios de comunicación.

Las mujeres perseguían unan apariencia proclive a la delgadez. La imagen de mujer frágil se difunde de clases superiores a inferiores. Las mujeres eran delicadas, se desmayaban, sufrían enfermedades y manifestaban sumisión y pasividad. Las apariencias, sobre todo al comer, eran fundamentales.

Lord Byron afirma: “Una mujer jamás debiera ser vista comiendo o bebiendo, a menos que se trate de ensalada de langosta o champaña, las únicas viandas femeninas y posibles”. Lord Byron era el prototipo de romántico. Fama y prestigio literario unidos a su agitada vida amorosa, facilitaron la difusión de sus ideas sobre el cuerpo y la mente. Byron ayunaba para tener la mente despejada; él mismo se definía como “un asceta comedor de legumbres”; le horrorizaba la gordura; en su opinión simbolizaba letargia, torpeza y estupidez. Su restricción alimentaria se acompañaba de ejercicio físico, a veces desmesurado, y una aparente vitalidad desbordante.

La anorexia nerviosa, calificada inicialmente como anorexia histérica, fue modificada por el médico de la reina Victoria, Gull, por el de anorexia nerviosa, que prevalece hasta nuestros días. En esa época numerosas mujeres eligieron esta vía de desafiar a la

naturaleza, de poner en tela de juicio su papel de procreadoras y de querer igualarse con los hombres en derechos y libertades. Esta rebelión les lleva a menudo a la propia autodestrucción, a través de negar las propias necesidades. Flaubert nos lo refleja en *Madame Bovary*: “...Cuando ya no podía más era a la hora de las comidas, en aquel cuartito de la planta baja, con la puerta que chirriaba, la estufa humeando, los muros rezumantes, y aquella humedad del suelo. Toda la amargura de la existencia le parecía que se la servían con el plato, y le subían del fondo del alma, con el humo de la sopa, como otras tantas vaharadas de desaliento” “...ella mordisqueaba unas avellanas o se entretenía, apoyada en un codo, haciendo rayas en el hule con la punta del cuchillo” “...Se mandaba cocinar platos que luego no tocaba, unos días no bebía más que leche a secas y al día siguiente se atiborraba de tazas de té.”

La inseguridad que aparece en muchas mujeres frente a este cambio, a veces es transmitida por sus madres. De alguna manera, al dejar de comer, la adolescente recupera sus formas prepúberes y desaparece el pánico y la angustia frente a la identidad femenina. El comportamiento paradójico de las pacientes se asemeja a aquellas primeras sufragistas de finales de siglo, por una parte de rebeldía ante esa sociedad que las privaba de sus derechos y por otro de huida de esas formas femeninas, haciéndolas mínimas a base de no comer. En otras ocasiones la adolescencia y la sexualidad tienen para las mujeres connotaciones no sólo de placer sino de preocupación y de carga, ya que la sexualidad está intrínsecamente unida a la reproducción y al embarazo, unido al temor de la maternidad y de la muerte. La combinación de obligaciones domésticas, desamparo emocional y dependencia económica en que se ven sumidas a sus madres influye poderosamente en la decisión radical de “no ser como ella”, a cualquier precio, aunque sea la propia autodestrucción. La anorexia como rechazo hacia la figura materna y al papel de la misma.



Esto se recoge en los mitos y leyendas que inundan nuestra cultura. En casi todos los cuentos aparece la imagen materna de bruja, la madrastra, como la bruja de Blancanieves que ofrece la manzana envenenada, o la de Hansel y Graetel que ofrecía su casita de chocolate como manera de atrapar a los niños. En todos estos casos sólo se producía la salvación si uno se abstenía de comer lo que estas mujeres ofrecían.

En nuestra cultura, los roles femeninos tradicionales se han ido agrupando en torno a la maternidad y al cuidado de los otros en general, de tal manera que provoca en ocasiones contradicción y ambivalencia entre adaptarse y complacer al otro y vivir de acuerdo a sus necesidades y sentimientos. Nuestra forma de comer traduce el modo en que vivimos y el lugar que ocupamos en la sociedad. El tema del poder, del sometimiento, de la autoridad, aparecen a la hora de sentarse la familia en la mesa, donde queda la relación de los miembros y el estatus de cada cual.

La inmortalidad, el hecho de estar por encima del cuerpo y de sus necesidades ha sido algo que ha interesado al hombre y es ampliamente recogido en la Historia y en la literatura. En un fragmento del cuento El inmortal, Borges relata: "El cuerpo era un sumiso animal doméstico y le bastaba, cada mes, la limosna de unas horas de sueño, de un poco de agua y de una piltrafa de carne. Que nadie quiera rebajarnos a ascetas. No hay placer más complejo que el pensamiento y a él nos entregábamos". "Convertir el ultraje de los años. En una música, un rumor, un símbolo".

"Miro mi cara en el espejo para saber quién soy, para saber cómo me portaré dentro de unas horas, cuando me enfrente con el fin. Mi carne puede tener miedo; yo no".

En ocasiones el sufrimiento puede dar lugar a sentimiento de excepcionalidad ante los otros, de sentirse privilegiado, saliendo victorioso en la medida que se sufre, sintiéndose por encima de los otros, de ser capaz de resistir donde otros sucumben.

Un ejemplo de este mecanismo lo encontramos en la novela de Knut Hamsun, premio Nobel de literatura, "*Hambre*", que es una autobiografía de sus días de penuria económica como escritor. La ciudad en la que transcurre, Oslo, es descrita como un "laberinto del hambre", donde es difícil encontrar algo para comer. El protagonista debe comer para escribir, pero si no escribe, no tiene para comer, y si no puede comer, no tiene fuerzas para escribir.

Como afirma Paul Auster en *El arte del hambre*, este nuevo anoréxico secularizado ya no ayuna en la misma forma ni por las mismas razones que lo hacía el místico del pasado; con su rechazo al alimento no pretende negar la vida terrenal para ganar la celestial; sencillamente rehusa vivir la vida que le ha tocado vivir. Cuanto más se prolonga su ayuno, mayor es el espacio que la muerte ocupa en su vida. Su ayuno es una contradicción: seguir adelante con él significa la muerte, mas con la muerte se acabaría el ayuno, por lo tanto necesita seguir vivo, pero sólo para mantenerse al borde del abismo. Kafka lo refleja en su cuento del Artista hambriento: Por qué suspender el ayuno precisamente entonces, a los cuarenta días? Podía resistir aún mucho tiempo más, un tiempo ilimitado; ¿por qué cesar entonces, cuando estaba en lo mejor del ayuno? ¿Por qué arrebatarle la gloria de seguir ayunando, y no sólo la de llegar a ser el mayor ayunador de todos los tiempos, cosa que probablemente ya lo era, sino también la de sobrepujarse a sí mismo hasta lo inconcebible, pues no sentía límite alguno a su capacidad de ayunar? ¿Por qué aquella gente que fingía admirarlo tenía tan poca paciencia con él? Si aún podía seguir ayunando, ¿por qué no querían permitirselo?

El cuerpo es el punto de referencia a través del cual se articula el mundo, en donde se ponen en juego toda la constelación de las relaciones subjetivas e intersubjetivas del ser humano en la sociedad. El cuerpo es el campo primordial donde confluyen y se condicionan todas las experiencias, las situaciones vividas a

través del cuerpo. El cuerpo como ser en el mundo, es la estructura fundamental de la realidad humana.

La sociedad contemporánea construye un rol para las mujeres que les impide tomar conciencia y vivir su propio cuerpo, que atribuye valor a los aspectos exteriores del cuerpo. Por eso la reconstrucción de la historia del cuerpo de la mujer es fundamental para la recuperación del sitio que verdaderamente les pertenece a

las mujeres. El enigma de la novela de Mary Shelley: El monstruo de Frankenstein, marginado y olvidado, que llega al borde de la civilización pero no logra dar el salto: ser reconocido como diferente. Con esta metáfora se descubre la dificultad de las mujeres de ser reconocidas como tales y aparecen los síntomas como mentiras para ocultarnos lo que verdaderamente nos pasa.



BIBLIOGRAFÍA

1. Auster, P. El arte del hambre. Edhasa. Barcelona, 1992.
2. Borges, J.L. El Aleph. Unidad Editorial. Madrid, 1999.
3. Bell, R. Holy Anorexia. University of Chicago Press, 1985.
4. Bleichmar, H. Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Piados. Barcelona, 1997.
5. Kafka. Un artista del hambre. Alianza Ed, Madrid, 1980.
6. Hamsun, K. Hambre. Ed de la Torre, Madrid, 1997.
7. Garner & Garfinkel. Handbook of Tratment of Eating Disorders. The Guilford Press, Nueva York, 1986.
8. Michelle, A.M. In the name of love, women, masochism and the gothic. Cornell University Press. Nueva York, 1992.
9. Nye, R. Las memorias de Lord Byron. Salvat. Barcelona.
10. Toro, J. El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Ariel, Barcelona, 1996.



Consideraciones clínicas sobre la adolescencia y el cuerpo de la mujer(*)

Piedad Ruiz

I.

A partir de varios casos de anorexia me planteé la pregunta inevitable: ¿por qué en la adolescencia y por qué la mujer?. Trataré de situar algunos otros problemas clínicos que se presentan en la adolescencia y que pueden ayudar a pensar el cuerpo y la subjetividad en la mujer.

Parto de la idea de que la adolescencia supone un duelo, y la falta de elaboración de este duelo tiene a veces un efecto devastador en el cuerpo de la mujer.

La tesis que quiero proponer para todos estos casos en los que se da una falta de subjetivación de este duelo, es que detrás de todas las elaboraciones de las pérdidas que supone la adolescencia, aparece la relación con la madre como “la más poderosa corriente inconsciente de la vida anímica” (según la expresión de Freud en el caso Dora, en el que Freud reconoce su error al no haber valorado suficientemente la relación de esta adolescente con una dama que representaba para ella la belleza femenina y la sabiduría sobre la sexualidad, por creer que ésta poseía la respuesta de cómo ser deseada por un hombre, y por lo tanto, era un modelo para identificarse en el momento en el que se actualizaba su vínculo con la madre). En mi opinión, Freud no pudo ver, en este caso, el valor que cobra la relación preedípica con la madre en la adolescente.

Tanto para el hombre como para la mujer, la adolescencia es el momento en el que se pone a prueba, no sólo el modo en el que cada sujeto aceptó la castración de la madre, y que luego olvidó o reprimió, sino la separación. La separación del primer objeto de amor como objeto perdido, o dicho de otro modo, la separación de la madre fálica, que en psicoanálisis no es otra cosa que la creencia en la madre omnipotente, completa, no castrada. Es decir, es el momento en el que el modo particular de esta aceptación determinará las respuestas del sujeto a las grandes preguntas que se le plantean. Pero sobre todo, esa separación será necesaria para que puedan plantearse las preguntas. Algunas pacientes, sin embargo, se presentan con la certeza de una única respuesta: para ser una mujer perfecta se trata de adelgazar hasta borrar cualquier signo que delate su cuerpo como el cuerpo sexuado de una mujer, otras con la certeza de la mujer perfecta (compulsiva) respecto del éxito profesional o del éxito con los hombres, sin plantearse ninguna pregunta acerca de lo que desean.

¿Que supone la adolescencia? Es “la hora de la verdad”, es la hora en la que el sujeto pone a prueba cómo ha aceptado la condición traumática humana ante los envites de la sexualidad y lo que conocimos por el “conflicto generacional” (ahora se habla más de “brecha generacional” que de conflicto), es decir, es la

(*) II Jornadas Interautonómicas del Norte. Segovia. Diciembre, 2002.



hora de subjetivar o elaborar la diferencia sexual en un cuerpo pulsional (sin instrucciones, según la expresión de F. Pereña), es la hora del encuentro con el otro sexo, (sin instrucciones también, en cuanto que no hay un saber preestablecido, no hay un saber de cómo ser mujer o ser deseada por un hombre), es la hora finalmente de “hacerse cargo del mundo” sin la tutela de los padres.

Vemos que se trata entonces de que cada sujeto ha de dar sus propias respuestas, es decir, se trata de elaborar la pérdida de la condición exclusiva de hijo o hija para hacerse responsable de la condición hombre o mujer. Para una mujer además, la menstruación y los cambios corporales consiguientes, la obligan a elaborar la pérdida de su cuerpo-niña, la enfrentan a su feminidad, pero sobre todo a la maternidad, pues sólo puede haber madre donde hay mujer.

II.

Freud cita en numerosas ocasiones a Schiller y su célebre aforismo: “Hambre y amor hacen girar coherentemente el mundo”. El hambre, ya sea por la vía del rechazo del alimento, ya sea por su incorporación y expulsión, expresa en la anorexia la pasión mortífera que hace del amor a la madre un duelo imposible.

Las primeras satisfacciones están vinculadas al hambre, “la actividad sexual se apoya primero en una de las funciones puestas al servicio de la conservación de la vida, pero luego se hace independiente de ella” (1). La primera experiencia de satisfacción del sujeto se inaugura con una dependencia del otro que borra las fronteras perceptivas entre lo ajeno y lo propio, entre el cuerpo del otro y el propio. El grito del niño por el hambre conduce a un intercambio de demandas: dame de comer, déjate nutrir... Pero lo que lo que hay que resaltar con todo esto, es que esa primera experiencia de satisfacción es traumática por muchas razones,

pero sobre todo, porque ese otro que le auxilia o le asiste (2) es radicalmente otro. La experiencia de la alteridad y de la diferencia sexual, con lo que implica de experiencia de lo enigmático, lo incierto, lo ajeno, etc. y su aceptación, estará marcada entonces por la separación de ese otro. El sujeto, la realidad psíquica, se funda en esta separación. El cuerpo de la madre, ese “Otro prehistórico” del que habla Freud, es una de las formas posibles de nombrar el objeto perdido: “El ataque histérico no es una descarga, sino una acción, y como tal retiene el carácter de toda acción: el de ser un medio para la reproducción del placer.... Los ataques de vértigo y de llanto están todos dirigidos a ese prehistórico e inolvidable que nunca pudo llegar a ser igualado” (3). Aquí Freud habla del imposible reencuentro con la madre como ese Otro prehistórico.

Esta separación es fundamental para que un sujeto viva y cualquier intento de fusión y confusión con el otro estará presidido por la pulsión de muerte. Borrar esta condición de la existencia humana hace inviable el amor, pues amar es amar al otro en su diferencia; y lo contrario, es el amor narcisista y la pasión mortífera.

En muchas ocasiones la mujer que padece anorexia, hace de su cuerpo la sede de la batalla entre separarse y no separarse, amar y odiar, comer y no comer, a partir del retorno en su propio cuerpo de ese cuerpo materno del que no ha podido desprenderse, cuya separación no ha podido, si se quiere decir así, simbolizar, y que retorna en una experiencia siniestra en la que lo propio y lo ajeno se confunden; pero en todo caso, en la que el propio cuerpo se torna algo amenazante. Cuántas chicas cuando hablan de la imperiosa necesidad de borrar cualquier rastro de gordura en su cuerpo, están hablando de borrar la presencia angustiante del cuerpo de la madre a la manera de un “doble” que viven como intrusivo. “Esto que no



debía estar aquí está, y yo lo tengo que eliminar”, suele ser el lema anoréxico.

Podríamos pensar el síntoma anoréxico como un intento violento de separación que convive con un fantasma de fusión con la madre fálica y que por lo tanto es destructivo.

Una paciente que consulta por frigidez y depresión, un día comienza a hablar de sus trastornos del cuerpo (alopecia y diarreas que a veces le impiden ir a trabajar). Terminará descubriendo que lo que ella llama “comer de más”, son episodios bulímicos. Se encuentra ante un conflicto que no puede resolver: irse o no irse a vivir con su novio. Finalmente confiesa que no puede separarse de su madre, ya que si algo le pasara a la madre, sólo ella la podría salvar (la vida de la madre depende de ella como la suya de su madre). En una sesión en la que dice que sus padres están fuera de vacaciones, le pregunto si eso le agrada y me contesta que no, quedarse sola con su novio no le agrada en absoluto, su novio sólo es un estorbo y ella lo único que quiere es que su madre vuelva. Además, teme que la madre pueda ahogarse en la playa. La llama diariamente varias veces. Agregaré que normalmente duerme con un Bic en la mesilla de noche por si la madre se atraganta (recuerdo seguramente encubridor de una escena en la que la madre se atragantó comiendo, y que vela precisamente la percepción de la madre como castrada, indefensa).

Volvamos entonces a ese “duelo imposible”. Me parece un criterio clínico que me ha permitido orientarme en la dirección de la cura de varios casos. Son casos en los que se presenta de forma combinada un síntoma bulímico, y en los que el acto de comer responde a una incorporación de “llenado” (un acto de fusión solitario e intemporal, un tiempo no subjetivo, un paréntesis en el tiempo subjetivo, en el tiempo de la estructura), cuyo único objetivo fundamental es la consiguiente “expulsión” o vómito.

¿Cómo no pensar este acto como la repetición de una fijación traumática al otro, del momento inaugural de la incorporación/expulsión o fusión/separación?

La pregunta entonces acerca de por qué la adolescencia y por qué la mujer, es una pregunta que considero de gran valor clínico en la particularidad de cada caso. Incluso en mujeres más mayores que padecen este síntoma, antes o después aparece la encrucijada adolescente como la clave. Hace unos días una mujer casada y con dos hijos que había consultado hace meses por una crisis de angustia (su marido le había planteado separarse en el puerperio de su hijo menor y adelgaza 15 kilos en los meses siguientes), comienza a hablar de su síntoma y dice: “...de pequeña nadie hizo caso en mi casa al terror que me producía la gordura, pero cuando tuve 15 años decidí acabar con ese terror... me decidí a no comer... ¡cómo me iban a hacer caso, si con mi padre no hablaba y mi madre siempre ha sido la protagonista indiscutible, si ibas con un problema, ella siempre terminaba sufriendo más que tú; Ahora o no como o me doy atracones y luego vomito, en realidad ahora estoy con mi marido como entonces con mi madre.

Otra paciente habla de cómo no puede dejar de pensar en la comida todo el día, cuándo, cómo, qué, con quién, etc. La madre me llama para preguntarme en qué puede colaborar y yo le contesto que por favor no le hable de comida a la hija, que se sustraiga de esa ideación obsesiva de la hija. Pues bien, comprobé que era algo imposible. La madre siguió como si tal cosa hablándole de si se había comido o no el yogur, de sus ingredientes, de la verdura para la noche, etc. Verdaderamente una pesadilla, el maltrato mutuo era permanente, la madre la invalidaba constantemente y la hija termina por reconocer que aunque sabe que la vida con su madre es invivible, ella nunca podrá dejarla.



El deseo de dar la vida es precisamente lo que hace de una madre un objeto de amor. “Quiero tener un hijo para que me dé la vida”, es el modo en el que hace poco expresaba una paciente anoréxica la idea de tener un hijo, que no el deseo de tener un hijo. La madre da la vida no sólo porque engendra, sino porque no pretende quitársela al hijo, que es lo mismo que hacerle inválido para desear por sí mismo, aunque le haya cuidado con “mil amores”.

Freud presenta en *Un caso de curación hipnótica* (1893), la relación entre comer y dar de comer, en un caso en el que una mujer que presentaba un síntoma anoréxico en la lactancia de sus hijos, es decir, no podía amamantar y no podía comer. Aquí no habla Freud de anorexia, sino más bien de un síntoma histérico de rechazo ante la oralidad como primera organización sexual apoyada en el intercambio con el objeto materno. Cuando habla de anorexia es en el Manuscrito G: “La tan conocida anorexia nerviosa de las adolescentes me parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria... Pérdida de apetito equivale a pérdida de libido”.

Hemos visto cómo la pubertad requiere una compleja subjetivación que implica un trabajo de duelo. En la pubertad se actualizan todos los fantasmas edípicos neutralizados por la latencia ante la exigencia para el sujeto de responder al despertar sexual y al encuentro sexual con el otro. Es una constatación clínica cotidiana la de que cuando un sujeto es interpelado en su deseo (y la pubertad es el modelo), aparece la angustia y por lo tanto manifestaciones sintomáticas de todo tipo, pero en la adolescencia si la intensidad de esta angustia aparece junto con una escasa elaboración psíquica, esto conduce a postergar una respuesta, a refugiarse en la inhibición o en ideales y grupos sectarios, casi como norma, o conduce a lo que llamamos “patologías del acto” (intento de suicidio, violen-

cia, drogas, etc.) y al rechazo de tal interpelación con la consiguiente melancolización, que va a la par de una desvitalización, en la que la pulsión de muerte toma el cuerpo.

Si tenemos en cuenta lo dicho anteriormente acerca de los obstáculos que supone para la elaboración psíquica de un sujeto el vivir pegado a las respuestas maternas, podemos entender que el conflicto pulsional de la adolescencia no pueda encontrar la posibilidad de decir ese conflicto, de sintomatizar ese conflicto. De ahí, que tenga mis reservas en hablar de la anorexia como síntoma en el sentido analítico, aunque se ha de aceptar como tal síntoma, en la medida en que alguien acepta hacerse preguntas sobre lo que reconoce como sufrimiento.

III.

Pasaré ahora a desarrollar mínimamente lo que considero la clave de esta interpelación en la adolescencia, pues la adolescencia es el momento en el que todo sujeto ha de enfrentarse con lo que llamaré “el segundo momento de la disolución edípica”. Peter Blos en su libro *La transición adolescente* dice: “será misión de la disolución edípica adolescente transmutar el complejo de Edipo negativo, el amor sexual por el progenitor del mismo sexo. Esta faceta se presenta bajo una apariencia paradójica, pues si bien los adolescentes colocan en el centro de sus sesiones terapéuticas, o de su vida en general, su comportamiento y sus fantasías heterosexuales u homosexuales... lo que se pone de manifiesto en la formación de síntomas y en las defensas caracteriales es la fijación libidinal al progenitor del mismo sexo”.

En el caso de la niña esta cuestión se hizo más evidente para Freud después de escuchar a varias analistas mujeres. Hasta el punto de que en 1932 en su trabajo *Sobre la sexualidad femenina* reconoce la poca importancia que había concedido a la relación madre-hija y plantea que no es posible pensar el complejo



de Edipo sin esta fase preedípica. En realidad este descubrimiento se lo debe Freud a R.M. Brunswick, quien acudió a él para recibir las sugerencias y críticas necesarias antes de publicar su trabajo *La fase preedípica del desarrollo libidinal*. Para esta analista la castración se descubre en la madre y no sólo por la diferencia anatómica de la diferencia sexual, sino porque inevitablemente se descubre en la madre a un otro no omnipotente. La madre puede dar y quitar la vida, pero ese es un poder que hay que ejercer o una creencia que hay que mantener. Es decir, importa tanto la posición de la madre como la de la hija ante la castración. La madre concreta importa, pero sobre todo la posición de la hija ante la castración de la madre. De todas formas, “basta que una de las dos la deniegue para que la potencia resultante sea mortífera, cause estragos”, dirá Lacan.

Y dice Freud: “dicha fase de vinculación materna guardaría una relación particularmente íntima con la etiología de la histeria, lo que no puede resultar sorprendente si se reflexiona que ambas, la fase tanto como la neurosis en cuestión, son característicamente femeninas; además que en esta dependencia de la madre se halla el germen de la ulterior paranoia de la mujer. Parece, en efecto, que este germen radica en el temor —sorprendente, pero invariablemente hallado— de ser muerta (¿devorada?) por la madre” (4)

Pues bien, diré que en mi opinión se puede explicar el síntoma anoréxico por la instalación de la mujer en un fantasma de omnipotencia correlativo a la denegación de la castración.

El título del libro de Graciela Strada *El desafío de la anorexia* lo entiendo en este sentido: es un verdadero desafío querer mantener, a la vez que denunciar, la omnipotencia materna, pues no habría mejor denuncia que responder a ese ejercicio de la omnipotencia materna con

un ejercicio del límite. No es el caso de la anoréxica que no ve ningún límite en ninguna faceta de su vida: ya sean los estudios, ya sea el amor, ya sea el ejercicio físico, ya sea su entrega a los demás... siempre ponen en evidencia un super yo feroz, sádico, insaciable.

IV

Y ¿cuáles son las consecuencias de esta falta de subjetivación o elaboración del duelo del que venimos hablando?

1. El rechazo de la sexualidad. Este rechazo produce una melancolización correlativa a un desinvertimiento libidinal. Pérdida de libido que se manifiesta en la insatisfacción sintomática de la histeria por ejemplo, que se priva de la vida como defensa ante la castración; pero también se manifiesta en la neurosis obsesiva femenina, que queda como una inválida para el deseo, siendo muy llamativo en estos casos el tormento de las menstruaciones y el terror a quedarse embarazadas y la confusión del deseo sexual con un estímulo o necesidad fisiológica. Algunas pacientes explican su falta de deseo diciendo que como no sienten ninguna excitación en el cuerpo por eso no desean. Realmente no parecen tener una vivencia de la erotización del cuerpo. En la historia familiar de estas pacientes a veces se presenta un elemento digno de investigar: me refiero a los efectos de la falta de invertimiento libidinal del cuerpo de la niña por la madre, pues suelen hablar de madres frías, distantes, sólo interesadas en que la hija cumpla con sus obligaciones y con su ideal narcisista.
2. La angustia. La explicación freudiana de la angustia como tensión sexual no ligada psíquicamente, es decir, tensión sexual sin la elaboración que la convierta en afecto o deseo (cuando se liga a ideas o representaciones) puede valernos para pensar la



angustia en todos estos casos. Freud habla de esto a propósito de la neurosis de angustia.

3. La ambivalencia. El duelo imposible de la madre como objeto perdido en la adolescencia, conduce a una relación de dependencia con los otros, y sabemos que no hay relación de servidumbre que no tenga como telón de fondo el amor y el odio.
4. La imagen, una experiencia de lo siniestro. Lo Unheimlich. Es la experiencia del cuerpo como algo familiar y a la vez algo totalmente inquietante. Se podría considerar como un yo ideal, un doble que se resiste a la castración, algo que debería estar sustituido por el Ideal del yo (que funciona como mera aspiración y sostén del deseo). Este doble reaparece, sin embargo, insaciable en su exigencia de completud y satisfacción narcisista. Y no hablo ahora sólo de lo que ocurre en la anorexia, sino en algunas adolescentes que se hacen heridas en todo el cuerpo al menor signo que contradice esta imagen ideal, ya sean granos o vello, y no hablemos de las automutilaciones (arañazos, golpes, etc.)

Para terminar me gustaría plantear algunas consideraciones basadas en el análisis de los casos de adolescentes que llevo en la actualidad, pero que en mi opinión se pueden pensar en otros muchos casos de adolescentes mujeres. Constató una diferencia referida sobre todo a la dificultad para el trabajo inconsciente propio de un psicoanálisis.

Hay casos en los que no percibo la virulencia de ese conflicto con la madre que he descrito. Suelen ser casos en los que la no separación de la madre, obedece a que ésta es tomada más como refugio ante la proximidad incestuosa de un padre que generalmente ejerce su violencia con la hija, padres que empiezan a llamar puta a la hija en cuanto se arregla para sus

primeros encuentros, o padres que rivalizan con la hija pues no soportan su protagonismo adolescente ante la madre, no soportan dejar de ser hijos de su mujer. En estos casos las demandas de la hija hacia la madre se absolutizan. Sin embargo, el vínculo con la madre es compatible con su deseo hacia los hombres. Quieren intensamente “echarse novio”, encontrar alguien que las desee y ame, aunque a veces sólo pueden realizar el fantasma del padre (en un caso, permitir que varios chicos tuvieran en una noche relaciones con ella) o temer tanto el encuentro con un hombre que seducen a hombres con los que está anunciado el fracaso, cuando no el maltrato.

Estas mujeres que presentan su sexualidad como un conflicto son más abordables a la hora de sintomatizar el trastorno anoréxico. Hay cierta subjetivación de la rivalidad edípica con la madre. Son mujeres que tratan la perfección del cuerpo como el antídoto de la castración (suelen utilizar el cuerpo como fetiche o al menos como talismán): si se tiene un cuerpo perfecto no se tienen ningún conflicto y la vida no tiene ningún límite, todas las puertas se abrirán milagrosamente, y en esa ceguera del límite sólo encuentran fracasos. Considero en estos casos un predominio de la vertiente histérica de la neurosis.

Sin embargo, los casos en los que predomina la vertiente obsesiva son muy difíciles de tratar. Predomina la imagen de una madre sufriente, desertizada que soporta un padre víctima pero idealizado como único protector ante la omnipotencia y el odio materno. No les interesa en absoluto el sexo, no hay deseo, sólo desesperación. No les importa tanto la belleza como la perfección espiritual, quieren desembarazarse del cuerpo y de la sexualidad, prevalece la omnipotencia del pensamiento, la hiperactividad física e intelectual. Todo en sus vidas son obligaciones y culpa superyoica. Pueden tener relaciones con hombres sumisos y entregados



(como el padre) y les horroriza la idea de ser madre.

Otra paciente después de un tiempo de análisis dice verse como la “madre Teresa de Calcuta” por sus ideales exacerbados y porque pretende una entrega y un control total en sus relaciones, ya sean familiares, de amistad o amorosas, trata de desentrañar en una sesión qué es lo que ven en las entrevistas de selección de personal para desestimarla una y otra vez. Se presenta cada semana a dos o tres entrevistas.... Le digo que puede ser que vean su desesperación pues se plantea cada entrevista como una cuestión de vida o muerte, que tiene mucho tiempo por delante y que está tratando el trabajo como la comida, a base de

“atracones”. Se echa a llorar y dice que tiene el sentimiento de que su familia la ha abandonado, que ella no puede enfrentarse sola al mundo, que llama a su madre y llora desconsoladamente. Y me dice: ¡cuando alguien está enfermo necesita el cuidado de su madre, yo echo de menos el sabor de sus comidas; Hermosa manera de decir que aún piensa que la comida o los cuidados de la madre pueden evitarle el dolor de existir, en vez de pensar que sólo el amor puede mitigarlo.



Piedad Ruiz

Psicoanalista. Madrid
p.ruiz.cas@correo.cop.es

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Freud, S.: Tres ensayos para una teoría sexual. Manifestaciones de la sexualidad infantil. O.C. T.II. Bib. Nueva.
- (2) Pereña, F.: El hombre sin argumento. Ed. Síntesis, Madrid, 2002
- (3) Freud, S.: Carta 52 a Fliess. O.C., T. III, Bib. Nueva.
- (4) Freud, S.: Sobre la sexualidad femenina. O.C. T. III, Bibl. Nueva

Integración de los Programas de Calidad en el ámbito de Salud Mental(*)

F. Chicharro Lezcano

Hospital psiquiátrico de Zamudio

Resumen

Se repasa la evolución del concepto de calidad a lo largo del siglo XX, y su posterior aplicación en instituciones sanitarias. Se expone el modelo de autoevaluación de la European Foundation for Quality Management (EFQM) asumido por el Servicio Vasco de Salud, y su adaptación al ámbito de salud mental. Finalmente se expone un ejemplo de aplicación en el Hospital Psiquiátrico de Zamudio.

Palabras clave

Gestión sanitaria, Sistemas de calidad, Calidad total, EFQM, Planes de Gestión, Autoevaluación, Plan estratégico, Programas asistenciales.

La calidad de los nuevos modelos de gestión sanitaria

La calidad es un concepto relativamente moderno (aparece en el siglo XX) y ligado en principio al ámbito de la industria, pero la realidad es que siempre ha existido una preocupación por el trabajo bien hecho y, por lo tanto, un concepto intuitivo de la calidad. No obstante, el concepto de calidad, tal como es entendido actualmente, ha ido evolucionando en paralelo a los problemas que ha ido planteando el desarrollo industrial, estando directamente ligado a la competitividad empresarial. Por otra parte, el léxico que se utiliza, frecuentemente cargado

de anglicismos o de frases altisonantes, no ha contribuido precisamente a hacerlo atractivo. Probablemente por eso en los círculos sanitarios, y más concretamente en los psiquiátricos / salud mental, ha existido tradicionalmente una reticencia, cuando no animadversión, a asumir los programas de calidad como parte integrante del quehacer cotidiano.

Es cierto que el formato con que se presentan los programas de gestión de calidad, al estar centrados en el mundo empresarial, les hace parecer poco atractivos y, si no se profundiza en su contenido, inadecuados al mundo sanitario. Sin embargo, y al igual que ha sucedido con los nuevos modelos de gestión, los programas de calidad ya están aquí, y de momento para quedarse, por lo parece oportuno analizar sus características y extraer los beneficios que puedan aportar.

Evolución de los sistemas de calidad

Desde el principio, e independientemente del sistema seguido, los programas de calidad han tenido un doble objetivo: La satisfacción del cliente y abaratar costos al evitar devoluciones de productos defectuosos. Simplificando, podrían establecerse varias etapas en la evolución de los sistemas de calidad:

(*) *II Jornadas Interautonómicas del Norte. Segovia. Diciembre, 2002.*



EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE CALIDAD

MODELO	1920	1930	1970	1990
Sistema de producción	En masa	Cadena de producción	Producción en subequipos	Ajustada a la demanda
Concepto de Calidad	Conformidad de especificaciones	Conformidad de especificaciones	Satisfacción necesidades de clientes	Satisfacción del cliente, empleados, accionistas y sociedad
Etapas de gestión de calidad	Control de Calidad	Control estadístico	Aseguramiento de la calidad	Calidad Total

1. Hasta la década de los treinta se habla de “control de calidad”, estando claramente diferenciadas las funciones de planificación, ejecución y control (unos planifican, otros ejecutan y otros controlan que el producto final se ajusta a las especificaciones).
2. Desde 1930 se incorpora la estadística, estableciéndose planes de muestro a la inspección y, por tanto, abaratando costes al no tener que revisar el 100% de las piezas.
3. Posteriormente (1970 a 1990) se introduce el concepto de “aseguramiento de la calidad”, que trata de planificar el conjunto de acciones necesarias para “asegurar” que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos establecidos. Se trata así de limitar al máximo la tasa de errores en la totalidad del proceso.
4. Al mismo tiempo, desde 1950, comenzó en Japón el desarrollo de modelos de “**Calidad Total**”, en la que nos centraremos posteriormente.

A continuación se exponen algunos modelos, con la intención de subrayar los puntos en común con el ámbito sanitario.

Algunos modelos de calidad

1. Círculos de Calidad: “Grupos de voluntarios, estables en el tiempo, que tienen como objetivo principal mejorar la calidad de los procesos y el entorno del trabajo”
2. Ciclo de Shewhart (PDCA): “Proceso metodológico para asegurar las actividades de mejora y mantenimiento de lo mejorado”. Plan–Do–Check–Act (Planificar; Hacer; Comprobar; Ajustar).
3. Just in Time: “Sistema de gestión de producción que permite entregar al cliente el producto, con la calidad exigida, en la cantidad precisa y en el momento exacto”.

“Actividades de mejora, procesos, trabajo, gestión, cliente...” Como antes se apuntaba, la terminología al uso no es demasiado atractiva, pero, aún con matices, se ha ido infiltrando en el mundo sanitario y ya no resulta tan ajena: “Gestión por procesos; actividades de mejora; cliente o paciente”, están ya incorporados a la cultura de la



gestión sanitaria. Y ahora aparece un modelo nuevo: La Calidad Total, adaptación de un sistema japonés¹ (Deming) y otro estadounidense (M. Baldrige) y asumido por un número creciente de empresas europeas agrupadas bajo la Fundación EFQM (European Foundation for Quality Management).

4. **Calidad Total²** es “un sistema de gestión a través del cual la empresa satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, de sus empleados, de los accionistas y de la sociedad en general, utilizando los recursos de que dispone: personas, materiales, tecnología, sistemas productivos, etc.”

¹ El reconocimiento de Japón como uno de los principales impulsores de los modelos de gestión de la calidad, me ha hecho recordar una anécdota que tiene que ver con el tema. A finales de la década de los setenta y asistiendo a una prueba de motociclismo en Barcelona (las 24 horas de Montjuich, valedera para el campeonato del mundo presencié la siguiente escena: Los equipos llegaban dos días antes de la prueba llevando las motos desmontadas en camiones. En el mismo circuito se improvisaban unos boxes donde los mecánicos montaban las motos y las dejaban a punto para la competición. Los dos principales equipos eran Honda (Japón) y Ducati (Italia).

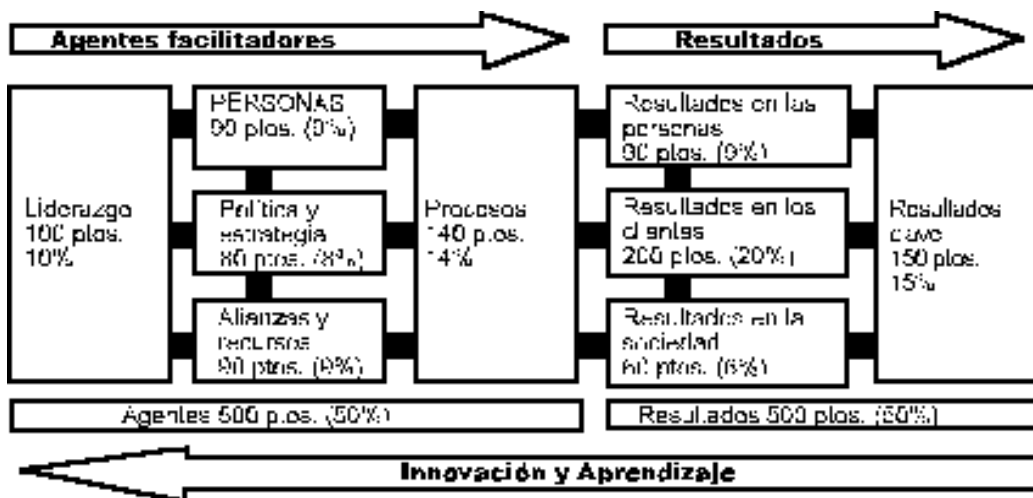
Los mecánicos del equipo italiano, en bañador, con el torso desnudo para aprovechar el sol, hacían su tarea sin dejar de hablar entre ellos, tomando cervezas y yendo y viniendo del camión al improvisado taller en busca de herramientas y piezas. Cuando se suponía que habían terminado, el motor no arrancaba y después de numerosos improperios tuvieron que comenzar de nuevo el proceso. Cuando al fin funcionó el motor descubrieron que el carenado tropezaba con el manillar, lo cual imposibilitaba la conducción y tuvieron que ir a buscar una sierra para recortar a mano la parte sobrante... era una escena caótica pero, eso sí, entretenida.

Cuando llegó el camión de Honda, bajó de él un ejército de mecánicos uniformados, con gorras y con unos guantes blancos cuyo objeto, según supe después, era detectar posibles fugas de aceite del motor. Sin intercambiar palabra, cada uno parecía saber exactamente lo que tenía que hacer. Una vez que hubieron terminado, uno de ellos apretó el botón de arranque y el motor sonó perfecto. El resultado de la carrera fue que Honda ganó.

Sigue sonando a proceso industrial, pero hay matices: Ya no solo pretende la obtención de un producto final sin fallos, sino que trata de involucrar a toda la organización (“total”) y satisfacer no solo a los clientes externos, sino que contempla las necesidades de los empleados, accionistas, sociedad en general... Para ello se potencian los recursos disponibles: personas, materiales, tecnología, etc., lo cual permite ir encontrando puntos en común. Se decía anteriormente que “en los círculos sanitarios, y más concretamente en los psiquiátricos / salud mental, ha existido una reticencia, cuando no animadversión, a asumir los programas de calidad como parte integrante del quehacer cotidiano”. Pues bien, tratemos de reconvertir la definición de Calidad Total, aplicándolo al modelo de Psiquiatría Comunitaria.

² El concepto “total” significa que debe implicar a la “totalidad” de la organización

EL MODELO EUROPEO DE CALIDAD TOTAL (E.F.Q.M.)





Quedaría más o menos así: **“Un sistema de gestión a través del cual el centro X satisface las necesidades y expectativas de sus pacientes, de sus profesionales, de los polí- ticos sanitarios y de la comunidad en general, utilizando los recursos de que dispone: personas, materiales y tecnología”**. Esto ya consue- na más y podría suscribirlo (creo) cual- quier profesional sanitario.

El modelo de autoevaluación de la EFQM (asumido por el Servicio Vasco de Salud) sirve a las empresas, organizaciones de servicios, etc., de guía y comparación de su posición respecto a organizaciones similares; analiza sus puntos fuertes y débiles y permite establecer planes de mejora basados en datos. Consta de 9 criterios de evaluación: 5 criterios agentes y 4 criterios resultados, cada uno de los cuales se divide a su vez en varios subcriterios. Los crite- rios agentes indican cómo debe actuar un Centro con un sistema de gestión de calidad total. Los criterios resultados reflejan lo que el Centro está logrando.

Tras completar el proceso de autoevaluación, la organización deberá responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué puntos fuertes hemos identificado que deben mantenerse y aprovecharse al máxi- mo?
- ¿Qué áreas de mejora reconocemos y con- sideramos como de máxima importancia a abordar?
- ¿Qué planes de mejora vamos a emprender?
- ¿Cómo vamos a supervisar los planes de mejora acordados?

RESUMEN UNIDADES ASISTENCIALES 1996

Unidad	Camas	Plazas
UNIDAD DE CORTA ESTANCIA B	34	
UNIDAD DE CORTA ESTANCIA 1	36	-
UNIDAD DE CORTA ESTANCIA 2	37	
UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA	48	
TALLER DE ZAMUDIO		15
TOTAL	155	15

En definitiva se trata de:

- Hacer un diagnóstico de situación (¿Cuál es la situación actual de la empresa?)
- Plantear de una forma realista el objetivo final (¿Dónde se quiere estar?)
- Implantar un plan de mejora por objetivos
- Comprobación y ajuste de los resultados

Integración de los programas de calidad en los Planes de Gestión

Obviamente, para que no entrar en contra- dicción, los programas de calidad deben enca- jar en los planes de gestión de los centros: Planes Estratégicos (planificación a cuatro años), Planes de Gestión (anuales) y Planes de Calidad, deben armonizar para que se produz- can los resultados deseados. Además, deben ser coherentes con los Planes Estratégicos de Salud Mental. A continuación se expone un ejemplo práctico.

Indicadores. 1996

Servicios	Camas	E/Media	I/Ocup.
Corta estancia	96	25,46	84,57
Media estancia	48	164	93,61



SITUACIÓN 1996

Puntos Fuertes	Puntos Débiles
No larga estancia Tradición en la atención al T.M.S. Buena formación de los Profesionales Mantenimiento de Docencia MIR/PIR	Exceso de camas de corta estancia Baja productividad Carencia de Programas específicos Indefinición en cuanto al futuro

Factores del Entorno

Amenazas	Oportunidades
Incertidumbre del entorno institucional Ausencia de una planificación global de la asistencia psiquiátrica.	Demanda de asistencia adecuada para un hospital psiquiátrico.
Controversia sobre el modelo atención. Cuestionamiento del papel de los HH.PP	Saturación de la red extrahospitalaria de salud mental
Sistema de contratación de personal poco adaptado (Sistema Público)	Pertenencia a la red pública de asistencia sanitaria.
Distancia respecto a los núcleos de población	Asistencia sectorizada
Competencia de otros hospitales	Saturación S. Urgencias de HH. Generales

Factores Internos

Debilidades	Fortalezas
Poca cultura de gestión	Profesionales con buena preparación y motivación.
Sindicatos poco flexibles	Organización suficientemente flexible para dar respuesta a los cambios en la demanda de usuarios e instituciones.
Comunicación interna y externa deficiente	Accesibilidad de la dirección
Déficits estructurales de las instalaciones	Instalaciones amplias y adecuadas a las necesidades de usuarios, familiares y clientes internos
Elevados costes de infraestructura y de servicios generales	Modelo asistencial propio, integral, con una comprensión global de la asistencia
Déficit en los sistemas de información	Tradición de acreditación docente



Ejemplo práctico de aplicación de los Modelos de Gestión de Calidad

Como no se trata de hacer una exposición exhaustiva de lo que son los modelos de calidad, sino de dar una pincelada de su aplicación a la práctica cotidiana, se utilizará como ejemplo lo desarrollado en el Hospital Psiquiátrico de Zamudio.

El Hospital Psiquiátrico de Zamudio, pertenece a la red de servicios de salud mental de Osakidetza–Servicio Vasco de Salud. Las relaciones entre el Departamento de Sanidad y las distintas organizaciones de Osakidetza, se articulan mediante el “Contrato–Programa”. Este contrato se negocia y firma por los gerentes de los centros con la Dirección Territorial de Sanidad y en él se establece: cartera de servicios; volumen de actividad; actividad contratada; compromisos de calidad; facturación y financiación.

El Hospital Psiquiátrico de Zamudio se inauguró en 1969 y se encuentra situado a 10 kms. de Bilbao, aproximadamente. Ubicado en una finca de 95.000 m², existen dos edificios principales, el primero de los cuales incluye las unidades de corta y media estancia, servicio de admisión, administración, servicios hosteleros y servicios generales. El segundo está destinado a Unidad de Rehabilitación. Entre ambos existe un pabellón para terapia ocupacional, gimnasio, cafetería, etc., y una pista de deportes.

Como servicios de apoyo cuenta con Medicina Interna, Psicología Clínica, Farmacia, Laboratorio, Informática, Salud Laboral y Biblioteca, siendo esta de referencia para el conjunto de la red de salud mental. Desde 1972, y de forma ininterrumpida, se cuenta con acreditación para la formación MIR y PIR.

A destacar que, aún tratándose de un hospital monográfico, al ser de creación relativamente reciente (1969) nunca ha tenido unidades de

OBJETIVOS ASISTENCIALES

- Asunción de las urgencias psiquiátricas del sector asignado
- Instalación de 2 camas de observación (estancias <24 horas)
- Reconversión de una de las 3 U.C.E. en U.M.E.
- Cobertura a la hospitalización de agudos con reducción del 30% de las camas
- Implantación y explotación del Programa PMC en las U.C.E.
- Reconversión del “Pabellón de Crónicos” en Unidad de Rehabilitación
- Definición de los programas de Media Estancia y Rehabilitación
- Apertura de 2 Hospitales de Día (Zamudio y Barakaldo)
- Traducción e implantación de la Escala HoNOS en Rehabilitación
- Aplicación de la Escala HoNOS como indicadores de resultados y financiación adicional del Servicio de Rehabilitación.

OBJETIVOS ASISTENCIALES

- Programa funcional para la remodelación de las unidades de hospitalización
- Cableado en fibra óptica del Hospital
- Dotación de ordenadores a la totalidad del personal
- Encuesta de satisfacción del personal
- Autoevaluación según modelo EFQM
- Implantación de la Contabilidad Analítica



larga estancia. Las unidades asistenciales con que contaba en 1996 eran las siguientes:

RESUMEN UNIDADES ASISTENCIALES 1997

UNIDAD	CAMAS	PLAZAS
SERVICIO DE URGENCIAS CAMAS DE OBSERVACIÓN	2	
UNIDAD DE CORTA ESTANCIA 1 UNIDAD DE CORTA ESTANCIA 2	36 37	
UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA UNIDAD DE REHABILITACIÓN	34 48	
HOSPITAL DE DÍA DE ZAMUDIO HOSPITAL DE DÍA DE BARAKALDO		20 15
TOTAL	155 + 2	35

El rendimiento, en cuanto a estancia media e índice de ocupación, era:

La estancia media de las unidades de “agudos” (25,46 días) era sensiblemente superior a la de unidades del entorno. Al margen de otras consideraciones, la baja ocupación (84,57%) y la elevada estancia media hacía evidente que el número de camas de corta estancia estaba sobredimensionado. Por otra parte, el desarrollo de unidades de psiquiatría en hospitales generales, coherente con la Ley General de Sanidad y la asistencia comunitaria, suponía un riesgo cierto para la continuidad de estos programas en un hospital monográfico.

El Servicio de “Media Estancia” daba cobertura a pacientes “crónicos” de difícil ubicación en otros recursos (en aquél momento apenas existían recursos intermedios) y aunque desde hacía tiempo existía un plan de reconversión en un servicio de rehabilitación, no se habían instaurado programas específicos.

La realidad era que existían serias dudas respecto al futuro del hospital, o al menos sobre el tipo de actividad que podría prestar, habiéndose llegado a ofertar camas a los Servicios Sociales de Diputación para casos

de descompensación de residentes en sus residencias de ancianos.

Plan Estratégico

Se convocó un equipo de trabajo, multidisciplinar, con participación de todos los estamentos, que elaboró una primera autoevaluación y el consiguiente Plan Estratégico. El análisis de la situación fue el siguiente:

Plan de Gestión

Se consensuaron con los Servicios las líneas de actuación, objetivos asistenciales, indicadores de calidad, actividades docentes y de investigación, etc.

Se negociaron con la Dirección Territorial de Osakidetza los nuevos programas y su financiación, firmando el correspondiente contrato programa. Dentro de los objetivos alcanzados cabe destacar:

- Se reconvirtió una de las tres U.C.E. en Unidad de Media Estancia, asumiendo con las dos restantes la hospitalización de corta estancia de los sectores asignados sin que se produjera falta de camas.
- La antigua unidad de “crónicos” se convirtió en un Servicio de Rehabilitación, dotado de programas específicos. A su vez, y desde el propio Servicio se adoptaron iniciativas como:
 - Apertura de 2 Hospitales de Día
 - Traducción e implantación de la Escala HoNOS, utilizada desde entonces para la evaluación y como indicador de resultados (evalúa aspectos psicopatológicos, cuidados de enfermería, situación social, etc., tanto al ingreso como durante el mismo y al alta).
 - Se consiguió una financiación adicional en la negociación del Contrato Programa con



el Departamento de Sanidad, mediante las escalas de evaluación y la diferencia de puntos al ingreso y al alta (puntos de mejora).

El rendimiento, en cuanto a estancia media e índice de ocupación fue:

Indicadores. 1997

Servicios	Camas	E/Media	I/Ocup.
Corta estancia	3 6	16,70	91,90
Corta estancia 2	3 7	17,71	88,14
Media estancia	3 4	79,58	93,63
Rehabilitación	4 8	101,97	92,31

Comparando las cifras con las de un año antes se observa una espectacular reducción de la estancia media en las unidades de corta estancia, aumentando sensiblemente la ocupación.

Situación actual

Se firman Contratos de Gestión entre los Servicios y la Dirección del Hospital, en los que se plasman los objetivos y compromisos en cuanto a actividad asistencial, calidad, docencia e investigación, financiación, etc. Mensualmente se hacen reuniones de seguimiento en las que se revisan los niveles alcanzados. La suma de los Contratos de Gestión con los Servicios, constituye el Contrato Programa que firma el Centro con el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Programas Asistenciales

- Han pasado cinco años, en los cuales se ha seguido en la línea de externalización de programas.
- En la figura anexa se plasma la evolución en cuanto a la proporción camas/plazas de programas ambulatorios (155/15 en 1996 y 131/130 en 2002).

- A los hospitales de día de Zamudio y Barakaldo se ha añadido el de Erandio, sumando entre los tres 60 plazas.

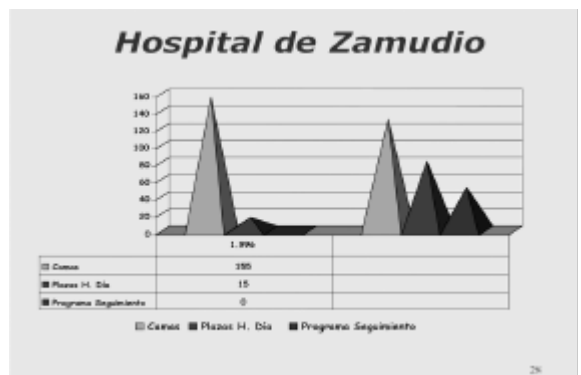
- Se han iniciado programas de seguimiento, fundamentalmente destinados a pacientes con EMS (enfermedad mental severa) en los que están incluidos aproximadamente 50 pacientes.

- El Servicio de Rehabilitación se ha consolidado. En la actualidad constituye, junto con la red de hospitales de día y programas de seguimiento, una Unidad de Gestión Clínica (agrupación de dispositivos, programas y recursos, con responsabilidad de atención a un proceso determinado —en este caso la Enfermedad Mental Severa de Curso Crónico—).

- Las Unidades de Corta Estancia no solamente han asumido la demanda de los sectores correspondientes, sino que ha ampliado su ámbito de actuación a una zona de Bilbao (Deusto y San Ignacio) anteriormente responsabilidad del Hospital de Basurto.

- Se han desarrollado e implantado protocolos y guías de práctica clínica.

- Implantación del Programa de Unidosis para la dispensación del Servicio de Farmacia.





Política y Estrategia

AREAS DE MEJORA PRIORIZADAS (2002-2006)

1. - Realizar bianualmente la Encuesta de satisfacción del personal, con objeto de analizar tendencias y causa-efecto del enfoque	17. - Culminación de mapa de procesos
2. - Implicación de los líderes de la organización en la divulgación a todos los niveles de la organización del Plan Estratégico. - Incluir en los Planes de Gestión por Servicios, por servicios, objetivos de divulgación del Plan estratégico.	18. - Culminar la definición de procesos estratégicos, claves y de apoyo.
3. - Establecer un protocolo de acogida al personal de nueva incorporación	19. - Definición de indicadores de seguimiento de los procesos
4. - Alcanzar los objetivos de rendimiento del Proceso de Hospitales de Día.	20. - Mantener la realización de cursos EFQM para mandos intermedios
5. - Desarrollo del proceso de Voz del cliente (Proceso Crítico): - Explotación de las nuevas Encuestas de Satisfacción de Clientes y Familiares - Explotación de las nuevas encuestas ESC ESF - Fijar objetivos de las encuestas - Diseño de mecanismos de percepción de los grupos de interés (CSM, unidades de agudos de Hospitales Generales, Departamento de Sanidad y Osakidetza) - Seguimiento y acciones de mejora de acuerdo con el Subproceso de sugerencias, quejas y reclamaciones. - Explotación de la encuesta por servicios para introducir planes de mejora	21. - Establecer un plan de recogida, análisis y respuesta de las sugerencias del personal con objeto de garantizar la información ascendente.
6. - Alcanzar objetivos de indicadores de rendimiento de los procesos clave tanto asistenciales como económicos.	22. - Impulsar las relaciones con los Centros de Salud Mental con objeto de asegurar la compatibilización de las culturas de la organización y un incremento en el valor de la cadena logística.
7. - Agilizar Cuenta Explotación por Servicios.	23. - Completar la definición de indicadores de algunos subprocesos económico financieros.
8. - Establecer mecanismos de evaluación y revisión (auditorias, indicadores, etc.) de protocolos y guías de práctica clínica.	24. - Mediante el proceso de Benchmarking establecer comparaciones con otras instituciones sanitarias y con las mejoras prácticas.
9. - Alcanzar los objetivos marcados en el proceso de Voz del Cliente.	25. - Establecer un plan de incentiación dirigido a incrementar la implicación y asunción de responsabilidades.
10. - Establecer un clima de innovación y creatividad mediante el uso de recursos de información y conocimiento (creación de una red de Intranet del Hospital de Zamudio y página WEB.	26. - Creación del Proceso Gestión del Conocimiento (Establecer un sistema de gestión de la información y el conocimiento de las actividades de aprendizaje, incorpo rándolo a la implantación y desarrollo de los procesos (formación estructurada y sistemática de acuerdo al plan estratégico, la autoevaluación, y los diferentes procesos)
11. - Ejecutar los planes de mejora de acuerdo con la ESP	27. - Mejora en la comunicación de los cambios introducidos en los procesos a todos los grupos de interés (personas de la organización; protocolización, "manual de procedimientos").
12. - Establecer un plan de formación de la tecnología informática existente (aplicaciones de Osakidetza)	28. - Mejorar el diseño de un cuadro de mandos integral que permita incorporar indicadores y objetivos estratégicos, asistenciales y económico-financieros.
13. - Implantación de la Unidad de Gestión Clínica de Media Estancia.	29. - Adecuar los RRHH en función del plan estratégico de 2002-2006
14. - Desarrollo de equipos multidisciplinares y flexibles para mejorar la forma de trabajar, estableciendo mecanismos de control y ajuste para su seguimiento.	30. - Ampliación y desarrollo de la gestión por procesos a los diferentes niveles asistenciales.
15. - Impulsar la explotación de algunas tecnologías existentes (Zaineri, Menus, Unidosis)	31. - Continuar la gestión de procesos estandarizados.
16. - Adaptar la Ley de Protección de datos y el protocolo desarrollada por Osakidetza a la organización	32. - Implantación de la "Unidad de Gestión Clínica Margen Derecha".

Area de Atención al Cliente

- Implantación del SAPU (Servicio de atención al paciente y usuario) con el compromiso de resolución y respuesta escrita en plazo < 1 mes.

- Diseño e implantación de la Encuesta de Satisfacción del Cliente.
- Diseño e implantación de la Encuesta de Satisfacción de familiares.



Infraestructuras

- Se ha conseguido financiación para la remodelación de las unidades de hospitalización (4.000.000 de euros –665.000.000 ptas-) cuyas obras han comenzado en enero de 2002.
 - Se han desarrollado los sistemas de información:
- a) Cableado en fibra óptica.
 - b) Dotación de ordenadores a la totalidad del personal asistencial, con acceso a la Intranet de Osakidetza, Internet, Bases de Datos, y Correo Electrónico.
 - c) Acceso en tiempo real a la totalidad de los datos clínicos de los pacientes.

Establecimiento de la “Historia Clínica Informatizada”, con escaneado de las historias.

Docencia

- Se mantiene la acreditación para la docencia MIR/PIR, habiendo continuado la asignación de un MIR por año.
 - Efectúan rotaciones por el Servicio de Rehabilitación MIR de otros hospitales y de otras CC.AA.
 - Además se participa en la docencia postgrado de:
1. Escuela de Enfermería de la UPV (Universidad de País Vasco).
 2. Practicum de la Facultad de Psicología de la UPV.
 3. Practicum de la Facultad de Psicología de la Universidad de Deusto.

4. Pregrado de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Deusto.

Plan de Comunicación

P.C. Interno:

Se elaboró en 2001 una Encuesta de Satisfacción del Personal, a partir de la cual se identificaron áreas de mejora. La ESP se repetirá bianualmente. Se publica trimestralmente un “Boletín Informativo”, que ha permitido difundir las actividades, novedades, proyectos, etc., a la totalidad del personal.

P.C. Externo:

Entre otras actividades, se han venido desarrollando anualmente (en 2002 por quinto año consecutivo) las “Jornadas de Rehabilitación del Hospital de Zamudio”.

En 1996 se reanudó la publicación de la “Memoria anual de actividades”, interrumpida años atrás. Probablemente, la evolución de las memorias es significativa en cuanto a lo que tiene de simbólico de la evolución del hospital:

- En 1996 se elaboró una memoria clásica (impresa en papel).
- En 1997 se hizo un tríptico, donde se reflejaban los principales datos y se introdujo un diskette con la totalidad de los datos (asistenciales, económicos, recursos humanos, servicios generales, etc.).
- En 1998 se sustituyó el diskette por un CD, lo que aumentó la capacidad de los datos a incluir.
- En 1999 se modificó la configuración (un cuadernillo) y en el CD se incluían, a texto completo, todas las aportaciones a jornadas, congresos, etc., hechas por los distintos profesionales del hospital, así como los conteni-



dos de las ponencias de las jornadas organizadas. En 2000 se presentó la memoria al Premio Avedis Donabedian, obteniendo en el 2001 el "Premio a la Mejor Memoria Hospitalaria".

planificación, pero es imprescindible la participación de los clínicos y su compromiso en el diseño para conseguir su implantación y evitar un uso perverso.



F. Chicharro Lezcano

Conclusiones

Los programas de calidad son integrables en el ámbito de salud mental y pueden constituir herramientas válidas para la evaluación y la

BIBLIOGRAFÍA

1. Parra B, Temes JL. *Gestión Clínica*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana 2000.
2. Chicharro, F. La salud mental ante los nuevos modelos de gestión. *Norte de Salud Mental*. 2002. Vol IV nº 15: 43-48.
3. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios. Fundación Signo. Noviembre 2000.
4. European Foundation for Quality Management. Modelo EFQM de Calidad Total. En: http://www.euskalit.net/calidad_total/el_modelo_efqm.htm.
5. European Foundation for Quality Management. Autoevaluación: Directrices para el sector público. 1996.
6. Roura P. Indicadores de la utilización de los servicios de atención psiquiátrica. *Aula Médica Psiquiátrica* 2000; 2:87-96.
7. Memorias Hospital Psiquiátrico de Zamudio (1996-2002).



Síntomas corporales y abordaje Psicopedagógico de las crisis de Angustia y Agorafobia(*)

Oscar Martínez Azumendi

Psiquiatra • CSM Uribekosta • Bizkaia

Como estamos viendo en el trascurso de las Jornadas, el cuerpo forma una unidad indisoluble con la mente, influyéndose entre sí de formas múltiples y coloristas. Sin embargo, esta unidad de funcionamiento es considerada por el paciente, la mayor parte de las veces, de manera dualista y, lo que resulta más confusivo para él y para los que le rodean, de forma excluyente entre sí.

Esto es particularmente evidente en los trastornos por ansiedad, donde la activación vegetativa hace presuponer en el que la sufre diferentes etiologías somáticas. Sin embargo, es en el trastorno de angustia o episodios paroxísticos de ansiedad en forma de crisis, donde el paciente entra literalmente en pánico al atribuir a los terroríficos síntomas somáticos una causalidad y, sobre todo, una potencialidad catastrófica. La "corporalidad" de la sintomatología es tal que motiva con frecuencia la consulta a los Servicios de Urgencia, donde a pesar de no encontrarse una causa claramente orgánica y tranquilizar momentáneamente al sujeto, no previene ante futuras crisis de ansiedad.

Las crisis de ansiedad pasan la mayor parte de las veces por los Servicios Sanitarios con un diagnóstico en negativo o por exclusión (es decir: "no tiene nada" o "son los nervios"), pero sin alcanzar un diagnóstico en positivo o concreto con sus demás condicionantes asociados ("son crisis de ansiedad, sus características son estas..., aconsejándose este tratamiento específico"). Ante la falta de un diagnóstico de este tipo, además de las muchas veces asocia-

das dificultades personales para reconocer una causa psiquiátrica a sus padecimientos, el paciente se embarca en un tedioso proceso de búsqueda de causas somáticas que, además del consiguiente gasto sanitario asociado, acompañan a la cronificación del cuadro y el desarrollo de conductas de evitación agorafóbica secundaria.

Muchas de las dificultades personales para reconocer o aceptar otros puntos de vista para explicar el origen de las sensaciones corporales, van cediendo y disminuyendo en intensidad con el establecimiento de vínculos de confianza con el profesional que le atiende. Pero, por otra parte, este desarrollo del vínculo se ve dificultado por el desbordamiento de los Servicios Públicos, en los que en muchos casos recurrimos en exceso a los abordajes casi exclusivamente farmacológicos, con una relativamente escasa disponibilidad para las actuaciones "en crisis".

El carácter abrumador y potencialmente incapacitante de la sintomatología del trastorno de angustia, junto a la intensidad de las defensas desarrolladas, reclamaba una actuación más activa e intensiva que la que disponíamos en la práctica habitual. Percibíamos la necesidad de una intervención intensa, activa, directa y clarificadora, de corta duración, en el primer momento de la demanda. Preferiblemente grupal, no solo por la economía de medios que este encuadre favorece, sino por la oportunidad de aprovechar diferentes fenómenos terapéuticos exclusivos del grupo, como es la universalización del conflicto, aprendizaje vicario o la instilación de esperanza, entre otros.

(*) II Jornadas Interautonómicas del Norte. Segovia. Diciembre, 2002.



El objetivo básico de la experiencia sería divulgar un mayor y mejor conocimiento del proceso, así como ayudar a sus componentes a mejorar algunas estrategias de manejo de los problemas que pudieran afectar sus vidas, por lo que parecía que la orientación psicopedagógica era la más indicada para encuadrarla. Las técnicas psicopedagógicas se han desarrollado sobre todo para pacientes psicóticos y escasamente en los neuróticos sobre los que inciden el grueso de las psicoterapias. Por otra parte, Cooper (1), señala que en pacientes con un predominio del componente biológico de su enfermedad, la insistencia prematura en la comprensión dinámica o en responsabilizarles de sus síntomas no solo sería inútil, sino que a largo plazo podría ser potencialmente perjudicial, contribuyendo a la pérdida de autoestima y al fortalecimiento de las defensas masoquistas. Muy de acuerdo con este autor, nos parece que en muchos trastornos neuróticos y especialmente en el caso del trastorno de angustia, las técnicas psicoeducativas, junto a la farmacología si aparece como necesaria, podría ser un abordaje inicial, básico e incluso en cierto modo imprescindible, para posteriormente considerar otros encuadres psicoterapéuticos.

Habiendo presentado el diseño del taller en mayor extensión en otro lugar (2), los objetivos generales quedan resumidos en la tabla I, mientras que su diseño esquemático se presenta en la tabla II. Para su realización son necesarios unos materiales mínimos tales como:

- a) Manual para el paciente que recoja la mayor parte de la información a suministrar al paciente y familiar.
- b) Cuestionarios, escalas, casos clínicos, así como otra documentación de apoyo, con especial cuidado en la calidad de las fotocopias utilizadas.
- c) Videorregreductor y TV.
- d) Ordenador e impresora.
- e) Fotocopiadora.

Los contenidos se estructuran básicamente en dos grandes grupos: "Tareas" y "Sesiones". Las Tareas son aquellas actividades que deberá realizar el paciente individualmente en su domicilio, antes de cada una de las Sesiones que tendrán lugar de forma grupal en el Centro

de Salud Mental. Las Tareas vendrán marcadas y dirigidas a través de la documentación oportuna, entregada en el momento en que se decide su participación en el taller y al final de cada una de las sesiones. A continuación se describen cada una de estas tareas y los contenidos de las sesiones.

Tarea 1:

- ◆ Leer los Capítulos 1 al 5 del libro "Crisis de Pánico y Trastorno de Angustia. Manual para el Paciente" (Tabla III). Sus contenidos se corresponden con aquellas preguntas que a lo largo de nuestra experiencia es más probable que inquieten a los pacientes con este trastorno. En un primer momento, este material era mecanografiado y distribuido en forma de fotocopias. En la actualidad ha sido impreso y editado en forma de libro para su distribución gratuita entre pacientes de Atención Primaria y Servicios Especializados y que no necesariamente participen en el taller (3). El texto completo también está disponible a través de Internet (4).
- ◆ Responder el Cuestionario clínico autoaplicado nº 1. Junto a una valoración general de la intensidad y frecuencia de la ansiedad y crisis asociadas, explora un amplio número de síntomas corporales agrupados por sistemas, además de las cogniciones acompañantes y fobias desarrolladas. Su objetivo es la exploración y autorreconocimiento de la principal sintomatología asociada con el trastorno de pánico. El cuestionario se ha diseñado ampliándose y adaptándose de otros instrumentos existentes (5-7). Otros cuestionarios podrían ser utilizados, dependiendo del interés de los responsables del taller.
- ◆ Responder el Cuestionario de autoevaluación nº 1. Que motive a la lectura del material teórico entregado, así como refuerce y dirija la atención hacia algunos de los aspectos más importantes de esos capítulos. Se corresponde con las preguntas 1 a 7 del final del manual.



Sesión 1:

- ◆ Presentación de participantes y objetivos principales. Explicación del encuadre e importancia de la confidencialidad. Explicación de la posible aparición de malestar o incluso crisis en alguna persona por activación secundaria a los propios contenidos del taller, sugiriendo la mayor espontaneidad para comunicar sensaciones.
- ◆ Recogida del cuestionario sintomatológico nº 1.
- ◆ Visionado (40 minutos aproximadamente) de unos extractos seleccionados de dos videos (8–9) sobre el tema. Su objetivo es complementar el material leído y presentar de forma didáctica los aspectos básicos del trastorno. Podría sustituirse por una exposición de tipo magistral, apoyada en transparencias o diapositivas.
- ◆ Valoración y discusión grupal del cuestionario sintomatológico nº 1. Estas puntuaciones habrán sido rápidamente informatizadas durante el visionado del video, mediante una hoja de cálculo diseñada con este fin (Excel 7.0). Una vez terminado el video podrán repartirse las medias acumuladas por todos los participantes hasta ese momento (ver Tabla IV). En caso de existir limitaciones logísticas para el rápido procesamiento de los cuestionarios, esta actividad podría llevarse a cabo en los primeros momentos de la 2ª Sesión.
- ◆ Recogida y control de cuestionarios de autoevaluación. Discusión de respuestas.
- ◆ Discusión libre en torno al tema.
- ◆ Entrega del material para la próxima sesión.

Tarea 2:

- ◆ Leer Capítulo 6 del “Manual del Paciente”
- ◆ Responder Cuestionario de autoevaluación

nº 2. Se corresponde con las preguntas 8 a 16 del Manual.

- ◆ Hacer Redacción nº 1. Su objetivo sería dirigir la atención del paciente hacia otros aspectos difíciles de su existencia y que pudieran pasar desapercibidos tras la aparatosidad de los síntomas. Para ello se habrá entregado una hoja en blanco con el siguiente encabezado “Dedique unos minutos a pensar sobre Vd. mismo/a. A continuación escriba en esta hoja aquellos aspectos de su vida de los que no está suficientemente satisfecho/a y que considera merecen una atención especial”.

Sesión 2:

- ◆ Aclaración de posibles dudas de la sesión anterior.
- ◆ Recogida y control de cuestionarios de autoevaluación. Discusión de respuestas.
- ◆ Discusión libre en torno a los tratamientos farmacológicos.
- ◆ Discusión de las redacciones.
- ◆ Entrega del material para la próxima sesión.

Tarea 3:

- ◆ Leer Capítulos 7 a 9 del “Manual del Paciente”.
- ◆ Responder Cuestionario de autoevaluación nº 3. Preguntas 17 a 23 del Manual.
- ◆ Hacer Redacción nº 2. Su objetivo es dirigir la atención a las relaciones familiares, forzando de algún modo al intercambio de opiniones y la reflexión personal. Se habrá entregado una hoja en blanco con el siguiente encabezado “Algunos de sus problemas o limitaciones personales pueden estar preocupando o afectando a personas de su entorno. Busque un momento tranquilo y



pregúnteles directamente su opinión, dudas o necesidades de aclaración. A continuación medite sobre lo que se le ha dicho, busque posibles respuestas y refleje todo ello por escrito en el resto de la hoja”.

Sesión 3:

- ◆ Aclaración de posibles dudas de la sesión anterior.
- ◆ Recogida y control de cuestionarios de auto-evaluación. Discusión de respuestas.
- ◆ Discusión libre en torno a técnicas y formas de afrontamiento de las dificultades, cuidando lo máximo posible las intervenciones espontáneas, sobre todo en lo referente a aspectos relacionales.
- ◆ Discusión en torno a las aportaciones y sugerencias de familiares.
- ◆ Entrega del material para la próxima sesión.

Tarea 4:

- ◆ Lectura de Textos y Casos Clínicos. Se habrán entregado fotocopios y algunos textos históricos y casos reales redactados de forma autobiográfica. En caso de no disponerse de un material semejante, pueden ser tomados de la dirección de Internet21 o extraerlos de los libros de casos del DSM III R (10) (pág. 67, 157, 217, 436...), DSM IV (11) (pág. 147, 212, 486...) u otros.
- ◆ Trasmisión y discusión con los familiares de las respuestas dadas a sus dudas en la sesión. Su objetivo es propiciar un nuevo intercambio de opiniones, reforzando la necesidad de comunicación directa.
- ◆ Hacer Redacción nº 3. El objetivo es responsabilizar y hacer protagonista al propio paciente de su solución, intentando distanciarle de posturas pasivas o nihilistas. Se entregará una hoja con el texto : “En base a

lo aprendido hasta el momento, dedique unos minutos a pensar como podría ayudarse Vd. mismo/a a mejorar su estado. Refleje por escrito posibles técnicas y estrategias a desarrollar. No se limite a anotar conceptos generales, sino que debe precisar lo más posible sus proyectos”.

Sesión 4:

- ◆ Aclaración de posibles dudas de la sesión anterior.
- ◆ Valoración y discusión de posibles estrategias de superación personal, con especial hincapié en aquellas utilizadas en caso de una eventual mejoría.
- ◆ Reforzamiento de estas estrategias y señalamiento de aquellas otras que pudieran ser de utilidad.
- ◆ Aclaración de dudas finales.
- ◆ Completar Cuestionario Clínico nº 2. Consistente en las mismas preguntas generales del cuestionario nº 1.
- ◆ Responder Encuesta de Satisfacción y Sugerencias. Diseñada específicamente para el taller.

Sin haber realizado un estudio específicamente dirigido a la medición de los resultados observables, la comparación de los cuestionarios clínicos utilizados antes y después de la experiencia, así como los de satisfacción en pacientes y familiares apuntan a la utilidad clínica del taller así como una satisfacción considerable con el mismo (2).

Una vez finalizado el taller, la disposición de los pacientes es diversa. En algunos casos concretos se han devuelto para su seguimiento a A.P. Otros reciben nuevas consultas programadas de seguimiento o son incluidos posteriormente en programas de psicoterapia más sofisticados. Sin embargo, para una gran mayoría queda



abierta la posibilidad de consultar, a iniciativa personal y dependiendo de su evolución, habiendo observado que la frecuencia y angustia con las que se solicitan estas consultas han disminuido de forma muy evidente. Se recomiendan asimismo otros recursos disponibles. El manual juega un papel muy importante en el apoyo posterior, al poder ojearlo en momentos críticos de rebrotes ansiosos. Igualmente se alienta la participación en "grupos de autoayuda", recientemente desarrollados en nuestro entorno y que pueden jugar un papel muy importante en la evolución de algunos pacientes.

La disponibilidad de gran parte del material del taller en Internet, no sólo ha permitido su consulta a otras personas y familiares afectados, sino que ha beneficiado posteriormente a alguno de los participantes, abriendo de esta forma la posibilidad a unos y otros de ampliar el apoyo gracias a otros recursos específicos del medio ("Chat", grupos de autoayuda a través de foros y correo electrónico, etc.)



Oscar Martínez Azumendi

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Cooper, A.M. Will neurobiology influence psychoanalysis?. *Am. J. Psychiatry* 142: 1395–1402, 1985.
- 2) Martínez Azumendi, O. Taller psicopedagógico para crisis de ansiedad y agorafobia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2001, 78: 127–137.
- 3) Martínez Azumendi, O. *Crisis de Pánico y Trastorno de Angustia. Manual para el Paciente.* OME–Asoc. Esp. Neuropsiquiatría–SmithKline Beecham. Madrid, 1999.
- 4) Martínez Azumendi, O. *La Crisis de Ansiedad, Pánico o Angustia.* [Publicación "online"]. Disponible en URL: <http://www.geocities.com/HotSprings/6333>
- 5) Chambless, D. Caputo, G. Bright, P. Gallaheer, R. Assessment of fear in agoraphobics: The body sensation questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of consulting and clinical psychology*, 1984, 52: 1090–7.
- 6) Cuestionario para la evaluación clínica en neuropsiquiatría (SCAN) Ed. Meditor, Madrid, 1993.
- 7) Cottraux, J. *Terapias comportamentales y cognitivas.* Ed. Masson, Barcelona, 1991.
- 8) Trastorno por angustia [Video] con J.C. Ballenger, J.P. Boulenger y H. Katschnig. Jack Lieb Productions–Upjohn. Chicago, 1987.
- 9) Trastornos por angustia, diagnóstico y tratamiento [Video] con J.J. López Ibor, J. Saiz y J.L. Ayuso. Upjohn, 1990.
- 10) DSM–III-R. Libro de casos. Ed. Masson. Barcelona, 1990.
- 11) DSM–IV. Libro de casos. Ed. Masson. Barcelona, 1996.



- Mejorar conocimientos sobre la enfermedad.
- Frenar escalada de búsqueda de ayuda.
- Confrontar con otras personas en situación similar.
- Dotar de técnicas de afrontamiento.
- Potenciar adhesión al tratamiento.
- Alertar ante riesgos de malos hábitos (medicación, OH, sedentarismo, dieta...).
- Sensibilizar frente a áreas vitales disfuncionantes.
- Informar sobre orientaciones de psicoterapias.
- Apoyar e informar a la familia.
- Mejorar recursos de tratamiento.
- Apoyar al profesional responsable en las primeras semanas del tratamiento.

Tabla I. Objetivos generales del Taller.

- Intervención limitada y condensada.
- Estrategias cognitivo–conductuales.
- No descuidar la necesidad de los participantes de “hablar” y desahogar.
- Atención a factores terapéuticos grupales (interacción, guía, aceptación, altruismo, universalismo, instilación esperanza, aprendizaje vicario...).
- Para crisis de pánico y/o agorafobia.
- 3 a 5 pacientes con un familiar.
- 4 sesiones cerradas.
- Muy estructuradas.
- 90 minutos semanales.
- Durante 1 mes.
- ¿Podría ensayarse quincenalmente durante 2 meses?.
- Puede ofrecerse directamente a AP.



Tabla II. Diseño general del Taller.

1. INTRODUCCION

2. DEFINICIONES

- 2.1 ¿Qué diferencia existe entre el miedo, la angustia y la ansiedad?.
- 2.2 ¿Qué es una crisis de angustia?.
- 2.3 ¿Qué es la hiperventilación?.
- 2.4 ¿Qué es el trastorno de angustia?.
- 2.5 ¿Qué es la ansiedad anticipatoria?.
- 2.6 ¿Qué es la ansiedad generalizada?.
- 2.7 ¿Qué son las fobias ?.
- 2.8 ¿Qué es la agorafobia?.
- 2.9 ¿Qué es la fobia social?.
- 2.10 ¿Qué es la depresión?.

3. FRECUENCIA DE APARICION

- 3.1 ¿Hay muchas personas que les pasa esto?.
- 3.2 ¿Es un trastorno nuevo?.
- 3.3 ¿Es el trastorno de angustia idéntico en todas las personas?.

4. CAUSAS

- 4.1 ¿Cuándo o cómo puede aparecer una crisis?.
- 4.2 ¿Son imaginaciones mías?.
- 4.3 ¿Cual es la causa?.
- 4.4 ¿Es hereditario?.
- 4.5 ¿Son mis síntomas independientes de las circunstancias que me rodean?.
- 4.6 ¿Somos la personas con estos síntomas más "débiles" que los demás ?

5. RIESGOS ASOCIADOS

- 5.1 ¿Puedo acabar con una enfermedad física grave o morir por este trastorno?.
- 5.2 ¿Puedo llegar a perder totalmente la cabeza?.
- 5.3 ¿Se puede afectar mi sexualidad?.
- 5.4 ¿Qué otras consecuencias puede tener?.

6. TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS

- 6.1 ¿Para qué sirven los medicamentos en el trastorno de angustia?.
- 6.2 ¿Qué medicamentos son los apropiados?.
- 6.3 ¿Qué precauciones tengo que tomar si inicio un tratamiento farmacológico?.
- 6.4 ¿Qué tengo que tener en cuenta si me recetan pastillas para dormir?.
- 6.5 ¿Tienen estos medicamentos un alto riesgo de efectos secundarios?.
- 6.6 ¿Qué es la dependencia?.
- 6.7 ¿Qué es la tolerancia?.
- 6.8 ¿Cuanto tiempo tarda en hacer efecto el tratamiento?.
- 6.9 ¿Qué pasa si el tratamiento no funciona?.
- 6.10 ¿Cuanto tiempo puede durar el tratamiento?.
- 6.11 ¿Es suficiente el tratamiento farmacológico para la superación del trastorno de angustia?.

7. TRATAMIENTOS PSICOTERAPEUTICOS

- 7.1 ¿Qué tipo de ayuda profesional puedo buscar?.
- 7.2 ¿Qué es la psicoterapia?.
- 7.3 ¿Qué es la psicoterapia de base psicoanalítica?.
- 7.4 ¿Qué es la psicoterapia de tipo cognitivo?.
- 7.5 ¿Qué es un tratamiento de tipo conductual?.
- 7.6 ¿Qué es la psicoterapia de apoyo?.
- 7.7 ¿Resulta de utilidad un abordaje de familia o pareja?.
- 7.8 ¿Resulta de utilidad un tratamiento en grupo?.

8. ASOCIACIONES DE AUTOAYUDA

- 8.1 ¿Qué son las asociaciones de autoayuda?.
- 8.2 ¿Puedo buscar ayuda en Internet?.

9. ESTRATEGIAS DE SUPERACION PERSONAL

- 9.1 ¿Qué puedo aplicar o utilizar por mi mismo/ a?.
- 9.2 ¿Qué puedo hacer en el caso de repetirse una crisis de angustia?.
- 9.3 ¿Qué puedo hacer para relajarme?.
- 9.4 ¿Qué puedo hacer para mejorar mi sueño?.
- 9.5 ¿Cómo intento dejar de ver la botella medio vacía y verla medio llena?.
- 9.6 ¿Cómo puedo superar el miedo a salir de casa?.
- 9.7 ¿Es bueno que me relacione con otras personas?.
- 9.8 ¿Debo prestar alguna atención especial a mi familia?.
- 9.9 ¿Qué consejos u orientaciones se pueden dar a los que me rodean?.
- 9.10 ¿Puedo hacer ejercicio?.
- 9.11 ¿Es conveniente que siga algún tipo de dieta especial?.
- 9.12 ¿Puedo tomar bebidas alcohólicas?.
- 9.13 ¿Cómo puedo saber si estoy bebiendo demasiado?.
- 9.14 ¿Puedo fumar?.
- 9.15 ¿Qué puedo hacer para mejorar mi sexualidad?.



Tabla III. Contenidos Teóricos desarrollados durante el taller. Se corresponden con el índice del libro "Crisis de Pánico y Trastorno de Angustia. Manual para el paciente".

	nº casos	%	Intensidad (0 a 4)		nº casos	%	Intensidad (0 a 4)
SINTOMAS RESPIRATORIOS							
Ahogo, dificultad para respirar	46	84%	2,5	Visión borrosa	31	56%	1,9
Respiración entrecortada	37	67%	2,3	Moscas volando	14	25%	1,6
Nudo en garganta que dificulta respirar	35	64%	2,2	Dolor de cabeza	30	55%	2,1
Necesidad de aire	52	95%	2,7	Aturdimiento	46	84%	2,2
Suspiros	37	67%	2,1	Inestabilidad	50	91%	2,3
Bostezos	22	40%	2,0	Desvanecimiento	24	44%	2,1
Dificultad para hablar	32	58%	2,0	Debilidad	48	87%	2,5
SINTOMAS CARDIOVASCULARES				Somnolencia	33	60%	2,2
Palpitaciones	49	89%	2,8	Mundo alrededor como cambiado	29	53%	2,5
Taquicardia	49	89%	2,8	Uno mismo como diferente	34	62%	2,4
Dolor en zona del corazón	31	56%	2,3	Nerviosismo	55	100%	3,4
Pinchazos en zona del corazón	26	47%	2,2	SINTOMAS NEUROMUSCULARES			
Opresión en zona del corazón	30	55%	2,2	Temblor de manos o pies	41	75%	2,4
Cara roja, sofocos	42	76%	2,3	Temblor de brazos o piernas	38	69%	2,2
Sensación de calor	45	82%	2,7	Contracciones rápidas en cara	26	47%	1,7
Sensación de frío	29	53%	2,0	Dolores agudos	23	42%	2,7
SINTOMAS DIGESTIVOS				Contracturas de muñeca o tobillo	11	20%	2,0
Sequedad de boca	39	71%	2,2	COGNICIONES			
Salivación excesiva	11	20%	2,0	Voy a vomitar	21	38%	1,7
Dificultades para tragar	32	58%	2,3	Voy a desvanecerme	43	78%	2,5
Nauseas	26	47%	2,2	Tengo un tumor cerebral	20	36%	1,9
Vómitos	10	18%	2,0	Voy a tener un ataque cardíaco	33	60%	2,6
Contractura de estómago	30	55%	2,2	Voy a morir ahogado	19	35%	2,1
Ataque de hambre	18	33%	1,9	Voy a hacer el ridículo	37	67%	1,9
Ataque de sed	23	42%	2,0	Voy a quedarme ciego	6	11%	1,5
Diarrea	24	44%	2,0	Voy a perder el control de mi mismo	47	85%	2,3
Calor/ escozor anal	10	18%	1,9	Voy a hacer daño a alguien	11	20%	2,2
Ganas de defecar	28	51%	2,5	Voy a sufrir un ataque cerebral	24	44%	2,1
SINTOMAS URINARIOS				Voy a volverme loco	32	58%	2,2
Ganas de orinar	33	60%	2,0	Voy a gritar	20	36%	1,7
Orinar a gotas o chorritos	15	27%	2,1	Voy a hablar farfullando	12	22%	2,0
Orinar mucha cantidad	22	40%	1,9	Me quedaré paralizado	29	53%	1,9
Orinar poco y con frecuencia	24	44%	2,1	Me voy a morir	41	75%	2,5
SINTOMAS SENSITIVO/ SENSORIARES				FOBIAS			
Aumento de sensibilidad del tacto	15	27%	1,6	A lugares públicos, espacios abiertos	33	60%	1,8
Sensación rara al tocar	14	25%	1,9	A multitudes, tiendas, teatros	45	82%	1,9
Acorchamiento o adormecimiento de extremidades	36	65%	2,4	A estar solo lejos de casa, viajar solo	47	85%	2,5
Hormigueos	44	80%	2,2	A desplomarse sin ayuda cercana	47	85%	2,5
Picores	10	18%	2,1	A quedar solo en casa	25	45%	1,5
Piel de gallina	24	44%	1,9	A hacer algo en público	17	31%	1,5
Aumento del sudor	46	84%	2,3	A sonrojarse, nauseas, temblar, orinar	28	51%	1,6
Pinchazos	26	47%	2,0	A hablar a un grupo reducido	19	35%	1,3
Dolores punzantes	18	33%	2,4	A hablar en público, por teléfono, a extraños	28	51%	1,7
Zumbidos de oídos	26	47%	2,2	A tormentas, truenos, rayos	19	35%	1,7
Dolor de oídos	7	13%	2,1	A piscinas, lagos, mares	24	44%	2,0
Vértigo, mareo	46	84%	2,6	A algún animal	26	47%	2,3
Flujo nasal (moquillo)	12	22%	1,8	A espacios cerrados, ascensores, puentes	35	64%	2,1
				A alturas, volar	40	73%	2,3
				A sangre, inyección, hospital, dentista	48	87%	2,5
				A contraer enfermedades	41	75%	2,3

Tabla IV. Ejemplo de puntuaciones sintomatológicas medias, acumuladas por los participantes en el taller (35 mujeres y 20 hombres). Esta información, reelaborada con cada nuevo taller iniciado y entregada a cada uno de los participantes, cumpliría un triple objetivo:

- 1) Relativizar y universalizar los síntomas individuales.
- 2) Favorecer y dirigir la discusión.
- 3) Recoger de forma protocolizada información sintomatológica que posteriormente pueda utilizarse con fines clínicos o procesarse con fines de investigación.



Los trastornos de personalidad. Reflexiones sobre la teoría y la relación clínica

Jose Figueira Lois

Psiquiatra. Centro de Salud Mental Coto, Gijón. SESPA.

Pedro Marina González

Psiquiatra. Unidad Tratamiento Toxicomanías, Oviedo. SESPA.

Resumen

Síntesis de las dificultades para la definición y clasificación de los trastornos de personalidad. Se reivindica el relato biográfico y la relación clínica, con su dimensión ética, como límite y base para el conocimiento psiquiátrico.

Palabras clave

Trastornos de personalidad, clasificaciones psiquiátricas, relación clínica, bioética.

Summary

On summarizing the difficulties to classify and clarify personality disorders, we allude to the biographic record and the clinical relationship, with its ethical dimension, as the real limit and foundation of the psychiatric knowledge.

Key words

Personality Disorders, Psychiatric classifications, clinical relationship, bioethics.

“El antiguo relato se ha sustituido por la información, y ese cambio refleja el empobrecimiento progresivo de la experiencia; tanto la personal como la colectiva”

I

Los Trastornos de Personalidad.

1 Introducción

El Dr. Berrios afirma que el único cambio realizado en el siglo XX en el estudio de los trastornos de personalidad es la introducción del método estadístico (clusters y análisis de componentes principales).

Es curioso que la definición de temperamento (cuya esencia sería la de estilo de conducta de fuerte base biológica) y la de trastorno de personalidad es muy similar. Así la C.I.E. 10 habla de: “modos de comportamientos, que tienden a ser persistentes; expresión de un estilo de vida y relación; que aparecen en general en estadios precoces del individuo, como resultado de factores constitucionales o de experiencias vividas”.

Deja un poco borrados dos aspectos fundamentales del concepto de Trastorno de Personalidad:

A/ Es un estilo de vinculación y de relación



social (de defensas personales, modos de afrontamiento y su desarrollo).

B/ Se basa en la existencia de una conducta socialmente desviada o incompetente.

A partir del estudio clásico de Eysenck (con las dimensiones de neuroticismo, extroversión y psicoticismo) se han desarrollado en la actualidad numerosos estudios de orientación biologicista: Gray (inhibición, impulsividad, lucha/fuga) o Cloninger (evitación de daño, búsqueda de novedad, dependencia de recompensa). También el desarrollo de modelos estadísticos (Big Five, Tyrer) o integradores (Millon).

El modelo Big Five se fundamenta en el análisis estadístico de dimensiones de personalidad extraídas del léxico común y que concuerdan en diferentes culturas (neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia, agradabilidad, responsabilidad).

En general se centran en características temperamentales: emocionabilidad, actividad, sociabilidad e impulsividad, que son abstracciones, constructos teóricos y no conductas observables concretas. El interés de autores de hipotetizar unas correlaciones neurofisiológicas parece un tanto "impulsivo".

2 Acerca de lo temperamental.

Parece comprobado que las valoraciones del temperamento tienen cierto valor predictivo de futuros trastornos de conducta o de cambios en contextos futuros.

A/ Se puede considerar también cierta heredabilidad de éste.

Romero y col. hablan de una influencia de las tendencias temperamentales en trastornos disociales, que ellos estiman en un 30%.

Curiosamente los estudios de temperamento están hechos en adultos. La heredabilidad de rasgos se ha observado más en adultos y sin embargo en los estudios de infancia se ha detectado poca correlación entre rasgos de infancia temprana-media y rasgos en la

infancia alta. Por tanto la heredabilidad sería baja. Hasta sería pensable que distintos genotipos den lugar a fenotipos similares.

B/ Otra hipótesis es que las conductas observadas sean **manifestaciones subclínicas** de trastornos psiquiátricos. Así pensaba la psiquiatría tradicional y Kretschmer y Schneider como pioneros acuñaron términos como esquizoide, esquizotípico, anancástico. No obstante los rasgos extremos de temperamento no llevan en un continuum a procesos psicopatológicos; así como tampoco es directa la relación entre psicopatología y rasgos previos de personalidad. Los efectos de los rasgos de temperamento parecen tener que ver más con su significado social.

C/ La dificultad a la hora de evaluar la **vulnerabilidad temperamental** es que los estudios incluyendo el impacto de los factores sociales son necesariamente longitudinales y es necesario siempre volver al terreno del estilo de vinculación y relación social. Lo que a su vez nos lleva, a estudiar el primer vínculo, desarrollo de defensas,...

Es complejo separar lo atribuible a variables temperamentales y lo atribuible a efectos del attachment (vínculo) y sus vicisitudes. En todo caso esto se estudia en la clínica, cuando se hace psicopatología y se maneja la relación terapéutica. En todo caso siempre de manera retrospectiva.

D/ Además un rasgo de personalidad puede ser estable en determinadas situaciones pero no en otras (por ej. manifestarse solo ante determinados estresantes) o el mismo rasgo puede cambiar en su expresión conductual a lo largo del desarrollo (paso de familia a la escuela) o puede cobrar otro significado si está asociado a otras conductas.

Es necesario tener en cuenta que observamos conductas que reciben influencias situacionales, sometidas a las **interacciones sociales**.

El niño es influido por las circunstancias y a la vez moldea el entorno (con sus características modifica también activamente el



medio y las respuestas de éste). En los estudios de la infancia el temperamento está asociado mas claramente a los trastornos emocionales por hechos vitales (ej.: nacimiento de un hermano).

No es posible por tanto fundamentar el estudio ni clasificación de los T.P. exclusivamente en las dimensiones temperamentales ni en las variantes subclínicas de enfermedades psiquiátricas.

3 La Clasificación de los Trastornos de Personalidad

El estudio de los trastornos de personalidad en la nosología actual presenta problemas difíciles de salvar:

1. No sabemos qué magnitudes ni que manera de medirlas es mas apropiada para su clasificación: rasgos de personalidad, dimensiones psicológicas o agrupamiento por prototipos ideales.
2. Un rasgo de personalidad es diferente de un síntoma psiquiátrico, los rasgos tienden a ser egosintónicos e inconscientes; de hecho la ausencia de insight es un criterio diagnostico en varios tipos. De ahí que una clasificación categorial (con criterios operativos) de los trastornos de personalidad se muestre poco eficaz.
3. La introducción de los criterios operativos y la separación en 2 ejes (Eje I de la sintomatología y Eje II de los rasgos de personalidad) ha roto el desarrollo de la psiquiatría del XIX y XX sobre la personalidad y la relación enfermedad / persona.

A/ La clasificación de los T.P. de manera **categorial** basada en rasgos no se sostiene por:
◆ la pobre estabilidad y fiabilidad de los subtipos definidos.

◆ porque se sobreponen los criterios, los casos cumplen criterios para varios subtipos a la vez.

◆ porque se observa escasa correlación entre rasgos de personalidad y el amplio grupo de

personas con estructuras de personalidad que hacen síntomas a menudo muy cambiantes de tipo neurótico.

A la inversa, el diagnóstico de T. de personalidad previa en un trastorno psiquiátrico (eje I), si parece tener valor predictivo no tanto en la aparición de la clínica como en el sentido de evolución con mal pronóstico y escasa respuesta a las terapias.

B/ Los abordajes **dimensionales** reconocen la gradación sutil entre lo normal y lo anormal y son más aplicables a casos específicos complejos elaborando perfiles individuales. No obstante habría que ponerse de acuerdo en a/ cuáles y cuantas serian las dimensiones útiles, b/ donde poner el punto límite de la normalidad y c/ el significado de lo cuantificado (algunas dimensiones son negativas en su exceso, otras en su defecto, e incluso los extremos pueden ser virtuosos)
Hay rasgos que no pueden ser evaluados dimensionalmente (por ej. Las expresiones subclínicas de patología) y simplemente se puede constatar su presencia o no.
Finalmente el abordaje dimensional tendería a centrarse en grupos de perfiles, mas o menos homogéneos y estos acabarían adquiriendo naturaleza similar a la de constructo abstracto. Terminaríamos estudiando grupos de perfiles.

C/ Por ello hay quien defiende que son mejor un número pequeño de grupos amplios, que subcategorías con límites poco claros (Ej.: cluster dramático: Anormalidad en el mantenimiento de relaciones sociales, distinto tipo del patrón esquizoide). O también se propone una clasificación basada en prototipos, es decir modelos teóricos que sirvan de patrones a través de los cuales pueda evaluarse a la gente real. El matiz estaría en el reconocimiento de la heterogeneidad y conservar parte del abordaje categorial y dimensional. La dificultad es, como en los modelos anteriores, la de definir prototipos útiles en la práctica. Además de implicar una habilidad en el manejo simultáneo de criterios, dimensiones,...



4 Los ejes y la práctica (La relación clínica)

A/ Los trastornos psiquiátricos, (eje I) son más explorables con preguntas directas derivadas de los **criterios operativos diagnósticos**. Estos son concretos y objetivables (aunque ello en la práctica sea complejo o controvertible). El desarrollo de los criterios parte de la elaboración de instrumentos de evaluación: **cuestionarios, o entrevistas estructuradas** muy difundidos en la actualidad como método de investigación en nosología psiquiátrica. Para la clasificación de síntomas, (eje I) son útiles; pero como ya dijimos se comprueban menos eficaces para clasificar rasgos de personalidad. Estos tienden a ser inconscientes y egosintónicos; de hecho la ausencia de insight es un criterio diagnóstico en varios tipos.

- En la práctica se observa que existen muchos casos de problemas tratados que no entran en diagnósticos de Eje I, ni de eje II. Bien por presentar síntomas de escasa intensidad, o por tener que ver con dificultades personales (culpa crónica, dificultades en las relaciones de pareja o laborales,...) que no alcanzan el grado de T.P. Un comentario aparte merece la existencia de mucha morbilidad que asociamos a los T.P.: suicidios, violencia, problemas matrimoniales, consumo médico,...

B/ La **observación clínica** ha sido el origen de la definición de los trastornos de personalidad y ésta se hace más basándose en la observación de la conducta del paciente en la consulta, en la observación de su interacción con otros y en el relato biográfico. Escuchando su narración especialmente en lo concerniente a sus interacciones personales. Esto, que es común a cualquier orientación teórica, presenta la dificultad de requerir experiencia y que cuando uno realiza las observaciones ya está inmerso en el juego relacional que el paciente recrea. Efecto de la primacía de los instrumentos de investigación referidos (entrevistas estructuradas, encuestas), y de la propia clasificación que prima criterios categóricos,

es el empobrecimiento cada vez mayor de las observaciones clínicas.

C/ Otra diferencia importante es que el clínico **prioriza** a la hora de la valoración diagnóstica, estableciendo un juicio jerárquico. Ello explicaría la tendencia de los clínicos a dar un solo diagnóstico de T.P.; cuando los instrumentos de investigación dan una media de 3 a 6 diagnósticos por caso.

Podemos pensar que ante la complejidad de la evaluación de una personalidad, el clínico la aborda con una teoría (sea esta la que sea) que le permita salir del caos y negociar con el paciente un diagnóstico. Para ello es necesario un diálogo entre dos referentes culturales, entre dos sistemas; de hecho uno de los intentos de avances en la clasificación psiquiátrica es la introducción de otro nuevo eje de índole cultural. Esta negociación ocurre fundamentalmente porque el clínico tiene en la mente, a la hora de su práctica, algo que tiene que ver con **la ética: el Tratamiento**.

La incertidumbre del diagnóstico es una forma de duda científica, expresión clínica del método experimental que no está reñida con la firmeza necesaria para mantener el curso terapéutico. La decisión diagnóstica requiere el compromiso con un curso de acción.

La tendencia actual hacia la automatización del diagnóstico psiquiátrico, aplicando la probabilidad estadística hace mediocre el diagnóstico, empobrece el pensamiento psiquiátrico y expresa una retirada ante el compromiso terapéutico.

El diagnóstico tiene valor en cuanto sirve a una función de ayuda y por ello incluye: pensar en beneficio del enfermo, establecer una relación afectiva, responder a la pregunta que plantea su cuadro clínico (por qué no se siente bien o por qué continua mal) y prestarse a la planificación terapéutica.



II

Comentario desde la bioética.

Introducción

La Declaración de los Derechos del Hombre y del ciudadano, data de Agosto de 1789. Es el primer paso de la Revolución Francesa hacia la construcción de un estado moderno, basado en la **ley legitimada por el consenso social** y no en el autoritarismo. Sienta así nuevas bases para la relación entre los individuos y las instituciones sociales.

Posteriormente la Convención de la República Francesa en el año III (1795) reconoce: "la necesidad de crear escuelas de medicina diferentes a las antiguas facultades, sedes de saber esotérico y libresco. La nueva escuela ha de ser Templo de la Naturaleza donde se una la práctica y la manipulación a los preceptos teóricos. Abierta a todos; donde se ejerza la practica en el lecho de los enfermos y se enseñe el arte de curar."

Es el comienzo de un proceso de cambios institucionales y legislativos importantes. Los hospitales se transforman en lugares donde el médico se enfrenta a una experiencia teórica de clasificación y denominación de enfermedades, para la que debe formar un campo nosológico estructurado; sintetizar la verdad, oculta en la apariencia de síntomas confusos.

Esto altera la relación del enfermo con la enfermedad, pasando éste a ser un mero accidente de ésta y enfrenta al médico a una experiencia moral: " el hombre que sufre no deja de ser ciudadano".

Así la institucionalización de la clínica significa un cambio estructural esencial para la **coherencia científica de la medicina**, y de su **utilidad social**; a partir del momento en que los hospitales compensan al sistema por su interés para la ciencia. Determinando también la **política de la nueva organización médica**.

Asimismo estamos viviendo en las últimas décadas cambios en el sistema sanitario que tienen su origen en la Declaración Universal de los derechos humanos (1948) y la construcción del Estado de Bienestar.

Es importante recordarlo porque el valor de verdad de una ciencia no se mide únicamente por su estructura interna, por su coherencia y efectividad; sino también por la función que ésta desempeña en cada momento histórico concreto.

En psiquiatría la vinculación de los cambios institucionales y teóricos, con modelos éticos emergentes está expresada en las propias denominaciones: Psiquiatría Moral de Pinel; Psiquiatría comunitaria en el Welfare State; Reforma Psiquiátrica en España, etc.(Un tema de interés es el estudio de la influencia del reformismo, Concepción Arenal, en las instituciones psiquiátricas españolas).

El desarrollo del Estado de Bienestar en nuestro país, no solo coincidió con los procesos de reforma psiquiátrica de los 80 sino también con el amplio desarrollo de la medicina de familia y su modelo de asistencia centrada en la promoción de la salud. Los cambios que ello produjo son complejos para reflexionar aquí. Interesa hablar acerca de los que ello introdujo en la relación médico-paciente por su importancia para la práctica clínica (tratamiento) y sus relaciones con la teoría y la ética.

La relación clínica desde la bioética

La relación médico-paciente propia del siglo XIX era paternalista. En ella el médico manda y el paciente obedece. Hay sólo una ética, la del médico: de **beneficencia y no maleficencia**. El poder es del médico y el paciente es infantilizado; no sólo por su vulnerabilidad física, sino también desde el punto de vista moral, haciéndolo un incompetente moral (recuérdense las discusiones psiquiátrico-forenses sobre los psicópatas del



pasado siglo; origen del desarrollo de las teorías sobre los trastornos de personalidad).

Actualmente la relación clínica es más compleja y horizontal. Tomando el modelo de la economía, el sistema de salud tiene usuarios que partiendo del reconocimiento de los derechos humanos (a la integridad física, a la libertad de conciencia, a la propiedad) pasan a demandar en positivo el derecho a la asistencia sanitaria (**principio de justicia** que compete al Estado) y el derecho a la **Autonomía**, es decir, a un proceso de información suficiente para poder participar en la toma de decisión terapéutica según su sistema de valores y su proyecto vital. (Derecho de Consentimiento informado).

Es cierto que el poder del médico disminuye a favor de una relación más autónoma. Pero el fenómeno en la sociedad actual es de burocratización de ese poder, de manera que éste no reside ya en la persona del médico directamente, pero sí en la institución sanitaria. El poder de la Medicina, de la Estructura Sanitaria, es cada vez mayor en esta sociedad.

I/ **La relación clínica** es definible actualmente como una **relación sanitario–usuario**, en la que intervienen los sanitarios, los usuarios y terceras partes como familia, amigos, jueces... Es un encuentro entre dos desconocidos, en su comienzo, que establecen un proceso (por tanto no instantáneo) en forma de contrato de prestación de servicios (forma jurídica) para el estudio, toma de datos; acomodación y toma de decisiones.

Se produce en función de una necesidad, que en su caso más significativo es una enfermedad, pero abarca otras necesidades. Incluso los conceptos de salud y enfermedad que manejan el sanitario y el usuario pueden no ser plenamente coincidentes.

II/ En la idea de bienestar influye el sistema de valores de cada persona y su propio proyecto de vida. En el **concepto de salud** al menos son necesarios siempre dos niveles de análisis, uno relacionado con los hechos y otro con los valores.

La objetividad no es más que una sutil suma de subjetividades. No obstante la ética no ha de quedar en la subjetividad personal.

En la **medicina hospitalaria** el método es más claro: el de resolución de conflictos. A la hora de establecer un sistema de criterios objetivos y desarrollar el análisis el debate se mueve entre el recuerdo de los principios y la jerarquización de éstos (D. Gracia, 1992), la elaboración de una casuística que permita reunir máximas por consenso, o la atención al proceso de elaboración de soluciones creando los órganos oportunos.

Es necesario no obstante para su desarrollo:

1. Conocimientos y habilidades en ética médica.
2. Incluir en las historias clínicas los factores humanos significativos y los valores en juego, ya que la historia clínica es el elemento de partida para identificar conflictos y elaborar pautas de acción.
3. Reconocer la función de acompañamiento a la soledad del terapeuta que los órganos éticos cumplen.

La peculiaridad en **Salud Mental** igual que en medicina familiar, es que abordamos a personas en sus hábitos y actitudes. No se trata como en la ética hospitalaria de resolución de conflictos: hechos, principios y consecuencias de las actuaciones que decidamos. El proceso es más de educación, a largo plazo, dirigido a las actitudes que se intentan cambiar según hechos/ valores. Para ello es necesario conocer la biografía y los valores de la persona, así como su proyecto vital, por lo que es más útil un método basado en la narrativa, en la novela.

Agradecemos al Dr. Francisco Javier Pérez Montoto por su estímulo para éste artículo y para la búsqueda de otros varios saberes.



Contacto:

José Filgueira Lois, Psiquiatra, CC.S.M. Coto.
C/ Avelino González Mallada s/n. 33204 Gijón.
Tfno. 985366122.

BIBLIOGRAFÍA

1. Atienza, M.: *Juridificar la Bioética* Claves de Razón Practica, Abril 1996, Núm. 61: 2-15.
2. Berrios, G.: *The history of mental symptoms*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
3. Blackburn,R., On moral judgements and personality disorders, *Brit. J. Psychiat.* (1988), 153, 505–512.
4. Boladeras Cucurella, M.; *Bioética* Madrid, Ed. Síntesis, 1998.
5. Casey, P.R.; Tyrer, P.J.; Platt,S.: The relationship between social functioning and psychiatric symptomatology in primary care, *Soc. Psychiatry* (1985) 20, 5–9.
6. Desviat, M.: *Nuestra forma de ser*, Madrid, Ed. Temas de hoy, 1997.
7. Foucault, M.: *El nacimiento de la Clínica*, Madrid, Siglo XXI, 1978.
8. Gabbard, G. O.: Finding the Person in Personality Disorders, *The American Journal of Psychiatry*, (july 1997), 154:7, Editorial.
9. González de Rivera y Revuelta,J.L.: La ética del diagnóstico: aspectos clínicos, *Psiquis*, 1996; 17 (6): 263–278.
10. Gracia Guillén, D.: Métodos de análisis de Problemas éticos en la clínica humana, Separata de los *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*, Madrid 1992, tomo 109, cuaderno segundo.
11. Gracia Guillén, D.: La relación Clínica, *Revista Clínica Española*, Junio 92, Vol. 191, Num. 2, pp. 61–63.
12. Gracia Guillén, D.: Principios y metodología de la bioética, *Labor Hospitalaria*, nº 229: 175–183.
13. Guimón , J.; Mezzich, J.E. ;Berrios, G.E. *Diagnóstico en Psiquiatría*, Barcelona, Ed. Salvat, 1988.
14. Mezzich,J. E.; An empirical prototypical Approach to the definition of psychiatric illnes *British J. of Psychiatry* (1989), 154 (vol. 4), 42–46.
15. Rutter, M. ; Temperament, Personality and Personality Disorder; *British Journal of Psychiatry* (1987), 150, 443–458.
16. Stern, J.; Murphy, M.; Bass, C.: Personality Disorders in patients with Somatisation Disorder. *Brit. J. Psychiat.* (1993), 163, 785–789.
17. Tyrer,P. ; Alexander,J.: Clasificación de personalidad disorder, *Brit. J. Psychiat.* (1979), 135: 163–167.
18. Tyrer, P.; Casey,P.; Gall, J.; Relationship between Neurosis and Personality Disorder, *Brit. J. Psychiat.* (1983), 142: 404–408.
19. Tyrer, P. et all, The Nottingham Study of Neurotic Disorder. The effect of personality status on response to drug treatment, cognitive therapy and self–help over two years, *Brit. J. Psichiat.* (1993), 162: 219–226.
20. Tyrer, P.: Clasificación de las neurosis. Madrid, Ed. Diaz de Santos, 1992.
21. Westen, Drew; Divergences between Clinical and Research Methods for assesing personality disorders: Implications for research and the evolution of Axis II, *Am. J. Psychiatry* (July 1997)154:7, 895–903.



Embarazo, parto y puerperio (Tres momentos del imaginario femenino)

M^a Carmen Rodríguez-Rendo

Psicoanalista, Madrid.

El nombre que nos reúne, advierte que hablaremos de las madres, y las madres, no sólo las que se han hecho famosas a través del dolor —como las madres de la Plaza de Mayo—, defienden de una manera particular aquello que, en relación con los hijos, les ha sido arrebatado o amenaza con serlo.

Las madres dan cuenta de la fuerza de una relación inevitable con el hijo; de la fuerza del deseo que es el motor de esa relación y de sus consecuencias en la historia sexual del hijo.

La fuerza de este deseo (deseo de la madre), interviene en la fundación de la estructura de sujeto, nutre la relación con el hijo con la misma sustancia con que se ha nutrido su fantasma, ese que alberga la relación con su madre. La palabra fantasma es traída aquí en el sentido freudiano de “Das Phantasieren” como contenidos y actividad creadora que animan, no por la facultad de imaginar, el mundo imaginario.

La madre será el cuerpo de la historia que escribirá el padre; por esto la madre emana y transmite no sólo con el cuerpo, sino también con la palabra.

Así como Edipo ignora lo que es revelado en la tragedia como verdad objetiva, exterior a él y que le horroriza, la mujer contiene en su ser la tragedia que será a la vez real en la fuerza de su deseo e imaginaria en su historia. El padre,

el escribiente, al prohibir, legitima el deseo de la madre otorgándole un lugar fuera de la ilegalidad del incesto.

La plaza, en las pequeñas y grandes ciudades constituye un espacio vacío e interior, a la vez que abierto por donde atravesará la historia de los pueblos. Es lugar de apertura y de recogimiento al que se vuelve para recordar. Es también lugar de la otra escena, de la escena imaginaria de la vida de la ciudad, lugar de fundación. En la madre y en la plaza irrumpe el deseo de trascender, el deseo de poner a los que vendrán a salvo del olvido, para garantizar la continuidad. Y así como la continuidad revisita a sus protagonistas del barniz de lo sagrado, la madre en tanto sacralizada, decepciona, está allí para eso, para decepcionar y dejar paso al representante de la ley, el padre.

El parto marca el final del embarazo e inaugura la etapa de puerperio que consistirá en el darse tiempo de la madre para iniciar su retirada a la vez que desea quedarse.

El partir que incluye el parto advierte del corte que a través del destete precipita el final del puerperio y la pérdida precoz que separa al niño de la madre. Esta pérdida asegura un malestar para el niño que según J. Lacan ningún cuidado materno puede compensar.

El destete asegura entonces un malestar erótico al niño y un malestar erótico a la madre.



Ella no podrá completarlo, no podrá ser todo para él.

El embarazo, el parto y el puerperio son tres momentos atravesados por un despliegue fantasmático continuo y su expresión originaria.

La mujer que quiere tener un hijo, se queda embarazada y lo tiene sin dificultades, muestra ya que la naturaleza de lo psíquico conlleva el conflicto. No hay embarazo sin conflicto.

Tratándose de la madre y teniendo en cuenta que se constituye como tal en relación a un tercero, el conflicto pertenece al devenir de la evolución psíquica que, arrastrada por el deseo, transforma el discurso según lo demuestra la experiencia psicoanalítica.

Así como para un psicoanalista, el valor de la teoría reside en determinar efectos en la escucha, para una mujer que desea o espera un hijo el valor de las palabras de su madre reside en determinar efectos de su cuerpo y en su vida anímica; ejemplo de ello es la esterilidad cuando ha sido descartada su causa orgánica y la vemos surgir en un repliegue narcisista que detiene el movimiento del deseo.

Hablemos del cuerpo. Para el psicoanálisis hablar del cuerpo es hablar de cómo la palabra y el sexo se abrochan en él. Al tocólogo que se sitúa delante de una embarazada no le suele preocupar demasiado si esa mujer habla o si esa mujer goza. Ante su mirada, el cuerpo de esa mujer es un territorio de abundancia. Al tocólogo le preocupa una parte: el útero. Al psicoanalista le preocupa otra parte: el cuerpo hablante y el cuerpo sexual, es decir, el territorio del primer encuentro, la piel de la madre.

Cada uno se ocupa de un trozo o de una parte sobre la que creen tener un saber. ¿Por qué sólo de una parte? Tal vez porque “en la vida del inconsciente sólo existe lo parcial”.

Según Henry Ey (1960), el ser del no-ser puede aplicarse al inconsciente y “...el conocimiento del ser no podrá ser jamás entero...”

A partir del momento en que se produce la fecundación, lo edípico retorna y en esta vuelta busca una nueva oportunidad para desanudar lo que atenaza en la otra escena.

Así como la mujer embarazada en análisis coloca al analista frente a la aparición de lo real en la cura, la embarazada se confronta con la irrupción de lo real.

Cuando el test de embarazo confirma el embarazo, cuando ese otro lo certifica, lo psíquico debe afrontar un impacto que sacude los cimientos de la estructura. La teoría nos dice que se trata en última instancia de la confrontación con la castración en la madre.

Sabemos que éste será el paisaje por redescubrir al final del camino. Pero el estado de embarazo impacta tanto en lo real como en lo imaginario, constituyendo una prueba para lo simbólico. Un fragmento de una paciente a la que llamaremos Rosa muestra esa cuestión. Su decisión de analizarse estaba impulsada por el deseo de tener un hijo y el miedo a comprobar en el intento que era estéril. Esta idea la obsesionaba y por ella “sentía interrumpida la relación con su marido”. Al cabo de año y medio de análisis se queda embarazada. Había dejado de utilizar métodos anticonceptivos. Dicho de otra forma, había conseguido separar el deseo de un hijo de la amenaza imaginaria de la locura.

Su miedo a comprobar que era estéril expresaba el temor a que la llegada de un tercero hiciera tambalear los fundamentos de su estructura. En torno al sexto mes de embarazo dice en una sesión: “No llevo bien esto de que alguien se mueva dentro de mí. Yo no decido cuando se tiene que mover, sin venir a cuento



se mueve. ¿Qué haré con mi cuerpo?... Para hacerse un sitio tendrá que empujar y recolocar mis órganos de otra manera. Lo que más me impresiona es que nadie había estado allí antes, ni siquiera yo...”

“...Ni siquiera yo...” (había estado antes allí) da cuenta por una parte del miedo a “estar” donde la madre hubo de estar para serlo en la castración, y por otra del temor al fracaso en el orden simbólico.

Optar por el fracaso de la supuesta esterilidad mientras utilizaba métodos anticonceptivos le había permitido colocar la confrontación en lo real del cuerpo, en una pseudo—certeza de fracaso, controlando lo que se movía y cuando había que moverlo.

“...ni siquiera yo...”: “ni” nos ofrece una negación; “si—quiera”; nos afirma un deseo; y “yo” nos ilustra, una vez más, la irremediable soledad que habita el imaginario de la embarazada que resumiríamos de la siguiente manera: Nunca un cuerpo ha estado tan poblado habiendo conocido soledad tan extraña.

Y hablando del cuerpo, diremos que entendemos por cuerpo sexual al cuerpo reducido a una parte, la que goza. Y ese coge es sexual, luego el cuerpo es sexual. En este sentido no podemos pensar al cuerpo de la embarazada como total. Entonces hablamos del goce acumulado en una parte, la tripa. Este goce es empuje de energía del inconsciente, orientado siempre hacia el horizonte inalcanzable de la relación incestuosa: tener un hijo del padre. Este goce se expresa y se sexualiza a través de la acción de la palabra o del fantasma, e incluso a través de un determinado órgano del cuerpo que se haya hecho erógeno.

Por otra parte, cuando nos referimos al cuerpo hablante, nos referimos a aquel que está investido del poder de determinar un acto

en los otros, sin que el otro lo sepa. No es el cuerpo que significa algo para alguien, sino el cuerpo significativo, y significativo quiere decir que produce un efecto en el otro.

Si a estas dos perspectivas agregamos una tercera: la del cuerpo en tanto imagen; la imagen que el otro me devuelve de mí o de cualquier objeto que se diga de mí; el otro, mi semejante en tanto exterioridad me da una imagen que despierta en mí un sentido.

Acabamos de nombrar los tres aspectos que definen el cuerpo en psicoanálisis. Mientras el cuerpo real es el cuerpo del goce, el cuerpo simbólico es el cuerpo hablante o significativo; la imagen devuelta desde el otro es el cuerpo imaginario. Este último aspecto estará más presente en el discurso de la embarazada.

Alrededor del cuarto o quinto mes de embarazo el otro, el semejante, habla del cuerpo de ella. Dice, por ejemplo: “estás engordando”; ella agrega: “he perdido la cintura”.

El sentido que ella encuentra en las palabras del otro denuncia una pérdida. La cintura es metáfora del cuerpo perdido, aquel de antes del embarazo. Ese que le prometen recuperar en la gimnasia post- parto y que ella sabe que es irrecuperable. Aquel, el anterior, nunca fue habitado.

De tal forma que el devenir imaginario de la embarazada transita entre la pérdida y el hallazgo; entre un cuerpo que le es arrebatado y otro cuerpo que fabrica incansablemente una ilusión de completud, podríamos decir, una nueva estética, la estética de un goce local que se pondrá en acto en el momento del parto.

La estética de la embarazada compromete por un lado lo que caracteriza a la posición femenina: la retórica del ocultar, la del engaño



púdico de quien se oculta a si mismo, la que cubre a las mujeres (tras el velo del semblante) y por el otro la ostentación del poder fálico. Ambos aspectos pueden aparecer como un gesto que prolonga la naturaleza del cuerpo.

Dentro del acto analítico, esta otra estética sitúa al analista como testigo de lo que irrumpe en el marco del análisis y será el trabajo de la transferencia, lo que incorpore esto real al mundo del sentido.

Una paciente embarazada decía: “mi madre me llamaba inconformista, la que se niega a conformarse. Ahora me doy cuenta de que embarazarse es como conformarse, es darse una nueva forma.

El parto viene a marcar el final del embarazo, momento al que la sociedad, las familias, los médicos, le dedican especial atención.

Para lo psíquico es un momento de delimitación, es frontera obligada a cruzar, un paso dentro de una continuidad.

El sistema sanitario dispone de infraestructuras para preparar al “obligado” dolor. Los curtillos se llaman “curso de parto sin dolor”, “de preparación al parto o preparación maternal”; los nombres abundan en buena intención y las mujeres son derivadas a ellos entre el sexto o séptimo mes, es decir, tarde y con poco tiempo para prepararse hacia un destino tan noble.

En cualquier caso, el miedo al parto intenta ser domado o con anestesia o con sugestión, cuando sabemos que lo que está en juego es el miedo a ser madre. La mujer teme el retorno de un fantasma que exija que pague con su hijo el precio de un deseo incestuoso. Su expresión imaginaria se construye en el discurso de diferentes maneras:

a) miedo a perder el niño al dar a luz,

b) miedo a no dar la talla en el parto, (al descontrol, a no saber pujar, a dificultar el trabajo del médico, etc...) a quedar en ridículo ante el marido, etc,

c) miedo a la anormalidad física o psíquica del niño,

d) a rechazar al niño,

e) a no gustarle a su hijo,

f) miedo a ser robada por la madre (en la madre adoptiva este temor está puesto en la madre biológica del niño),

g) miedo al abandono y dejar de ser deseada,

h) a la cólera materna y por tanto la necesidad de aplacarla fantásticamente,

i) etc.

La cercanía del parto precipita la manifestación de estos temores cuya configuración se organiza antes de haber quedado embarazadas.

Hablamos del precio de un deseo y sabemos que la castración es la marca, por lo cual la realización de ese deseo (prohibido) queda fuera de uno mismo, permitiendo la apertura al deseo de lo otro, lo no prohibido.

Pero debemos distinguir la castración como tal de los fantasmas de castración que no podrían darse si la castración como condición no estuviese, es decir, los modos bajo los cuales el sujeto vive y se representa la castración.

El parto suele ser un escenario propicio para que se recreen estos fantasmas y tanto los tocólogos como las matronas forman parte sin saberlo de estas depositaciones edípicas, depositaciones caracterizadas por la ambiva-



lencia: ya que no sólo el amor vincula a la hija a la madre, sino también el odio.

En un párrafo precedente me he referido al parto como una frontera, ya que para lo psíquico es un tiempo de transición.

Imaginemos ahora a la mujer de parto como a alguien que, queriendo aprender una lengua extranjera, se traslada al país donde esa lengua se habla. Cuando llega encuentra gente acogedora pero que sólo conoce su lengua y saben también que el interés de la extranjera consiste en dejar de serlo, por ello no se esfuerzan en comunicarse con ella recurriendo a medios extralingüísticos. La extranjera intenta transmitir sus sentimientos, sus vivencias, intenta preguntar y que le respondan sobre todo aquello desconocido. Utiliza pretextos para entablar lazos con el entorno, pero la nueva lengua es difícil. Colocar en ella las vivencias es complicado y por tanto lo que percibe lo fragmenta, lo rompe y lo reproduce torpemente.

Con su lengua materna las cosas vivían porque estaban insertadas en un sentido que formaba parte de una comunidad lingüística, pero ahora las cosas son otras porque las palabras son otras. Y detrás de las palabras está quien las ha transmitido.

Así como el nuevo país y la nueva lengua representarían a la maternidad, este nuevo estado, como una lengua por aprender remite a la lengua materna, a la madre... esa que se oculta detrás de las palabras. Lo nuevo evoca el origen.

La extranjera, la que acaba de dar a luz, no sabe por donde se anda. Pide que le enseñen y entonces busca aprender lo nuevo en lo que ya sabe, en su madre. Ahora ella es la extranjera, y la lengua del nuevo país es madre. Por esto decimos que la madre es todo para el hijo, hasta que le entrega la lengua materna y le enseña el mundo de las cosas que tienen un nombre. Ella será "aquello" que transmite la

palabra, y esa transmisión es al mismo tiempo lo que de la madre separa.

Lo que la madre da a luz bajo la forma del lenguaje la constituye como objeto imposible e irresolublemente perdido, a la vez que encubierto y buscado.

La madre es el principio y esto es suficiente para que sea menester perderla.

A propósito del pensamiento y lo contradictorio, Aristóteles se refiere a lo que él llama el principio más firme como "aquel principio cuya posesión es necesaria para comprender cualquier cosa...". Dice: "aquello que es necesario para conocer cualquier ser que fuere hay que poseerlo ya necesariamente antes de todo conocimiento".

En este sentido nos referimos a la madre como principio necesario a poseer y necesario a abandonar.

El puerperio será el momento en el que ella inicia la retirada y la llamada depresión post-parto ilustra la dificultad femenina frente a la pérdida. En este caso pérdida de sí misma como cosa privilegiada.

La silueta del duelo caracteriza a este momento.

Así como Freud nos enseña que la melancolía añade al duelo una serie de rasgos que desvirtúan la función de este último, la depresión post-parto como fenómeno normal puede degenerar en algunos casos en fenómeno patológico.

Por su parte, Lacan nos recuerda que la relación imaginaria, en este caso la relación madre-hijo, no puede ser pensada en ausencia de la trinidad de lo simbólico, lo imaginario y lo real. Y que la noción de relación de objeto no



puede ser entendida sin introducir la noción de falo.

A causa de ello el objeto del que habla se presenta en la búsqueda del objeto perdido; y dice: "El objeto es siempre el objeto vuelto a encontrar, objeto implicado de por sí en una búsqueda...".

Luego la depresión post-parto revela el haber trascendido el fantasma de la madre liberándose de su anclaje y fundamentalmente la pérdida del sueño fálico.

En consecuencia, el puerperio se caracteriza por el movimiento ambivalente entre retener y perder. Dice Lacan: "... El amor pide amor, lo pide sin cesar". "El hábito ama al monje, porque por eso no son más que uno". "El amor es impotente, aunque sea recíproco, porque ignorar no es más que el deseo de ser Uno".

En tanto la madre retiene surge la madre fálica. En tanto la madre pierde, se humaniza. La pérdida del objeto como horizonte de lo imaginario define el dominio propio de lo humano, ya que lo imaginario abarca el orden que está

soportado por la diferencia, donde la ausencia hace posible el destino sexual del hijo.

Volviendo a la metáfora del principio de este desarrollo, las madres de la Plaza de Mayo han hecho de la plaza el lugar donde escribir la diferencia, donde la ausencia hace presente el destino de una ciudad.

Andalucía, cultura de madres enteras y trascendentes, recreadas a través de figuras religiosas (la Macarena, la Virgen del Rocío, etc.), muestra el trazo de la madre, de la Divina Señora que se resiste a ser abandonada. La palabra de García Lorca, capaz de expresar brevemente servidumbres muy largas, nos trae la nostalgia del objeto perdido cuando exclama: ¡Ay amor, que se fue y no vino!



Mari Carmen Rodríguez-Rendo.

Psicoanalista.

c/ Arturo Soria 167 - 1ºB. 28043 Madrid

Teléfono. 914161258;

e.mail: rodriguezrendo@terra.es



BIBLIOGRAFÍA

- Aulagnier, P.: "Las nuevas técnicas de procreación y la cuestión del deseo". Tres al Cuarto, N°1, Abril 1993.
- Berenstein, Glassmann y otros: "Clínica sobre el Edipo".
- Deleuze, G.: "Diferencia y repetición" Ed. Júcar Universidad, 1988.
- Ey, H.: "El Inconsciente" (coloquio de Bonneval). Ed. Siglo XXI, 1970.
- Freud, S:
 - "Estudios sobre la histeria" (Breuer–Freud).
 - "Tres ensayos para una teoría sexual".
 - "La feminidad".
 - "Sobre sexualidad femenina".
 - "La disolución del complejo de Edipo".
 - "Tótem y Tabú".
 - "Pulsiones y destinos de pulsión".
 - "Duelo y Melancolía". Obras completas. Amorrortu Editores, 1996.
- Gómez Pin, V.: "El reino de las leyes". Colección Orden freudiano. Ed. Siglo XXI, 1981.
- Langer, M: "Maternidad y sexo". Ed Paidós, 1985.
- Lacan, J: "Función y campo de la palabra y del lenguaje..." Escritos I, Ed. Siglo XXI, 1971.
 - "El estadio del espejo..." Escritos I. Ed. Siglo XXI, 1971.
 - "Las formaciones del inconsciente". Ed. Nueva Visión, 1972.
 - "La familia" Ed. Homo Sapiens, 1977.
 - "La relación de objeto". Seminario IV. Ed. Paidós, 1994.
 - "Aún" Seminario XX. Ed. Paidós, 1981.
- Laplanche–Pontalis: Diccionario de Psicoanálisis. Ed. Labor, 1977.
- Lemoine–Luccioni, E.: "La partición de las mujeres". Biblioteca de Psicología Profunda. Amorrortu Editores, 1976.
- Marcuse, Fromm, Reich y otros: "Sexualidad y represión". Carlos Pérez Edit., 1969.
- McDougall, J: "Teatros del cuerpo". Ed. Julián Yébenes, S.A. 1991.
- Miller, J. A.: "De mujeres y semblantes". Ed. Cuadernos del Pasador. 1993.
- Nasio, J.D.:
 - "Cinco lecciones sobre la teoría de J. Lacan" Ed. Gedisa.
 - "Enseñanza de siete conceptos cruciales del psicoanálisis". Ed. Gedisa, 1994.
- Publicación : "les Mères" Nouvelle revue de Psychanalyse nº 45, Ed. Gallimard, 1992
- Sami–Ali: "Pensar lo somático". Ed. Paidós, 1991.
- Sanfouan, M.: "La sexualidad femenina según la doctrina freudiana". Ed. Crítica. Grupo Grijalbo.
- Vezzetti, H.: "Marie Langer: La maternidad y la revolución" Tres al cuarto nº 3, 1994.



Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo

Servicios orientados a la recuperación

Conclusiones y recomendaciones del XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

AEN. Oviedo, 2003

La recuperación es un concepto emergente que está siendo adoptado por los sistemas de salud mental de todo el mundo. El término es utilizado de forma simultánea para describir evoluciones alcanzadas por personas con discapacidades psiquiátricas, como un proceso experimentado por las personas y como una visión organizativa para los sistemas de salud mental, a modo de paradigma para guiar políticas globales de Salud Mental. La recuperación es el proceso por el cual las personas con trastornos psiquiátricos severos reconstruyen y desarrollan estas conexiones personales, sociales, ambientales y espirituales mediante la capacitación personal y la toma de las riendas y decisiones sobre su vida. Es un proceso de reajuste de las actitudes personales, sentimientos, percepciones, creencias, expectativas, roles y objetivos vitales. Los servicios asistenciales tiene la capacidad para dar soporte y facilitar el proceso de recuperación, y organizarse alrededor de una misión de recuperación, proporcionando los servicios que las personas afectadas precisan para reconstruir una vida con sentido (Peyser 2001).

Los servicios asistenciales deben incluir y reflejar los objetivos de los pacientes; los indicadores utilizados basados en resultados tradicionales como remisión sintomática,

prevención de recaídas o rehospitalizaciones, cumplimiento del tratamiento, etc., son sin duda relevantes pero deben ser ampliados para obtener resultados más relacionados con los objetivos vitales de las personas afectadas: independencia, empleo, relaciones satisfactorias y calidad de vida. Es necesario aunar el concepto abstracto de recuperación con estrategias específicas a llevar a cabo por los servicios asistenciales. ¿Cuál es la manera de obtener una organización y funcionamiento de servicios capaces de funcionar de acuerdo con el paradigma de la recuperación, y no con el del deterioro irremisible? Para ello debe incluirse el concepto de recuperación en la misión de la organización/servicio, y en los valores que lo sustentan, y favorecer la participación de los usuarios en todos los niveles del proceso. Los servicios han de incluir programas dirigidos hacia la remisión de los síntomas, la intervención en crisis, la gestión de casos, la rehabilitación, la protección de los derechos, el soporte básico, la autoayuda. Es decir, la organización y la gestión de los servicios deben incorporar las bases del concepto de recuperación, incluyendo los aspectos filosóficos, las actitudes y formación del personal, la capacidad para funcionar en modelos de colaboración y la asistencia técnica correcta.



La complejidad de los sistemas y organizaciones. La visión a largo plazo

Un riesgo de los planteamientos organizativos es el de la tendencia a hipersimplificar un problema complejo, olvidando que el sistema, la organización, los servicios, y el propio problema de la Enfermedad Mental Severa es algo más que la suma de sus partes o componentes: la fantasía de que si se consigue hacer funcionar a todas estas partes, como los componentes de una máquina, la cosa irá sobre ruedas. Sin embargo, los servicios asistenciales funcionan como sistemas adaptativos complejos, en los que la interacción entre las partes es tan importante como las partes en sí mismas, y no como los sistemas newtonianos, mecanicistas, ni tampoco en el caos, pero sí en un intermedio en el que la indeterminación y la incertidumbre presiden todas las actuaciones. Incertidumbre con la que hay que convivir, y que los sistemas de gestión, organización y liderazgo han de tener en cuenta.

Pero para los servicios es esencial trascender de una visión miope del curso de la enfermedad, que minimiza la capacidad de cambio, de influencia del entorno y de las propias intervenciones,

que busca siempre respuestas y resultados inmediatos, que funciona de manera simplista, al más puro estilo causa–efecto, que confunde a las personas con sus enfermedades y contraponer esa visión a largo plazo, que puede resumir nuestro espíritu y actitud ante estas personas (Harding, 1996). Es necesario trascender la cultura del resultado inmediato, de la necesidad de que cada intervención conlleve un resultado obvio derivado, de la visión miope, a corto plazo, de la evolución de la enfermedad mental y del resultado de las intervenciones y mantener la vista puesta en la evolución a largo plazo, en la confianza de que dicha evolución, aunque a veces no sea evidente, depende críticamente de lo que hacemos, y de cómo lo hacemos. En palabras de Winston Churchill, “la clave del éxito es ir de fracaso en fracaso sin perder el entusiasmo”.



Grupo de trabajo de AEN:

**Paz Arias, Victor Aparicio, Marife Bravo,
Claudio Camps, Francisco Chicharro,
Jaime Andrés Fernández, Cristina Gisbert,
Juan González, Fermín Mayoral, Juan Moro,
Fermín Pérez, Abelardo Rodríguez,
Rafael Touriño, José I. Uriarte.**



La Atención a la Salud Mental de la Población Reclusa

Conclusiones y recomendaciones del XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

AEN. Oviedo, 2003

La prisión en cuanto espacio que limita la libertad del ser humano ya es “per se” una institución que puede generar un alto poder patógeno sobre la vida mental de los internados; por ello es necesario desarrollar acciones específicas que aminoren dicha posibilidad, desde el diseño arquitectónico, con una distribución de los espacios que evite la posibilidad de hacinamiento y garantice el derecho a la intimidad, hasta la oferta de tiempos ocupacionales y de ocio, la preservación de los vínculos con los miembros de su entorno afectivo, la atención médico-sanitaria y educativa, la evitación de la violencia intracarcelaria favoreciendo el desarrollo de culturas solidarias y colaboradoras que protejan la dignidad de los internos.

Conclusiones

1. Los factores epidemiológicos, estadísticamente significativos, que inciden en el riesgo de sufrir algún tipo de trastorno mental, y particularmente en la gravedad de la evolución (pobreza, bajo nivel de instrucción, paro, desestructuración familiar..), son los mismos que concurren en perfil sociodemográfico de la población carcelaria.
2. Los datos epidemiológicos disponibles respecto al estado de Salud Mental de esta

población, tanto poblacionales como de demanda, informan de la existencia de tasas de prevalencia de trastorno mental muy superiores a las habitualmente encontradas en población general.

Esta mayor prevalencia incluye también la presencia de trastornos mentales severos en una proporción significativamente superior a la existente en el ámbito comunitario.

3. Estos datos ponen de manifiesto una incapacidad de los recursos actuales en la red de salud mental comunitaria para garantizar suficientemente la actividad terapéutica y para asegurar la continuidad y el seguimiento de pacientes severos que presentan dificultades para expresar demandas y para mantener la necesaria alianza terapéutica en el ámbito natural de la población.
4. Se constata un progresivo y alarmante incremento, en los últimos años, del número de reclusos ingresados en los Centros Penitenciarios y en los dos únicos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios del Estado, Sevilla y Fontcalent.

Este hecho conlleva el riesgo de que, en ausencia de los adecuados y precisos recursos de salud mental disponibles en la



red normalizada del ámbito comunitario, se desarrolle de nuevo, una subcultura asistencial manicomial excluyente y marginalizada, ahora desde el ámbito judicial, para los ciudadanos que habiendo cometido delitos sufran trastornos mentales severos.

5. Las prestaciones asistenciales psiquiátricas que se dispensan a los presidiarios en el Estado español son insuficientes e inadecuadas.

En la situación actual en que la Sanidad Penitenciaria es una red asistencial independiente de la red asistencial general del Sistema Nacional de Salud, la precariedad de las prestaciones de psiquiatría y salud mental supone un claro incumplimiento del principio de "equivalencia asistencial", que establece que la población reclusa ha de tener el mismo acceso, en condiciones de equidad, a la asistencia sanitaria (y por tanto a la de salud mental), que la población general.

Y se carece de una mínima coordinación asistencial establecida entre los Servicios Sanitarios Penitenciarios, los de Salud mental y de los Servicios Sociales.

6. Se recoge la tendencia a que se "psiquiatricen" desde la salud mental conductas disruptivas, meramente antisociales, y a que se "penalicen", desde la justicia, conductas disruptivas de origen psicopatológico.
7. Se constata el fracaso generalizado de la continuidad asistencial, tanto para salud mental como para servicios sociales, tras la excarcelación de los pacientes internados.

Recomendaciones

- 1.- La red de salud mental ha de establecer entre sus prioridades asistenciales programas de atención específicos para la patología mental severa marginada y el riesgo de exclusión social.

- 2.- Se debe garantizar legislativamente el derecho de equivalencia mediante la asistencia normalizada, bajo la responsabilidad de la red de salud mental comunitaria para los declarados inimputables.

Se debe dotar de una suficiente atención psiquiátrica, en razón del mismo derecho, a aquellos reclusos que sufran trastornos sobrevenidos o que su dolencia haya pasado inadvertida en el procedimiento judicial.

La Asistencia Psiquiátrica prestada a toda persona privada de libertad o sometida a medidas judiciales de seguridad, debe recaer bajo la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud.

- 3.- Los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, de Sevilla y Fontcalent deben ser sustituidos por las estructuras clínico-asistenciales que determine cada comunidad autónoma, garantizando la necesaria calidad asistencial, y el que la asistencia se proporcione adecuadamente contextualizada con el entorno sociofamiliar del paciente.

Ya que en el momento actual no se disponen en las distintas comunidades autónomas de dispositivos asistenciales que permitan cumplir esta recomendación, se debe proceder con la mayor rapidez a organizar y financiar la puesta en marcha de los mismos. El reciente proceso de transferencias sanitarias a las comunidades autónomas, lo facilita.

Abogamos a su vez por una pronta transferencia de las competencias penitenciarias a las comunidades autónomas, o cuando menos de las competencias de la Sanidad Penitenciaria, de tal modo que puedan integrarse sus recursos en los del Sistema Nacional de Salud.

- 4.- El objetivo estratégico general ha de ser la necesidad de que se aboquen recursos de Salud Mental al interior de todos los espacios carcelarios estableciéndose programas



de atención integral a la salud mental en todas las prisiones, que permita mantener los tratamientos en todas sus fases, y el que se normalice la atención a los inimputables trasladando su asistencia al espacio comunitario de la salud mental. Para ello deben definirse programas específicos de coordinación entre ambas instituciones y garantizarse normativamente su funcionamiento mediante la asignación de recursos y la delimitación de responsabilidades.

Ya que la red general de salud mental está mostrándose insuficiente para atender las necesidades de salud mental de las poblaciones más gravemente afectadas (por trastornos o por situaciones de alto riesgo), es imprescindible que se refuercen, en lo organizativo y en lo financiero, los correspondientes servicios comunitarios, de modo que se puedan facilitar intervenciones eficaces en el momento oportuno, antes de que arraiga la cronificación. Estos servicios deben tener capacidad para atender a los pacientes durante su reclusión y tras la excarcelación.

- 5.- Se ha de asegurar el principio de equivalencia en la atención a pacientes con trastornos anteriormente inadvertidos o posteriormente sobrevenidos, garantizando un estándar de calidad asistencial equiparable al que pueda recibir cualquier ciudadano.

La custodia ha de ser compatible con el derecho a la salud mental.

Dados los riesgos que para la salud mental comporta el estar sometido a condena con pérdida de libertad, deberán articularse programas preventivos generalizados orientados a mitigar el impacto de este factor.

- 6.- La atención psiquiátrica de este colectivo debe realizarse por los recursos de la red pública, frente a las ofertadas por agencias privadas, en razón de criterios de la continuidad de los cuidados y del respeto al principio de equivalencia.

- 7.- Desde el mandato constitucional rehabilitador, se considera necesario una mayor integración en los objetivos funcionales del organigrama de prisiones entre los equipos de tratamiento, los asistenciales y los de vigilancia.

- 8.- Debe asegurarse el derecho a la confidencialidad y al consentimiento informado, así como el acceso a los programas de garantía social para la reinserción, a todos los reclusos que reciban tratamiento psiquiátrico.

- 9.- Se subraya la importancia de la participación coordinada, en cualquier programa dirigido a esta población, de los Servicios Sociales como soporte básico a la normalización, sobre todo en los pacientes inimputables, en los sometidos a medidas de seguridad y en los que se encuentran en procesos terapéuticos de rehabilitación y reinserción social.

- 10.- Se propone la extensión a todo el territorio español de la figura del "Agente Mediador", ya existente en Cataluña, desde la justicia y desde la salud mental, como elemento facilitador y coordinador del seguimiento a los casos sometidos a medidas de seguridad de tal modo que se garantice tanto el cumplimiento de las resoluciones judiciales que afecten a los inimputables y a los implicados en medidas de seguridad, como el acceso de éstos a los recursos psiquiátricos y sociales hace de la reinserción una prioridad.

- 11.- Se ha de garantizar en cada Comunidad Autónoma, un espacio institucionalizado de coordinación entre las Consejerías de Justicia y de Sanidad e Instituciones Penitenciarias, para el desarrollo de las anteriores recomendaciones y el abordaje de los nuevos problemas asistenciales que surjan en la práctica.

- 12.- La atención a los graves problemas derivados de la relación entre conductas adictivas drogodependientes y las conductas delictivas, queda fuera de las posibilidades y obje-



tivos de la Ponencia. Queremos, de cualquier modo, dejar constancia aquí de la necesidad de revisar este severo problema de nuestra realidad penitenciaria.

Creemos oportuno señalar, aunque sea someramente, algunos aspectos que respiran en el fondo de esta ponencia y que refieren a cambios sustanciales que afectan a las modalidades de relación existente entre los ámbitos jurídico, penitenciario y psiquiátrico:

El primer aspecto refiere a la superación de la tradicional función que como experto asesor judicial, como perito, vienen desempeñando tradicionalmente los psiquiatras, ampliando su actuación hacia formas que implican una mayor autonomía en el ejercicio de sus funciones terapéuticas asumiendo la garantía del derecho a la salud de los internos; cada una de estas funciones debe, de forma independiente, lograr su desarrollo funcional.

En nuestra opinión, el ejercicio simultáneo de ambas funciones en cada caso concreto, resulta muy a menudo totalmente impropio. En esos casos, deberían ser ejercidas por distintos profesionales: la primera, la pericial, por los forenses, para los que reclamamos una suficiente especialización; y la segunda, por los psiquiatras y psicólogos clínicos, desde los recursos públicos. Reclamamos también favo-

recer la formación de psiquiatras y psicólogos clínicos en las cuestiones forenses, de modo que puedan atenderse con garantía de calidad el gran número de necesidades que están surgiendo en esta área. En este sentido queremos abrir un debate que avance, conceptual y funcionalmente, sobre estos problemas.

No se nos escapan las dificultades que el trabajo terapéutico encuentra para su desarrollo en un contexto de carencia de libertad y sometimiento, con el riesgo de que las intervenciones solo puedan alcanzar un nivel sintomático biologizado. Solo la fortaleza, la neutralidad, la capacidad empática y el interés por la escucha de los profesionales hacia la persona que sufre, podrán ayudar al profesional en la difícil tarea de aportar salud al espacio en el que "todas las incomodidades encuentran su aposento".

La ponencia, por último, propone a la directiva de la AEN la creación de un Foro permanente pluridisciplinar para el debate y análisis de la problemática presentada.



Grupo de trabajo de la AEN:

**A Abad, C Dueñas, J Carmona, JJ Carrasco,
C Fernández, FJ Fernández-Osuna,
M Hernández, R Herrera, I Márquez, J Ramos,
G Rendueles, F Santos, A Roig.**



ÁNGEL GARMA

De Bilbao a los orígenes y desarrollo del psicoanálisis argentino

Iñaki Markez

Psiquiatra, CSM de Galdakao. Bizkaia

Resumen

En pocas páginas se relatan los años de juventud y formación académica, psiquiátrica y psicoanalítica de Ángel Garma. Desde su infancia en Bilbao a su autoexilio a Buenos Aires. Los primeros contactos antes de constituir la Asociación Psicoanalítica de Argentina, cuna de tantos profesionales de la salud mental y motivo de tantos tópicos en épocas más recientes. Las vicisitudes, la consolidación de la APA, así como las desavenencias y división posterior en momentos de autoritarismo militar. Un breve repaso final a su obra cierran el presente artículo biográfico.

Palabras clave

Ángel Garma, formación, APA, psicoanálisis, rupturas.

Años de formación

Garma nació un 24 de junio de 1904, de familia con sentimientos de ser "vascos por los cuatro costados". De aquel nacionalismo incipiente de hace un siglo. Sus padres emigraron a Buenos Aires cuando él tenía cuatro años quedando en Bilbao donde vivió su infancia al cuidado de sus abuelos paternos. Estudió luego medicina en Madrid, coincidiendo con Marañón, donde se graduó en 1927. Trabajó con el Dr. Sacristán en el Psiquiátrico de

Ciempozuelos, viviendo en la Residencia de Estudiantes donde conoció a García Lorca, Dalí, Severo Ochoa... Posteriormente, tras consejo de Sacristán, se orientó hacia la neurología y la psiquiatría, y obtuvo el diploma de Psiquiatra en la Universidad de Tübingen, en 1929. A mediados de la década de los años 20, el psicoanálisis como disciplina se hallaba en auge, y Alemania era el centro más importantes de las investigaciones psicoanalíticas. Más tarde, desarrolló estudios de perfeccionamiento en Berlín con Von Hoeffler, donde formó parte del Instituto Psicoanalítico de esa ciudad, siendo director Max Eitingon. Allí conoció a F. Alexander, B. Bornstein, F. Fromm-Riechman, E. Jakobson, W. Reich, S. Bernfeld, R. Spitz, Jung, Groddeck, Adler y otros. Comenzó a analizarse con Theodor Reik, analista profano defendido por Freud en un juicio por ejercicio ilegal de la medicina en Viena, y que se había instalado en Berlín. Obtuvo en 1931 su diploma de estudios de grado como psicoanalista siendo elegido miembro de la Asociación Psicoanalítica Alemana tras la presentación de su trabajo *La realidad y el ello* en la esquizofrenia, donde disenta con algunas posiciones clásicas de Freud sobre la estructura de las neurosis y las psicosis. Ya antes, había enviado dos trabajos a Archivos de Neurología de Madrid donde reflejaba el importante conocimiento de las ideas freudianas: "La transferencia afectiva en el psicoanálisis" y "Cómo se estudia el psicoanálisis" fueron esos estudios.



Regresó a Madrid en 1931, e integró el ambiente cultural y científico dominante en los años previos a la Guerra Civil pero encontró una fuerte oposición por parte de los psiquiatras. Él era el primer psicoanalista entrenado como tal que ejercía en España. Trabajó como psiquiatra en el Tribunal Tutelar de Menores en Madrid. Dio cursos y conferencias sobre psicoanálisis en la Sociedad de Neurología y Psiquiatría, en la Liga de Higiene Mental y en el servicio hospitalario que dirigía su maestro, Gregorio Marañón. Publicó el libro "El psicoanálisis, la neurosis y la sociedad" y otros 17 artículos con temas tan variados como el sueño, la sexualidad, el origen de la neurosis, el inconsciente, la paranoia, la homosexualidad o los mecanismos de curación en el psicoanálisis. Contactó con los médicos interesados en la formación psicoanalítica, con intención de crear un instituto y asociación psicoanalíticas que pudieran asociarse a la IPA. Este proyecto se vería truncado por la guerra civil, no creándose una organización psicoanalítica consolidada hasta más de 20 años después.

En 1936, con la Guerra civil española en marcha, se trasladó a Francia. Como no deseaba luchar contra españoles, aunque tenía simpatías republicanas, decidió permanecer primero en Burdeos y después en París. Allí acudió y se vinculó a las actividades del Instituto Psicoanalítico. Por mediación de Rof Carballo conoció a un joven argentino en formación en el Instituto: Ernesto Cárcamo.

En Francia el clima político se deterioraba día a día, su gobierno no tomaba posiciones firmes frente al fortalecimiento militar de Alemania ni ante el conflicto español. Ante ello tomó la decisión de emigrar a la Argentina. Dos años después, con su formación terminada, escapando de la guerra civil española y de la inminente segunda guerra mundial, pasó a residir en Buenos Aires. Allí, en Buenos Aires, estaban sus hermanas y también allí había fallecido su padre. Además esa ciudad opulenta le recordaba lo mejor de Madrid sin el clima bélico. El

rechazo de todo lo que significara guerra y destrucción para buscar lo que expresara vida, creación y paz sintonizaba con su carácter lo cual se reflejaría en sus teorías psicoanalíticas.

ORIGENES DE LA APA

La intensa producción editorial argentina acogió calurosamente a Garma y a otros autores cercanos al psicoanálisis como Emilio Mira y López o Luis Jiménez de Asúa.. A partir de 1940 colaboró con diversas revistas especializadas: Index, Psiquiatría y Criminología, Revista de Psicoanálisis,... Junto a Arnaldo Rascovsky, a quien analizaría desde los años 40, puso en marcha el movimiento psicoanalítico de aquel país. Previamente, revalidó su título en la Universidad de La Plata y se doctoró con una tesis denominada "Psicoanálisis de los sueños". En 1942, Garma y Rascovsky, junto a otros psiquiatras residentes en Argentina, como Enrique Pichón Riviére, Ernesto Cárcamo, Ferrari-Hardoy y Marie Langer fundaron la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), la primera de Latinoamérica, que tuvo lugar en Buenos Aires, y fue el 15 de diciembre de 1942 cuando se firmó el acta inaugural aunque, de hecho, ya funcionaba sin reconocimiento Internacional. Reconocidos provisoriamente como grupo analítico filial de la Internacional de Psicoanálisis por Ernest Jones en espera de la ratificación que daría el primer congreso internacional a realizar cuando la guerra en curso finalizara. La APA fue motor de diversos cursos de formación universitaria, de congresos y de otras reuniones científicas en el campo psicoanalítico y Garma fue el primer presidente de la institución. Obtuvieron un local y, tras esto, didactas y candidatos comenzaron los seminarios de formación. La primera tarea fue una lectura colectiva de Freud coordinada por Garma. Un año más tarde comenzaron a editar la *Revista de Psicoanálisis*, primera publicación de esta materia de habla castellana. Tres años después, fundó también el

Instituto Psicoanalítico de Buenos Aires, siendo su primer director.



Los fundadores de la APA representaban un microcosmos de la sociedad porteña. Pertenecían a una generación formada en un período de crisis económica y agitación política. Algunos provenían de familias que habían respondido a la depresión económica de los años treinta emigrando de las zonas rurales pauperizadas a Buenos Aires donde lograron una buena posición social. Otros, emigrados recientes que llegados de Europa buscaban un lugar seguro frente a un mundo que se había desecho ante sus propios ojos. Para todos ellos el psicoanálisis llegó a ser la pasión central de sus vidas. Creían en él fervientemente, como vehículo de la liberación de la humanidad y como tratamiento del sufrimiento individual y así creció en sus mentes analizadas.

A mediados de los años cuarenta, durante el gobierno populista de Perón, los integrantes de APA debieron mantener un bajo perfil político en una década de antipatía nacionalista contra el imperialismo económico británico y norteamericano y contra la tradicional hegemonía cultural europea. La política de Perón representaba una amenaza para las tradiciones de la clase media europea y para la comunidad de artistas, científicos y psicoanalistas, también de raigambre europea. Pero a pesar de aquel populismo del gobierno de Perón, del que muchos recordaran

lo de *libros no, zapatillas sí*, Buenos Aires ofreció un marco cultural apropiado al crecimiento del Instituto de Formación Psicoanalítico de APA que se constituyó en el más prestigioso centro de formación psicoanalítica latinoamericano. La APA hizo grandes esfuerzos por difundir el psicoanálisis, no sólo en el medio profesional sino también en el gran público. La Revista de Psicoanálisis se vendía en las librerías de Buenos Aires que poseían una clientela interesada en artes y ciencias sociales. Por ello era necesario poseer un bajo perfil para que la joven y pujante Institución no corriera riesgos.

Así como ocurrió con los inmigrantes cuyo abolengo descende de los barcos que los transportaron desde Europa, sucedió también con los iniciadores y fundadores del movimiento psicoanalítico, buena parte de ellos europeos, con algunas excepciones como Raskovski y Pichon Rivière (europeo, emigrado en la infancia) que provenían de las provincias argentinas.

Con anterioridad a esta fundación, la Argentina había albergado a una veintena de psicólogos y psiquiatras centro-europeos exiliados de la segunda guerra, en su mayoría judíos perseguidos por el régimen de Hitler y con el explícito deseo de no dejarse matar. Aunque todos ellos, junto a psiquiatras, escritores, filósofos y educadores argentinos fueron iniciadores de una cultura psicoanalítica en el país, casi ninguno se integró en la APA, fenómeno que resulta de difícil explicación.

Si bien la idea psicoanalítica fue aceptada desde sus comienzos por la intelectualidad argentina, por su idealización fue muy temida y rechazada en otros medios. La libertad para pensar y la búsqueda de la verdad que ella propone hizo que le adjudicaran ideas comunistas, radicales, populistas, individualistas, antirreligiosas, etc., en un país extremadamente católico. A ellos se unieron los psiquiatras que se vieron atacados en el ejercicio de su profesión. El psicoanálisis como toda idea nueva contiene una fuerza disruptiva que violenta en menor o mayor grado la estructura del espacio en que se manifiesta. En



este caso, violentó la estructura psiquiátrica preexistente. Muy pronto las dictaduras también le temieron y, durante el gobierno de Perón, los ateneos y seminarios de APA contaron con la compañía de un policía, amparados por una ley que impedía reuniones numerosas.

La Asociación Psicoanalítica Argentina fue creciendo a medida que su pensamiento iba impregnando a la comunidad psiquiátrica, filosófica, a la intelectualidad en general, no hubo ámbito de la cultura donde dejara de notarse. El desarrollo del pensamiento de los psicoanalistas en la Argentina es bien conocido. A la APA vinieron a formarse los primeros psicoanalistas del resto de Latinoamérica y nada de todo esto pasó desapercibido a los grupos militares que siempre fueron una fuerza muy importante junto a la Iglesia. Desde los años cuarenta no solamente los políticos adversos al gobierno eran fichados en lo que se llamó la "sección especial", pues los psicoanalistas también gozaron de ese indeseado control.

Después de la segunda guerra mundial, Garma acompaña a Betti Goode, su esposa, al primer congreso de psicoanálisis que se realiza en Zurich. Allí debaten con Anna Freud, Melanie Klein y otros destacados integrantes del grupo kleiniano: Paula Heimann, Betty Josephs, Hanna Segal, etc. Betti, pionera en el psicoanálisis de niños en Hispanoamérica a partir de las supervisiones de sus propios históricos, recibe la invitación de este grupo de permanecer en Londres, debido fundamentalmente a un trabajo asombroso para la época: el análisis de una criatura de 21 meses de edad, en el que se pudieron comprobar hipótesis y teorías de Klein. Ese viaje se concreta en los años 51 y 52, junto con Garma, y durante ese tiempo concurren a seminarios, reuniones de estudio y supervisiones diarias.

CONSOLIDACIÓN Y DIVISIÓN

En 1956, Garma y Rascovsky organizaron un Congreso Iberoamericano de Medicina

Psicosomática que revolucionó el ambiente médico argentino. De inmediato, al año siguiente, comenzaron a dictar un curso de extensión extracurricular en la Facultad de Medicina, organizado por el Centro de Estudiantes de esa casa de estudios que se dictaba todos los miércoles, a las 8 de la tarde. Allí, por primera vez, estudiantes y profesionales se contactan con el Psicoanálisis. De este modo, una generación de militantes universitarios entró en el mundo del psicoanálisis, dando origen al boom de los psicoanalistas en Buenos Aires.

Hubo una medida ideada por Garma que ayudó mucho a la propagación del análisis y a que económicamente no fuera muy elitista. Mientras en otras asociaciones para que un candidato pudiera comenzar a cobrar su trabajo debía, al menos durante dos años, atender gratuitamente dos casos y pagar las supervisiones. En Buenos Aires, Garma logró imponer que los candidatos, ya que eran médicos, pudieran tratar analíticamente y cobrar desde el inicio en su consulta privada. Esto implicó para los argentinos la posibilidad de pagar el análisis didáctico y poder mantenerse.

En 1957, Garma se hizo cargo de la Cátedra de Psicología General de la Universidad de La Plata creándose ese mismo año, la carrera de psicología en la universidad de Buenos Aires. Luego, fue profesor visitante de la Escuela de Psiquiatría Menninger, de Kansas (Estados Unidos) en 1962.

En ese tiempo, las persecuciones políticas fueron muy importantes. Se perseguía intensamente a quienes ostentaran un pensamiento distinto del pensamiento militar, aunque los psicoanalistas poseían pensamiento independiente y esto era público y bastante notorio, como no se mostraban en el ámbito político, fueron aparentemente respetados y no fueron objeto directo importante de su persecución.

La lucha dentro de la APA se fue tornando más política a medida que empeoraban las condiciones en Argentina tras el golpe de Estado de 1966 que llevó a la presidencia del



país al general Onganía e interrumpió las innovaciones universitarias iniciadas diez años antes. A comienzos de los años setenta, una serie de gobiernos militares pusieron en práctica medidas de represión políticas y propuestas económicas que polarizaron a la sociedad. El antagonismo militar a la libre expresión, impuso, además, la censura en la prensa y en las artes, de manera que todos los sectores de la cultura se vieron afectados. La comunidad psicoanalítica se vió directamente afectada por estos enfrentamientos políticos, a las pugnas tradicionales (luchas de poderes, diferencias teóricas, etc.), les sucedió una serie de batallas políticas más claramente articuladas. Los disidentes de APA la acusaban de haberse transformado en una isla exclusiva en la que por su adhesión a la clase dominante y al orden social existente hacían todo tipo de concesiones. La APA defendía su aislamiento en la neutralidad valorativa del análisis, sostenía que la práctica clínica y la investigación exigían que el paciente no supiera nada acerca del analista, a fin de que la transferencia facilitara las fantasías capaces de revelar la naturaleza y la etiología de la enfermedad del paciente. Era un enfrentamiento real entre psicoanálisis y política.

A medida que crecían las tensiones en la APA, los disidentes se fueron enterando que en otras asociaciones del mundo estaba ocurriendo algo parecido. Dos congresos internacionales, el del 69 en Roma y el del 71 en Viena, convocaron a candidatos y universitarios de varios países que organizaron simultáneamente uno paralelo para hacer oír sus preocupaciones sociales y políticas.

Se fundó entonces Plataforma, organización internacional que cuestionaba la ideología de la formación y la práctica psicoanalítica de la International Psychoanalytical Association (IPA) y de las sociedades dependientes de ella. También permitió a analistas disidentes y candidatos de cada país expresar sus críticas, desarrollar alternativas al análisis institucionalizado. Los analistas que se habían adherido a este

grupo, renunciaron a IPA y se fueron de APA, agrupándose un buen puñado de ellos en APDEBA, la Asociación de Psicoanálisis de Buenos Aires tras haberse constituido previamente la Federación de psicoanalistas de Argentina. Reconocida como asociación psicoanalítica argentina junto a APA en el congreso de Nueva York, concentrando a los científicos, quienes “no abusaban de la transferencia” en alusión al uso indebido del poder del analista sobre el paciente en tratamiento. De los miembros fundadores de la institución, Garma y Rascovsky mantuvieron las posiciones acomodadas de los últimos años y permanecieron en el viejo tronco de la APA. Marie Langer, desde el exilio en México se posicionó por APDEBA. Pichon Rivière falleció en 1977, el mismo año de la división. Ciertamente, con gran cordialidad entre las partes, tras más de treinta años de convivencia fraternal. En la IPA y fuera de Argentina no se llegaba a comprender que la violencia política de la sociedad global hacía que los enemigos políticos hallaran bases de consenso más allá de las diferencias, las cuales podían llevarse con calma.

SU OBRA

Fue autor de numerosas obras psicoanalíticas, como *Psicoanálisis de las guerras*, *La realidad exterior y los instintos en la esquizofrenia*; *Génesis psicósomática y tratamiento de úlceras gástricas y duodenales*, *Psicoanálisis de los sueños*, *Génesis y contenido primario de la alucinación onírica*, *Psicoanálisis del arte ornamental*, *Reacciones maníacas: Alegría masoquista del yo, por el triunfo mediante engaños del superyó*, *Sadismo y masoquismo en la conducta*, entre otras (ver tabla 1). Once libros, más de cien artículos y multitud de conferencias y seminarios reflejan sus ideas y producción científica que él mismo agruparía en varios apartados: Sueños, Psicopatología, Medicina psicósomática, Técnica psicoanalítica, Arte ornamental y temas sociológicos.



La última década de su vida, vió comprometida la producción de sus textos al padecer la enfermedad de Parkinson, que también le impidió asistir al Congreso Psicoanalítico Internacional de Madrid en 1983, el primer congreso de la IPA en un país de habla castellana, pero fue nombrado, no obstante, vicepresidente de Honor de dicha institución.

Aunque fueron muy escasas las ocasiones que acudió a este lado del Atlántico, en 1989, en su último viaje a Bilbao, fue premiada su trayectoria científica con la Gran Cruz de la Orden

del Mérito Civil otorgada por el rey de España. Tres años antes había recibido el Premio Konex, distinción argentina que la fundación que lleva ese nombre otorgaba en su sección de Humanidades.

Garma falleció en Buenos Aires, en enero de 1993, pocas semanas después de publicada la actualización de su libro *El Psicoanálisis: Teoría, Clínica y Técnica*. Ochenta y nueve años de intensa vida.



Iñaki Markez
imarkez@euskalnet.net

Tabla 1.- Algunas publicaciones de Angel Garma

El método psicoanalítico de interpretación de los sueños. Buenos Aires, 1936
Evolución y nuevos problemas de la teoría psicoanalítica. <i>Psicoterapia</i> , 1, 3, 1937
El psicoanálisis: presente y perspectivas. Ed. Aniceto López, Buenos Aires, 1942
Psicoanálisis de las guerras. Ed. Agonía, Buenos Aires, 1942
Sadismo y masoquismo en la conducta. Ed. Ateneo/ APA, Buenos Aires, 1945
El dolor de cabeza, Buenos Aires, 1954
Psicoanálisis de los sueños. Ed. Nova, Buenos Aires, 1956
Génesis psicoanalítico y tratamiento de las úlceras gástricas, Buenos Aires, 1959
Psicoanálisis del arte ornamental. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1961
El psicoanálisis: teoría, clínica y técnica. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1962
Introducción al psicoanálisis para educadores (con Anna Freud). Ed. Paidós, Buenos Aires, 1971
Los grupos de psicoanalistas rivales y sus influencias en los candidatos a psicoanálisis. <i>Revista de Psicoanálisis</i> , 1972: XXXIX, 4
Cómo se llega a ser psicólogo (con Theodor Reik). Biblioteca del educador contemporáneo, Buenos Aires, 1975
Génesis psicósomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1975
Nuevas aportaciones al psicoanálisis de los sueños. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1976
Tratado mayor de psicoanálisis de los sueños. Buenos Aires, 1990
El psicoanálisis: teoría, clínica y técnica. Actualización. Buenos Aires, 1993

BIBLIOGRAFÍA

- Balán, J (1991). *Cuéntame tu vida*. Planeta Espejo de la Argentina. Buenos Aires.
- Kaplan, A (2002): *La emigración de los psicoanalistas de América del Sur*. IX Encuentro Internacional del Historia del Psicoanálisis. Julio, 2002. Barcelona.
- Langer, M; del Palacio, J; Guinsberg, E (1984). *Memoria, historia y diálogo psicoanalítico*. Folios Ediciones. Buenos Aires.
- Muñoz, ML (1989). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico en España. *Revista de psicoanálisis de Madrid*, mayo–noviembre 1989.
- Rodríguez Pérez, JM (1997). *La significación de Angel Garma en el psicoanálisis hispánico*. En Aparicio, V. (compilador): *Orígenes y Fundamentos de la Psiquiatría en España*. Editorial Libro del Año (ELA), Madrid.



Caso Clínico

El Duelo

Beatriz Raya

Psicóloga, CSM de Ermitagaña. Navarra

XX es una mujer de 30 años, acude al CSM el 25 de septiembre de 2002 derivada por su médico de atención primaria. El 18 de mayo falleció su esposo en accidente de moto. Fue atendida por primera vez en el CSM cuando tenía 21 años (octubre de 1993), por presentar una dependencia a opiáceos (heroína) de varios años de evolución. Se intentó una desintoxicación tanto a nivel ambulatorio como en Centro de día sin éxito. En junio de 1994 deja de acudir al CSM e inicia el programa de Proyecto Hombre que completa satisfactoriamente (3 años).

Cuatro años después (julio de 1998), XX es nuevamente atendida en el CSM. Manifiesta síndrome de ansiedad, a menudo en forma de crisis con importante componente vegetativo. La sintomatología comenzó después del nacimiento de su hija, que en ese momento tiene 2 años, y parece estar en relación con sobrecarga e inseguridad en el cuidado de la misma. Se le pauta "Trankimazin 0,50" (1-1-0-0) y se inicia terapia de apoyo con orientación y pautas de crianza que es abandonada aproximadamente año y medio después, coincidiendo con el cambio de terapeuta.

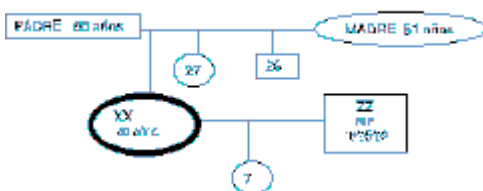
XX es la mayor de una fratria de tres. Sus dos hermanos siguen viviendo en el domicilio parental. Con la hermana tres años menor refiere una mala relación desde siempre y la describe como egoísta. Al hermano lo describe como noble. XX mantiene una estrecha relación con sus padres con los que estuvo viviendo un par de meses después de la muerte de su marido. Actualmente muchos días va a comer a su casa y cuenta con ellos para que le ayuden en el cuidado de su hija. Los considera una importante fuente de apoyo y recurre frecuentemente a ellos.

Sin antecedentes psiquiátricos familiares de interés.

Historia de pareja

XX conoció a su marido Pedro con 15 años y a los 20 se fue a vivir con él. En esta época habría que situar el consumo de heroína de XX. Tras varios meses de convivencia Pedro es detenido por robo y es cuando ella descubre que él era heroinómano. Después de que lo encarcelan es cuando XX comienza a consumir heroína: "me reunía con sus amigos y me encontraba a gusto. Fueron ellos los que me ofrecieron. Mi novio nunca habría consentido que me ofrecieran". En el momento que XX acude por primera vez al CSM, Pedro se encuentra cumpliendo el programa de comunidad terapéutica de Proyecto Hombre y ella, viviendo de nuevo con sus padres, que son

HISTORIA FAMILIAR



quienes, muy angustiados, quieren que deje de consumir. Al año siguiente XX comienza también el programa de Proyecto Hombre.

Estando en el programa se queda embarazada. Ambos logran terminar el programa con éxito, desde entonces han estado abstinentes. En julio de 1999, hace tres años, contraen matrimonio y es su hija de 4 años quien lleva las arras. Los tres viven en un piso alquilado de protección oficial. XX describe una relación de complicidad, de buen entendimiento y algo dependiente por su parte: "ZZ siempre sabía lo que hacer y siempre lo hacía bien. Yo no se como hacer las cosas y lo hago todo mal." Consciente de su inseguridad se sentía protegida por ZZ.

Historia laboral

Realizó estudios de F.P y peluquería. Posteriormente comenzó a trabajar como dependienta en distintas tiendas. Nunca ha tenido un trabajo fijo, trabaja por temporadas desempeñando labores que requieren poca especialización: como interina en una casa, de cajera en un supermercado, etc. Actualmente trabaja en la limpieza.

Enfermedad actual

El día del funeral de su esposo presentó una crisis de ansiedad que le impidió entrar al cementerio. Todavía no ha visto la tumba de ZZ porque le da miedo ir al cementerio. Durante los 3 meses siguientes al fallecimiento estuvo viviendo en casa de sus padres. En agosto regresa a su casa acompañada de su hija y de una perrita recién comprada de la raza que le gustaba a ZZ.

En la entrevista se muestra consciente y orientada, llorosa, habla mucho y rápido, manifiesta sentimiento de rabia, de rechazo social y preguntas continuas sobre lo ocurrido, miedo al futuro, sentimiento de inseguridad y baja auto-

estima. Apetito y sueños conservados. No se encuentra sintomatología psicótica.

Impresión diagnóstica

F43.22, Trastorno de adaptación. Reacción mixta de ansiedad y depresión. (Duelo patológico).

Tratamiento farmacológico

Paroxetina 20mg (1-0-0) y Alprazolam 0,5mg (0-0-1)

La siguiente cita para XX según la agenda de su psiquiatra es para enero (fue atendida el 25 de septiembre), a su madre y a ella les parece demasiado tarde y deciden presentar una queja en subdirección. Pasa entonces a ser atendida por la residente de psicología. Se plantea una terapia de apoyo que facilite la elaboración del duelo, con los siguientes objetivos:

1. ACEPTAR LA REALIDAD DE LA PÉRDIDA.

Tarea que implica abandonar los mecanismos de negación inherentes a toda situación intensamente dolorosa.

2. EXPERIMENTAR EL DOLOR DE LA AFLICCIÓN.

Tanto a nivel físico como emocional, en contraposición con la tendencia a evitar o suprimir este tipo de sentimientos y sensaciones. Reconociendo su importancia para que el duelo pueda ser bien resuelto.

("Transmite palabras de dolor; el dolor que no habla murmura en el fondo del corazón y le hace romperse" Macbeth, de Shakespeare).

3. ADAPTARSE A UN MEDIO SOCIALMENTE MODIFICADO.

Por la ausencia del ser querido y a nuevos objetivos o nuevos roles, como consecuencia de los cambios de situaciones que conlleva la pérdida,



centrados principalmente en la educación de su hija.

4. DISTANCIARSE DE LA RELACIÓN EMOCIONAL CON EL AUSENTE.

Para poder emplear esa energía en otras relaciones afectivas

Evolución

Las primeras entrevistas se centran en normalizar sentimientos y pensamientos habituales en el duelo que XX vive como perturbadores. Sentimientos de alivio: "¡fijate qué cosas pienso! Ahora que ZZ no está tengo más sitio en el armario para poner mis cosas. No sé cómo puedo pensar eso. También pienso en el dinero que voy a ahorrar en agua y comida". Sentimientos de culpa: "fui yo quien le dijo que fuera al cumpleaños de ese amigo" (lugar al que se dirigía cuando tuvo el accidente). Sentimientos de reproche: "Seguro que iba a mucha velocidad, con las veces que le había dicho que no corriera".

No se permite sentir la pérdida, la reconoce y la acepta intelectualmente "ya sé que ZZ no va a volver, que está enterrado y pudriéndose, además yo no creo en el cielo y en esas cosas"; sin embargo, la respuesta emocional es negativa. Teme sentir el dolor de la pérdida, planteando que si se "hunde" no podrá salir hacia delante y que ella no quiere hundirse porque su hija la necesita. Descarta la idea de volver a consumir. Se refugia en la hiperactividad para no pensar. Después de varios meses en paro comienza a trabajar limpiando un local dos veces por semana.

La negación de la pérdida se manifiesta en múltiples detalles. XX mantiene en su agenda del móvil el número de ZZ y alguna vez lo ha marcado para ver si le contestaba, reconoce que sabe que eso es imposible pero dice que

no lo va a borrar. Frecuentemente piensa que ZZ va a volver, que está en Ibiza con una camisa de flores y tocando la guitarra, que era lo que Pedro solía decir que iba a hacer cuando discutían. Conserva el coche de ZZ y dice que dentro de él de alguna forma siente su presencia.

Refiere dudas sobre su capacidad para educar a su hija aludiendo que ella no lee libros y que era ZZ el que siempre sabía lo que hacer. Admite que ahora ella tiene que tratar de ser la positiva y la fuerte, rol que hasta ahora había asumido su esposo.

A finales de octubre presenta una nueva crisis de ansiedad mientras se encuentra en la cama que consigue superar sola en unos 25 minutos. Recuerda como en esta situación ZZ solía tomarle la mano para tranquilizarla. Le preocupa el ritmo de su proceso de duelo, diferenciar el tiempo interior del tiempo exterior le ayuda.

Según avanzan las sesiones, describe la fantasía que tiene sobre el cementerio. Habla de zombies (muertos vivientes) que salen de sus tumbas, del asco que le produciría el olor a podrido o la visión de gusanos saliendo de la tumba de su esposo. Manifiesta la incorporación del "objeto amado" y su deseo de no liberarlo. Comenta como su suegra ha ido donde una vidente que le transmite los deseos de ZZ y XX expresa su rechazo e incredulidad ante este tipo de prácticas pero curiosamente afirma "ésta (refiriéndose a su suegra) tampoco quiere soltarlo".

El día 28 de octubre fue por primera vez al cementerio, le sorprendió lo distinto que era de lo que ella se había imaginado. Describe detalladamente cómo toca la lápida, dice que es como si quisiera romperla y meterse dentro para despedirse de ZZ. Ha planteado a sus padres que quiere ser enterrada en el mismo lugar que su marido. Poder ir al cementerio ha supuesto un paso importante para XX, le ha permitido confrontar la realidad. Reconoce que



hasta hace poco había vivido con la fantasía de que todo era un sueño “muy largo” del que iba a despertar con ZZ a su lado.

Las salidas de XX con amigas cada vez son más frecuentes y a comenzado una relación de amistad con un antiguo compañero de Proyecto Hombre. Admite no ser feliz, que sin ZZ no va a volver nunca a ser feliz. En siguientes sesiones se exploraran las fantasías sobre la finalización del proceso de duelo, analizando las implicaciones que tiene para XX abandonar su dolor.

Discusión

- ¿Cómo diferenciar entre duelo patológico y duelo normal? ¿Han de ser tratados los duelos desde salud mental?
- XX toma Trankimazin 0,5 desde hace 4 años y suele regular las dosis a su criterio bajo la supervisión de su médico de cabecera. ¿Estamos ante una nueva adicción?

CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE DUELO

Etimológicamente, el término duelo tiene dos acepciones; la de “dolor” por una parte y la de “combate o desafío entre dos” por otra. A nivel intrapsíquico, el dolor surge por la pérdida del objeto y de las partes del yo proyectadas en el mismo. La capacidad para sentir dolor es fundamental para que el duelo se realice, sin dolor no hay duelo. El combate, también librado dentro del territorio intrapsíquico, consiste en una lucha entre la fantasía y la realidad, entre el amor y el odio, entre la vida y la muerte. Para que el duelo se resuelva satisfactoriamente, el juicio de realidad ha de imponerse a la fantasía, el amor tiene que triunfar sobre el odio de manera que la vida prevalezca sobre la muerte. Este combate es un lento y doloroso proceso.

El duelo es la reacción normal a la pérdida. Se asocia con la pérdida de un ser querido, pero la reacción de duelo se produce tanto ante pérdidas físicas o tangibles como ante pérdidas simbólicas o psicosociales, como la pérdida de status, de empleo, de la juventud, etc. En palabras de Freud “El duelo es, por regla general, la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”

Entre las manifestaciones emocionales y comportamentales que experimenta la persona que se enfrenta a una pérdida significativa destacarían las siguientes:

- **ATURDIMIENTO Y PERPLEJIDAD:** Suele experimentarse al principio. Esta aparente dificultad para comprender el alcance de lo ocurrido suele ser breve. Va seguida de expresiones de dolor y malestar tales como el llanto y los suspiros.
- **AUTORREPROCHES:** Centrados en actos relativamente triviales que se hicieron o que no se realizaron con el difunto.
- **RABIA:** Consecuencia natural a toda privación.
- **CULPA:** Provocada por el sentimiento de alivio de que sea la muerte del otro la que se ha producido y no la propia. Se le ha denominado “culpabilidad del superviviente”, a veces manifiestan que ellos deberían haber muerto y no la persona querida.
- **NEGACIÓN:** Intentos de perpetuar la relación perdida, es frecuente la aparición de “objetos de vínculo”, objetos que le gustaban al difunto o que lo recuerdan.
- **SENSACIÓN DE PRESENCIA DEL FALLECIDO:** Puede ser tan fuerte que provoque ilusiones o alucinaciones, tales como oír la voz del difunto o sentir su presencia, la per-



sona reconoce que estas percepciones no son reales.

- **FENÓMENOS DE IDENTIFICACIÓN:** El superviviente puede adoptar cualidades, gestos y características de la persona fallecida.
- **ANSIEDAD:** Desde un sentimiento de inseguridad hasta un ataque de pánico. Los dolientes temen no poder cuidarse ellos mismos y temen no ser capaces de vivir sin la persona que han perdido.

Durante el complejo proceso psicológico denominado trabajo del duelo o elaboración del duelo, el sujeto ha de deshacer los lazos contraídos con la persona amada y enfrentarse al dolor de la pérdida. Todo esto requiere una laboriosa tarea que es atestiguada por la falta de interés que la persona muestra por el mundo exterior. Tradicionalmente, el duelo se había considerado como una atenuación progresiva y espontánea del dolor, sin embargo, esta nueva comprensión del duelo implica un trabajo intrapsíquico que puede fracasar como muestran los duelos patológicos.

La adecuada elaboración del duelo permitirá que el doliente se acomode al mundo sin la presencia del fallecido, adoptando nuevos roles y actividades a la vez que redefine su identidad. Finalmente, la energía emocional retirada de la relación previa podrá ser reinvertida en nuevas relaciones.

Se considera que el duelo dura entre 6 meses y un año, termina al cumplirse el primer año sin el fallecido. Algunos signos o síntomas del duelo pueden persistir mucho más de 1 o 2 años. Al final, la persona recupera su ánimo productivo y de relativo bienestar.

CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DEL DUELO

DSM-IV- En la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos men-

tales (**DSM-IV**), el duelo está clasificado dentro del apartado Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, junto con el incumplimiento terapéutico, la simulación, el comportamiento antisocial del adulto, el comportamiento antisocial en la niñez o la adolescencia, la capacidad intelectual límite, el deterioro cognoscitivo relacionado con la edad, el problema académico, el problema laboral, el problema de identidad, el problema religioso o espiritual, el problema de aculturación y el problema biográfico.

Estos problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica no se consideran verdaderos trastornos mentales, sino problemas que en algún momento hacen que la persona entre en contacto con el sistema de salud mental. Se codifican en el eje I.

Según el **DSM-IV**, la categoría diagnóstica "duelo" puede usarse cuando el objeto de atención clínica es una reacción a la pérdida de una persona querida. Como parte de su reacción de pérdida, algunos individuos afligidos presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor (por ejemplo, sentimientos de tristeza y síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso). El diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor no está indicado a menos que los síntomas se mantengan 2 meses después de la pérdida. Sin embargo, la presencia de ciertos síntomas que no son característicos de una reacción de duelo normal puede ser útil para diferenciar el duelo de un episodio depresivo mayor. Entre aquellos se incluyen:

1. Culpa por las cosas, más que por las acciones recibidas o no por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
2. Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir.
3. Preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad.

4. Enlentecimiento psicomotor acusado.
5. Deterioro funcional acusado y prolongado.
6. Experiencias alucinatorias, distintas de las de pensar que escucha la voz, o ve la imagen fugaz, de la persona fallecida.

CIE-10.- En la décima edición de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) no existe la categoría de duelo. Las reacciones normales de duelo, apropiadas a la cultura del individuo y que no excedan los 6 meses, se codificaran como:

- Z63.4, Desaparición o Fallecimiento de un miembro de la familia.
- Z71.9, Consejo.
- Z73.3, Estrés no clasificado en otra parte.
Cuando las reacciones de duelo a causa de su contenido o forma se consideran anormales o cuando exceden los 6 meses, se codificarán como Trastorno de Adaptación (F43.2).

Por lo tanto, en ambas clasificaciones, el concepto de Duelo Patológico, quedaría englobado por el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor o el de Trastorno de Adaptación con sus distintas modalidades: f43.21 Reacción Depresiva Prolongada (superior a 6 meses), F43.22 Reacción Mixta de Ansiedad y Depresión, F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones, F43.24 Con predominio de alteraciones disociales o F43.25 Con alteraciones de las emociones y disociales mixtas.

Se han identificado una serie de factores que pueden contribuir al desarrollo de un duelo patológico. Por lo general, en los duelos de difícil elaboración es frecuente identificar relaciones de una gran ambivalencia con la persona

fallecida, en las que prevalecían sentimientos de rabia y de culpa. Asimismo, en las relaciones que se caracterizan por un alto nivel de narcisismo, la muerte del ser querido es vivida como la separación de una parte de sí mismo, razón por la cual la pérdida tiende a ser negada. Por otra parte, los vínculos en los cuales se percibe una fuerte relación de dependencia, suelen predisponer al sujeto a una reacción patológica ante el duelo. Una muerte repentina que se produce en situaciones traumáticas o contra la secuencia natural de la vida suele implicar más dificultades de elaboración. El aislamiento social y la falta de intimidad también contribuyen al desarrollo de duelos patológicos.

EXPLICACIONES TEÓRICAS DEL DUELO NORMAL Y PATLÓGICO

Freud. - En su ya clásico artículo, "Duelo y melancolía", Freud ofrece una posible explicación sobre los mecanismos subyacentes al proceso de duelo normal y duelo patológico (melancolía). En ambos procesos se ha producido una pérdida de objeto, consciente y clara en el duelo normal e inconsciente y ambivalente en el caso de la melancolía; sabe "a quién" perdió, pero no "lo que" perdió en él. La persona que experimenta un duelo normal tras la pérdida de su ser querido, siente que el mundo ha quedado pobre y vacío. Sin embargo, el melancólico se siente él mismo empobrecido y despreciable.

En el duelo normal, el juicio de realidad demuestra que el objeto amado no existe ya y exige que la libido abandone todas sus relaciones con el mismo. Tras un lento y doloroso proceso, y con un gasto de tiempo y energía psíquica muy grande (trabajo del duelo), la realidad triunfa finalmente y el sujeto consigue sustraer toda la energía invertida en el objeto perdido y emplearla en nuevas relaciones. La persona muerta se internaliza como un objeto bueno.



En el duelo patológico, se ha producido un desengaño con el objeto, de cualquier índole, que provoca que la libido no pueda ser sustraída del objeto y quede retraída en el Yo. Se establece, por tanto, una identificación de una parte del Yo con el objeto perdido. De este modo, al identificarse una parte del Yo con el objeto, el odio y la hostilidad dirigidas hacia el objeto se vuelven contra el yo. El conflicto existente entre el Yo y el objeto se transforma en un conflicto entre una parte del yo y una instancia autocrítica. Es decir, los reproches y quejas que el melancólico dirige contra sí mismo, serían en realidad acusaciones contra la persona muerta. Debido al odio, se ataca la parte del Yo identificada con el objeto, humillándola y encontrando en ese sufrimiento una satisfacción sádica. En la tendencia al suicidio la hostilidad primitivamente dirigida hacia el objeto es orientada hacia uno mismo. (En su intento de matar al objeto malo, el Yo identificado con ese objeto padece el destino de Dorian Gray quien al destruir su retrato tuvo que morir).

Melanie Klein. - Para Melanie Klein, existe una conexión estrecha entre el duelo y los procesos de la temprana infancia. El niño pasa por estados mentales comparables al duelo del adulto y son estos tempranos duelos los que le sirven posteriormente en la vida cuando experimenta algo penoso. Propone que en el duelo se reactiva la posición depresiva infantil. Se entiende el término posición, no como una etapa o una fase transitoria, sino una configuración específica de relaciones objetales, de ansiedades y de defensas.

En la posición esquizo-paranoide infantil (0-3/4 meses), el niño no reconoce "personas" y se relaciona con objetos parciales, la ansiedad existente es de tipo paranoide y la defensa utilizada es la escisión.

En la posición depresiva infantil (6-12 meses), el niño reconoce a la madre como un objeto total, la ansiedad predominante es de tipo depresivo y las defensas principales son la ambivalencia y la culpa.

Estas dos configuraciones de relaciones objetales (parcial y total), de ansiedades (paranoide y depresiva) y de defensas (escisión, integración, ambivalencia, culpa...) persisten a lo largo de toda la vida. El individuo puede oscilar siempre entre ambas posiciones. La posición depresiva nunca llega a reemplazar por completo a la posición esquizo-paranoide.

La diferencia fundamental entre el duelo normal y el duelo patológico consiste en que los sujetos que fracasan en su elaboración del duelo, no vencieron nunca la posición depresiva infantil. Esto es, no fueron capaces en su temprana infancia, de establecer objetos buenos internos y de sentir seguridad en su mundo interno.

En el duelo normal, sin embargo, la posición depresiva temprana, que se ha revivido con la pérdida del objeto amado, se modifica una vez más y se vence por métodos similares a los que usó el yo en la infancia. El individuo reinstala dentro de él sus objetos de amor perdidos reales y al mismo tiempo sus primeros objetos amados, en última instancia, sus padres buenos, a quienes, cuando ocurrió la pérdida real, sintió también en peligro de perderlos.

Cuando el sujeto en duelo reinstala dentro de sí a los padres buenos y a las personas recientemente perdidas y reconstruye su mundo interno, que estuvo desintegrado y en peligro, puede vencer su pena, gana nueva seguridad y logra armonía y paz verdaderas.



Beatriz Raya

Psicóloga,

Centro de Salud Mental de Ermitagaña.

Tfnos.: 948 19 85 90 • 948 19 89 61

e-mail: beatraya@eresmas.com



BIBLIOGRAFÍA

- Baranger, W. (1969): *El muerto–vivo: estructura de los objetos en el duelo y los estados depresivos*. En: Problemas del campo psicoanalítico. M y W. Baranger. Ed.Kargieman, Buenos Aires. Pp217–29.
- CIE–10. (2000): *Clasificación Internacional de la Enfermedades*. Médica Panamericana, Madrid.
- Coderch, J. (1995): *Las aportaciones de Melanie Klein. La posición depresiva infantil y su relación con el duelo normal y con la psicosis maniaco–depresiva*. En: Psiquiatría Dinámica. Herder, Barcelona. pp357-63.
- DSM-IV (1995) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson, Barcelona.
- Freud, S. (1917/1915/) *Duelo y melancolía*. En: Obras completas. Tomo VI. Biblioteca nueva, Madrid. 1975. Pp237-55.
- Grinberg, L.(1983) *Duelo normal y duelo patológico. Elaboración del duelo*. En: Culpa y depresión. Alianza, Madrid. Pp139-60.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A.(1996): *Tanatología: muerte y duelo*. En: Sinopsis de Psiquiatría, 7ª edición. Editorial Médica Panamericana, Madrid. Pp79-90.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J.(1997): *Duelo y aflicción*. En: Tratado de Psiquiatría, 6ª edición. Editorial Interamericana, Madrid.. Pp1654-60.
- Klein, M. (1940): *El duelo y su relación con los estados maniaco–depresivos*. En: Obras completas. Tomo II. Paidós-Horme, Buenos Aires. 1995. Pp275-301.
- Laplanche, J., Pontalis, J–B.(1996): *Trabajo del duelo*. En: Diccionario de psicoanálisis. Paidós, Barcelona. Pp435-6.
- Peña Frade, L., Montaña de Barragán, C. (2001): *Manejo del duelo en niños y adolescentes desde el enfoque cognitivo–conductual*. En: Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Caballo V.E. y Simón M.A. Pirámide, Madrid. Pp187-209.
- Portillo, M., Martín, M.J, Alberto, M. Adherencia al tratamiento del duelo patológico. *C.Med.Psicosom*, nº 62/63–2002: 13–18
- Puertas, P. (2000): *La vida como una sucesión de duelos*.
- Tizón, J.(1998): *El duelo y las experiencias de pérdida*. En: Psiquiatría en Atención Primaria. Editor: Vazquez Barquero, JL. Biblioteca Aula Media.



Átopos

Salud mental, Comunidad y Cultura

Dirigida por Manuel Desviat, y editada con su habitual buen gusto, recientemente (Volumen 0, mayo de 2003) ha comenzado su andadura esta nueva publicación. El sumario de este primer número es el siguiente:

Sumario:

1. Editorial: M. Desviat
2. Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial y comunitario, Pau Pérez-Sales.
3. Acute Psychiatric Response to Disaster: A Clinical Account of Disaster Psychiatry Outreach (DPO) in the Aftermath of the September 11th World Trade Center Disaster.
4. Un estudio en Tegucigalpa, Honduras. Robert Kohn, Itzhak Levav; Irma Donaire García, E. Machuca; Rita Tamashiro.
5. Dimensión social y política de la prevención y la atención a desastres. variaciones sobre el caso mexicano. Juan Manuel Ramírez Saiz.
6. Plan de acciones de salud mental en desastres OMS.

Reseñas:

- ◆ 11 de septiembre, un asunto de familia, Ana Moro
- ◆ Psiquiatría y catástrofes. Páginas web de interés, Ana Moreno

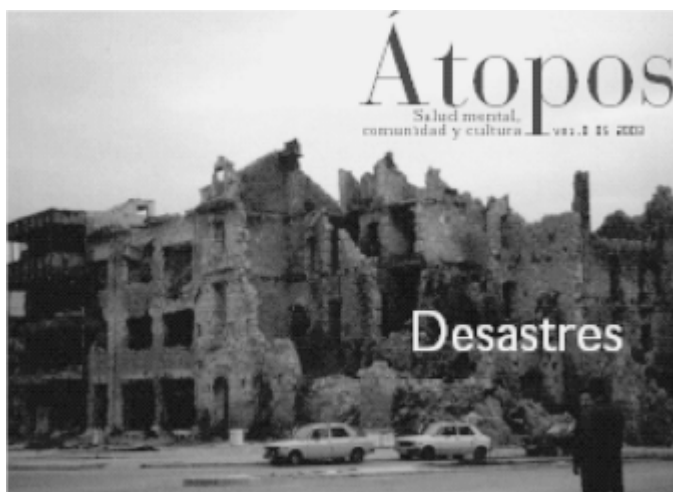
Cuaderno central:

1. New York. R. Alberti.
2. Los muertos de Nueva York, los muertos de Afganistán y los muertos de la guerra de Troya. Francisco Pereña.
3. La guerra colonial y los trastornos mentales. F. Fanon.
4. Consideraciones de actualidad sobre la guerra y la muerte (1915). Sigmund Freud.
5. El 11 de septiembre visto por 11 directores de cine, por Javier González.

Director: Manuel Desviat

Redacción: María Dieguez, Carlos González Juárez, Ana Moreno, Ana Moro, Ana González Rodríguez, Esther Pérez

Consejo Editor: Colina F, Chicharro F, Pedro G. Delgado, Desviat M, Domingos Alves, Fernández Liria A, Levav I, Mas Hesse J, Pereña F, Ruiz de Velasco ME.





CLAT2

Durante los días 22, 23 y 24 de mayo se celebró en el Palacio de Congresos de Perpignan la 2ª Conferencia Latina de Reducción de Daños relacionados con los usos de Drogas (CLAT). Más de mil personas inscritas exponiendo sus reflexiones en 4 plenarios, 33 mesas redondas y un puñado de conferencias y talleres satélites. Más de dos centenares de expertos invitados por el comité organizador han aportado sus trabajos favoreciendo la reflexión y el debate. El cannabis, la intervención en primera línea, el consumo en los espacios festivos, la exclusión social, la perspectiva de género, las salas de consumo, el análisis de sustancias, las políticas de reducción de riesgos en época de globalización, el papel de los medios de comunicación, aspectos legislativos, las redes europeas, la movilización comunitaria, el dopage en el deporte, y otros muchos temas recibieron la atención de los participantes en esta conferencia.

Si la iniciativa y decisión de un grupo de militantes de la reducción de riesgos propició en el año 2001 la CLAT 1 en Barcelona con la colaboración de diversas administraciones públicas, como lugar de intercambio de experiencias y opiniones, en esta ocasión, en Perpignan, la CLAT 2 ha sido lugar de encuentro de grupos que gestionan prácticas afines en la atención a las drogodependencias y participan de la dinamización de programas de reducción de riesgos asociados a diferentes formas de uso de drogas. Suizos, franceses, italianos, portugueses, argentinos, brasileños y provenientes de casi todas las comunidades autónomas del Estado español, con nutridos grupos de catalanes y vascos.

- En un contexto donde las nuevas políticas sobre drogas se mueven aun en terrenos inciertos, las tesis sobre la reducción de riesgos resultan ideas fecundas en la Europa del sur. De ahí que se planteara una Conferencia Latina que vaya abriendo perspectivas de cambio y líneas de cooperación en un marco geopolítico afín, con no pocas similitudes en los modos de relación social y familiar, la historia de los fenómenos migratorios, las religiones, el uso de drogas, las concepciones del placer y el sufrimiento, la percepción de los usuarios, etc, etc. Como todo lo relativo a la cuestión de las drogas estaba generando dificultades en la vida cotidiana, precariedad en el estatus social, cambios de contextos además de ver como se introducen nuevos productos y nuevas prácticas de uso, resultaba y resulta necesario realizar este tipo de encuentros que favorecen el conocimiento de experiencias innovadoras, o la expresión de las constantes comunes entre los diferentes programas y políticas de los diferentes países y, como no, interpelas sobre nuestras propias o ajenas intervenciones o las de las instituciones, pretendiendo siempre dinamizar nuevas políticas de reducción de riesgos.



- Sabemos de la importancia de identificar los diferentes modelos de intervención, los modos de uso y los tipos de consumidores. Conocemos la importancia de facilitar los intercambios de información sobre las experiencias de campo o la consolidación de acciones en contextos políticos y sociales cambiantes. Y también hemos aprendido sobre la importancia de implicarse los diferentes niveles de decisión, en cada país, en los diferentes ámbitos administrativos, en los sectores de la salud, educación, justicia, seguridad, etc., así como en la población en general, integrando la participación de usuarios de sustancias, su entorno, los técnicos y las propias instituciones públicas.

Entre lenguas de los fundadores, francés, castellano, italiano y portugués se pudo intercambiar los más variados planteamientos, hacer nuevos contactos y amistades, también proponer nuevos proyectos. Tras esta 2ª Conferencia hemos comprobado que la cantidad de activistas por la Reducción de Daños y Riesgos va en aumento. Ha aumentado considerablemente el número de participantes y también van en aumento las aportaciones novedosas. Si a través de la reducción de riesgos en la cuestión de las drogas, el antiprohibicionismo va ganando nuevos espacios es que vamos por buen camino.



Mónica Póo

Las Contrareformas Psiquiátricas

A mediados de los años ochenta del siglo pasado, se inició el proceso de reforma del Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés, que culminó con el cierre del antiguo manicomio (inaugurado en 1851) y la creación de una red de servicios de salud mental, coordinada, sectorizada, y dotada de la totalidad de recursos asistenciales y de gestión (Unidad de Hospitalización Breve, Centros de Salud Mental, Hospital de Día, Centro de Día, Unidad de Rehabilitación, Programas de Seguimiento, Residencia Asistida, etc.). En este proceso, liderado por Manolo Desviat, colaboraron durante años numerosos compañeros de la AEN: Alberto Fernández Liria, Antonio Espino, Josefina Mas, José Jaime Melendo, M^a Luisa González, Luis Fernández Fau, Mariano Hernández Monsalve, y otros muchos, que unieron sus esfuerzos en pro de conseguir un trato digno e igualitario para los enfermos mentales y unos servicios públicos de calidad.

Ya entonces existía una duda razonable acerca de que los políticos sanitarios mantuvieran “indisoluble” la red de salud mental, por lo que se consiguió la publicación de un decreto, publicado en B.O.C.M., con fecha 17 de mayo de 1991 y firmado por el entonces presidente de la Comunidad de Madrid, D. Joaquín Legina, por el que se constataba que el Hospital Psiquiátrico de Leganés se convertía “en una red de unidades ambulatorias, hospitalarias y de rehabilitación que dan cobertura al espacio territorial citado...”. Al mismo tiempo, se cambiaba su denominación por la de “Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain”. El objetivo de forzar de este decreto fue tratar de mantener unidos en el futuro los distintos dispositivos, tratando de evitar así que veleidades políticas echaran al traste con el trabajo realizado.

Ese riesgo, intuido entonces, se ha hecho realidad ahora. Hace escasos días ha llegado información acerca de los planes de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid para con este proyecto: La Unidad de Hospitalización Breve pasa a integrarse en el hospital general (Hospital Severo Ochoa) contra lo que no hay nada que oponer y que incluso formaba parte del proyecto original. Pero, y aquí viene lo novedoso, los centros de salud mental “pasarán a atención especializada” (sin aclarar lo que esto significa) y los servicios de rehabilitación, recursos intermedios y residencia asistida pueden ser gestionados por Servicios Sociales. En paralelo, desaparece la denominación “Instituto Psiquiátrico José Germain”, para volver a la anterior “Hospital Psiquiátrico de Leganés” (la contrarreforma). Al margen de la oportunidad, o no, de cada una de las medidas consideradas individualmente, el hecho es que la red desaparece, y, una vez más, los pacientes más graves y que menos demandan pueden volver a ser considerados de segunda categoría.

Con poca esperanza, pero sintiendo que era una obligación testimoniar nuestro parecer, con fecha 9 de mayo se envió el siguiente escrito a la Consejería de Salud de la Comunidad autónoma de Madrid:



Excmo. Señor D. José Ignacio Echaniz
Consejero de Sanidad de la C.A.M

Asunto: RECONVERSIÓN DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SS.MM. JOSÉ GERMAIN EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

Recientemente se ha recibido información acerca de la reconversión del Instituto Psiquiátrico SS.MM. José Germain a Hospital Psiquiátrico, desagregando del mismo los centros de salud mental y la unidad de hospitalización breve y, por lo tanto, desapareciendo una de las escasas redes de salud mental que existen en España. En realidad, a este movimiento podría llamársele “contrarreforma”, retro trayendo a la situación existente hace casi veinte años.

A mediados de los años ochenta, un numeroso grupo de profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermería, trabajo social) decidieron que, dada las indignas condiciones en que se encontraban los enfermos mentales ingresados en el entonces Hospital Psiquiátrico de Leganés, era imprescindible afrontar la tarea de transformarlo en una red de servicios de salud mental, coordinada, e integrada en la comunidad. En aquél momento, la sensibilidad hacia la enfermedad mental era escasa por lo que, con frecuencia, estas iniciativas fueron por delante de las de las políticas sanitarias. Lo extraordinario es que antes de que se firmaran convenios entre las distintas administraciones, se consiguió poner de acuerdo a profesionales de Insalud, C.A.M., y Ayuntamientos para constituir esa red de salud mental, que fue refrendada posteriormente por las respectivas organizaciones.

En los años que han transcurrido desde entonces se ha convertido en una referencia, tanto a nivel nacional como internacional, siendo el modelo que se ha intentado implantar en otros territorios y dando a la Comunidad de Madrid un prestigio ciertamente merecido. Es por ello una sorpresa que trate de desmantelarse un trabajo en el que se ha involucrado toda una generación de profesionales que se empeñaron con éxito en la mejora del sistema público de salud.

Al día de hoy, nadie duda que el único modelo que puede dar respuesta (y además el más eficiente y satisfactorio para la población) es el modelo de salud mental comunitaria pero, excepto en Leganés, han sido escasos los lugares en que ha podido completarse con éxito una auténtica red asistencial. Por lo tanto, le rogaría que considere la restitución de la misma, así como su anterior denominación (servicios de salud mental) lo que permitirá que en otras comunidades podamos seguir publicitando (y envidiando) un aspecto de la Consejería que usted preside.

Con mis mejores deseos.

Bilbao, 9 de mayo de 2003

Fdo.: Fco. Chicharro Lezcano

Presidente de Osasun Mentalaren Elkartea (OME)



Próximas citas

12–15 de junio**Carmona**

XXX Symposium de la S.E.P.T.G. “La integración mente–cuerpo–acción”.
www.septg.org/sim30/xxsymp.htm

6–11 de julio**Viena (Austria)**

VIII European Congress of Psychology
Secret: Vienna University of Technology. Tel.: +43 1 4072671

3–5 de agosto**Nueva York**

VIII Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial:
“Un mejor futuro para aquellos con enfermedades mentales”. • www.wapr.net

18–20 de septiembre.**Zaragoza**

VI Annual Scientific Meeting de EACLPP y XXXVIII Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática: “Los retos de la Psiquiatría de Enlace en la Europa del siglo XXI”.
Secretaría: +34 976 551 167 • zarademp@hcu-iblesa.es

6–10 de octubre**Bilbao**

Jornadas de debate sobre Salud Pública. XX Aniversario OP-País Vasco/ FADSP.
Secretaría: 94 416 22 02

9–11 de octubre**Universidad de Deusto. Bilbao**

Congreso de S. Mental: Mental Health in Europe–new Challenges, New Opportunities

21–25 de octubre**Palma de Mallorca**

VII Congreso Nacional de Psiquiatría
Secretaría: 971 173 000 • http://infopsiquiatria.com/palma2003/

24–25 de octubre**Bilbao**

V Jornadas de Rehabilitación del Hospital de Zamudio

12–14 de noviembre**Ciudad Real**

XII Congreso Nacional de Psiquiatría Legal

Mayo 2004.**Bilbao**

III Jornadas Interautonómicas del Norte
Secretaría: 94 467 49 79 • www.ome-aen.org

SOLICITUD DE INGRESO

Para ser miembro de OME, AANSM ó ACLSM se ha de solicitar previamente la incorporación a AEN. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios que siga a su recepción.

La cuota anual es de 78€ para el año 2.003. Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la Revista NORTE de salud mental, algunos libros y publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios de AEN, OME, AAN y ACLSM.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Villanueva, 11. 28001-Madrid. Tfno/Fax: 91.4314911

O bien a OME, Apto. Correos 276, 48991-Algorita Bizkaia

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN) y en OME (Osasun Mentalaren Elkartea–Asociación de Salud Mental), Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental ó Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental.

D..... profesional de la Salud Mental,

con título de

que desempeña en (Centro de trabajo)

y domicilio en Población..... C.P. Provincia

Teléfono Correo electrónico.....

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en OME, AANSM ó ACLSM para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.

D.

Fecha...../...../2003. (y firma de los 2 miembros)

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado.

NombreDirección

BANCO/CAJA DE AHORROS Sucursal

Cuenta nº Población

Muy Sres. míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

En el..... de..... de 200.....

Firma