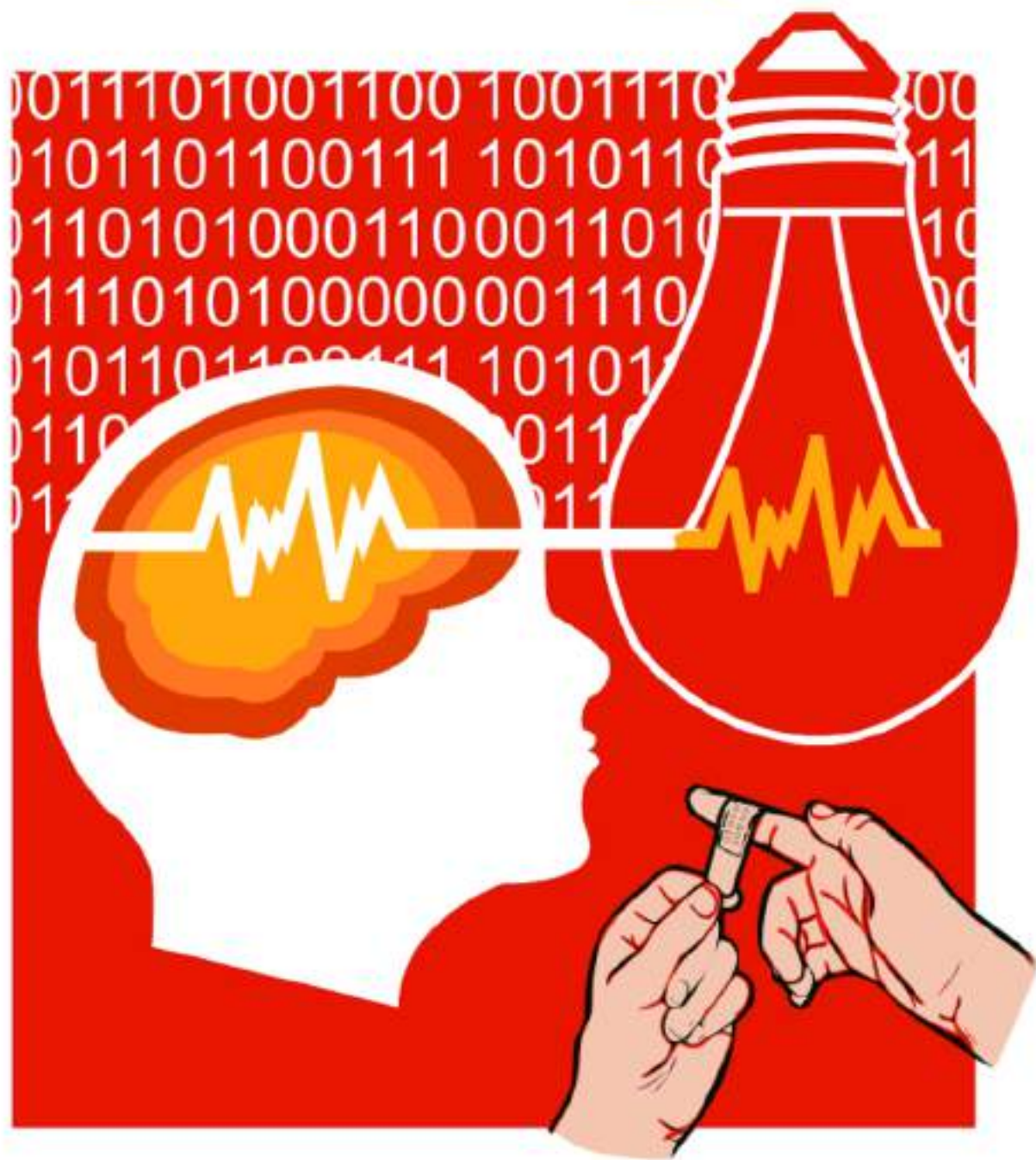
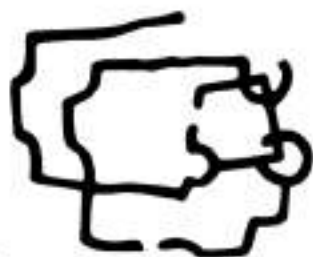


NORTE

DE SALUD MENTAL

Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VI N°22 Febrero 2005



“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 de la Universidad del País Vasco.

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 portadas de Norte.

Autor de portada: Xosé Manuel Lustres Vituro. • Tlf.: 680 38 72 21 • e-mail: chevitu@yahoo.com

Con esta propuesta de portada he intentado ilustrar la complejidad del cerebro humano. Para ello combiné el concepto de idea (bombilla) con la capacidad inventiva del cerebro. Además, las manos con una tiritita nos dan a entender la enfermedad de esa persona, situación que dificulta su actividad cerebral.

Fotografías: J. Blanco, K. Malda, K. Totorika y O. Martínez

Volumen VI



N°22

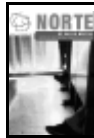
Volumen V



N°16



N°17



N°18



N°19



N°20



N°21

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 Castellano Leonesa de Salud Mental, (ACLSM)

Consejo Editorial:

Ander Retolaza
Fernando Santander
José J. Uriarte
Oscar Martínez-Azumendi

Francisco Chicharro
Germán Molina
Juan Medrano
Pilar de la Viña

Director Revista NORTE:

Iñaki Markez

Consejo Asesor y de Redacción:

Alvarez, JM.
Aparicio, V.
Ayerra, JM.
Ballesteros, J.
Candina, A.
De la Rica, JA.
Esteban, R.
Gonzalez-Pinto, R.
Gutierrez Fraile, M.
Larrazabal, A.
Levav, I.
Marijuan, M.
Marina, P.
Morchan, J.
Pardo, N.
Redero, JM.
Sanchez, A.E.
Totorika, K.
Verdejo, M.
Zuazo, JI.

Aparicio, D.
Arias, P.
Ayuso, JL.
Berrios, G.
Colina, F.
Erkizia, B.
Filgueira, J.
Guimón, J.
Hernanz, M.A.
Lasa, A.
Malda, C.
Marín, M.
Marquínez, F.
Palomo, Ch.
Póo, M.
Rendueles, G.
Susparregui, JM.
Vega, A.
Ylla, L.

Sede Social: Apdo. Correos 276, 48990 - 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/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco).
– IME (Índice Médico Español).

NORTE de Salud Mental

Vol VI nº22, Febrero 2005

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, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización del titular del Copyright.

Realización y administración:

EKIMEN

Apdo. Correos nº276, 48991 Algorta, Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79

E-mail: ekimen@euskalnet.net

Astor de la portada:

Xosé Manuel Lustres Vitorro

Logo Norte de Salud Mental:

E. Chillida.

Publicación cuatrimestral (2 números por año) no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares.

Publicación gratuita para asociados.

Ejemplar atrasado: 5 euros.

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

- Departamento de Sanidad, Euzko Jaurlaritza

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

- Laboratorios farmacéuticos:

AstraZeneca, Bristol-Myers-Squibb, Esteve, Ferrer Internacional, Janssen-Cilag, Lilly, Pfizer, Sanofi-Aventis, Wyeth.

ISSN: 1576-4940

D. Legal: 1900/00



Asociación Española de Salud Mental



Asociación de Salud Mental
y Psicología Comunitaria

www.oms.aen.org



www.pulse.com/psm/index.htm

S U M A R I O

EDITORIAL

Rehabilitación y Psiquiatría. ¿Eterna Promesa o Pasada de Moda? _____	6
José J. Uriarte	

ORIGINALES Y REVISIONES

La calidad de las políticas y programas en drogodependencias desde una perspectiva europea a una perspectiva local _____	11
Petra Paula Merino	
Política, lazo social y síntoma _____	19
Manuel Fernández Blanco	
¡La calidad es una enfermedad contagiosa! Modelo de Gestión de Calidad EFQM _____	28
Estibaliz Izarzugaza	
Actuación Terapéutica en un C. S. M. por la Profesional de Enfermería Psiquiátrica, en “la Patología de Ansiedad” _____	41
M ^a Isabel Acosta Rey	

PARA LA REFLEXIÓN

Mujer y Maternidad: Antiguos tropiezos y nuevos malestares _____	49
M. Carmen Rodríguez Rendo	
Historias que cuentan: el caos en la narrativa del paciente crónico _____	56
Clara Valverde	
Visado para “Antipsicóticos atípicos” _____	60
Juan Medrano	

HISTORIA

Papel de los Hospitales Psiquiátricos de larga estancia en la Asistencia a la Enfermedad Mental Severa de Curso Crónico _____	66
Javier Blanco	
Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (III) _____	72
Excerptas de: “Notas para un estudio psiquiátrico de Guipúzcoa”. De Jesús Echevarría Urrutia. Editado por Excma. Diputación de Guipúzcoa. 1948. Oscar Martínez-Azumendi	
Ángel Garma: Salió de Bilbao y volvió para siempre _____	85
Carmen Garama e Iñaki Markez	

FORMACIÓN CONTINUADA

Caso clínico: Una esperanza _____	90
María Verdejo	

ACTUALIZACIONES

Jornadas de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano: Políticas del síntoma, en la clínica psicoanalítica, en la ciencia y en el arte _	98
In memoriam. Dario Foà _____	100

AGENDA

Próximas citas _____	101
-----------------------------	------------



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@euskalnet.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 más 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 utilizacion*. 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>.



Rehabilitación y Psiquiatría. ¿Eterna Promesa o Pasada de Moda?

José J. Uriarte

Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación
Hospital de Zamudio. Osakidetza–Servicio Vasco de Salud
Presidente de la Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial–ASVAR

“Rehabilitación” es un término oscuro como la psiquiatría misma; como psicosis; como esquizofrenia; como cuanto se relaciona con la patología mental, por su complejidad y alcance, por la propia naturaleza del hombre enfermo, por los múltiples procedimientos comprometidos en la restitución de la salud, por las discrepancias en torno a conceptualizar y evaluar lo patológico, lo disfuncional, la discapacidad.

A. Colodrón

La rehabilitación psiquiátrica (o psicosocial, como es más comúnmente nombrada) toma impulso del conjunto de transformaciones sociales, políticas, económicas y tecnológicas que suceden en el mundo, a diferente velocidad, a partir de la segunda mitad del siglo XX, y que han llevado a los llamados procesos de reforma psiquiátrica. El desarrollo económico y social permite la aparición, al menos en los países económicamente desarrollados y con regímenes políticos democráticos, de una cultura de respeto a los derechos humanos, a la preocupación por las minorías y a la instauración, en mayor o menor medida, de procesos dirigidos a procurar una vida digna a las personas con enfermedades mentales. Los crecientes costes de las camas hospitalarias, la aparición progresiva de elementos tecnológicos que permiten un tratamiento más eficaz y la integración de la psiquiatría en la asistencia sanitaria impulsan los llamados procesos de reforma, palabra bajo la que subyacen muy diversas (y no siempre afortunadas) actuaciones en ocasiones identificadas meramente con procesos de desinstitucionalización ideologizados sin considerar las consecuencias de actuar sobre partes del sistema sin tener en cuenta el sistema completo. Aún así, es probable que el balance global sea positivo, a pesar del desarrollo incompleto y titubeante de esta

transformación asistencial en muchos lugares, desarrollo constreñido por dificultades reales de financiación del sistema público sanitario, de la realidad de pacientes muy difícilmente integrables, complejos y que ocasionalmente protagonizan conductas de riesgo, y de la insuficiente eficacia de los tratamientos, tanto farmacológicos como psicosociales, que deben sostener, más allá de las buenas intenciones, la mejoría clínica y de la calidad de vida de los pacientes y sus familias, objetivo fundamental de un sistema sanitario público.

El concepto de rehabilitación, tomado prestado de la medicina “física”, con sus conceptos simples de lesión, síntoma, secuela, se torna mucho más resbaladizo al ser aplicado a patologías psiquiátricas como la esquizofrenia, en las que el nivel actual de conocimientos impide separar síntomas de secuelas, en que la cronicidad puede adoptar formas clínicas en extremo variopintas, y en las que se confunden y entremezclan las consecuencias sociales con la clínica de la enfermedad. Lo cierto es que en los últimos años (desde la década de los 90, con la hasta cierto punto injustificada euforia biologicista, que de la mano de la genética y la biología molecular prometía un futuro inmediato de avances determinantes en el conocimiento y



tratamiento de la enfermedad mental, hasta el momento traducidos en poco más que una farmacologización de la asistencia psiquiátrica sin grandes cambios en los resultados globales asistenciales), la asistencia psiquiátrica parece cada vez más centrada en el corto plazo, en el tratamiento sintomático, relegando el tratamiento a la largo plazo, el de la clínica persistente, el de las secuelas y la cronicidad, a los espacios menos dotados y transformados del sistema sanitario y al sistema social.

A falta de que este conocimiento se desarrolle de forma suficiente permitiendo estrategias preventivas y terapéuticas más eficaces y con mayor impacto real en la prevalencia de enfermedades como la esquizofrenia y en evitar la cronicidad, es urgente que la asistencia sanitaria pública responsable de la llamada Salud Mental sea capaz de articular la atención a esta población, considerándola una prioridad. En este sentido, lo que llamamos rehabilitación es indistinguible de la organización de la asistencia continuada y a largo plazo de estas personas, integrando los medios disponibles y las técnicas eficaces conocidas, farmacológicas, psiquiátricas, psicológicas y psicosociales, con las medidas sociales necesarias. El adecuado desarrollo de servicios sociosanitarios que permitan abordar las minusvalías y las necesidades de apoyo social, especialmente en lo que concierne a necesidades de alojamiento, trabajo y ocupación, respaldo económico y protección de sus derechos debe ser complementario al desarrollo de los servicios sanitarios de rehabilitación capaces de abordar, de forma integral, las complejas necesidades médicas y psicosociales de los pacientes afectados. La rehabilitación no debe quedar relegada al limbo del espacio sociosanitario, al que acceden los pacientes tras múltiples fracasos, unidos de la condición de crónicos, condenados a talleres y centros de día infradotados. La rehabilitación debe concretarse en la capacidad de los servicios para aplicar la asistencia que una sociedad

desarrollada debe prestar a las personas con enfermedades mentales más graves, una asistencia basada en evidencia, y de eficiencia demostrada: una combinación integrada y coordinada de tratamientos farmacológicos, intervenciones psicosociales y seguimiento asertivo, cercano, y comunitario.

Servicios y Rehabilitación

Los procesos de reforma han ido seguidos de un desarrollo de recursos comunitarios a menudo anárquicos y de un trasvase de la atención a otros ámbitos como el social y la propia iniciativa privada. La disparidad entre los objetivos, personal, modelo de intervención, tipo de pacientes atendidos en cada dispositivo, etc., es enorme, haciendo inútiles las comparaciones e impidiendo cualquier tipo de evaluación y comparación. A esta diversidad se añaden otros factores como el cambio continuo y la variabilidad creciente de los servicios disponibles, la ausencia de límites precisos entre diferentes ámbitos asistenciales (como el sanitario y el social), la inadecuación de la tradicional separación entre servicios hospitalarios y extrahospitalarios, la tremenda variabilidad terminológica para designar recursos (como los hospitales y centros de día) y la falta de indicadores adecuados para controlar y evaluar el funcionamiento e impacto de dichos servicios¹.

La adecuada asistencia a la población con enfermedad mental grave requiere de un abordaje capaz de integrar los diferentes servicios necesarios, más allá de componentes ideológicos. El carácter comunitario de la asistencia no se deriva exclusivamente del lugar donde se ejerce (hospitalario *versus* extrahospitalario), sino de la capacidad del sistema para ofrecer las mejores intervenciones en cada momento, con los mejores resultados, favoreciendo así que los pacientes se mantengan durante más tiempo en su ámbito y entorno sociofamiliar con el mejor funcionamiento posible. No existen

¹ Salvador Carulla, 1998, 2002.



argumentos a estas alturas que soporten las bondades de una asistencia centrada en la hospitalización prolongada. Pero tampoco parece que pueda prescindirse, hoy en día, de recursos de hospitalización si quiere ofrecerse una asistencia integral².

El que un sistema de asistencia de Salud Mental sea definido como “comunitario” debe significar algo más que una mera postura ideológica. La simple identificación de lo comunitario con ciertos dispositivos asistenciales, en una especie de batalla entre el hospital psiquiátrico y los servicios ambulatorios, es de escasa utilidad para los pacientes a los que debe servir. El carácter comunitario de un sistema asistencial para personas con enfermedad mental grave deriva de su capacidad para conseguir y mantener la máxima normalización vital e integración social, y de proponer servicios lo más próximos posible a la población, facilitando el contacto con los mismos. Un Centro de Salud Mental puede ser menos comunitario que un hospital psiquiátrico, si sus miembros no trabajan con las familias, no realizan visitas domiciliarias y reducen la asistencia a la mera administración de fármacos. Una unidad de agudos en un hospital general no es por arte de magia un dispositivo más normalizado que una unidad en un hospital psiquiátrico, si sus pacientes están encerrados en un *gueto* dentro del hospital.

No es desdeñable en el desarrollo de servicios el coste de oportunidad que supone el enorme crecimiento en el gasto farmacéutico, en lo que a la atención a la población con enfermedad mental grave se refiere. La tendencia creciente a la farmacologización de la asistencia, en la que el tratamiento psiquiátrico parece identificarse únicamente con lo sintomático, y lo sintomático con el tratamiento farmacológico, parece haber ido moviendo la asistencia a la discapacidad a ámbitos cada vez más alejados de la primera línea asistencial, e incluso de la propia asistencia sanitaria. Y lo mismo puede decirse del abordaje

de los síntomas que no parecen accesibles a dicho tratamiento farmacológico, aún hoy en día con las nuevas generaciones de antipsicóticos. A pesar de la imposibilidad de distinguir entre síntomas y secuelas, aquellos síntomas negativos resistentes a los abordajes puramente medicamentosos se reconvierten en objeto de la rehabilitación, y condenados a ser abordados tardíamente, o en servicios infradotados, o no propiamente sanitarios. Como consecuencia, intervenciones cruciales en el tratamiento de enfermedades como la esquizofrenia pueden solo estar disponibles en dispositivos terciarios, lejos de los servicios pensados inicialmente para ser el eje de la asistencia comunitaria (como los centros de salud mental). Por otro lado, el desarrollo del ámbito sociosanitario, necesario para proporcionar servicios sociales imprescindibles para una adecuada integración social, corre el riesgo de suplantar a los servicios sanitarios que debieran ser responsables de dicha asistencia. Teniendo en cuenta que los servicios sanitarios son públicos y gratuitos y los sociales repercuten parte del gasto en el usuario, convertir síntomas en discapacidades y minusvalías, y relegar estas últimas al ámbito social puede suponer de hecho una barrera asistencial para los pacientes más graves y una sobrecarga adicional para sus familias. Es imposible abordar lo que llamamos Rehabilitación Psicosocial fuera del contexto más amplio de la asistencia a la población con enfermedad mental grave, tanto en lo que se refiere a la asistencia sanitaria como sociosanitaria. En palabras de Shepherd:

“Tradicionalmente se viene manteniendo una falaz distinción entre tratamiento y rehabilitación, que en la práctica asistencial dificulta la posibilidad de desarrollar una adecuada infraestructura integral de servicios comunitarios y una imprescindible continuidad de cuidados, tanto entre modalidades de tratamiento como entre dispositivos asistenciales”.

Shepherd (1998)

² *Balance Care*. Thornicroft y Tansella. (OMS, Health Evidence Network, 2004).



Conclusiones

En esta vida a veces las cosas, a fuerza de repetirse, se convierten en verdad aunque no exista ninguna evidencia que las soporte. Quizás porque no es demasiado importante que sean o no verdad, o quizás porque a pesar de su relevancia, otros factores juegan para que sea más cómodo hacer como si fuera así que hacer que sea así. Hace unos cuantos años que oigo (y que digo?) que la rehabilitación ha alcanzado por fin su mayoría de edad, que ha alcanzado un lugar central en la asistencia a las personas con enfermedad mental grave, que se reconoce de forma generalizada la eficacia (y por tanto, la necesidad) de sus planteamientos e intervenciones, etc. etc. Que la psiquiatría comunitaria es el eje indiscutible de todas las políticas asistenciales, que hay que escuchar a los pacientes y a sus familias, que se debe luchar con determinación contra el estigma, que el acceso al alojamiento y al trabajo es un elemento esencial, que hay que coordinarse de forma efectiva con los servicios sociales... Desde luego, es posible hacer un inventario rápido de las diferentes barreras que dificultan que la rehabilitación de las teorías se convierta en la rehabilitación de la práctica cotidiana. Porque admitámoslo, la rehabilitación es hoy en día en la mayoría de los contextos más una posibilidad teórica que una realidad rutinaria.

A mi juicio uno de los problemas más importantes que afronta la rehabilitación está en su propia concepción y desarrollo histórico. Mirándose en el espejo de la rehabilitación física, con un paradigma de escasos matices, comprensible para casi todo el mundo, pero muy alejado de la realidad de las cosas. La rehabilitación como abordaje de la discapacidad y de la minusvalía. La rehabilitación, como solución a las secuelas. La rehabilitación como una red de servicios terciarios, a la que acceden de forma ordenada los tullidos de la psiquiatría, y donde ejercitan sus músculos, ensayan con sus prótesis, pasean con sus muletas y lidian con los servicios sociales. Este planteamiento, a mi

modo de ver, no solo tiene grandes desventajas, sino que además se asienta sobre una concepción de la cronicidad y las necesidades asistenciales de nuestros pacientes muy alejada de la realidad. Quizás habría que empezar por eliminar el propio término de Rehabilitación, cuya existencia parece a veces más una barrera asistencial que una oportunidad. Hay muchas definiciones de rehabilitación, desde las más restrictivas y centradas en ese ámbito discapacidad–secuela, hasta las más amplias y acordes con lo que este humilde texto defiende: que lo que llamamos rehabilitación es indistinguible de la asistencia continuada, flexible y sensible a las necesidades psiquiátricas, médicas, psicológicas y sociales de los pacientes más graves, y por tanto es sinónimo de tratamiento integral de la enfermedad mental grave de curso crónico.

Basar, por otro lado, la defensa de la rehabilitación en la eterna referencia a los procesos de reforma psiquiátrica me parece de escasa utilidad a estas alturas. Las bases ideológicas de la reforma, muy necesarias y justas en su momento, pueden resultar un tanto anacrónicas a la hora de sostener políticas asistenciales en la actualidad y en nuestro medio. De lo que se trata no es de decir qué es lo justo en países como el nuestro, con cobertura sanitaria universal y acceso virtualmente gratuito a los fármacos, sino de saber y aplicar las intervenciones más eficaces y que mejores resultados obtienen sobre nuestros pacientes en servicios adecuados y dotados. Nuestros pacientes ya no son (o no solo son) los crónicos con años de hospitalización a sus espaldas, necesitados de técnicas y apoyos básicos. Con los que estamos muy familiarizados. Son también los “nuevos crónicos”, con problemas clínicos complejos que requieren servicios flexibles y preparados para afrontar nuevos problemas (como la coexistencia con el abuso de sustancias) con los que nos sentimos mucho menos competentes y cómodos.

Finalmente, una reivindicación desde la psiquiatría del campo de la rehabilitación. Para



muchos psiquiatras el campo de la rehabilitación parece terreno ajeno, poblado por psicólogos, asistentes sociales, profesionales de la enfermería, terapeutas ocupacionales, y que se ocupa, más o menos, de entretener a los pacientes en locales donde leen el periódico, practican manualidades, dan paseos y charlan amigablemente. En el otro lado, parece que lo *políticamente correcto* entre los que nos movemos en este campo es un desmarcaje a toda costa del llamado “modelo médico”, de una psiquiatría caricaturizada como una mera dispensadora de recetas, en la que lo médico parece ser la fuente de todos los problemas, culpable de un reduccionismo biológico ignorante de las necesidades psico y socio de los pacientes. Algo así como un empeño en reforzar una identidad bio–psico–social a fuerza de ignorar o despreciar lo *bio*. Tanto reivindicar las necesidades sociales de nuestros pacientes, que hemos terminado por confundirlos con mendigos. Nuestros pacientes no lo son por necesitar ocupación o alojamiento, sino que son pacientes porque están enfermos. Y como enfermos graves, precisan tratamientos complejos, que requieren de los mejores profesionales y de la mejor tecnología asistencial.

Y a mi me parece que cuanto más se acercan a lo social, más se alejan de dicha tecnología. En este sentido creo que es necesario no perder la perspectiva de que la esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica, médica, y de origen biológico. Y que si de algún sitio puede venir la esperanza para las millones de personas afectadas, y las que la sufrirán en un futuro es de ahí, del avance en los conocimientos biomédicos que puedan ofrecer conocimientos relevantes en la etiopatogenia de la enfermedad y, por ende, en intervenciones preventivas y curativas eficaces. ¿O es que es un disparate confiar en que en los próximos años o décadas se producirán avances que cambiarán el curso de muchas de las enfermedades psiquiátricas que actualmente parecen ser inasequibles a cualquier abordaje? Quizás cuando esto llegue, el edificio de la rehabilitación tendrá que estar presto a ser demolido, o al menos transformado en buena medida para dar respuesta a las nuevas necesidades que surjan, y tendremos que estar preparados para ello. O quizás esto sirva, por fin, para poner en evidencia la verdad que encierran las palabras de Sheppherd: la falaz distinción entre Tratamiento y Rehabilitación.



José J. Uriarte

jota.tota@telefonica.net

juriarte@hizam.osakidetza.net

BIBLIOGRAFÍA

1. Editorial (2005). Revista de Rehabilitación Psicosocial, Nº 2 (en prensa).
2. Fakhoury W; Priebe S. The process of desinstitutionalization: an international overview. *Current Opinion in Psychiatry* 152: 187–192.
3. Falloon IRH and The Optimal Treatment Project Collaborators. Optimal Treatment for Psychosis in an International Multisite Demonstration Project. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 615–618.
4. Informe sobre Salud en el Mundo. Salud Mental, Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. OMS 2001.
5. Lehman AF et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin* 2004, 30: 193–217.
6. Salvador Carulla L. y Cols (1998). ¿Se puede plantear una política de Salud Mental basada en la eficiencia? La reforma psiquiátrica desde una perspectiva internacional. *Psiquiatría.com* 2:3.
7. Salvador Carulla L., Bulbena A., Vázquez–Barquero J.L., Muñoz P., Gómez–Beneyto M., Torres F. (2002) La Salud Mental en España: ¿Cenicienta en el País de las Maravillas? Informe SESPAS 2002. Capítulo 15.
8. Thornicroft G., Tansella M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185:283–290.

La calidad de las políticas y programas en drogodependencias desde una perspectiva europea a una perspectiva local

Petra Paula Merino

Miembro del EMCDDA. Lisboa

Coordinadora del proyecto prevención de la criminalidad en el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías.

I. LAS POLÍTICAS ASISTENCIALES EN MATERIA DE DROGAS: TENDENCIA A LA DESCENTRALIZACIÓN.

La ciudad no sólo es el contexto territorial ineludible en el ejercicio de interpretación de los datos estadísticos y cualitativos, como necesaria es la comprensión desde la perspectiva histórica el fenómeno de las drogas. La ciudad es además, ella misma, observadora en tiempo real de la subcultura de las drogas.

Los factores culturales, o aculturales, de las nuevas adiciones son más determinantes que ningún otro. Estos factores toman especial relevancia en las ciudades. Una de las cuestiones que aparecen claramente desde la perspectiva macro epidemiológica es que el grado de urbanización puede haber tenido una influencia considerable en el consumo de drogas. La mayoría de las ciudades de la Unión Europea se han visto caracterizadas en los últimos 25 años por un rápido crecimiento, por una mejora de las infraestructuras, por una transformación de las áreas destinadas al comercio, al ocio, a la burocracia. Los procesos de urbanización acelerada y desequilibrada han llevado consigo el aumento del desempleo en las ciudades, la congestión urbana, los barrios marginales y el incremento de usuarios de drogas ilegales.

El abordaje internacional, mundial hablando con propiedad, se ha visto acompañado, para-

dójicamente, de políticas que representan el intento de una acción descentralizada y coordinada, en grado de superar la crisis de intervención pública centralizada y especializada, incapaz de dar respuestas a necesidades emergentes. Es el paso desde una lógica de intervención de naturaleza sectorial a una toma de responsabilidad global, desde un modelo *top-down* (alto-bajo) a un modelo *bottom-up* (bajo-alto), ver figura 1.

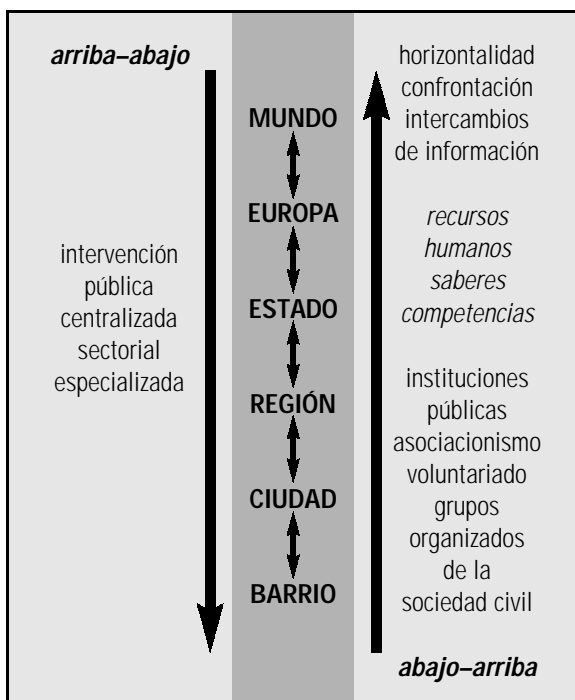


Figura 1



El informe del Comité Europeo de las Regiones, sobre criminalidad urbana o la comunicación de la Comisión de julio 1999 sobre Criminalidad y víctimas, así como la Cumbre Europea de Tampere en octubre 1999 definió las prioridades en materia de prevención de la criminalidad a través de acciones de estimulación de la renovación urbana. La Cumbre de Tampere da prioridad a los ámbitos de la delincuencia juvenil, el crimen urbano y el crimen relacionado con drogas. En la conferencia de alto nivel en prevención de la criminalidad de mayo de 2000 llevada a cabo bajo la presidencia portuguesa, fueron perfiladas las líneas guías de actuación, en particular en lo que concernía a la multidisciplinariedad, el partenariado y la prevención. Se señala explícitamente que los partenariados han de implicar a todos los ciudadanos, las autoridades locales y nacionales, las organizaciones no gubernamentales, y las entidades privadas.

En el Seminario organizado por la Delegación Interministerial de Asuntos Urbanos en París en Septiembre de 2003, bajo la Presidencia de la Unión Europea se señala la modificación de las representaciones de los ciudadanos como el punto de partida para desarrollar políticas de drogas exitosas en el ámbito local. Si el ámbito legislativo es patrimonio estatal, la información de sustancias psico activas sería el verdadero objeto del trabajo sobre el territorio. Así mostrar los peligros del abuso de sustancias psico activas explicando también que no se limitan a la consumición de productos ilegales, es optar por difundir una información centrada sobre la salud de las personas y no sobre los delitos. La constitución de grupos de trabajo mixtos reagrupando profesionales y habitantes afectados por el “daño público” en las ciudades favorecería un desarrollo de la esfera de competencias hacia los no profesionales permitiendo así una mejor difusión de los mensajes de prevención.

La políticas de asistencia a la población tóxico dependiente, de carácter local y descentralizado,

que se muevan sobre criterios de horizontalidad e intercambios de información, llevan aparejadas la movilización de recursos humanos, energía, competencias y saberes, presentes sobre el territorio. Esto sirve tanto si se observan las instituciones públicas, como el asociacionismo, el voluntariado, los grupos organizados de la sociedad civil. Parte de estos recursos aparecen hoy dispersos y cerrados dentro de compartimentos estancos que disminuyen su potencialidad. La mayor presencia de interlocutores y de culturas en el territorio, solicita la capacidad de superar los proyectos de asistencia y reinserción de tóxico dependientes que caen del alto y se ponen en marcha sobre alguna mesa, para proyectarlos con la gente, a partir de la gente.

En el territorio local se encuentran los ciudadanos y las estructuras públicas que vienen desgajadas ya desde su origen en el nivel estatal o supraestatal. Todos conocemos la fragmentación administrativa. Es pues tarea a desarrollar en el territorio local la creación de puentes, el restablecimiento de las relaciones entre los sectores que naturalmente están cercanos, por estar destinados a los mismo clientes, los ciudadanos de a pie. Sobre el terreno se muestra la contradicción de estos principios estatistas de salud para todos. Siendo los establecimientos carcelarios uno de los máximos exponentes. En Holanda existe un movimiento denominado “justicia sana” que intenta resolver estas contradicciones justicia–sanidad–servicios sociales, denominado justicia sana, esto es justicia, en su ámbito policial, en los tribunales, en las cárceles que respete los principios éticos y el derecho a la salud de todos los ciudadanos, incluidos los delincuentes.

A partir de la demanda de los ciudadanos y de los aspectos problemáticos que emergen en torno al consumo problemático de drogas, fundamentalmente la exclusión social, la pequeña delincuencia, los problemas de salud pública, será posible realizar intervenciones dirigidas en las cuales los ciudadanos puedan ser invitados a participar y a expresarse. En ello las iniciativas



de medición tomarían una función clave. La mediación tradicional ha existido históricamente en numerosas partes del mundo. El movimiento hacia un desarrollo de la medición esta claramente marcado a escala internacional en los proyectos de sostenimiento de la paz, o en la resolución de conflictos en guerras civiles, la mediación emerge en los 80, inicialmente en Québec y Norteamérica, países que han mostrado predilección por la búsqueda de soluciones alternativas a la solución de procesos conflictuales. Después se expandieron por Europa en varias direcciones, lo que ha quedado evidenciado en el trabajo del “Forum europeo para la seguridad urbana” o la “Red europea de ciudades y adicciones”. La mediación ha estado en el núcleo de la renovación urbana de políticas en Reino Unido, con especial preocupación por los problemas de inseguridad, en Holanda se ha puesto el énfasis en la integración de minorías, y en Alemania se ha centrado en la lucha contra el racismo y la xenofobia. Iniciativas de mediación comúnmente existen en los ámbitos de la salud, el comercio, el medio ambiente, los conflictos de la vida cotidiana y en la criminalidad urbana. Si hemos de buscar territorios de mediación se ha de hacer sin duda en territorios de conflicto. También en las escuelas, en los centros de salud, en las áreas de tránsito urbano, en las áreas comerciales, los barrios... El barrio es el territorio inmediato que marca la pertenencia de un individuo a una comunidad. Mas allá de este espacio de referencia toda ligazón de pertenencia por el espacio (ayuntamiento, región, país...) está atravesada por representaciones simultáneamente más abstractas y complejas. Los modos de obrar del barrio y del ayuntamiento son diferentes; a los ojos de algunos el ayuntamiento puede aparecer como un espacio que no integra aquel del barrio, como si no hubiese relación de inclusión entre uno y otro (Dominique Vaquié, 1988).

El etnógrafo portugués Luis Fernández habla de los territorios psico trópicos como *lugares donde la ciudad urbano-industrial se interrumpe. Son los sitios dónde la urbe cosmo-*

polita cede lugar a “los bastidores” (Goffman, 1974), son lugares alejados, laberínticos. Ofrecen un territorio de refugio que hace posible el aislamiento y están al abrigo de las miradas indiscretas. Los territorios psico-trópicos son espacios que no es preciso atravesar cuando nos desplazamos en las ciudades, allí se interrumpe también nuestra experiencia acústica de la ciudad, hay pocos transeúntes y poco tráfico, que es el principal signo urbano. No sólo les caracteriza la configuración del espacio y la tipología de las casas, es también un espacio sonoro hecho de un extraño silencio, es el lugar donde los coches se callaron y pasan a distinguirse las voces humanas se distinguen nítidamente. Se oyen perros y pájaros, es imposible no invocar la aldea. Radios que suenan en los bloques, gritos de niños jugando, al fondo se oye el ruido de la ciudad, el “barullo maquinico” esta aquí substituido por una sonoridad propia del mundo humano. La sensación, al inicio, es la de estar en un lugar donde se huye de la prisa urbana y donde se puede caminar por el medio de la calle. Un barrio es un acontecimiento sonoro específico.

2. LA PERSPECTIVA MACRO EN LA CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES

Estudios, de carácter exploratorio —en muchos casos pioneros en la UE— han dado paso al desarrollo de líneas de trabajo en el OEDT con el objetivo de mejorar la calidad de las intervenciones sobre el terreno de reducción de la demanda, esencialmente a través de la promoción de la evaluación. Así se han publicado las líneas guías de evaluación de la prevención y, en colaboración con la OMS y UNDCP, se han desarrollado materiales didácticos destinados a optimizar la relación coste-eficacia de las prácticas de asistencia. Una tercera línea de trabajo es aquella que pretende hacer uso de las nuevas tecnologías al servicio de la información. Es el caso de el banco de instrumentos de evaluación (EIB) y el inventario de cursos de formación universitaria y continua sobre drogas en la UE (ISTRA). EDDRA, la base del OEDT de buenas prácticas en reducción de la demanda y el daño asociado



constituye también una contribución en el ámbito de la evaluación de políticas y programas en toxicomanías.

Una revisión de la literatura en el campo de la evaluación en toxico dependencias llevada a cabo por el departamento de reducción de la demanda del Observatorio Europeo de Drogas y Toxico-dependencias revela tres ámbitos principales: el de la investigación científica, el de planificación y gestión y económica, y el de la práctica clínica.

2.1. Evidencia de la eficacia: la evaluación científica.

Las intervenciones de drogas varían ampliamente entre países y dentro de éstos. Con frecuencia, las intervenciones son determinadas más por razones políticas o administrativas que por su efectividad real. Además, es escasa la evidencia concreta de los beneficios asociados a cada uno de los diferentes enfoques destinados a diferentes poblaciones. En un intento de modificar esta situación, los científicos ha intentado estandarizar los métodos de colecta y procesamiento de información en los estudios de evaluación. Las dos técnicas más usadas en evaluación son la retrospectiva, con frecuencia análisis de tipo naturalista, y la prospectiva, ya sean ensayos clínicos controlados o los ensayos clínicos aleatorizados. Una tercera técnica, menos usada, es el modelado.

Las intervenciones de toxicomanías basadas en la evidencia están cada vez más extendidas. Dicha evidencia es particularmente importante a la hora de asesorar a los planificadores de políticas. La información puede ser obtenida a través de revisiones generales, revisiones estructuradas o del meta-análisis de los experimentos clínicos. Los datos estadísticos así colectados pueden ser analizados y de este modo facilitar un panorama general de una intervención dada, haciendo posible el establecimiento de conclusiones que no habrían sido posibles si sólo datos de un solo experimento hubieran sido analizados. En el campo de las

toxicomanías, la colaboración desarrollada por Cochrane —que incluye participantes de todo el mundo y de diferentes disciplinas relacionadas con drogas— ha creado un grupo que está revisando la literatura existente en abuso de drogas. A través de esta iniciativa, es posible acumular evidencia proveniente de todos los experimentos controlados así como de experimentos clínicos controlados con grupo control seleccionado al azar en el ámbito de las toxico dependencias.

Desde una perspectiva científica, no obstante, existen cuatro obstáculos principales en la evaluación:

- la no comparabilidad de los resultados de la investigación
- el desacuerdo acerca de lo que constituye un resultado exitoso
- las varias medidas usadas, especialmente en aquellas relacionadas con el uso; de drogas
- la ausencia general de grupo control.

Uno de los mayores problemas metodológicos al que hace frente la evaluación en la literatura es como los resultados de la investigación no son con frecuencia comparables. En un intento de combatir esta dificultad, grandes esfuerzos han sido desarrollados para recolectar información sistemáticamente acerca de que funciona en de las toxico dependencias.

Las razones de la no comparabilidad de los resultados de la investigación incluyen:

La falacia de establecer términos de comparación equiparables y las resistencias a comparar enfoques competidores,

- diferentes grupos de clientes
- diferencias en las escalas de tiempo entre programas
- diferentes visiones acerca de los objetivos de los programas y políticas
- el vacío de un lenguaje común entre disciplinas para describir las poblaciones de clientes, los avances en el programa y los resultados.



La investigación en la efectividad de los diferentes enfoques comúnmente señala la necesidad de ajustar mejor las necesidades de los clientes con la oferta del programa. Si los indicadores elegidos de efectividad no cubren las necesidades de los clientes, estos clientes pueden abandonar prematuramente el programa (Arino et al., 1988). En la mayor parte de la literatura, se identifica una clara indicación acerca de la necesidad de modificar los criterios actualmente en uso a fin de mejorar el ajuste cliente-programa a través del análisis de sus necesidades.

2.2. La gestión de los programas: la evaluación coste-eficacia y la evaluación económica.

En la pasada década, grandes mejoras se han llevado a cabo en la calidad de la planificación y gestión de los servicios de salud. Estas abarcan desde la determinación de las necesidades de los clientes hasta la evaluación del coste y la eficacia de modo sistemático a fin de crear políticas claras en la manera de distribuir los recursos disponibles. La evaluación es vista actualmente como una parte integral de la gestión de los programas más que como una función puramente científica, como era la tendencia anteriormente. La evaluación coste-eficacia puede ser llevada a cabo por dos motivos —contabilidad o “mejora de la calidad”—. Los servicios de drogas pueden ser evaluados en muchos niveles, incluyendo las actividades y componentes de los tratamientos, los servicios, los programas, las agencias, y los sistemas de tratamiento (WHO, 1997).

En términos de contabilidad, los programas de tratamiento son evaluados para demostrar su efectividad a las fuentes de financiación. Evaluaciones de calidad son necesarias a fin de permitir diferenciar los programas y a fin de poder aconsejar a los planificadores de políticas acerca de la calidad de las diferentes intervenciones. Los diseñadores de programas y los gestores hacen frente a una mayor presión para equilibrar los costes de oferta de un servicio y los resultados que producen. El coste-eficacia

es así visto como una auditoria, y no como una evaluación de procesos. En la mayor parte de los países, la evaluación económica es entendida como el modo de maximizar el uso de los cuidados de salud disponibles, y con frecuencia escasos. Una evaluación económica verdadera requiere dos elementos clave:

- ha de comparar costes y efectos, y
- ha de poder comparar entre enfoques alternativos.

2.3. Práctica clínica: evaluación de progresos

Existe una clara división entre los actuales métodos clínicos y las investigaciones experimentales (Miller et al. 1995). La primera ha determinado los estándares de la práctica clínica, mientras que la última ha generado la mayoría de los estudios controlados encontrados en la literatura.

Desde la creciente presión que las necesidades de financiación plantean y a fin de justificar las acciones de cara a aquellos que financian y otras entidades externas, los clínicos pueden ser incapaces de proporcionar los datos necesarios acerca de su servicio, especialmente si no han sido implicados en la evaluación de procesos. Más aún, estos clínicos encuentran dificultades en crear sus propios programas de evaluación dado que no son proclives a ser sujetos a un control externo que se imponga en su proceso de decisiones y dado que muchas de las evaluaciones carecen de valor clínico real.

En Europa, instrumentos de evaluación válidos y fiables comienzan a desarrollarse para determinar los resultados con relación a un amplio abanico de programas relacionados con drogas y para estimular la comparabilidad entre estudios. Existen, no obstante, diferentes puntos de vista acerca de qué instrumentos pueden servir a los fines clínicos o a los fines de investigación (Darke et al, 1992). Ciertos instrumentos han

sido también usados con la finalidad de cubrir objetivos en la provisión de programas, incluyendo sus aspectos económicos y de gestión.

3. LA PERSPECTIVA LOCAL

3.1. Los poderes locales y el ciudadano como observadores del fenómeno drogas y la calidad de las intervenciones

Observar las necesidades de los usuarios de drogas sólo desde la perspectiva de los sistemas de tratamiento y desde sus enfoques terapéuticos puede implicar que una parte significativa de información acerca de los propios usuarios y acerca de la representaciones colectivas en torno a la figura de los toxico dependientes, que podrían ser de gran valor no sean tomada en consideración. Para identificar las necesidades reales de los usuarios de drogas se necesita ir mas allá de los servicios que actualmente son facilitados y se necesita descender a la ciudad, al barrio.

Sobre el plano de la indagación científica, la superación de las interpretaciones ideológicas o economicistas de la realidad social en la cual los individuos toxico dependientes aparecen llamativamente, ha dado lugar a que sobre el territorio se hayan desarrollado investigaciones antropológicas que han dado cuenta de las estratificaciones de culturas presentes: como estas interaccionan, entrando en conflicto o no, contribuyendo a crear representaciones colectivas en torno a la figura de los toxico dependientes, con frecuencia teñidas de deformaciones.

Esta aproximación científica al reconocimiento de la realidad social territorial ha de dar cuenta de las distancias existentes entre las culturas marcadas generacionalmente. Estas distancias generan modificaciones en lenguajes, valores, símbolos, mitos, que se expresan y reelaboran después en forma autónoma sobre el territorio, contribuyendo a crear subcultura, conflictualidad, y también, patologías sociales de tipo nuevo, que juegan un rol no secundario

fomentando alarmismos e incomprensión como es frecuencia acaezca en torno a los toxico dependientes.

Los poderes públicos locales habrían de dar cuenta de las percepciones sociales de la comunidad acerca del fenómeno drogas, tanto de su descripción global como de las intervenciones en materia de asistencia y reinserción de toxico dependientes. Es necesario que los resultados de esta observación realizada con el apoyo de las estructuras y poderes locales sean socializados posteriormente a la entera comunidad.



Figura 2: Estudio de caso, el ejemplo del modelo aplicado en Bolonia.



La búsqueda de actores / mediadores (ciudadanos, expertos, asociaciones profesionales) la mejora de la comunicación, por la puesta en practica de métodos de evaluación que permitan mejor conocer las expectativas de los habitantes, la formulación clara de objetivos (llevar al conocimiento del público las opciones que se han llevado a cabo, facilitar informaciones para instaurar un debate publico son todos retos a desarrollar en el ámbito local.

4. CONCLUSIONES

La literatura disponible en evaluación de toxico dependencias se deriva principalmente de la investigación científica. Sigue siendo escasa la transferencia adecuada desde el nivel científico a la práctica en Europa. Como resultado, las estrategias en materia de drogas basadas en la poca evidencia científica disponible continúan a ser poco usadas. La evaluación puede también ayudar a mejorar la oferta de servicios, incluyendo los aspectos de gestión y económicos.

El reto de los años 90, según los estudiosos, fueron las políticas de asistencia integradas o comunitarias que hicieran frente al fenómeno drogas y toxico dependencia. De ahí que la evaluación desde el ámbito local tome mayor relevancia. La evaluación de las políticas asistenciales sobre el territorio local pone de manifiesto como aquellas se ven confrontadas con otras medidas de represión. Los esfuerzos para hacer aplicar las leyes se han intensificado en numerosas ciudades. Estas tendencias son en ocasiones incompatibles con los objetivos de los esfuerzos llevados a cabo con políticas asistenciales que persiguen la reducción de riesgos ligados a las drogas. El equilibrio entre estas dos tendencias encuentra su expresión en diferentes “mezcolanzas” de medidas puestas en práctica en diferentes ciudades, y en las discusiones sobre las orientaciones futuras de la política en materia de drogas.





BIBLIOGRAFÍA

- Strategie di prevenzione integrata. Quaderni do Cittàsicure. Anno 2 – n°7 Giuggno 1996. Regione Emilia–Romagna
- Arino, J. et al. 'L'efficacité thérapeutique', Actes de Vi emes Journées de Reims 'pour une clinique du toxicomanie', Reims: Centre d'assistance aux toxicomanes (CAST).
- Darke, S., et al (1992) 'Development and validation of a multi–dimensional Instrument for assessing outcome of treatment among opiate users : the opiate Treatment Index', British Journal of Addiction, 87, 733–742.
- Goffman, E. (1974) Asilos, Pris es e Conventos. S o Paulo. Ed. Perspectiva.
- Luís Fernandes. (1977). Etnograf a urbana das drogas e do crime. Ministerio da Justi a. Lisboa.
- Martin, G. W., et al (1989) 'Methodological issues in the evaluation of treatment of drug dependence', Addictive Behaviour, 11, 133–150.
- Merino, PP. (2003) Analysis of police station, courts and prisons based programmes contained in the EMCDDA drug demand reduction information system, EDDRA. Lisbon,
- Miller, W., et al (1995) 'What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature' in Hester, R., and Miller, W. (Eds) Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives, Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Regione Emilia–Romagna. 1996.
- Wells, E., et al (1988) 'Choosing drug measures for treatment outcome studies. The influence of measurement approach on treatment results', International Journal of the Addictions, 23, 851–873.
- World Health Organisation (1997) Evaluation of Psychoactive Use Disorder Treatment, WHO Workbooks on Evaluation of Treatment (draft).
- Vaqui , D (1988) Implications des habitants dans les stratégies locales de prévention et de lutte contre les toxicomanies. Forum Européen pour la securité urbaine. Modena.



Política, lazo social y síntoma

Manuel Fernández Blanco

Psicoanalista.

Presidente de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis–España. Psicólogo. Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental del Hospital Materno–Infantil. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.

Eclecticismo del sujeto, ética del síntoma

La clínica enseña que, a diferencia del eclecticismo de que hace gala el sujeto actual, el síntoma no es ecléctico. El síntoma le impide al sujeto ser ecléctico, porque en el síntoma el sujeto no tiene esa opción, ya que el síntoma es una orientación, una orientación determinada. Una orientación determinada, significa que el sujeto no tiene más que una opción respecto al goce, no tiene más que una manera de hacer con el goce. Por eso al decir una orientación determinada, decimos singular, y decimos que no hay posibilidad de elegir otra forma de goce, porque el síntoma es ya su elección. En el síntoma, el sujeto no es ecléctico. Y, por no serlo, en el síntoma el sujeto es “políticamente incorrecto” porque su rigidez no admite componendas con el Otro.

Por eso un analista, que se pretenda heredero de Freud y de Lacan, no debería estar mal situado en relación a su política, porque encuentra en el síntoma el modo de como el sujeto se las arregla con lo real, que la actual semblantización del mundo pretende anular. Quizás por ello cada vez más las falsas ciencias están empeñadas en hacer desaparecer el síntoma, pulverizando las estructuras y proscribiendo hasta los nombres de la gran clínica.

El síntoma, nuestra política

Frente a las actuales políticas del síntoma, basadas en la banalización de la castración, el síntoma es fuente de aprendizaje para el analista: de ahí puede aprender cómo el sujeto ha hecho frente a la emergencia de lo real del goce, como ha cifrado ese goce, y cómo para ello, ha recurrido al Otro para darle un sentido. El cifrado del síntoma es el nombre que tiene en cada sujeto la política del goce.

Pero el síntoma, ¿puede servir para pensar la política como tal? Dicho de otra manera, lo singular del síntoma, ¿es conjugable con lo público de la política? Y, previamente, ¿qué es la política? Y, más concretamente, ¿qué sería la política en relación al síntoma? Es más, si decimos que los síntomas cambian, ¿podemos seguir aceptando que la política permanece la misma en un mundo donde todo parece obligado a cambiar con los tiempos?

Pues bien, si somos capaces de ver detrás de la gestión y administración, o sea detrás de la rutina política, el malestar de los sujetos como eso a lo que se confronta la política, nos vemos abocados a confrontarnos al lazo social como el blanco de la política. En efecto, ese fue el interés más propiamente político desde los antiguos. Tomemos como confirmación de ello,



una frase de Lacan: “*Lo que Sócrates pone de relieve es, exactamente, que no hay episteme de la virtud y, muy precisamente, de lo que conforma la virtud esencial —tanto para nosotros como para los Antiguos—, la virtud política, por la cual los ciudadanos se encuentran ligados en un cuerpo*”¹.

El cuerpo al que se refiere la cita es el cuerpo social, cuerpo social establecido mediante el vínculo, el lazo social, respecto al que la sorpresa para el analista no es que haya desajustes, desarreglos, sino que sea posible el vínculo, porque no hay nada más irrenunciable para el sujeto que el goce que constituye su identidad. No es que esa irrenunciabilidad se traduzca en que el sujeto quede obligatoriamente fuera del vínculo, sino que lo que es obligado es que el sujeto lleve al vínculo su propio goce —ya veremos lo que esto supone—.

El lazo social fue abordado por Lacan mediante su concepto de discurso. Pero entonces, ¿cómo coordinar el lazo social con el síntoma? Sencillamente diciendo, y esto sólo lo puede sostener y demostrar el psicoanálisis, que no hay lazo social por fuera del síntoma, o sea, que no hay otra manera de vincularse más que por el síntoma —periclitado el amor al prójimo como vínculo cristiano y después de la tolerancia social como ideal—. Es lo que J.-A. Miller dice de una manera taxativa: “*No me parece difícil la pregunta ¿qué constituye el lazo social en su conexión con el síntoma? La resuelvo suprimiendo la conexión. Considero que el lazo social es el síntoma*”. Y añade: “*En el sentido de lo que llamaba partenaire-síntoma, si se plantea una exterioridad entre el lazo social y el síntoma, nunca se saldrá de allí. Hay que cortar y decir: el lazo social es el síntoma*”². No se trata de que sea el Eros el que vincula, como afirma Marcuse, se trata del Eros sintomatizado, como afirma el psicoanálisis —claro que no tendríamos ninguna objeción que hacer a H. Marcuse si aceptamos que decir Eros es decir síntoma, pero eso no está en Marcuse—.

Pero, ¿no sería “humano” soñar con la desaparición del malestar mediante la reforma de lo social? Sí, sería humano, pero quizás “demasiado humano”, como diría Nietzsche, sólo que ese sueño no entra en los sueños freudianos, porque ese sueño no es más que ilusión, mientras que el síntoma es... necesario. Como subraya J.-A. Miller: “*En nuestra especie lo necesario —lo que no deja de escribirse, como dice Lacan— se escribe bajo la forma del síntoma, o sea, que no hay ninguna relación, no hay ningún vínculo susceptible de establecerse entre dos seres de esta especie, que no pase por la vía del síntoma*”³. El lazo social no puede sino contar con el goce —no hay lazo limpio de goce— y soñar con un vínculo organizado de tal manera que excluyera el malestar es una ilusión sostenida en nada. Y, porque el síntoma es necesario, las reformas, fueren las que fueren, chocan con este punto ineliminable, el del goce que hace síntoma, en el sujeto y en lo social, y, por ello, toda reforma será utopía si piensa desterrar el goce que obstaculiza la marcha de las sociedades. Y no creemos que la política actual vaya contra ello sino a su favor, a favor del goce pues entendemos que las mejoras sociales suponen con frecuencia una alianza con lo que Freud llamó los beneficios primarios de su posición de goce. En el caso de los “enfermos del malestar social”, las mejoras materiales a ellos encaminadas, tapan ese beneficio de goce, con lo que cada vez más estos sujetos se confrontan a un Otro del poder que les paga el pan y les bendice el goce. Estas reformas se encuentran ahora con una dificultad añadida porque bajo el acápite de “Estado social de derecho”, se deslizan prebendas que no son otra cosa que astucias del goce, pequeñas y no tan pequeñas, pillerías de listillos que hacen de los derechos, coartada para su peculio. Es la nefanda alianza de la nueva política con los goces rentables.

J.-A. Miller, ha articulado los textos de Freud: “*Psicología de las masas y análisis del yo*” y “*El malestar en la cultura*”, el segundo como reescritura del primero⁴. Sería posible, actualmente, pensar en un único texto cuyo



título fuese: “Malestar de las masas” porque, a pesar de todas las mejoras sociales, el malestar crece, y nos atrevemos a decir que crece a medida que el goce aumenta. Cada vez más el problema para la política no es ni la atención a las necesidades, ni la permisión de los goces, sino su articulación. Y esta es la cuestión que queremos subrayar: si los nuevos sujetos sólo tienen el goce para salir de su homologación desubjetivante, ¿no está la nueva política prometida a destinar cada vez más recursos para tratar de articular los goces?

Cada vez más, cae la ilusión de que la tolerancia democrática permitiría articular los goces armónicamente. Cada vez más, cae el sueño de creer que se habla la misma lengua —es la cuestión de partidos, sindicatos, de grupos en general, por no hablar de naciones— y, cada vez más, la nueva política, si tal hay, se encuentra confrontada a una babelia de los goces.

La democracia mata al padre, y se tuvo el sueño, ya denunciado por Freud en “Tótem y tabú”, que, muerto el padre, todos seríamos iguales —es el sentido igualitarista de las democracias—. Sólo que ese igualitarismo a ultranza no va sin la exclusión del Uno diferente.

No es el padre sino la estructura la que interdice

En su texto “*El malestar en la cultura*”, Freud pudo decir “*Lo que se inició con el padre, continuaría con las masas*”. Dicho de otra manera: las masas son la prosecución del padre, conservando así la necesidad de una figura que prohíbe, que incide sobre el goce. El padre al que nos referimos no es el padre pacífico y pacificante del Edipo, sino el padre de la horda primitiva, ese padre muerto, amo del goce, y al que los hijos matan en la creencia de que tras su muerte accederán a sus mujeres, las del padre. Y Lacan aclara: muerto el padre, un goce se vuelve imposible. Nuestra pregunta respe-

tuosa es: ¿qué goce? ¿Es que acaso no vemos que los nuevos sujetos, sujetos post-interdicción, no son capaces o no quieren aceptar un freno para su goce?

Estos sujetos son sujetos del rechazo del Uno de la excepción —todos iguales, incluido el Uno del poder, o sea, el presidente igual que el último de los ciudadanos—. Es el actual igualitarismo, propio del delirio democrático, que forcluye las diferencias y apuesta por un nuevo narcisismo más feroz que el conocido porque se sostiene en el goce.

J.-A. Miller desarrolla las consecuencias lógicas del empuje democrático al Uno, en su Curso que lleva por título “De la naturaleza de los semblantes”⁵. La primera sería la de fundar la democracia en el *post mortem* del padre. El padre mítico de la horda, ese padre al que se acaba matando. Su eliminación da origen al “*todos iguales*”. Pero, “*el régimen del todos iguales no sólo no escapa al régimen edípico, sino que, hablando con propiedad, lo constituye*”⁶. Y es con esto, con el semblante del padre, cuando la clínica pasa a la política. Dos figuras encarnan este edipismo político: el normativista Hans Kelsen, al que se le ha opuesto Carl Schmitt, el decisionista.

La excepción legítima al soberano

Para Kelsen, el Estado se debe limitar a administrar: sería el (S2) en el lugar del Uno. Por el contrario, Carl Schmitt era partidario de al-menos-uno, no como todos, y de ahí que a su posición política se le haya llamado decisionista, por oposición al normativismo kelseniano. Mientras que para Kelsen el estado es un administrador, para Schmitt, lo importante es la decisión, aquella que viene al lugar y momento del agotamiento o inexistencia de las normas, allí cuando el derecho no responde. A la pregunta: ¿quién responde en la situación excepcional?, Schmitt contesta: el soberano, un soberano que queda legitimado por eso mismo, aunque su situación no fuese legal. El



soberano, el uno—no—como—los—demás, encontraría su legitimidad en la situación que no es como las demás: la excepción del soberano, el soberano como excepción, encuentra su legitimidad en la excepción a la que él responde. Por tanto, a situación excepcional, gobernante excepcional —lo que no deja de recordarnos a los antiguos tiranos romanos—, salvo que esta tiranía no se iguala a lo que actualmente se entiende por tal, ya que el *Senatus consultum ultimum*, con el que el Senado romano, en momentos críticos, confería poderes dictatoriales a los cónsules, rezaba así: “*Que los cónsules velen para que el Estado no sufra daño alguno*”.

La segunda consecuencia sería que cuando se acentúa el “*todos iguales*”, se obtiene el amo, un amo verdadero. Es lo que podría ocurrir en nuestra Europa administrativa que, como espacio liberal, imagina poder despolitizar la vida de los grupos: más se refuerza la norma, más se pagará el precio del retorno del amo, debido a “*la solidaridad entre la homogeneidad, la completa homogeneización, y el surgimiento de lo heterogéneo bajo la forma de una excepción compacta*”.

Sin olvidar las posibles derivaciones políticas de la posición de Carl Schmitt, que fue el padre de la Constitución de Weimar, lo que nos parece destacable es que, para Schmitt, la excepción es más interesante que la norma, y que lo político reside en lo incomensurable. Esto nos parece esencial en tanto lo inconmensurable es un nombre de lo real, y en tanto, lo incomensurable, es el campo propio del psicoanálisis.

El error de la Ilustración

Este error es el error de la *Aufklärung*, dice J.-A. Miller, “*que está ciega por el odio a la excepción que caracteriza el reino de la razón*”⁸. Un error que consiste, pues, en no hacer la excepción y apostar por el régimen de lo uniano que quiere a todos semejantes. Por ello, mejor sería funcionar con que todos los casos son

diferentes, con el “*menos—uno*” o el “*más—uno*”. Si el Uno de la excepción es borrado, esto no es sin otra consecuencia, la que vió A. de Tocqueville cuando, en su célebre obra sobre *La democracia en América* (1835–1840), escribió: “*Se comienza demasiado pronto a educar a la juventud con vistas a acostumbrarla a las grandes aglomeraciones. De ello va a resultar que las gentes se pondrán a llorar cuando no sea, por lo menos, un centenar*”⁹. Tocqueville apunta, en su análisis de la democracia americana —ya en la primera mitad del siglo XIX—, a la emergencia de un sujeto que sólo ansía ser uno más, sacrificando su singularidad. Igualmente, sostiene que la opinión pública tiende hacia la tiranía y que el gobierno de la mayoría podía ser tan opresivo como el gobierno de un déspota.

La respuesta a lo uniano

Sin embargo, no es tan seguro que se pueda decir que el empuje igualitario acaba con la singularidad sino que más bien nos parece que hay una dialéctica entre lo común y lo diferente, lo universal y lo singular, entre el “*todos*” y el “*al menos uno*”. El empuje a lo uniano no va sin la respuesta del lado de lo singular, pero lo que nos parece interesante es ver cuál es la respuesta propiciada a la búsqueda de la singularidad en este momento de tecno—capitalismo. Evidentemente si lo simbólico, el discurso, las ficciones, se vuelven más y más similares, uniformes, las respuestas singulares vienen por el lado del goce. El amo nos quiere anónimos, pero el sujeto no renuncia a su nombre, pero lo que se observa es que ese nombre identitario es un *joint* de imaginario —cada día más uniformemente diverso— y de goce —cada día vuelto más el recurso separador frente al Otro—. O sea, es por el goce que los sujetos actuales intentan salir del anonimato —con su correlato de extravío y de caída en lo obsceno de la mostración impúdica de esos goces en una irresistible ascensión de la privacidad—.

A ese binario, Lacan opone el lado femenino, la serie, la enumeración, lo múltiple, que no



hace un todo y que exige o conlleva la verificación de cada uno, tal como dice J.-A. Miller¹⁰. Este es uno de los problemas de la política: que el sujeto no quiere ser medido con ninguna Ley, porque es la Ley la que está impugnada en cuanto tal, y con ello el Otro como lugar de la Ley.

El nuevo Uno: la opinión pública

Entonces, ¿es que ya no hay más padre? ¿No hay ya más el Uno de la excepción? Nada es menos cierto porque el Uno es de estructura, y la pregunta es: si se anula aquel Uno, ¿dónde resurgiría? En la masa, en el Uno de la masa, y J.-A. Miller dice que si hay un Uno actualmente, éste sería el de la opinión pública, *“non titulo, sed exercitio talis”*, no por denominación sino por ejercicio, convirtiéndose la masa en el nuevo tirano, en la nueva tiranía sostenida por cada uno de los ciudadanos, lo que la hace más incuestionable —consúltese a este respecto a Ortega cuando en su obra sobre las masas certifica *“El brutal imperio de las masas”*¹¹—, y aún más asertivamente cuando afirma: *“La masa dice ‘El estado soy yo’, lo cual es un perfecto error... Pero el caso es que, el hombre masa cree que él es el Estado, y tenderá cada vez más... a aplastar con él toda minoría perturbadora que lo perturbe —que lo perturbe en cualquier orden: en política, en ideas, en industria”*¹²—. En este sentido, el Uno de la opinión pública es más aplastante que el Uno de los viejos absolutismos.

La verdad reprimida en la democracia

Esta opinión pública a la que nos referimos tiene la misma función que antes tenía el poder: ahogar la diferencia, la excepción, pero lo que ha cambiado es la naturaleza de la excepción que no se consiente: antes era el sujeto “extraño”, “raro”, tal como lo señala B. Russell, refiriéndose al poder opresivo de la opinión en los pueblos o comunidades más o menos pequeñas¹³, ahora es el amo el que es alcanzado, tal que cada vez que el amo quiere diferenciar la política de la simple gestión, cada

vez que el amo entra en el campo de la decisión, lo que se encuentra enfrente es a esta opinión pública dispuesta a hacerle retroceder y rectificar. La opinión pública con frecuencia no es el sistema democrático, sino su carcelero. Afirmamos con esto que, en una democracia, podrá decirse todo... menos la verdad de la opinión pública. ¿Quién, hoy en día, es capaz de arrostrar lo que de la opinión pública vendría si alguien dijese o insinuase que es posible que esté equivocada la llamada opinión mayoritaria? O sea, ¿cómo cuestionar la opinión pública sin ser tildado de antidemócrata por liberticida?

La verdad de “Psicología de las masas”

Lo anterior no es todo: lo fundamental es que el Uno del Ideal pacificante, el Uno al que se sacrificaría la diferencia, no consigue abolir y anular el goce más particular. Y ahí es donde se puede ver la articulación de los dos textos freudianos: la verdad de “Psicología de las masas...” es... “El malestar en la civilización”, lo que supone que en el lazo social retorna la diferencia, y que ese lazo, ese vínculo, no puede limpiarse del goce que allí hace síntoma.

Si esto es así, nos encontramos con que el goce está presente en el vínculo social haciendo síntoma y, por tanto, la política será cada vez más la gestión del goce, y por ello, la gestión del síntoma. Nosotros lo sabíamos porque el síntoma no es otra cosa que el vínculo del sujeto y el Otro, sólo que en su “interior” conlleva la parte no vinculada al Otro, su parte pulsional. Pero lo diabólico de la pulsión es que usa al Otro para su satisfacción, pero no al Otro de los ideales, sino el Otro en tanto objeto. Dicho de una manera bastante vulgar: como el mono, la pulsión tira la cáscara y se come el plátano.

Esto complica las cosas, porque ese núcleo autista, pulsional, ¿cómo se articula en el vínculo, o cómo se articula al vínculo? ¿No son dos opuestos, el vínculo y la pulsión? En realidad, la respuesta no puede ser otra que el vínculo es el rodeo que la pulsión se ve obligada a



consentir para su autosatisfacción. Dicho de otra manera, la pulsión usa al Otro para su satisfacción, por lo que podemos decir que la pulsión se satisface en el vínculo.

Este es el punto esencial: el vínculo es pulsional, y la dificultad está en que la pulsión vincula tras pasar del Otro del semblante y descarnarlo como objeto de goce. El nuevo vínculo social será pues cada vez más sin el Otro y ese vínculo será cada vez más el lugar del encuentro de los nombres particulares de goce de los sujetos.

Y bien, ¿cuál es la repercusión de este autismo que todo sujeto porta en su síntoma? J.-A. Miller lo expresa así: *“Cuando se aborda la cuestión a partir del goce, nos encontramos que el goce no es del Otro, mientras que el lenguaje y el deseo, sí. Si se parte del sujeto en el lugar del Otro, es como si se tuviera de entrada la respuesta a la cuestión del fundamento de lo colectivo, pues el Otro aparece entonces como el fundamento de lo colectivo. De tal manera que el problema político no es simplemente cómo se llega a hablar la misma lengua que el Otro, sino cómo el goce pasa al Otro”*¹⁴. Subrayamos la expresión “problema político” porque el verdadero problema para el pacto político, para el contrato social estriba en que el resto de goce no entregado a la castración es refractario al pacto, constituyendo el irrenunciable particular. Dicho de otra manera: el goce pulsional es el que cada sujeto no sacrifica al pacto social.

Esta es una de las fuentes del malestar social. El sujeto particular va, pues, al ágora con su síntoma, donde lo vierte: en la relación a su partenaire, en el ámbito de su familia, en el grupo donde trabaja, allí vuelca su malestar y recibe el malestar de los otros, y hoy en día constatamos que no es el trabajo en sí lo que se torna insoportable, sino el vínculo obligado a soportar en cuanto miembro de una plantilla.

La política como gestión del goce

Volviendo a lo anterior, ¿qué concluir? Simplemente, que el síntoma hace política en el sentido de que la polis no puede excluir el goce en la relación de sus miembros. Cuando Aristóteles definía al hombre como animal político, destacando con ello su dimensión social, el psicoanálisis lo que destaca más allá de ello es que el sujeto es político por su síntoma. De ahí que podamos definir a la política como la gestión del goce. Y de ahí que desde siempre el poder se ocupó de la distribución de las fiestas, las ceremonias, del *“panem et circenses”*, y, fundamentalmente, de habilitar un derecho para normativizar ese goce, o sea, para darle unos canales para su tramitación. Y aunque siguen habiendo esas regulaciones simbólicas del tiempo, esas pautas se llaman ahora vacaciones porque cada vez más se trata de un descanso del vínculo social, una pausa en el malestar que habita el vínculo. Es por eso que más que de fiesta se trata de ocio, de un corte que produzca un vacío en esa presencia del malestar.

Lo vieja política pretendía hacer, si podemos decirlo así, sociodistónicos los síntomas, lo que cada vez parece más imposible, porque lo prevalente no es el Uno de lo social, sino el Uno del goce particular. Su dificultad está en conseguir una mínima articulación de los goces para conservar aún un semblante de lo social. Pero, si la política gestiona el goce, es a cambio de volverlo mudo, mientras que el psicoanálisis sabe que la verdadera política respecto al goce es volverlo charlatán. Freud atisbó esto, Lacan lo esclareció, pero la pregunta actual es si los sujetos quieren o no volver charlatán a su síntoma.

Una alquimia imposible

Lacan aclara que no es el mito de la muerte del padre el que interdice, sino que la propia estructura determina la falta en gozar. Pero, la mezcla actual de liberalismo, hedonismo y su más allá —ese más allá que Freud abordó en su texto de 1920— se traduce en la emergencia



de nuevos sujetos y de un nuevo vínculo social sin freno a la pulsión. De ahí que la política haya de hacerse cargo cada vez más del retorno de eso de lo que no quiere saber: del estrago que produce el vivir las exigencias pulsionales sin ningún tipo de restricción, rechazada la vieja sabiduría de nada en exceso, en tanto la pulsión es el exceso en acto, eso que no conoce el término medio, ni conoce la prudencia, ni el consejo, ni la prohibición. Para cada sujeto, el querido término medio de la virtud aristotélica lo marca la pulsión. Esto supone que no hay otra medida que la de la pulsión, el llamado término medio es subjetivo, y es lo que hace que la desmesura pulsional sea en realidad el gnomon con el que se dice “Basta” o, por el contrario, “Aún no”. En palabras que no son las de Freud ni las de Lacan, H. Spencer escribe: *“No hay alquimia política suficientemente poderosa para transformar instintos de plomo en conducta de oro”*¹⁵.

Pero el hedonismo plantea a la política el problema de una movilización, la del deseo. El sujeto del hedonismo no es un sujeto deseante, ya que el deseo surge de la falta. La mezcla del hedonismo y de la increencia —Dios ha muerto, y no le mató la herejía sino el olvido, comenzando a ser una cuestión arqueológica—, esa mezcla, vuelve a los sujetos actuales creyentes sólo de la inmanencia inminente del placer.

El objeto se encuentra a través de las objeciones

Esta vuelta por el hedonismo es necesaria para abordar otro aspecto de la subjetividad actual entroncado con ese hedonismo, lo que podríamos llamar el facilismo. Los mayores, nuestros mayores, sentencian lacónicamente: “Los jóvenes no aguantan nada”. La posición analítica no es la de oponer un esfuerzo, una lucha, no es una apelación al *“Strung und Drang”* con el que se forjarían los hombres del mañana, capaces de las epopeyas futuras. No, la posición analítica sostiene que el facilismo es uno de los aspectos de la proteica pulsión de muerte,

porque abandonar lo difícil no supone que el obstáculo que nos sobreviene en la existencia quede perimido. Es lo contrario, nunca el obstáculo se vuelve más apremiante, más presente, que cuando se abandona. Lo que importa de la confrontación a la dificultad, del “careo” con el obstáculo es... la transformación de la que se puede beneficiar el sujeto en tanto la pulsión, que no cesa en su “trabajo”, ignora el límite, por lo que es mejor confrontarse a su poder en la confrontación al objeto que “dejarla a sus anchas” en la renuncia a la dificultad. Ortega lo decía a su manera: *“Las dificultades con las que tropiezo para realizar mi vida son, precisamente, lo que despierta y moviliza mis actividades, mis capacidades”*¹⁶. Dicho más conclusivamente: el verdadero obstáculo es el de la pulsión, rígida en su fin de conseguir la satisfacción “a toda costa” y flexible en sus maneras, porque fuere la situación la que fuere, la pulsión es tan proteiforme como le exija el guión de la civilización.

Después de esto, resulta algo demasiado simple, pero quizás necesario, afirmar que el obstáculo es “interno” y no “externo”. Como resumen de todo lo anterior, extraemos una frase de Lacan: *“No procedo en el mundo de los objetos sino por la vía de los obstáculos que se oponen a mi deseo. El objeto es ob. El objeto se encuentra a través de las objeciones”*¹⁷.

Esta renuncia es la contracara del delirio actual, el de la omnipotencia de la voluntad, que se vuelve megalomanía en el paisanaje que habita nuestros días, que cree anular la castración por darle la espalda.

El imposible pedagógico

Y algo más: no se trata de mantener frente al facilismo una posición pedagógica de incitación al esfuerzo y a la lucha, porque esta posición es tan loable como inútil ya que desconoce la fuerza de la pulsión. La pedagogía es eso: el pueril desconocimiento de la pulsión infantil. La pedagogía se vuelve uno de los rostros de la



política cuando intenta educar lo real pulsional —es el verdadero interés del amo en sostener la educación que si es plausible en tanto necesaria—, no debe olvidar el resto que jamás se deja educar —otro de los imposibles freudianos—.

Los objetores del Otro

Junto a ellos, los sujetos del “No”, los objetores al Otro del deseo. Hay algo terrible en estos sujetos: si el capitalismo arrasa los vínculos sociales, estos sujetos atacan el vínculo al mercado. De ahí que se les califique como sujetos del rechazo, del rechazo a un Otro, que

como el capitalismo, sólo da lo que tiene, dejando a estos nuevos Bartlebys sin poderse llevar a la boca el necesario sabor de la falta venida de la alienación. Son los llamados síntomas sociales donde la separación no parece dialectizarse con la alienación necesaria. Son los nuevos monjes, o mejor, los nuevos anacoretas que vuelven sobre su cuerpo lo más mortífero de la pulsión al haber elegido el divorcio del Otro. Anacoretas decimos, y no monjes, porque, como los primeros, no hacen comunidad entre ellos, como es el caso de los segundos. En estos nuevos eremitas, de lo que se trata es de que no hay una mínima cesión de goce, condición imprescindible para el vínculo.





BIBLIOGRAFÍA

1. J. Lacan, *El Seminario, libro 2, El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica* (lección del 24 de noviembre de 1954). Barcelona, Ed. Paidós, 1983, p. 31.
2. J.-A. Miller y otros, *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica* (La conversación de Arcachon: “Matema de la nebulosa”). Buenos Aires, Instituto Clínico de Buenos Aires / Paidós, 1999, pp. 347–348.
3. J.-A. Miller, “Tres conferencias brasileñas sobre el síntoma” (Tercera conferencia: “El amor sintomático”), en *El síntoma charlatán*. Barcelona, Ed. Paidós / Campo Freudiano, 1998, p. 52.
4. J.-A. Miller, Curso del 31/5/1989 y del 7/6/1989, “Les divins details”, inédito.
5. J.-A. Miller, *De la naturaleza de los semblantes* (clase del 11/12/1991: “Homogeneización y excepción”). Buenos Aires, Ed. Paidós, 2002, pp. 55–69.
6. *Ibid.*, p. 57.
7. *Ibid.*, p. 65.
8. *Ibid.*, p. 64.
9. A. de Tocqueville, *La democracia en América*. Barcelona, Ed. Orbis, 1985, p. 11.
10. J.-A. Miller, *De la naturaleza de los semblantes* (clase del 11/12/1991: “Homogeneización y excepción”), p. 65.
11. J. Ortega y Gasset, *La rebelión de las masas*. Barcelona, Ed. Orbis, 1984, p. 45.
12. *Ibid.*, p. 121.
13. B. Russell, *La conquista de la felicidad*. Madrid, Ed. Espasa–Calpe (Colección Austral), 1991, pp. 125–135.
14. J.-A. Miller, Curso del 31/5/1989, “Les divins details”.
15. H. Spencer, “La esclavitud del porvenir”, en *El individuo contra el Estado*. Barcelona, Ed. Orbis, 1984, p. 67.
16. J. Ortega y Gasset, *op. cit.*, p. 105.
17. J. Lacan, *El Seminario, libro 8, La transferencia* (lección del 21 de junio de 1961). Buenos Aires, Ed. Paidós, 2003, p. 418.



¡LA CALIDAD ES UNA ENFERMEDAD CONTAGIOSA! Modelo de Gestión de Calidad EFQM

Estibaliz Izarzugaza Iturrizar

Técnico de Calidad de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia
Osakidetza–Servicio Vasco de Salud. Bizkaia

Resumen

Un profundo conocimiento del Modelo Europeo de Gestión desarrollado por la EFQM requiere una gran dosis de dedicación, formación y trabajo personal. Por este motivo, este texto únicamente pretende ser una aproximación al Modelo de Gestión.

Se trata de un modelo complejo, que utiliza un lenguaje peculiar, adaptable tanto a la gestión de una empresa industrial como a una organización de servicios.

La última iniciativa de formación, información y sensibilización de las personas integrantes de nuestra organización, servicio de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia, fueron las jornadas celebradas el pasado noviembre sobre Gestión Clínica, EFQM y Gestión de Procesos.

Las experiencias de las empresas que se han embarcado en el reto de EFQM, son positivas y con gran efecto tractor en otras organizaciones. En muchos casos, estas empresas han sido premiadas por Euskalit (Fundación Vasca para el Fomento de la Calidad) o por la propia fundación EFQM.

Abstract

A deep knowledge about EFQM management model requires great dedication, training and personal effort. This article only tries to be first approach to this model.

The Services Organizations as much as to the Industrial Companies can adopt this EFQM complex and wide model with an “special” language too.

The Journeys celebrated the last November about the Clinical Management, EFQM and Process Management were the last initiative in this organization for training, information and sensitivation of the people who integrate the Psychiatric Outpatient Service in Bizkaia.

The experiences in the companies wich accepted the EFQM’s challenge are positive and wich great tractor effect in order firms. In many cases, these companies have been awarded by Euskalit (Basque Foundation for the Quality Development) or by the own EFQM foundation.

Palabras clave

Satisfacción del Cliente, Gestión de Calidad, Calidad Total.

Key words

Customer Satisfaction, Quality Management, Total Quality.



Introducción

El E.F.Q.M. es un modelo de gestión empresarial. La organización sanitaria pública es una empresa. Las características de Sector Público le proporciona ciertos matices puesto que nuestro “producto” es delicado: son las personas y su salud (y los errores pueden ser tremendamente importantes). La Administración sanitaria apuesta por la Calidad para satisfacer a los ciudadanos y contribuyentes. Hoy en día ya nadie duda que la Calidad es una exigencia que no sólo se aplica a las empresas del sector privado, sino que implica (y de manera muy especial) al sector público, formado por las distintas administraciones. La creciente preocupación por la Calidad y la Autoevaluación de los entes públicos se basa en la necesidad de satisfacer a los clientes/contribuyentes y mejorar la actividad del organismo, interna y externamente. La evidente evolución de las expectativas de los clientes en el sector público demuestra mayores demandas de mejora y de garantías en términos de eficacia y servicios. Eficacia y Eficiencia deben ser, por lo tanto, los objetivos de las Administraciones públicas, gestionando la Calidad no como un fin sino como un medio para alcanzar esas metas.

Como los demás ámbitos de actividad, el sector sanitario (público y privado) se ha visto influenciado por la presión de la competitividad debiendo acomodarse a nuevos tiempos y demandas. Hospitales, centros de salud, clínicas, mutuas, etc... han puesto sus estructuras en manos de la Calidad para conseguir las mejoras cualitativas y/o cuantitativas que reviertan en una mejor asistencia, atención y gestión del paciente, ahora convertido en cliente, y además, con derecho a exigir. Este es un cambio significativo en el nuevo concepto de “paciente”.

Perspectiva histórica

EL FENÓMENO JAPONÉS: Japón había salido mal parado de la Segunda Guerra

Mundial y debía recuperarse. No disponía de recursos propios, excepto las personas y su materia gris.

La JUSE (Unión Japonesa de Científicos e Ingenieros) invitó en los años 50 a expertos americanos como Deming, Iman, etc... para que explicasen a los directivos japoneses las prácticas de gestión utilizadas en las empresas americanas.

A partir de ahí se desencadenó una recuperación sin precedentes; los japoneses han realizado las mayores aportaciones metodológicas a nivel mundial (just in time, quality function deployment QFD, círculos de calidad,...) sorprendiendo por las elevadas cotas de competitividad alcanzadas por sus empresas.

EL TAYLORISMO Y CALIDAD TOTAL: A principios del siglo anterior, Frederic Taylor, desarrolló la “Organización Científica del Trabajo”. Entre sus principios básicos está la descomposición del trabajo en actividades elementales, permitiendo la entrada a las empresas a trabajadores procedentes del campo sin ninguna cualificación.

El Taylorismo estaba adaptado a la realidad de su época, pero actualmente el entorno ha cambiado drásticamente. Sin embargo, muchas organizaciones occidentales incluyendo el País Vasco, están aún guiadas por los principios del Taylorismo.

Definiciones importantes

GESTIÓN DE CALIDAD. Es el conjunto de acciones, planificadas y sistemáticas que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto (o servicio en nuestro caso) va a satisfacer los requisitos dados sobre la calidad. (Normas ISO, etc.).

CALIDAD TOTAL / EXCELENCIA. Es una estrategia de gestión cuyo objetivo es que la



organización satisfaga de una manera equilibrada las necesidades y expectativas de los clientes, de los empleados, de los accionistas y de la sociedad en general. (Modelos de Gestión como el EFQM,...).

Qué significan las siglas E.F.Q.M.

Reconociendo la potencial capacidad competitiva en Europa a través de la aplicación de la Calidad Total / Excelencia, catorce importantes empresas de Europa tomaron la iniciativa de crear la Fundación Europea para la Gestión de Calidad–EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (E.F.Q.M.) en 1988.

El número de miembros de dicha fundación ha ido aumentando, procedente de la mayoría de países de Europa y de todos los sectores empresariales y organizaciones no lucrativas. Su misión es mejorar la competitividad de las organizaciones europeas mediante la mejora de su gestión. Para ello, viene publicando desde 1992 el denominado Modelo E.F.Q.M. de EXCELENCIA, como modelo de referencia destinado a ayudar a las organizaciones en su camino de mejora.

Modelos de gestión de la Calidad Total / Excelencia

Son tres los modelos de Excelencia más difundidos. Pese a las peculiaridades de cada uno de ellos, en todos subyacen los Principios Básicos de la Calidad Total / Excelencia, es decir,

las mejores prácticas en el ámbito de la gestión de las organizaciones.

Los organismos encargados de la gestión de estos modelos utilizan como elementos de difusión de los mismos la entrega anual de unos “Premios a la Excelencia de la Gestión”.

**MODELO DEMING*. Desarrollado en Japón en 1951 por la JUSE.

**MODELO MALCOM BALDRIGE*. Creado en EEUU en 1987, en respuesta a la invasión de productos japoneses en el mercado estadounidense.

**MODELO E.F.Q.M.* Creado en 1988 por la Fundación.

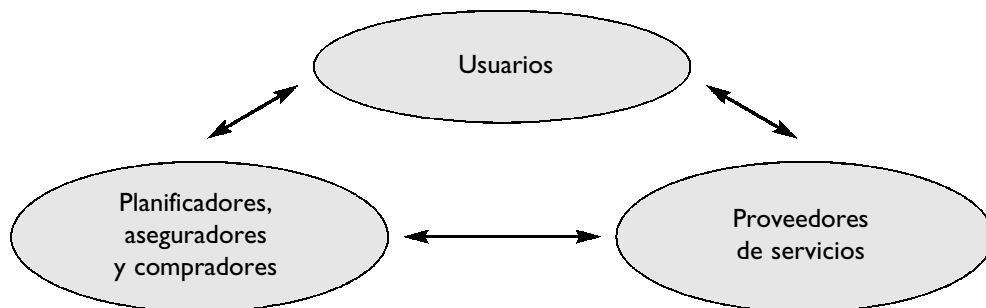
Principios de la Calidad Total.

CALIDAD TOTAL, es el compendio de las “mejores prácticas” en el ámbito de la gestión de organizaciones, a las cuales se denomina “*Principios de la Calidad Total*”:

I. Orientación hacia los resultados

El éxito continuado de cualquier empresa depende del equilibrio y la satisfacción de las expectativas de todos los grupos de interés que de una u otra forma participan en la organización con intereses económicos en la organización, etc.

La Dirección debe satisfacer equilibradamente las necesidades de estos grupos de interés que en el ámbito sanitario se agrupan en tres:





2. Orientación al cliente

“Todos en la empresa deben actuar guiados por el punto de vista del cliente” *PETER DRUCKER*.

La gestión empresarial ha estado basada hasta ahora en la búsqueda de la competitividad. Ahora surge el modelo de Calidad Total que hace trabajar a toda la organización en la búsqueda de la Satisfacción del Cliente. Ésta depende del valor percibido en el servicio con respecto a las expectativas que tenía previamente.

Por lo tanto, el lograr una mayor satisfacción del cliente podría conseguirse bien mejorando el servicio ofrecido, o bien generando expectativas más realistas. En nuestro ámbito de Salud Mental, el poder contar con una **Cartera de Servicios** bien definida, que ofrezca con la mejor calidad técnica y los recursos disponibles, diversos programas adaptados a las diferentes patologías, influye directamente en la percepción de nuestros clientes (sobre todo usuarios y familias) y grupos de interés.

3. Liderazgo y constancia en los objetivos

Osakidetza entiende el liderazgo como “una función de las personas que tienen bajo su responsabilidad a otras personas, compartiendo y comprometiéndose con la misión, visión y valores de la organización”. Tradicionalmente el liderazgo se ha asociado a la capacidad técnica, condicionando así la propia estructura organizativa. En este sentido, se desarrollaron las políticas de detección y formación de líderes facilitándose por parte de la Organización Central de Osakidetza la formación en gestión, tanto a los líderes establecidos por la propia estructura, como a los líderes naturales o emergentes. Como ejemplo, podemos citar los cursos que se realizan periódicamente sobre Gestión Sanitaria para líderes y mandos.

En los últimos años, se han ido desarrollando líneas estratégicas dirigidas a descentralizar la gestión y disminuir distancia entre ésta cultura y la clínica. Así surge la idea de impulsar las

Unidades de Gestión Clínica, formadas por un líder gestor y un equipo de profesionales implicados en la consecución de los objetivos definidos en la Unidad.

La Calidad Total es una estrategia porque trata de dirigir y coordinar acciones para conseguir la competitividad empresarial o la mejora de la eficiencia de la organización. Por lo tanto, el papel de la Dirección en el proceso de Calidad Total es lograr que esta estrategia de gestión se despliegue por toda la organización, asumiendo el liderazgo del proyecto, demostrando en sus propias actuaciones su compromiso y facilitando los medios necesarios para su implantación (información, formación, tiempo, recursos económicos,...)

4. Gestión por procesos y hechos

Es una metodología que intenta definir las responsabilidades y los recursos necesarios para lograr los objetivos planificados en los procesos de una organización, estableciendo sistemas de evaluación y medición y permitiendo detectar áreas de mejora.

Un PROCESO es un conjunto de actividades que se definen de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado satisfactorio en función de los requisitos del cliente al que va dirigido. Se diferencian distintos tipos de procesos, como son los **Procesos Operativos**, o sea, los que guardan relación directa con el cliente y en nuestro caso con la asistencia psiquiátrica. Se incluyen aquí, todos los procesos asistenciales; los **Procesos de Apoyo**, que aportan los recursos o medios para la “ejecución del servicio”; **Procesos Estratégicos**, que definen las estrategias y los objetivos de la organización. Recientemente se ha aprobado y publicado el **Plan Estratégico 2004/2008 de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental**, cuyos cinco objetivos genéricos son la reorganización de la red, la satisfacción de los pacientes y usuarios, la satisfacción de los profesionales, el desarrollo y potenciación del modelo comunitario y la mejora de la calidad. De la misma manera, Salud Mental Extrahospitalaria,



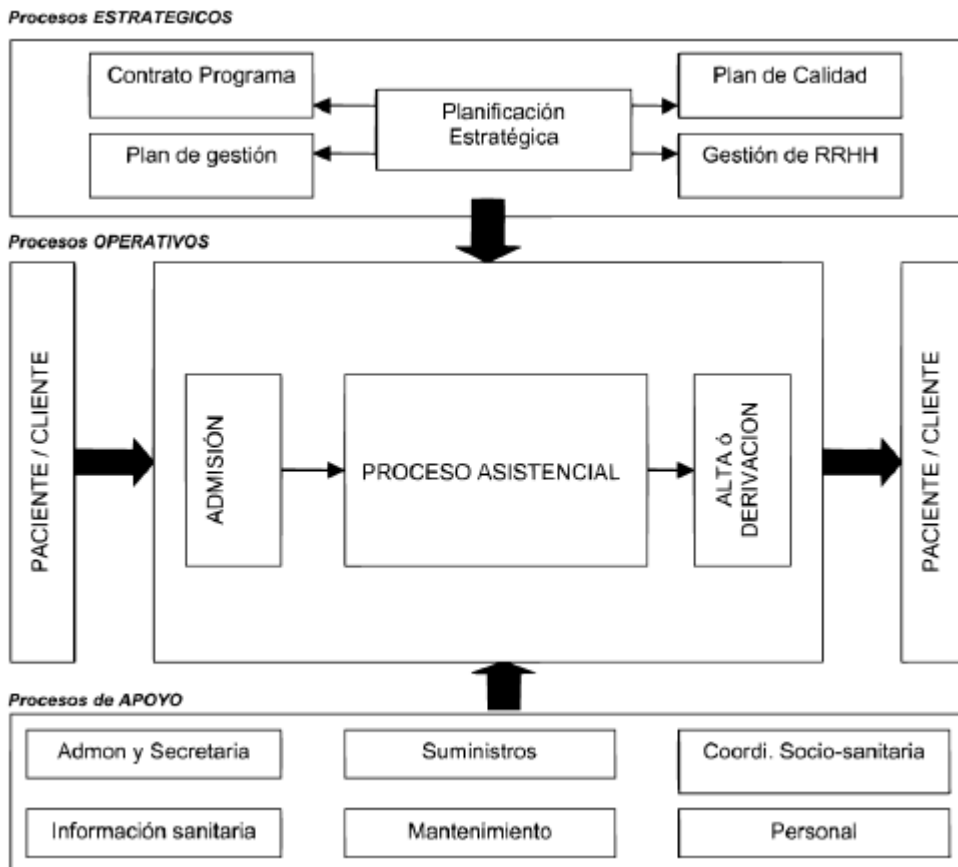
dispone para desplegar estos objetivos el **Plan de Calidad 2003/2007** en el que se plantean una serie de objetivos cuantificados para todas las organizaciones de Osakidetza:

- Mejora de la calidad del servicio sanitario.
 - Mejora de la eficacia y efectividad de las prestaciones sanitarias.
 - Mejora de la continuidad de cuidados.
 - Mejora de la adecuación en el uso de las prestaciones sanitarias.
 - Mejora de la seguridad de los pacientes en la asistencia sanitaria.
 - Mejora de la accesibilidad a las prestaciones sanitarias.
 - Mejora del trato y de las condiciones hosteleras.
 - Mejora de la información.

- Mejora de la calidad de gestión.
 - Liderazgo.
 - Política y estrategia.
 - Personas.
 - Alianzas y recursos.
 - Procesos.

Por otra parte, el **Contrato Programa** es el sistema que utiliza el Departamento de Sanidad para la contratación de servicios con las organizaciones de las diferentes comarcas de Osakidetza, entre ellas la nuestra, negociando un determinado nivel de actividad cumpliendo determinados criterios de calidad.

Ejemplo de un Mapa de Procesos, de cualquier Centro de Salud Mental:





Una organización, puede considerarse un conjunto de procesos interrelacionados entre sí. El cuidado de dichas interrelaciones (cómo se producen), es un aspecto fundamental de esta metodología.

En la actualidad, la Dirección de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia ha propiciado y facilitado la creación de varios equipos de trabajo que trabajan en la gestión del Macroproceso de un CSM y tres procesos asistenciales (Admisión–Acogida, Programa de Mantenimiento con Metadona y el Tratamiento de la enfermedad mental severa en Estructuras Intermedias).

5. Desarrollo e implicación de las personas

Es responsabilidad de la Dirección desarrollar el potencial de las personas integrantes de la organización, así como involucrarles y hacerles partícipes del proyecto (de forma individual y grupal, creando Equipos de mejora, Comisiones clínicas y no clínicas, etc.).

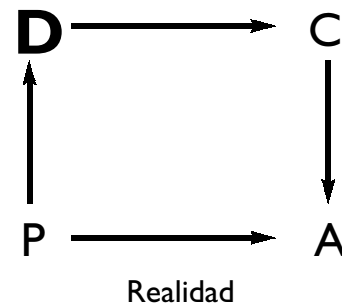
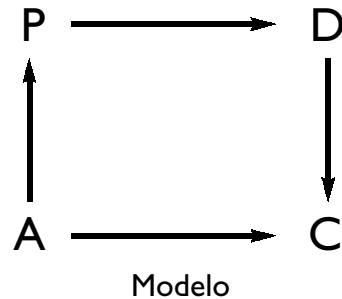
El Decreto 194/1996 nos aporta información sobre la estructura y las funciones de los órganos de dirección, gestión y participación de cualquiera de las organizaciones de Osakidetza, entre la que se encuentra Salud Mental Extrahospitalaria. Dichos órganos son la Gerencia, el Equipo Directivo, el Consejo de Dirección y el Consejo Técnico.

La implantación del modelo europeo EFQM comienza con la sensibilización del personal en la comprensión del nuevo papel de la Administración Sanitaria pública como organización al servicio de los ciudadanos y la sociedad y concluye con la renovación de todo el proceso global de gestión, adoptando el principio de mejora continua como filosofía propia de actuación. En esta línea, se han llevado a cabo diversas iniciativas intentando desplegar la filosofía del modelo EFQM a través de los responsables y jefes de los diferentes centros de salud mental existentes en la red de Salud Mental de Bizkaia y así mismo se desarrollaron las Jornadas

“**Modelo Europeo de Calidad, Gestión Clínica y Gestión por Procesos**” el pasado mes de noviembre en Bilbao, organizadas por Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, Osakidetza–Servicio Vasco de Salud y dirigido preferentemente a profesionales de la red de Salud Mental Extrahospitalaria de Osakidetza en Bizkaia.

6. Aprendizaje, innovación y Mejora continuos

De acuerdo al Círculo de Mejora de Shewart, PDCA, la situación es la siguiente:



Planificate: PLANIFICAR

Do: HACER

Check: REVISAR

Act: MEJORAR



7. Desarrollo de Alianzas

La organización debe establecer con sus proveedores y otras empresas colaboradoras en sus proyectos, vínculos estables basados en la confianza y establecer relaciones mutuamente beneficiosas, siempre con la intención de satisfacer equilibradamente a todos esos grupos de interés mencionados anteriormente (clientes, proveedores, accionistas, etc.).

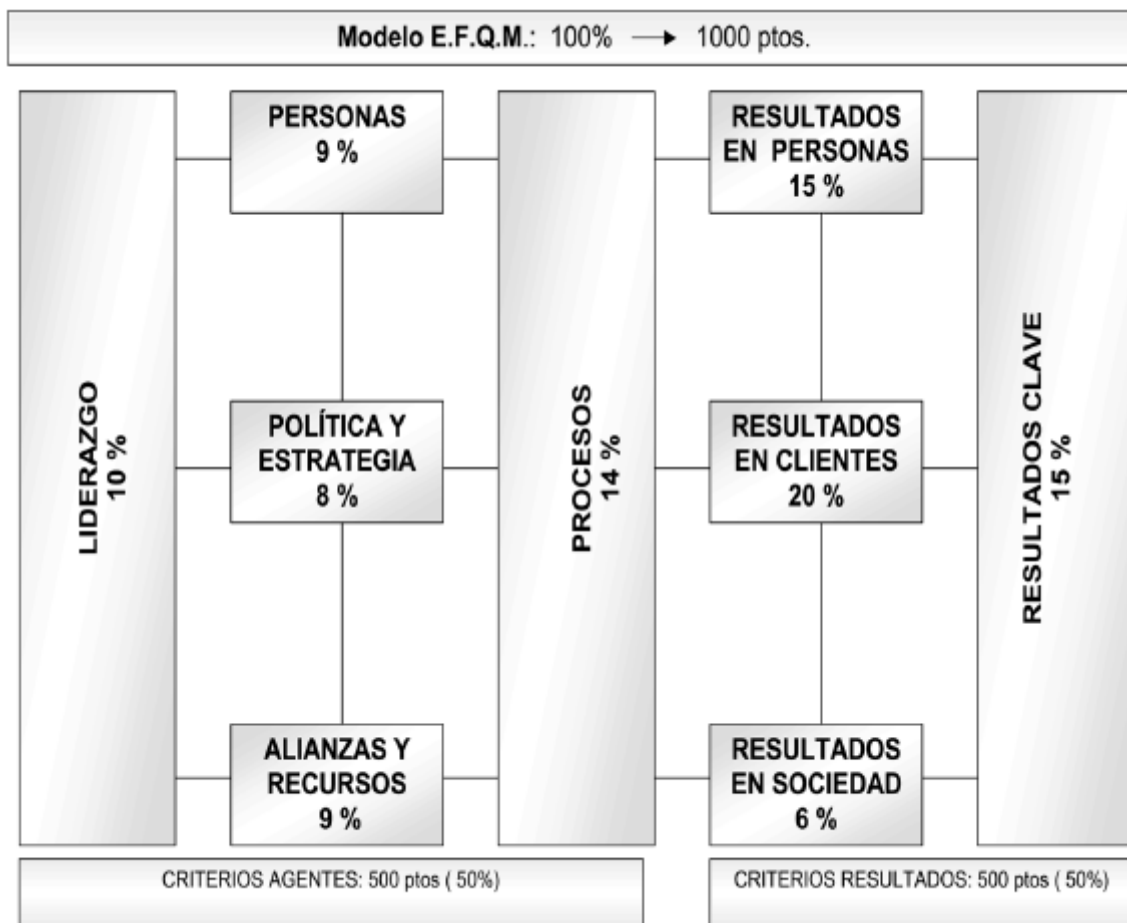
En nuestro ámbito de servicio especializado de salud mental, pensar en alianzas, en primera instancia parece que nos lleva a considerar irrevocablemente a Atención Primaria, Hospitales, Colegio farmacéutico, Asociaciones de familiares y enfermos, etc.

8. Responsabilidad Social

La organización y sus empleados deben comportarse con arreglo a una ética, esforzándose por superar las normas y requisitos legales y participando en las iniciativas sociales que se desarrollan en la comunidad.

En el ámbito de la Administración pública, esta ética se refleja, en un uso eficaz y eficiente de los recursos económicos que le son concedidos. No hay que olvidar nunca, que en este caso, los recursos económicos con los que cuenta la Administración sanitaria, le son cedidos.

MODELO DE GESTIÓN EFQM





La filosofía del Modelo de Gestión se concreta en la siguiente premisa: “La satisfacción del cliente y empleados y el impacto en la sociedad se consiguen mediante un liderazgo que impulse la política y estrategia, la gestión del personal, los recursos y los procesos hacia la consecución de la excelencia en los resultados de la organización”.

■ Criterio 1: Liderazgo

“Cómo el comportamiento y las actuaciones del equipo directivo y de los demás líderes de la Organización estimulan y fomentan una cultura de Gestión de Calidad Total”

La autoevaluación debe centrarse en el papel de los Directivos y mandos intermedios dentro del marco definido por las directrices de la Administración Sanitaria Pública. El modelo no persigue la evaluación de la calidad de las orientaciones políticas, sino evaluar la eficacia y la eficiencia en la gestión del centro. El elemento clave es que la Dirección debe demostrar un claro compromiso tanto con los empleados como con sus clientes. En este caso, el líder del Sector Público no tiene que hacer ganar dinero a la empresa, sino emplear los recursos lo más eficientemente posible, mantener unas relaciones adecuadas, etc.

- I,a) Cómo los líderes desarrollan la MISIÓN, VISIÓN, VALORES y PRINCIPIOS ÉTICOS y actúan como modelo de referencia dentro de una cultura de Excelencia.
- I,b) Cómo los líderes se implican personalmente para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de la Organización.
- I,c) Cómo los líderes interactúan con clientes, partners y representantes de la sociedad.
- I,d) Cómo los líderes refuerzan una cultura de Excelencia entre las personas de la Organización.
- I,e) Cómo los líderes definen e impulsan el cambio en la Organización.

■ Criterio 2: Política y estrategia

“Cómo la Organización formula, despliega y revisa su política y estrategia y la convierte en planes y acciones”

La Política y Estrategia considerará la cultura interna, la estructura y las operaciones a corto y largo plazo teniendo en cuenta las características, la trayectoria que sigue la organización y las necesidades de todos los grupos de interés, incluyendo aquí las directrices marcadas por la Administración. Debe reflejar los principios de gestión de Calidad Total de la organización y el modo de alcanzar sus objetivos a través de estos principios.

- 2,a) Cómo la política y estrategia de la Organización se basa en necesidades y expectativas de los grupos de interés.
- 2,b) Cómo se desarrolla la política y estrategia de la Organización, basándose en los indicadores de rendimiento, la investigación, el aprendizaje y las actividades externas.
- 2,c) Cómo se desarrolla, revisa y actualiza la política y estrategia de la Organización.
- 2,d) Cómo se comunica y despliega mediante un esquema de procesos clave la política y estrategia de la Organización.

■ Criterio 3: Personas

“Cómo aprovecha la Organización todo el potencial de su plantilla”

El hecho de que los centros del Sector Sanitario Público cuenten con restricciones que provienen de la Administración, ya sea local, central o ambas, en la gestión del personal, conlleva que estas organizaciones puedan únicamente operar dentro de unos límites predefinidos. Sin embargo, cuando sea apropiado, deben mostrar cómo tratan de lograr la ampliación de sus atribuciones en beneficio de la organización y de sus miembros.

- 3,a) Planificación, gestión y mejora de los recursos humanos.



- 3,b) Identificación, desarrollo y mantenimiento del conocimiento y la capacidad de las personas de las Organización.
- 3,c) Implicación y asunción de responsabilidades por parte de las personas de la Organización.
- 3,d) Existencia de un diálogo entre las personas y la Organización.
- 3,e) Recompensa, reconocimiento y atención a las personas de la Organización.

■ **Criterio 4: Alianzas y recursos**

“Cómo gestiona la Organización los recursos de manera eficiente y eficaz”

Las organizaciones que pertenecen a la Administración Pública, como mencionábamos en el punto anterior, suelen estar sujetos a restricciones adicionales y legislación a las que se deben adecuar al gestionar los recursos. Dentro del grado de autonomía de decisión de cada organización, debe evaluarse cómo se gestionan los recursos para servir de apoyo a la Política y Estrategia. En nuestro ámbito habría que buscar alianzas importantes y necesarias (con Atención primaria, Centros privados, Centros sociales, etc..) siempre alineadas con la Política y Estrategia definidas previamente en nuestra organización..

- 4,a) Gestión de las alianzas externas.
- 4,b) Gestión de los recursos económicos y financieros.
- 4,c) Gestión de los edificios, equipos y materiales.
- 4,d) Gestión de la tecnología.
- 4,e) Gestión de la información y del conocimiento.

■ **Criterio 5: Procesos**

“Cómo la Organización identifica, gestiona, revisa y mejora sus procesos”

- 5,a) Diseño y gestión sistemática de los procesos.

- 5,b) Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación, a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando cada vez mayor valor.
- 5,c) Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes.
- 5,d) Producción, distribución y servicio de atención, de los productos y servicios.
- 5,e) Gestión y mejora de las relaciones con los clientes.

■ **Criterio 6: Resultados en los clientes**

“Qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de los clientes”

- 6,a) Medidas de percepción: Satisfacción respecto a atención médica, trato humano, información prestada, tiempo de espera, horarios, etc.
- 6,b) Indicadores de rendimiento: N° de quejas/reclamaciones, tiempo de resolución de las mismas, N° de felicitaciones/ agradecimientos recibidos, N° de cambios de médico, accesibilidad telefónica, tiempo de consultas, etc.

■ **Criterio 7: Resultados en las personas**

“Qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de los empleados”

- 7,a) Medidas de percepción: Ámbito laboral (estabilidad, salario, condiciones ambientales, horas de trabajo, flexibilidad, permisos, etc.), Estilo de Dirección (reconocimiento, información, liderazgo, accesibilidad, respuesta ágil a las peticiones, etc.), Ámbito profesional (clima humano, medios para el desarrollo profesional, formación, capacidad para tomar decisiones, etc.).
- 7,b) Indicadores de rendimiento: Contenido laboral (absentismo, quejas, bajas, forma-



ción, liberalizaciones, etc.), Contenido profesional (participación en equipos de mejora, n° de proyectos, reconocimientos de Salud Laboral, etc.).

■ Criterio 8: Resultados en la sociedad

“Qué logros se están alcanzando con relación a la satisfacción de las necesidades y expectativas de la comunidad local, nacional e internacional, según sea apropiado. Se incluye aquí cómo la Organización entiende la calidad de vida, el entorno y la conservación de los recursos naturales, así como las mediciones internas de efectividad que realice.

También se incluirán las relaciones con las autoridades y organismos que influyen y regulan las actividades de la Organización”

Las organizaciones sanitarias tienen un impacto sobre la sociedad por la propia naturaleza de sus responsabilidades primarias. Los resultados de estas actividades básicas se presentan en los criterios Resultados en Clientes y Resultados Clave. Este criterio mide el impacto de la organización en la sociedad en aquellos temas que no están relacionados ni con sus responsabilidades, ni con sus obligaciones estatutarias.

8,a) Medidas de percepción.

8,b) Indicadores de rendimiento.

■ Criterio 9: Resultados clave

“Qué logros se están alcanzando con relación a los objetivos empresariales planificados y a la satisfacción de las necesidades y expectativas de todos aquellos que tengan intereses económicos o generales, en la Organización”

9,a) Resultados Clave del Rendimiento de la Organización: Contrato Programa (Presupuesto, balances pérdidas/ganancias, coste asistencia/consultas, etc.)

9,b) Indicadores Clave del Rendimiento de la Organización: Memoria asistencial (N° de visitas, mínima cartera de servicios en los CSMs, demoras, % pacientes con informe de alta en mano, etc.)

Autoevaluación

Para las organizaciones, los beneficios de la utilización del Modelo de Gestión como sistemática de autoevaluación, son establecer una referencia de calidad para la organización, detectar áreas fuertes y áreas débiles en la organización y conocer el camino de la mejora continua en los aspectos que conforman el modelo.

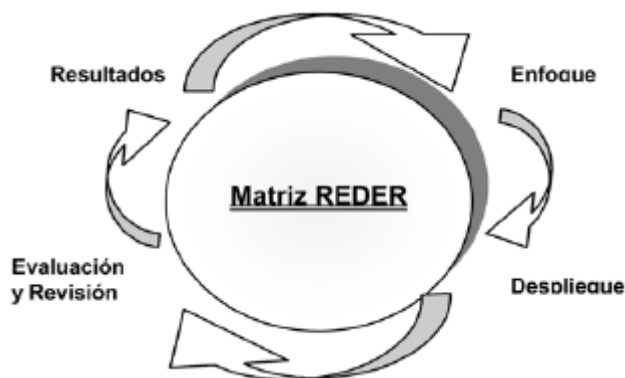
La operativa es la siguiente:

Para los CRITERIOS AGENTES:

1. Describir las evidencias referentes a las áreas a abordar mencionadas en el subcriterio.
2. Indicar los puntos fuertes.
3. Enumerar las áreas de mejora.
4. Cumplimentar la matriz de puntuación (optativo para los que optan a premio).
5. Asignar la puntuación total (optativo para los que optan a premio).

Respecto a los CRITERIOS RESULTADOS:

1. Enumerar los indicadores seleccionados.
2. Definir la importancia de los indicadores seleccionados.
3. Establecer la tendencia de estos.
4. Comparar los resultados de los indicadores con los de otras organizaciones.
5. Establecer si los resultados son consecuencia de los sistemas establecidos para los criterios agentes.
6. Indicar los puntos fuertes.
7. Enumerar las áreas de mejora.
8. Cumplimentar la matriz de puntuación (optativo para los que optan a premio).
9. Asignar la puntuación total (optativo para los que optan a premio).



La MATRIZ REDER es una variante del Ciclo de Mejora de Shewart **PDCA**. REDER son las siglas de *RESULTADOS*, *ENFOQUES*, *DESPLIEGAR*, *EVALUAR Y REVISAR*. Esta matriz es el método que utiliza la EFQM para realizar las evaluaciones y establecer lo que la organización necesita realizar sistemáticamente en su proceso de mejora continua:

- Determinar los **RESULTADOS** que se quieren lograr como parte del proceso de elaboración de su política y estrategia.
- Planificar una serie de **ENFOQUES** sólidamente fundamentados e integrados que permitan a la organización establecer dichos resultados.
- **DESPLIEGAR** los enfoques de una manera sistemática para asegurar su plena implantación.
- **EVALUAR Y REVISAR** los enfoques basándose en la medición, en el aprendizaje y en el análisis y mejora de los resultados alcanzados.

El Equipo Directivo de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica Extrahospitalaria de Bizkaia, junto con seis Jefes de Centro de Salud Mental realizó durante el año 2003 una primera autoevaluación bajo las premisas del modelo de gestión EFQM. Para ello, utilizó el “Cuestionario de autoevaluación” facilitado por Euskaliti (Fundación vasca para la calidad). En dicha autoevaluación, se definieron los puntos fuertes y las áreas de mejora encontradas en la

organización, para cada uno de los nueve criterios del modelo. Como resultado de este trabajo, se planteó un **Plan Anual de Mejora EFQM**, donde se detallan las acciones encaminadas a mejorar la calidad de la Organización según el modelo en el plazo de un año (2003/2004).

Plan de Mejora

Sobre la base de la filosofía del Ciclo PDCA, un Plan de Mejora requiere los siguientes pasos:

1. El equipo directivo, debidamente formado, realiza la Autoevaluación.
2. Se elabora una identificación exhaustiva recopilando Puntos Fuertes y Areas de Mejora.
3. Se definen los criterios de priorización, sobre la base de la misión, la visión, los valores, análisis Debilidades Amenazas Fortalezas Oportunidades, propios de la organización, etc....)
4. Se establecen las prioridades, en función del impacto, los recursos, planes vigentes, etc...
5. Se concreta un Plan de Acción, detallando objetivos, propietarios, fechas, etc...
6. Se lleva a cabo una revisión periódica, atendiendo al dinamismo y flexibilidad deseados.

Además de la elaboración del Plan Anual de Mejora EFQM, fruto de esa primera autoevaluación realizada, también se diseñó un Plan de



trabajo Plurianual (2002/2005) como **Compromiso para avanzar hacia la Calidad Total/ Excelencia** con las siguientes premisas:

1. CONOCER CON PROFUNDIDAD EL MODELO:
 - Formarse rigurosamente el Equipo Directivo en el Modelo.
 - Autoevaluarse utilizando la matriz REDER.
 - Participar un miembro del Equipo Directivo, al menos, en el Club de Evaluadores de Euskalit.
2. MEJORAR LA GESTIÓN CON DATOS:
 - Medir la Satisfacción de los Clientes.
 - Medir la Satisfacción de las Personas de la Organización.
 - Establecer indicadores, objetivos y comparaciones externas para los criterios de Resultados del Modelo.
3. MEJORAR LA GESTIÓN DE PROCESOS:
 - Definir el Mapa de Procesos y documentar los procesos.
 - Identificar los procesos clave, relacionándolos con los objetivos estratégicos de la Organización.
4. VARIOS:
 - Incluir la obtención de la Q de Plata como un objetivo Estratégico.
 - Evaluar y revisar cómo los directivos y otras personas desarrollan su liderazgo.
5. REDACTAR LA REDACCIÓN DE LA MEMORIA EFQM.

Reconocimientos externos

La Fundación vasca para la calidad (Euskalit), es una Entidad privada sin ánimo de lucro, promovida en 1992 por el entonces Departamento de Industria y Energía del Gobierno Vasco. Está compuesta por un grupo de organizaciones públicas y privadas, cuya misión es fomentar la mejora y la innovación de la gestión mediante la **promoción de la cultura de calidad, formación, apoyo para la acción y evaluación externa.**

Tras realizar en el 2003 la primera autoevaluación por parte de la Dirección y varios Jefes clínicos de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia y cumplimentar las matrices de puntuación que facilita el propio modelo, se obtuvo un resultado de 300 puntos (sobre el total de 1000 puntos del modelo). Tanto el cuestionario de autoevaluación, como los planes de trabajo generados para la mejora se remitieron a Euskalit para su valoración.

El 12 de junio de 2003, el Director de Euskalit concedía a Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica Extrahospitalaria de Bizkaia, el **Diploma de Compromiso de Avanzar hacia la Calidad / Excelencia.** En este compromiso se manifiesta el propósito de solicitar a Euskalit su servicio de evaluación externa para acceder al reconocimiento Q plata antes del 31 de mayo de 2006.

A continuación se exponen los reconocimientos externos ofrecidos tanto por Euskalit, como por la Fundación EFQM:





BIBLIOGRAFÍA

- Osakidetza, Servicio Vasco de Salud: “Guía para la autoevaluación de organizaciones sanitarias”.
- Osakidetza, Servicio Vasco de Salud: “Guía de autoevaluación para unidades de gestión”.
- Osakidetza, Servicio Vasco de Salud: “Guía de gestión por procesos e ISO 9001:2000 en las organizaciones sanitarias”.
- Osakidetza, Servicio Vasco de Salud: “Guía de apoyo para la evaluación de organizaciones sanitarias”.
- Osakidetza, Servicio Vasco de Salud, Plan Estratégico de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2004/2008.
- Osakidetza, Servicio Vasco de Salud, Plan de Calidad 2003/2007.
- Club Gestión de Calidad: “Modelo EFQM de excelencia”.
<http://www.efqm.org>
- Euskalit. Fundación vasca para la calidad: “Calidad Total”.
<http://www.euskalit.es>

ACTUACIÓN TERAPEUTICA en un C.S.M. por la PROFESIONAL de ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA, en “LA PATOLOGÍA DE ANSIEDAD”

M^a Isabel Acosta Rey

Diplomada de Enfermería Psiquiátrica
del Centro de Salud Mental Gasteiz Lakuabizkarra

Resumen

Contenido de actuación terapéutica llevada a cabo por la profesional, enfermera psiquiátrica, con una paciente diagnosticada de agorafobia. Atendida en un C.S.M. mediante tratamiento farmacológico, es derivada por su psiquiatra a fin de realizar un abordaje de desensibilización sistemática. Se muestra la evolución desarrollada a lo largo del proceso de afrontamiento a estímulos fóbicos con acompañamiento profesional. El objetivo principal se basa en la recuperación del locus de control interno y la normalización de conductas cotidianas. La metodología utilizada se enmarca dentro de la terapia cognitivo-conductual. Los resultados finales son considerados óptimos especialmente en relación a las sesiones empleadas en el tratamiento. Este artículo pretende visibilizar la amplitud de las funciones, independientemente de las inherentes a la disciplina de enfermería psiquiátrica, que permiten desempeñar con éxito los objetivos planteados.

Summary

The treatment of a patient diagnosed with agoraphobia by a psychiatric nurse is described. The patient, who was being treated with drugs, was referred by her psychiatrist for a systematic desensitization therapy. The paper shows the course along the process of exposition to phobic stimuli with professional support. The therapy's primary target is the recovery of an internal locus of control and the normalization of daily behaviours, according to

a cognitive-behavioural framework. The outcome was optimal especially considering the small number of sessions it required. An insight is attempted into the wide range of functions, other than those inherent to the profession, that psychiatric nurses can successfully develop.

Palabras clave

Trastornos de ansiedad, agorafobia, desensibilización, ataque de pánico, enfermería psiquiátrica.

Key words

Anxiety disorders, agoraphobia, desensitization, panic attack, psychiatric nursing.

*No hay deber que descuidemos tanto
como el deber de ser felices.
(Robert Louis Stevenson)*

Introducción

La agorafobia es el síndrome fóbico más común e incapacitante en la clínica. El término de agorafobia fue acuñado por Westphal en 1871 a partir de los términos griegos *agora* (plaza del mercado) y *phobos* (dios griego del pánico)¹. Aunque etimológicamente “agorafobia” se refiere a miedo a espacios abiertos, en la actualidad este término se aplica en un

¹ Echeburua, E. *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Psicología Pirámide; 2002



sentido más amplio. En él se incluyen temores a lugares despejados, a multitudes, espacios cerrados... en definitiva, miedo a circunstancias que generen al sujeto la percepción de desprotección en el caso de padecer un próximo ataque de pánico, lo cual se expresa en una fuerte necesidad de huida de dichas situaciones; una salida inmediata.

Se podría considerar que en el trastorno de agorafobia se solapan diversas fobias específicas generadas por las falsas identificaciones que los sujetos tras un primer ataque de pánico, asocian el lugar en el cual acontece el hecho como causa de su malestar, llevando a cabo conductas de evitación hacia ese espacio (trenes, supermercados, cafeterías, autobús, centros comerciales...). El proceso de evitaciones progresivas y generalizadas puede ocasionar que el individuo quede confinado en su propio domicilio, en el cual, en ciertos casos, se mantienen dichos ataques dentro de este recinto supuestamente seguro para ellos, incluso se puede afirmar que ciertas personas pueden vivenciarlos en sueños y despertarse precipitadamente con toda la sintomatología asociada.

En los centros asistenciales la mayoría (más del 95%) de los individuos que acuden por agorafobia, presentan igualmente un diagnóstico o historia de trastorno de angustia².

La experiencia profesional desde la cual se parte, no ha constatado la existencia de trastornos de agorafobia sin ataques de pánico, por lo que se configura la relación significativa entre ambos términos psicopatológicos.

Según el DSM-IV TR², los ataques de pánico se caracterizan por la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los síntomas recogidos en la Tabla I, que se inician

bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min. Junto con la sintomatología física se expresan características determinadas comportamentales y cognitivas. La ansiedad es una respuesta adaptativa del organismo caracterizada por un conjunto de respuestas vivenciales, comportamentales y cognitivas, en la cual se produce un estado de activación y alerta urgente ante una señal urgente o ante una amenaza más o menos específica. Este concepto puede ser confundido con el de miedo por lo que cabe destacar que el miedo es un temor específico, concreto, determinado y objetivo ante algo, se percibe un peligro real que no está amenazando. La ansiedad, en cambio, es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto e indefinido con referencia explícita. El miedo es un temor con objeto, mientras que la ansiedad es un temor impreciso carente de objeto exterior.

La ansiedad es capaz de prepararnos para una situación que nos plantea alguna dificultad o reto, nos sirve para poder reaccionar mejor en los momentos difíciles y como la ansiedad es una reacción normal, el objetivo no es hacer que desaparezca, sino aprender a controlar y reducirla a niveles manejables y adaptativos. En relación a esto último, se puede afirmar que la "ansiedad normal" posee una función adaptativa, mejora el rendimiento, constituye una emoción reactiva y no afecta a la libertad individual. La "ansiedad patológica" dificulta la adaptación, deteriora el rendimiento, es más profunda y persistente, más corporal y reduce la libertad del individuo.

La mayor parte de la ansiedad es generada no por los acontecimientos, sino por el significado que les atribuimos. Estas interpretaciones las realizamos de manera automática, sin reparar en analizar el contenido de las mismas.

² Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto revisado. DSM-IV TR. Ed. Masson, S.A. Barcelona; 2002. Pág. 492



Para Clark y Salkovskis³, las crisis se producen del siguiente modo: un amplio rango de estímulos pueden comenzar el proceso de una crisis. Estos estímulos pueden ser internos (pensamientos, imágenes o sensaciones corporales) o externos (supermercado). Si estos estímulos son percibidos como una amenaza. La consecuencia es un estado de aprensión o miedo. Este estado está acompañado por un gran número de sensaciones corporales. Cuando estas sensaciones son interpretadas de un modo catastrófico, y sólo entonces, sobreviene un gran incremento de la ansiedad. Esto produce un aumento de la intensidad de las sensaciones corporales y así sucesivamente hasta formar un círculo vicioso que culmina con una crisis de angustia.

En los últimos años el interés de los profesionales por los diversos trastornos de ansiedad ha aumentado y entre ellos el que más publicaciones ha originado, con gran diferencia, es el trastorno de pánico (TP). Según la base de datos *PsycLIT*, en el TP se centra exactamente un 50,6% del total de las publicaciones sobre los trastornos de ansiedad⁴. No es de extrañar que se haya dado tanto interés por la problemática puesto que es relevante el grado de sufrimiento que padecen los pacientes debido a las manifestaciones clínicas del trastorno y la resistencia al tratamiento que se experimenta. Dicho tratamiento genera un importante coste en recursos públicos y/o privados puesto que generalmente los casos acuden primeramente, debido a la dimensión fisiológica del trastorno, a los servicios de urgencias hospitalarias y/o a servicios médicos de atención primaria y/o diversas disciplinas médicas específicas de la red sanitaria.

La mayoría esta población clínica sigue un tratamiento farmacológico de larga duración acompañado normalmente por una terapia psi-

cológica centrada en entrevistas terapéuticas. Es trascendental que las intervenciones sean rápidas, con el fin de obtener una reducción de los periodos de incapacidad laboral temporal o del absentismo laboral, así como una reducción del uso de psicofármacos, que en algunos pacientes se prolonga de forma indefinida. En este trabajo defenderemos que los acompañamientos profesionales son una herramienta facilitadora de recuperación que minimizaría los costes económicos y de calidad de atención que acontecen actualmente en los centros de salud mental. La gran demanda existente en estos dispositivos implica que el tiempo de atención de los profesionales que habitualmente tratan esta patología (psiquiatría y/o psicología) dificulta la dedicación requerida para realizar dichos acompañamientos junto con sesiones clínicas periódicas semanales o quincenales según la evolución de cada caso. Este abordaje terapéutico puede ser asumido por el personal de enfermería psiquiátrica, puesto que su formación lo permite. La experiencia en nuestro dispositivo, en los últimos años, tanto a nivel individual como grupal, lo confirma. Expone-mos a continuación un caso clínico que demuestra la efectividad del abordaje desde enfermería psiquiátrica.

CASO CLINICO

Diagnóstico psiquiátrico: **Trastorno de angustia con agorafobia. (F40.01 D.S.M.IV; [300.21] C.I.E.-10)**. Los diagnósticos de enfermería del caso se recogen en la Tabla 2.

Paciente de setenta años, con cónyuge con el cual tuvo cinco hijos, todos casados, menos el pequeño que falleció hace quince años en accidente de tráfico en las proximidades del domicilio familiar. En tratamiento psiquiátrico

³ Botella, C., y Ballester R. *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona. Martínez Roca; 1997. Pág. 18

⁴ Norton, Cox, Asmundson y Maser, 1995. *Íbid*, Pág. 15



por ansiedad y depresión desde dicho fallecimiento. De nivel socioeconómico alto, hasta ese momento realiza una vida activa y placentera, dispone de coche propio, buenas relaciones sociales, posibilidad de hacer viajes, etc.

Progresivamente evita situaciones y lugares por presentar inesperadamente: mareos, temblores, sudoración, gran malestar general y sobre todo necesidad de huir de dichas situaciones o lugares. En el primer contacto profesional, las taquicardias son nada más despertarse, sin levantarse de la cama toma el ansiolítico pautado por su psiquiatra y permanece en la cama una hora aproximadamente. Posteriormente, en el desayuno, ingiere el resto del tratamiento farmacológico y se refugia en “su butaca”, permaneciendo en ella unas dos horas más. Hacia las doce del mediodía, los temblores, taquicardias y demás sintomatología ansiosa se ve mitigada. Ya no sale del domicilio, ni tan siquiera acompañada, por lo que ha dejado de acudir; a la peluquería, aunque presta mucha atención a su imagen corporal. No sale de compras de artículos para cubrir necesidades básicas, ni para reponer su vestuario. No utiliza el coche, éste lleva un año en el garaje. Incluso en las reuniones familiares realizadas en su domicilio, junto con sus hijos y nietos, siente gran malestar, desasosiego y angustia. Está deseando que todos se vayan y si esto no sucede, es ella la que se retira a su dormitorio, abandonando la reunión familiar. Tiene la percepción de estar muy “enferma del corazón”. Refiere no tener fuerzas para vivir, en repetidas ocasiones. Su actividad lúdica se reduce a ver películas en televisión de pago, por lo que pasa la mayor parte del tiempo refugiada en “su butaca”. Respecto a las actividades fisiológicas destacar que la conducta alimentaria es adecuada y no se percibe alteraciones de patrón del sueño. La paciente padece osteoporosis, la cual le originaba dolores lumbares que reducían su movilidad. Como hábito tóxico es relevante señalar su adicción a la nicotina, expresada en más de

veinte cigarrillos al día, que incrementaban el nivel de ansiedad en la actividad diaria habitual. La progenitora de la paciente, se caracterizaba por sus demandas hipocondríacas, al igual que su hermana, la cual se encuentra actualmente en tratamiento psiquiátrico por ello. El hijo fallecido fue diagnosticado de Síndrome de Tourette. El resto de antecedentes familiares carecen de relevancia a nivel clínico.

DIAGNOSTICOS en ENFERMERIA.

North American Nursing Diagnosis Association. (N.A.N.D.A.)⁵

PATRÓN 3

- 3.1.1 Deterioro de interacción social
- 3.1.2. Aislamiento social
- 3.1.3 Riesgo de soledad
- 3.2.1 Alteración en el desempeño del rol

PATRÓN 4

- 4.1.2 Sufrimiento espiritual

PATRÓN 5

- 5.1.1.1 Afrontamiento individual inefectivo

PATRÓN 6

- 6.1.1.1 Deterioro de la movilidad física
- 6.1.1.2.1 Fatiga
- 6.3.1.1 Déficit de actividades recreativas
- 6.5.3 Déficit de autocuidado:
vestido/acicalamiento

PATRÓN 7

- 7.1.2 Trastorno de la autoestima
- 7.3.1 Desesperanza
- 7.3.2 Impotencia

PATRÓN 8

- 8.3 Alteración en los procesos del pensamiento

PATRÓN 9

- 9.2.1.1 Duelo disfuncional
- 9.3.1. Ansiedad
- 9.3.2 Temor

⁵ Luis Rodrigo, M.T. *Los diagnósticos Enfermeros*. Ed. Masson. Barcelona; 2001



ABORDAJE DE ENFERMERIA

Se plantea, dada la edad y consolidación de la patología, un tratamiento de larga duración y con escasas expectativas a corto plazo. En julio del año 1999 se le pide que acuda al C.S.M. dos veces por semana, siempre viene acompañada y en taxi, con la ayuda de tratamiento farmacológico.

Dentro de la primera fase se intercalan las conductas de afrontamiento con contenidos psicoeducativos que permiten la comprensión su patología. Durante la primera semana, el primer objetivo terapéutico se basa en establecer un vínculo de confianza entre terapeuta y paciente. Se valora necesario proseguir la siguiente fase, a la semana de la sesión inicial, de iniciar la fase de afrontamiento saliendo del despacho, con el consiguiente acompañamiento realizado por la profesional ante el estímulo fóbico. Esta fase se llevará a cabo mediante un afrontamiento progresivo el cual comienza en las intermediaciones del C.S.M. y gradualmente alejarse del mismo unos metros.

En septiembre, tras un mes de interrupción por vacaciones, se reanuda el afrontamiento en espacios abiertos y trabajando la relación interpersonal de confianza incondicional por parte de la terapeuta. Una vez conseguido dicho objetivo, se procede a avanzar a la siguiente fase de la intervención, focalizada en la mejora de su autoestima. Se inicia el proceso de autocuidado personal a fin de mejorar su imagen corporal, actuando esto último como refuerzo positivo perceptible de sus esfuerzos. Se valora la conveniencia, inicialmente, de la implicación por parte de la profesional como parte activa del afrontamiento sin que esto altere la capacidad de respuesta de la paciente; es ella la que compra los cosméticos, va a ver tiendas, escaparates y se le anima a que adquiera un chaquetón, que verbalizaba necesitar. La metodología de afrontamiento establece que la profesional espere fuera de los establecimientos, mien-

tras se realiza la interacción con el estímulo fóbico.

El primer día de habituación a un establecimiento ajeno a su entorno cotidiano, padece un ataque de pánico. La empatía y percepción de apoyo permitió que no abandonara dicho lugar de forma inmediata. Aunque no completó el afrontamiento con éxito esto permitió la interiorización de que la evitación no es una respuesta adecuada de superación de los miedos. En la siguiente etapa del tratamiento se sigue trabajando a este nivel junto con la identificación de otras situaciones vitales en las cuales el afrontamiento no ha sido el correcto. En ese momento manifiesta sentir un gran sufrimiento con respecto al fallecimiento de uno de sus hijos; "No soporté estar en todo el acto religioso del funeral... no me despedí de él... no he sido capaz de ir al cementerio una sola vez, en los quince años.... siento una gran necesidad de llevarle flores en el lugar donde fue el accidente...siempre he pensando que lo tengo que hacer, pero ¿cómo, cuándo?...". La terapia se centra en estos aspectos, muy relevantes para la paciente, por sus sentimientos de culpa y responsabilidad que debe superar. Las sesiones se configuran en dos citas semanales.

La primera decisión significativa tomada por iniciativa propia, como impulso de deseo de superación, se concretó en llevar un hermoso ramo de flores al lugar del accidente, condicionado por la percepción de preparación de la misma paciente. La mejora percibida días después de su cumpleaños, generó expectativas positivas de cambio en su vida y motivó su capacidad de esfuerzo.

Con todo ello, concluyó satisfactoriamente la primera parte fundamental del tratamiento, asimilando la necesidad del afrontamiento directo como herramienta única de mejora, independientemente del momento en el cual sucediera la situación generadora de estímulos fóbicos. En este punto se configura como próximo objetivo a alcanzar la visita al cementerio.



En enero del año 2000 es capaz de acudir acompañada a la peluquería, visita el domicilio de su hija y sale con su esposo a tomar un aperitivo. Es consciente de los cambios producidos en su vida, lo que da lugar a una etapa de consolidación de los avances realizados y su consiguiente disfrute como refuerzo positivo.

Durante las siguientes sesiones se realizan aproximaciones progresivas al objetivo fijado, el cementerio. Se llega en varias ocasiones hasta la entrada del mismo aunque no se accede al interior. La profesional demora dicha visita durante cuatro sesiones con la finalidad de elevar sus deseos de completar el objetivo planteado y con ello superar sus sentimientos de culpa.

A los nueve meses de tratamiento, el nueve de marzo, se decide que es el momento adecuado para resolver el duelo de su hijo fallecido hace años. Acude al cementerio con acompañamiento profesional, lleva consigo flores. Consigue manifestar su malestar y finalmente elabora la despedida. Su vida mejoró significativamente.

ALTA DE ENFERMERIA.— Junio 2.000.

La paciente prosigue en seguimiento farmacológico por parte de su médico psiquiatra, en consultas mensuales, como se venía haciendo anteriormente. En mayo del 2.001 fallece súbitamente un hijo de infarto agudo de miocardio, tras lo cual la paciente no desarrolló un duelo patológico ni precisó atención específica de desensibilización fóbica. Posteriormente se ha establecido comunicación puntualmente sin contenido terapéutico.

CONCLUSIONES

Es habitual que otros profesionales dedicados en principio a la atención de los trastornos de ansiedad se encuentren desbordados por la demanda asistencial y no puedan dedicar el tiempo necesario a estos casos. Por este motivo, la figura del profesional de enfermería psiquiátrica adquiere gran relevancia a la hora de aplicar sus conocimientos y disponibilidad, ampliando sus funciones descritas en su carta de

servicios. No se trata de una apropiación de cometidos, sino un planteamiento conjunto de equipo de trabajo interdisciplinar el cual puede completar la cobertura de necesidades clínicas del trastorno y enriquecer al ámbito de actuación realizado hasta ahora, puesto que supone la aportación de conocimientos y herramientas específicas de la especialidad de enfermería.

El trabajo que desempeña la profesional de enfermería psiquiátrica en esta área, tanto en tratamientos individuales como en grupo, se establece como una función significativa dentro del funcionamiento interno de los C.S.M, ya que descongestiona la lista de espera de este trastorno, el cual se constata como una de las demandas en aumento de estos servicios. Agiliza los seguimientos por parte de otras disciplinas y proporciona una mayor calidad de atención para el paciente. Y además la cuantía de casos similares al anteriormente expuesto ha verificado su eficacia.

Estas intervenciones además de posibilitar a los profesionales de enfermería psiquiátrica otras prestaciones como acompañamientos profesionales y/o exposiciones en vivo a situaciones fóbicas, no inherentes a la práctica laboral habitual, lo que da lugar a una oportunidad de enriquecimiento profesional, dicha actuaciones constituyen una fuente de satisfacción, puesto que en algunos casos, la evolución y tratamientos se habían dado a lo largo de varios años no consiguiendo los mismos resultados óptimos.

En conclusión, este tipo de intervenciones puede ser asumido por la enfermería psiquiátrica de forma eficiente. Al mismo tiempo, esta tarea repercute positivamente en la ampliación del ejercicio de la profesión, enriquece el trabajo realizado por el resto del equipo componente del CSM, beneficia en gran medida a la calidad de atención al usuario y agiliza significativamente la recuperación del mismo, hecho valorado enormemente por los pacientes atendidos debido al sufrimiento y al grado de incapacidad que este trastorno conlleva.





BIBLIOGRAFÍA

1. Echeburua, E. *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Psicología Pirámide; 2002.
2. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM-IV TR. Barcelona: Masson; 2002.
3. Clark D, Salkovskis P. Cognitive treatment for panic attacks: therapist's manual. Manuscrito no publicado, 1987, citado en: Botella, C, Ballester R: *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca; 1997. pág. 18.
4. Norton, Cox, Asmundson y Maser, 1995, citado en: Botella, C, Ballester R: *Trastorno de pánico: Evaluación y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca; 1997, pág. 15.
5. Luis Rodrigo MT *Los diagnósticos Enfermeros*. Barcelona: Masson; 2001.

Mi agradecimiento al Dr. Juan Medrano, por su insistencia, apoyo, ayuda y entusiasmo, que ha conseguido transmitirme para que me pusiera a escribir. Sin él este trabajo no lo hubiera realizado.

Muchas gracias.



Tabla 1: Síntomas de los Ataques de Pánico (DSM-IV TR)

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

Tabla 2: DIAGNOSTICOS de ENFERMERIA. North American Nursing Diagnosis Association. (N.A.N.D.A.) (5)

PATRÓN 3

- 3.1.1. Deterioro de interacción social
- 3.1.2. Aislamiento social
- 3.1.3. Riesgo de soledad
- 3.2.1. Alteración en el desempeño del rol

PATRÓN 4

- 4.1.2. Sufrimiento espiritual

PATRÓN 5

- 5.1.1.1. Afrontamiento individual inefectivo

PATRÓN 6

- 6.1.1.1 Deterioro de la movilidad física
- 6.1.1.2.1 Fatiga
- 6.3.1.1 Déficit de actividades recreativas
- 6.5.3 Déficit de autocuidado: vestido/ acicalamiento

PATRÓN 7

- 7.1.2. Trastorno de la autoestima
- 7.3.1. Desesperanza
- 7.3.2. Impotencia

PATRÓN 8

- 8.3. Alteración en los procesos del pensamiento

PATRÓN 9

- 9.2.1.1. Duelo disfuncional
- 9.3.1. Ansiedad
- 9.3.2. Temor

MUJER Y MATERNIDAD: Antiguos tropiezos y nuevos malestares.¹

M. C.. Rogríguez-Rendo

Psicoanalista. Miembro de la Fédération des Aleliers de Psychanalyse (París).

Psicoterapeuta Psicoanalítico Didacta de la FEAP.

Miembro del comité de redacción de Diván El Terrible. Madrid

«Antes de leer en voz alta y delante de muchas criaturas..., lo primero que hay que hacer es pedir ayuda al duende, que es la única manera de que todos se enteren sin ayuda de inteligencia ni aparato crítico...»

Éstas palabras de Lorca me animan a invitaros a compartir unas reflexiones sobre un tema cuyos matices hacen que “con la misma velocidad que la voz” queden “trabados tupidamente” los sentimientos y las ideas dando lugar fácil al malentendido a veces, y al prejuicio otras. Por eso pido “la ayuda cordial del duende”.

Este texto contiene un breve relato clínico, sobre el que no haré ningún comentario psicoanalítico, dejando abierta la posibilidad de comentarlo luego con vosotros. El motivo de incluirlo ha sido aprovecharlo como metáfora sobre las que apoyar algunas reflexiones sobre las dificultades y tropiezos de la mujer en relación con el lugar que ha ocupado dentro del discurso social antes y ahora.

El eje del texto pasa por un intento de recuperar algunos aspectos del discurso de la histeria, intentando apartarlo de la categoría

despreciativa que ha llegado a tener (en frases tales como: “no te pongas histérica”). Recuperarlo como subversivo frente al discurso de un Amo representado en los imperativos socio-culturales; con la intención de preguntarnos hasta que punto lo que en su día fue un giro subversivo, se ha vuelto en contra de la mujer empujándola bajo otros paradigmas a retornar al lugar de ser todo para el otro.

Las mujeres de ayer y de hoy

Hablar de la mujer y de sus tropiezos anima a sumergirse en los ecos y vaivenes que han atravesado en todos los tiempos las vidas de las mujeres. Octavio Paz decía en 1977, refiriéndose a la escritura: “La forma es una máscara que no oculta, sino que revela. Pero lo que revela es una interrogación”. Creo que ésta frase podría ser una buena síntesis del malestar de algunas mujeres de hoy, que impulsadas por su deseo se exigen ser una “mujer 10”.

¹ Este texto fue leído el 5/11/2004 en León, en la Concejalía de la Mujer, en la presentación de Diván El Terrible; y el 12/11/04 en la Asociación de Estudios Psicoanalíticos de Salamanca.



La máscara, como decía O. Paz, no oculta sino que revela una pregunta por el deseo de la mujer como sujeto: por un lado sujetada a los antiguos emblemas culturales y por otro, sujetada a las servidumbres imaginarias en las que se llegan a ver sumergidas por los cambios socio-culturales, donde pareciera que el amo ha cambiado de discurso pero no abandona sus mensajes de seducción en las que se enreda, a veces, con poca resistencia la ingenuidad inteligente de ciertas mujeres.

Tengo la impresión de que la vida hoy es “más-cara” porque las preguntas se han ido ahogando en el temor a perder el tiempo, o en el temor a encontrarse con algo que se cree que no se puede cambiar y así se enmascara el vacío, el agujero, la falta. La actualidad muestra una cierta depreciación del sujeto y por ende del ser, del ser mujer.

Cuando alguna mujer queda atrapada en la imposibilidad de mirar lo que falta como condición de humanidad, algunas, sólo algunas, prefieren rellenar ese agujero que garantiza la misma imperfección que las humaniza. Se mueven sin descanso y ciegamente hacia la conquista de la supuesta perfección del tenerlo todo. Así obturan una trayectoria que les impide disfrutar de esa ausencia capaz de alojar los sueños, y pagan un elevado precio (para suplantar su ser femenino) en nombre de lo bello, lo perfecto, lo más caro, lo mejor, en última instancia lo más.

Señalar a continuación el relato clínico con la intención de ilustrar ésta cuestión.

RELATO CLÍNICO: “Un hijo de mi sangre”

Elvira tiene 45 años. Pide una entrevista y acude a ella 40 minutos más tarde.

Cuando la recibo, le propongo otra cita; ella se molesta y dice en tono airado: “¡que rigidez! Es tarde, pero jamás hubiese imaginado que no me iba a recibir”.

En la 2ª entrevista me dice que ella “está muy bien, que en realidad no tiene ningún problema, que su vida profesional está llena de éxitos, y su relación de pareja es maravillosa”. Tener un hijo en éste momento es lo único importante a lo que aspira y se arrepiente de haber abortado a los 22 años porque ahora quiere quedarse embarazada y no lo consigue.

No entiende por qué, ya que ha consultado a los mejores especialistas, le han asegurado que está estupenda, que representa 10 años menos de los que tiene y no saben dar cuenta de su “supuesta esterilidad”. Su marido también se ha hecho las pruebas y tampoco tiene ningún problema físico. Al cabo de algunas entrevistas le pregunto si ha contemplado la posibilidad de adoptar un niño. Responde indignada: “Soy muy joven para pensar en eso y además quiero un hijo de mi sangre que complete mi bienestar”.

Paralelamente al trabajo analítico pide consulta en “la mejor clínica que se ocupa de la fertilización *in vitro*”. Unos meses después de iniciado el tratamiento llega el día de la laparoscopia. La ingresan y en el momento de entrar en el quirófano tiene una crisis de pánico que obliga al médico a interrumpir todo el proceso. Aunque el discurso de la paciente ponía de manifiesto su intolerancia al dolor físico ella consideraba que no iba a dejar de intentar quedarse embarazada para tener “un hijo de su sangre”.

Un año después su ginecólogo la llama por teléfono para avisarle que acaba de nacer una niña que va a ser entregada en adopción. Ella y su marido aceptan de inmediato. Cumplidos los trámites pertinentes se llevan a la niña y Elvira dice sentirse feliz.

La niña es “hermosa” y la única sombra que entorpece ésta felicidad es el temor de llevarla al parque: “podría venir la madre biológica y robármela”. Un tiempo después la paciente decide que su trabajo conmigo ha concluido. Que no hay razón para continuar ya que había “conseguido lo que quería”.



Pasan cuatro años y vuelve a llamarme, en ésta ocasión para pedirme una entrevista para ella y su marido, según dice “querrían preguntarme algo”. En la entrevista formulan su pregunta: “¿Dígame hace falta que la niña sepa que es adoptada?. Va a cumplir 5 años, nunca hemos tocado el tema y plantear esto ahora nos parece provocarle un conflicto”. Elvira agrega: “nunca nos ha dado problemas, es la mejor de su clase, va a un colegio bilingüe *super bueno*, es carísimo, y tenemos miedo que por decir la verdad todo se estropee, temo que deje de querernos, que quiera buscar a su madre biológica; de todas maneras yo he guardado en una cajita todos los datos de su nacimiento donde figura el nombre de su madre biológica. Hace unos días me dijo: mamá ¿cómo era cuando yo estaba en tu tripita?”. La entrevista termina con una manifiesta frustración expresada por el marido refiriéndose al sin sentido de haber venido a la consulta. Cuando se van, el padre me increpa: “Pero vamos a ver, ¿acaso Ud. tiene hijos?. Supongo que no, ya que no es capaz de responder a nuestra pregunta”. Les indico que deberíamos seguir hablando del tema en otra entrevista. Ambos responden: “no hace falta”.

Al cabo de 2 años me entero a través de la colega que me había derivado a la paciente que habían emigrado a otro país fuera de Europa.

Hasta aquí el relato de lo sucedido.

Continuemos ahora con el deseo de un hijo.

El deseo de un hijo confronta a toda mujer con una puesta a prueba de su narcisismo. Será en la dimensión de la castración donde se vehiculizará la posibilidad de un hijo, ya que para los dos sexos, castración, quiere decir: renuncia, rechazo de un goce para que se abran las puertas de un proyecto con el otro.

En muchas ocasiones lo que se expresa como deseo de hijo oculta el deseo de algo más: eso que aún no se tiene y las otras tienen.

Es decir eso que venga a colmar, a llenar el hueco cuando no es soportable que algo falte.

Se posterga la pregunta por el ser del otro, facilitadora para construir un proyecto. Se desafía al tiempo cuando el cuerpo se anuncia como tiempo pasado. Se sortea la soledad particular para eludir el dolor de admitir que no se puede todo, y se hace gala de un narcisismo que a veces ronda los extremos.

Para Freud el origen de la curiosidad anidaba en ese genital femenino del que le hablaban sus pacientes. Y allí se daban cita para él, el horror, la perplejidad angustiada, un duradero enigma, y fundamentalmente un deseo de saber.

Como dice J.C. Indart: “la vagina no es una enunciación sin enunciado, ni un decir sin dicho. Disfrazarla de Esfinge ya es dar lugar al miedo y a las más sublimes creaciones fetichísticas de mejor o peor gusto”.

Personalmente, no creo en el supuesto del “enigma femenino”, sino en el enigma de un sujeto dividido y por eso enigmático, portador de una cicatriz incurable independientemente de su anatomía.

Un sujeto que se haya eclipsado, a mi modo de ver, por la objetivización del sujeto. Fenómeno desafortunadamente muy extendido, entre humanos y entre los paisajes que los humanos habitamos. Nos va rodeando una “arquitectura extrahumana” y un “ritmo furioso”.

Los tipos de vida en las grandes ciudades no facilitan el encuentro, “hay que quedar” y con la agenda a la vista. Las mismas ciudades eyectan a la gente a las ciudades dormitorio. Y éste movimiento de eyección se filtra en todo el tejido relacional. “Geometría y angustia”, decía Lorca. Esclavitud dolorosa entre el humano y la máquina.

La velocidad contamina las relaciones con los otros y anula la dimensión histórica del



sujeto. La dimensión diacrónica molesta, y la inmediatez por la que suspira el sujeto postmoderno ha llevado a la hiperinflación del *ahora*.

En medio del reino del Dios de lo instantáneo tener tiempo ha pasado a ser un bien escaso.

¿Cómo tener hijos si comprar el tiempo es tan caro? ¿Cómo tener hijos cuando el vínculo con el otro está infectado por la velocidad y la inmediatez?

Un hijo nace y pertenece a una estirpe, luego ¿cómo preservar la filiación, si la perspectiva histórica ha caducado?

Los valores, las ideas, que eran los referentes han cambiado. El peso moral del discurso social forma parte del malestar de la mujer. Además de tener un cuerpo, necesita tiempo, historia, capacidad de espera y ser atea, para que los Dioses del Ahora no la emboten y no entrar en el juego del reproche porque su talla ya no es la 38.

Para Freud estaba claro que eso de ser hombre o ser mujer era un punto de llegada, un universo a conquistar y no solo algo dado por un hecho biológico. Freud se preguntaba durante una sesión de análisis con Marie Bonaparte: ¿Qué quiere la mujer? Reconociendo que no había podido responderse. El inconsciente como “sede de los deseos” acaso ¿tiene sexo? ¿tiene género?. Como dice Mariam Alizade: “La pregunta ¿Qué quiere una mujer? ¿No se habrá ido convirtiéndose en una pregunta-síntoma de Freud y de la cultura?”

Si haber dado a luz, asegura que un cuerpo ha salido de otro cuerpo; la maternidad como hecho psíquico, es un lugar que se construye, y no rápidamente, y no sin tropiezos.

El cuerpo tiene una capacidad de adaptación más rápida que el psiquismo. En 9 meses de embarazo se transforma. Ella pierde la cintura y

con la cintura pierde un lugar psíquico para acceder a otro. En el nuevo lugar será una inmigrante desorientada.

Estará acompañada por el equipaje de su historia familiar pero con pocos referentes.

Antes cuando una mujer tenía un hijo, se podía quedar en su casa cuidando del niño, hoy en muchos casos, tiene que contratar a alguien para que la sustituya.

Es decir el encuentro con el hijo, con un otro no está favorecido.

Por eso celebro que sigan existiendo hombres y mujeres dispuestos a luchar porque se produzca el encuentro, no el encontronazo.

Estar juntos frente a un real que separa, distancia, extravía y aísla. Cuando se observa el mecanismo de la sociedad global la singularidad del sujeto pierde los bordes, y los perfiles se borran.

Hoy el estar ha sido privilegiado, de igual manera que lo ha sido el cuerpo, la juventud, el prestigio social, el dinero etc... bajo un imperativo social que impone el goce de los que mandan: los medios, la publicidad, en última instancia la ética narcisista que desasiste al sujeto, que lo aleja de los otros mientras los que mandan reponen a la necesidad de mostrar las supuestas coordenadas del estado bienestar: sostener una imagen que es “la que está bien vista” y que es la que vende en muchos ámbitos de la vida.

El ser ha caído en desuso dando paso al prestigio de la lógica del tener. Sin embargo el problema pareciera estar en que los humanos se relacionan a pesar de sí mismos. El saludo entre dos vecinos, “hola”, o “¿cómo está?”, denuncian que se ha producido un encuentro. Es decir los humanos establecemos vínculos porque hablamos, establecemos lazos.



Desde el principio los humanos hemos creado un lazo con el otro, para ser, para producir, para crear y lo que nos cuenta la historia es que ese lazo social fundamental, formado por al menos dos, consistía en que uno mandaba y otro obedecía, al mismo tiempo que se clamaban al cielo por la existencia de un tercero que pusiera algo de orden a tanto impulso incontrolable.

El tercero ignorado pero existente de otros tiempos ahora también se postula en decadencia.

La función paterna se asoma desfalleciente en las problemáticas de niños y adolescentes que llegan a nuestras consultas. Si antes los campos del saber se postulaban en la tendencia a “matar al padre” por la sobreabundancia de patriarcado, hoy se preguntan ¿dónde hay un padre? Y si es difícil encontrarlo no puede ser fácil tener hijos.

Que esto no sea agradable no cambia las cosas.

Los que piensan se inquietan, se angustian, y varios, entran en conflicto consigo mismos. Hay otros que no piensan, obturan sus preguntas, temen que algo se mueva del sitio en que fue colocado en nombre de lo fácil o de lo cómodo. El resultado: obedecer.

Si toca mandar, mandan; si toca obedecer, obedecen.

Entonces hay un lazo social instituido que más que un lazo es un problema, lo que los psicoanalistas llamamos síntoma. El lazo, problemático por excelencia del que no voy a hablar pero por el que debo pasar es: ¿cómo se relacionan las mujeres con los hombres?

En algunos casos la pasividad o la complicidad hace que se confundan en una relación imaginaria con el otro, donde la mujer se transforma en el peor enemigo de sí misma.

Durante siglos, en el sistema patriarcal, ha resultado normal que los hombres preguntaran a las mujeres: ¿Qué tenemos para comer? Y a partir de la satisfacción del estómago, tanto el resto del cuerpo de los otros familiares, como el ocuparse de todo lo esté ligado al hogar ha caído del lado de la tarea de las mujeres. Y ha sido normal, que la mujer, respondiera, preparase la comida y la sirviera. Si se preguntaba a una mujer: ¿profesión?, ella respondía en muchos casos, “mis labores”; y ¿cuáles eran sus labores?, servir, callar, sucumbir al deseo de ser todo y lo único para el otro.

No habían sucumbido al victimismo, sino al secreto encanto de vivir para agradar al otro. Tal vez habían caído en la niebla espesa de comprender lo que no debían, para completarse con quien no era, guiadas por aquella voluntad de gloria, heroica y silenciosa. “No te señales, hija” decían las abuelas.

El supuesto misterio de la mujer se ha ido balanceado entre lo sagrado y lo idealizado de un lado y la omnipotencia o la estupidez del otro. La madre fue divinizada, la posición sacrificial se entronizó y el misterioso universo de la mujer devino un inquietante espacio bizarro donde se fueron alojando las especulaciones más oscurantistas.

En otras palabras, la relación habida con la madre, en algunos casos, fue trasladada a la relación con la pareja colocando al compañero en el lugar del hijo; en otros, se ha esperado que el hombre responda a una demanda a la madre y de ahí en parte, la disparidad que habita las parejas, y de ahí también la dificultad de algunas mujeres para quedarse embarazadas.

Como decía Maud Mannoni para que exista un hijo tendría que pre-existirle un lugar en el psiquismo parental.

Las cosas empezaron a girar en el escenario donde se dilucidan las cuestiones importantes: en la cama. A partir de ahí asistimos a la



primera rebelión exitosa contra un amo: la rebelión sexual. A partir de ahí, lo que llamaron el síntoma histérico, triunfa y bienvenido fue. Cuando él la reclamaba, ella empezaba a decir: “no sé”, “estoy cansada”, me duele la cabeza etc...

Era verdad le dolía la cabeza, como no iba a dolerle si no sabía cuál era su lugar, ni cómo posicionarse. Más tarde, la histeria que en un principio era patrimonio de las mujeres ya que era menester poseer un útero para padecerla, deviene sufrimiento independiente del género. Podríamos pensar que la histeria, fue en su día una buena estrategia para cambiar de lugar, pero como toda máscara oculta más al propio sujeto para sí, que lo que esconde a la mirada de los otros. Algunas veces la máscara se ha ido transformado en el maquillaje engañoso de un ser que se arriesga a una nueva esclavitud.

Es decir el giro que hizo posible salir de una posición devino para algunas mujeres, en una encerrona. En el intento, la mujer sale a la calle, exige derechos pero desatiende su deseo. La consecuencia, siempre la misma. Tejer la propia trampa.

Las diferentes modalidades identificatorias que el discurso social ha ido ofertando señala nuevos lugares donde alojar el exceso (goce) pero sin tratarlo. Ese exceso que no se nombra pero que obliga a ciertas mujeres a sostenerse en la mentira de un enigma.

No solamente los tiempos han cambiado sino que el tiempo ha cambiado y en consecuencia la relación subjetiva con el tiempo. La velocidad, además de formar parte de un problema de la economía se ha convertido en una amenaza tiránica para la vida misma. La velocidad es un medio para llegar a alguna parte y una de las quejas más oídas de las mujeres hoy es: “no llego a todo”. Si a la velocidad, le sumamos los lugares de poder, inseparables de la riqueza, ya tenemos “el triángulo de las Bermudas”.

Velocidad, poder y riqueza forman el escenario postmoderno donde perecen ciertos sueños y muchos buenos propósitos se ahogan.

La lucha por el reconocimiento, la demanda de ser igual que el hombre ha colocado a algunas mujeres en éste laberinto actual, lo que Virilio llama “una sociedad de carreras”. Ahora ellas también corren y mientras corren se agotan, les duele el cuerpo, prodigioso vehículo de la queja. Algunas tienen éxito profesional,... pero no tienen tiempo para tener un amor, ó un hijo, ó no saben como armonizar la vida familiar y la dedicación a los hijos con la vida laboral. Otras no saben cómo seguir siendo jóvenes y bellas después de los 40. Los tratamientos de estética, la fecundación in vitro, se han transformado en ocasiones, en una lucha impertinente para ocultar que el tiempo pasa, que existe el límite.

La promesa totalizante parece haber atrapado a la mujer como objeto porque ella, a pesar de sí misma, se desliza a ese lugar de ser todo, ¿para quién?, para la madre.

Y aquella antigua envidia al pene apuntada por Freud, es decir aquella envidia, ha hecho las veces de muralla defensiva creando conflicto y rechazo en el esperado encuentro de la mujer con lo femenino. Si nada falta donde nada hubo, la falta indispensable para procrear debe ser metáfora de una completud a la que habrá que renunciar.

Cuando la aspiración de ser igual que el hombre, virtualmente se coagula, ellas tienen, aún, menos tiempo. Antes se sentían atrapadas en la casa, ahora “el afuera” las llama, las seduce y a velocidad de vértigo. La trampa adquiere una nueva forma.

El reloj biológico marca un límite. Los hombres pueden tener hijos en edades avanzadas. La interrogación: ¿se han instalado algunas mujeres en ser objetos de ellas mismas?



Decía Lacan que las verdades “hay que rodearlas”, yo diría incluso, hacer un quiebro, con tal de aproximarnos a ellas, habiendo admitido que esa es nuestra máxima ambición. Y hay que rodearlas porque las verdades no son enteras, porque no hay nada entero, ni completo, ni perfecto.

No hay enigma, hay diferencia.

El otro existe, no es reemplazable, ni sustituible. Y la diferencia está contenida en la relación con el otro, como vocación de la especie. “Si la relación suprime la diferencia, ya no se trata más de una relación real”. Badiou. Por eso insisto: no hay enigma hay diferencia.

El supuesto enigma femenino ha estado al servicio de la sustitución fálica como forma de evitar la confrontación con la castración. Podemos pensar que esto ha contado con el auxilio por parte del discurso social: de la velocidad, el poder y la riqueza que se han instalado con prontitud en el viejo antagonismo entre cultu-

ra y vida pulsional. “En términos universales, nuestra cultura se edifica sobre la sofocación de las pulsiones”. decía Freud en 1908. Ahora no todas las pulsiones se dejan sofocar y el goce propone a cada individuo que ceda un fragmento de su patrimonio subjetivo.

Es decir, los niños no vienen de Dios, ni los trae la cigüeña, no hay continente negro y si lo hay está en África, pero no en la interioridad de la mujer. En el cuerpo de la mujer se presentan la vida y la muerte, la vulnerabilidad y el peligro. Es carne abierta de un cuerpo de hembra, que en el mismo instante del parto se trastoca en una angustia sin nombre, en una verdad sabida a medias sobre lo humano, lo perecedero y lo transitorio.

Dar vida es precipitarse en un acontecimiento en el que la especie se perpetúa, es evocar la infancia y tocar las raíces de la finitud. Dar vida es como haber rozado las aristas la muerte.



BIBLIOGRAFÍA

- Badiou, A.: “Presentación de El ser y el acontecimiento”, y “El amor como escena de la diferencia” en la revista *Acontecimiento*, ediciones la Escuela Porteña. Número especial 19/20, Buenos Aires, 2002.
- Freud, S.: *La moral sexual —cultural— y la nerviosidad moderna.* (1908)
El malestar en la cultura. (1929/30). Amorrortu editores. Obras Completas.
- Dor, J.: *Estructuras clínicas y psicoanálisis.* Amorrortu editores. 2000
- Indart, J.C.: *Acerca del goce de los que mandan.* Editado por la Biblioteca del TALLER. Madrid, 2004.
- Indart, J.C. y Alizade, M.: Artículos pertenecientes a la revista *Imago Agenda* n° 81, Buenos Aires. Julio, 2004. Letra Viva, librería editorial.
- García Lorca, F.: *Conferencias (sobre Un poeta en Nueva York).* Volumen de Prosa, Obras completas. Vegap, Barcelona, 1997.
- Virlio, P.: *El ciber mundo, la política de lo peor.* Editorial CATEDRA, colección Teorema, 1999.



HISTORIAS QUE CUENTAN: EL CAOS EN LA NARRATIVA DEL PACIENTE CRÓNICO

Clara Valverde

Profesora de enfermería.

Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona.

(ad. Universidad de Barcelona)

*Si la voz se siente bienvenida,
hablará de lo innombrable,
sabrà lo que no se puede saber.
K. Weingarten*

1. El caos como producto de la intensidad

Aunque se tenga una imagen del enfermo crónico como estable y sin grandes cambios, en realidad su vida está repleta de momentos intensos que sacuden la larga enfermedad. Los empeoramientos, el dolor y otros síntomas físicos, la dependencia, la soledad, el duelo de lo perdido, las dificultades económicas, los fracasos de los tratamientos y el miedo al futuro son sólo algunos de los eventos que causan, en el paciente crónico, una gran intensidad emocional.

Es en esos momentos en los que el paciente siente una especial necesidad de comunicarse, de hablar de su gran malestar, pero no puede hacerlo de una manera tranquila y ordenada como desearían los profesionales sanitarios que le atienden o los familiares y amigos que lo rodean (Frank, 1995). El entorno del paciente quisiera oír al paciente crónico hablar de su enfermedad como algo pasajero o como algo con lo que ha aprendido a convivir. Pero los frecuentes momentos intensos producen, en el paciente, un discurso caótico, en fragmentos y sin secuencia, producto del desbordamiento emocional.

2. La importancia narrativa del paciente

No sólo los momentos de intensidad sino toda la experiencia de la enfermedad necesita ser contada por el paciente, a su manera, y ser escuchada por otros con empatía. El contar su historia, una y otra vez, es necesario para que el paciente pueda ir deshaciendo ese ovillo que es su experiencia y poder ir adaptándose a la persona que es ahora, diferente de la que era antes del diagnóstico o al principio de su enfermedad (Adler, 1997; Borkan, Quirk & Sullivan, 1991; Brody, 1994).

Contar es salir de uno mismo y ser testigo de su propia experiencia. Desde esa distancia el paciente puede empezar a encontrar un nuevo sentido e imaginar nuevas posibilidades en su vida. (Diekelmann, 2001).

La narrativa del paciente crónico tiene la fuerza para ayudarlo a desahogarse y empezar a crear una nueva historia. También, para otros pacientes, el oír al otro en una situación similar puede generar reconocimiento y nuevas ideas para su propia trayectoria.



Para el entorno del paciente, los familiares, amigos y compañeros de trabajo que no viven con una enfermedad crónica, la narrativa del que está enfermo, si es escuchada sin censura, lleva a una mejor comprensión del que sufre y, también, de la dualidad que hay en todo ser humano (fuerza/fragilidad, poder/no poder, ilusión/desesperación) y de la cual se tiende a negar la mitad más vulnerable.

Los profesionales sanitarios también pueden beneficiarse de la narrativa del paciente, ya que les da información sobre la complejidad y la individualidad del paciente a quien están tratando. Lo que dice y cómo lo dice contiene el marco en el cual el profesional puede desarrollar los tratamientos y cuidados que van a ser más relevantes para este paciente (Greenhalgh, 1998). También el oír el sufrimiento del paciente puede ayudar al profesional a ser más humano y más auténtico (Frank, 1995).

3. Cómo lo dice

Pero la narrativa del paciente no puede ser la que los otros quisieran que sea. La historia con final feliz (curación o esperanza y convivencia pacífica con la enfermedad), que desea oír el entorno del enfermo y los profesionales sanitarios que le atienden, no es posible en los momentos difíciles del largo camino de la enfermedad crónica.

El problema es que cuando la narrativa del paciente crónico refleja un momento de crisis y es, inevitablemente caótica, se crea un gran malestar. El paciente se siente incómodo con la supuesta incoherencia de su discurso y teme ser tachado de “difícil” y “mal paciente”, de no ser tomado en serio, de ser abandonado por su entorno y de no ser atendido correctamente por los profesionales.

El entorno y los profesionales sociosanitarios se sienten incómodos e inútiles cuando oyen, en la narrativa de caos del paciente, el mensaje de que la vida no mejora y de que a lo

mejor no vale la pena ser vivida. El escuchar la historia de una realidad cargada de sufrimiento recuerda a los que están sanos de que cualquiera, incluido ellos mismos, puede caer en ese caos, ya que nadie tiene garantizada una vida sin enfermedad o discapacidad. La narrativa de caos del paciente crónico en crisis es el lamento escondido, subterráneo y hasta obscuro del sufrimiento de todo ser humano. Su narrativa molesta y estremece por su verdad universal.

4. Los modelos actuales

Desde finales de los años 80, y sobre todo en los 90, en los Estados Unidos y Canadá, se han concretizado y puesto en marcha importantes modelos para trabajar con enfermos crónicos como el Chronic Care Model (CCM) y el Improving Chronic Illness Care (ICIC), que proponen, entre otras cosas, cambios en la organización y la relación entre el sistema sanitario, la comunidad, el equipo sanitario y el paciente “informado y activado” (Van Korff et al, 1997).

Dentro de esos modelos, los métodos de comunicación médico-paciente que se recomiendan son los que están centrados en el paciente, como el Bayer Institute for Health Care Communication E4 Model, el Three Function Model/Brown Interview Checklist, el Calgary-Cambridge Observation Guide, el Patient-centered Clinical Method y el SEGUE Framework for Teaching and Assessing Communication Skills (Kalamazoo Consensus Statement, 1999).

Sin duda estos modelos de organización de cuidados crónicos y de comunicación médico-paciente son un gran avance (modelos que, por cierto, no se están implantando en el Estado Español, aunque sí son conocidos por algunos de los expertos en salud comunitaria). Pero estos modelos están basados en conceptos lineales tales como “basado en la evidencia” y “lógica emocional” (Rubiera y Riera, 2004) y en ecos de los modelos paternalistas en los cuales

se habla de “un paciente activado e informado” (Clèries, 2003), que no abren espacio para lo que no tiene lógica, para la narrativa, a veces, misteriosa del paciente crónico en la cual surgen conflictos emocionales y sombras de su subconsciente.

El médico, enfocado en conceptos “basados en la evidencia”, no encuentra “lógica emocional” en una narrativa llena de caos y se ve tentado a volver a intervenciones paternalistas tales como decir: “tranquílcese primero”, que censuran y que anulan la riqueza de lo que expresa el paciente.

La complejidad del ser humano y de su sufrimiento no están “basados en la evidencia”.

El otro concepto propuesto por el CCM, el de un paciente crónico “informado y activado”, presenta importantes interrogantes. Aunque esta nueva visión del paciente es un salto cualitativo sobre el de un paciente sumiso y que no cuestionaba las órdenes del médico, nos preguntamos: ¿qué se considera como información? La cruda vivencia del paciente, con sus síntomas incatalogables y extremos emocionales, ¿es también “información”? ¿quién decide qué es información?

No dudamos que el paciente tiene derecho a tener toda la información sobre su enfermedad, los posibles tratamientos y el pronóstico, pero la información es también, y a veces sobre todo, la realidad que el paciente no osa verbalizar, o si la verbaliza no es siempre acogida por el profesional.

De la misma manera, el concepto de un paciente “activado” abre otra importante discusión sobre lo que quiere decir esa palabra, quién lo decide y qué ocurre con los pacientes que no quieren o pueden encajar en esta imagen. En el Estado Español aún no se ha implantado el concepto del paciente “informado y activado”, pero en Norteamérica, donde desde hace años se promueve esta visión del usuario, muchos pacientes se sienten culpabilizados por

no poder actuar en tal rol. El paciente crónico, en sus momentos de caos narrativo, nota que no está siendo el paciente “informado y activado” exigido por los nuevos modelos.

5. Ser testigo del caos

El profesional sanitario tiene una gran oportunidad de ser más eficaz, útil y humano cuando escucha atentamente la narrativa llena de caos del paciente (Charon, 2001). Pero desgraciadamente, cuando el paciente cuenta su situación de una forma intensa e incoherente, el profesional tiende a no escuchar y a dar al paciente el mensaje de que hasta que no se “tranquilece” no será escuchado. El profesional, por su falta de formación sobre temas psicoemocionales y la ausencia de elaboración de su propia trayectoria, quiere oír una narrativa lineal llena de esperanza y coherencia. Este deseo del profesional es proyectado sobre el paciente, que ya se siente incómodo por el caos que oye en su propio discurso. El resultado es que el paciente tiende a censurarse y a no compartir su verdad con el profesional, con el desafortunado resultado de que los objetivos y los tratamientos que le propone el profesional no son, a menudo, los más adecuados para la realidad del paciente.

El profesional puede intentar dejar a un lado su propio malestar y ver al paciente como un narrador, un contador y hasta, posiblemente, un escritor (Hawkins, 1999), cuyas historias pueden ayudar al profesional a aceptar el caos para mejor acompañar en el sufrimiento. Al escuchar al paciente con empatía e interés, éste compartirá su realidad en toda su complejidad y podrá oír su propia verdad verbal y no-verbal para poder, poco a poco, desconstruir su viejo ser y construir una nueva realidad con su enfermedad.

De la misma manera, el profesional, cuando es testigo del caos en la narrativa del paciente, está ante el material más útil para poder llevar a cabo una atención y un acompañamiento eficaz y humano.



BIBLIOGRAFÍA

- Adler, H.A. (1997). “The history of the present illness as treatment: Who’s listening and why does it matter?”. *Journal of the American Board of Family Practice*, 10, 28–35.
- Borkan, J.M., Quirk, M. y Sullivan, M. (1991). “Finding meaning after the fall: Injury narratives from elderly hip fracture patients”. *Social Science and Medicine*, 33, 947–57.
- Brody, H. (1994). “My story is broken; can you help me fix it?” Medical ethics and the joint construction of narrative. *Literature and Medicine*, 13 (1), 79–92.
- Charon, R. (2001, October 17), “The patient–physician relationship: Narrative Medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust”. *JAMA* 286 (15) 1867–1902.
- Clèries Costa, X., F.Borrell, R.M.Epstein, E.Kronfly, J.J.Escoda y J.M. Martínez–Carretero, “Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la profesión médica”, *Atención Primaria* 2003; 32 (2): 110–7.
- Diekelmann, N. (2001). “Narrative Pedagogy: Heideggerian hermenautical analysis of lived experiences of students, teachers and clinicians”. *Advances in Nursing Science*, 23, 53–71.
- Frank, A.W. (1995). *The wounded storyteller: Body, illness and ethics*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Greenhalgh, T. y Hurwitz B. (Eds) (1998). *Narrative Based Medicine*. London: BMJ Books.
- Participants in the Bayer–Fetzer Conference on Physician–Patient Communication in Medical Education, “Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement”, *Academic Medicine*, Vol.76, no.4, abril 2001.
- Rubiera López, G. y J.R.Riera Velasco, “Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas. Aplicación del Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas”, *Atención Primaria* 2004; 34 (4): 206–9.
- Von Korff, M., Gruman J., Schaefer J., Curry S.J., Wagner E.H., “Collaborative management of chronic illness”, *Annals of International Medicine*, 1997; 127:1097–102.



Visado para “Antipsicóticos atípicos”

Juan Medrano

Médico Psiquiatra.

Servicios de Salud Mental de Álava.

En marzo de 2004 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios hizo pública una nota, titulada “Nuevos datos de seguridad sobre los antipsicóticos Olanzapina y Risperidona en el tratamiento de pacientes ancianos con Psicosis o Trastornos de Conducta asociados a Demencia” (1), en la que se daba a conocer un aumento de las incidencias cerebrovasculares en los ensayos clínicos realizados con ambos productos en esa indicación. Así mismo, se recordaba que en España está autorizado el uso de la risperidona en dicha indicación, pero no así el de olanzapina.

Dos meses después, la misma agencia daba a conocer otra nota —“Risperidona: riesgo de episodios isquémicos cerebrales en pacientes con demencia, restricción de las condiciones de uso” (2)— en la que se informaba sobre el Riesgo cerebrovascular del producto y se señalaba que el uso de la risperidona en la demencia queda restringida al “tratamiento sintomático de cuadros de agresividad graves o síntomas psicóticos severos que no respondan a medidas no farmacológicas, en los que se han descartado otras etiologías”. Una vez establecido, el tratamiento debería ser lo más breve posible, siendo “imprescindible valorar en cada visita la necesidad de continuar el tratamiento con risperidona” y “vigilar aún más estrechamente a los pacientes con antecedentes de episodios isquémicos cerebrales”.

Estos hallazgos no eran en absoluto novedosos. Ya en 2002, Janssen comunicó que según 4 ensayos clínicos con risperidona en pacientes con demencia Alzheimer o vascular se había apreciado un aumento del riesgo de eventos cerebrovasculares en los pacientes tratados (4% frente a 2% con placebo) (3). El efecto de esta comunicación es que se incluyó en la ficha técnica del producto un warning (o notificación especial sobre un efecto secundario) en marzo de 2003 en el que junto con la notificación del nuevo efecto secundario se recordaba que el producto no había demostrado su eficacia ni su seguridad en el tratamiento de la psicosis asociada a la demencia. Ni la agencia europea (EMA) ni la española se hicieron eco en su momento de este hallazgo y de esta advertencia, especialmente pertinente al tratarse de un producto autorizado en España para esa indicación, y ha habido que esperar a que se emitiera la nota sobre olanzapina (marzo de 2004) y la posterior específicamente referida a risperidona para que los prescriptores españoles hayan tenido una noticia directa del asunto. La nota de la Agencia Española, de mayo de 2004, alude a 6 ensayos clínicos, con un riesgo del 3.3% en los pacientes tratados con risperidona frente al 1.2% de los que recibieron placebo. Esta diferencia se describe en términos relativos, al señalarse que la risperidona triplica el riesgo.



En el caso de la olanzapina Lilly comunicó el riesgo de problemas cerebrovasculares a partir de los resultados de cinco ensayos clínicos (sólo dos de ellos publicados) en los que se apreció un aumento del riesgo de problemas cerebrovasculares que puede presentarse de dos maneras: en términos absolutos, el aumento del riesgo es del 0.9%, pero en términos relativos, supone triplicar el riesgo asociado al placebo (hubo un 1,3% de pacientes que tomaron olanzapina con problemas cardiovasculares, frente al 0.4% de los que los sufrieron tomando placebo) (4). La Agencia Española del Medicamento optó también aquí por la fórmula relativa, frente a la EMEA, que recogió el aumento absoluto del riesgo.

Debe hacerse notar que de la misma manera que la risperidona está autorizada en España "en el tratamiento de pacientes con demencia con marcados síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones) o alteraciones conductuales tales como agresión (arrebatos verbales y violencia física) o trastornos de la actividad (agitación y deambulación)", en los EEUU no cuenta con esta autorización (5). Esta diferencia sugiere que las apreciaciones de las distintas agencias nacionales no pueden tener como base criterios científicos "universales", ya que de tenerlas no sería lógico que un producto sea utilizable a un lado del Atlántico y no lo sea al otro. Por otra parte, aunque vivimos en una época de absoluta sumisión a las modas y hábitos norteamericanos en Psiquiatría y Psicofarmacología tampoco se debe olvidar que según los criterios europeos los EEUU han sido tal vez demasiado condescendientes con determinados productos, como la nefazodona.

Por otra parte, surge la duda de si el riesgo de la olanzapina y la risperidona para las personas con demencia se extiende a todos los ancianos. Un artículo publicado poco después de las notas a que hacemos referencia no apreció un riesgo mayor de problemas cerebrovasculares con estos dos productos en personas mayores de 65 años en relación con el riesgo

observado con los antipsicóticos tradicionales (6). Sin embargo, puesto que el estudio no distinguía los diferentes usos de los antipsicóticos, no se contradice la existencia de un riesgo especial en pacientes con demencia.

Transcurridos unos meses, en setiembre, el Ministerio de Sanidad emitió una nota de prensa (7) en la que daba a conocer el establecimiento de visado previo a la dispensación de antipsicóticos atípicos para "asegurar la correcta prescripción médica". Según la nota que presentaba la medida, la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial instó al Ministerio de Sanidad y Consumo a adoptar el establecimiento, con carácter general, del visado de inspección previo a la dispensación de antipsicóticos atípicos, "en beneficio de los pacientes". Según recordaba la nota, el grupo de los atípicos se compone de fármacos tan dispares como el amisulpride, la clozapina, la olanzapina, la quetiapina, la risperidona y la ziprasidona (desde entonces hay que añadir al aripiprazol, último fármaco del grupo) y su indicación principal es el tratamiento de la esquizofrenia, aunque algunos de ellos han sido también autorizados para el tratamiento o prevención de episodios maníacos asociados al trastorno bipolar (risperidona, olanzapina, quetiapina). La risperidona, según repetía la nota, "está además indicada en pacientes con demencia, para el tratamiento sintomático de cuadros severos que no respondan a medidas no farmacológicas y descartadas otras etiologías".

El motivo del visado, explicaba la nueva nota, era que tras las notas alertando sobre los riesgos cerebrovasculares de la risperidona y la olanzapina cuando se utilizan en pacientes con demencia, se había constatado que seguía existiendo un amplio empleo de estos productos en indicaciones no autorizadas (hasta el 40% de las prescripciones, en especial entre mayores de 65 años, según se detallaba). Por este motivo se optaba por el visado como un medio para "garantizar que estos medicamentos se administran siguiendo las prescripciones precisas,



ya que su dispensación a determinados pacientes para los que no están indicados podría ocasionarles problemas cerebrovasculares”.

En el plazo de días o semanas respondieron a la nota organizaciones profesionales (inicialmente la AEN, posteriormente y de forma conjunta, la SEP y la SEPB, por medio de una carta a la Ministra de Sanidad y Consumo) y la Confederación de Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), además de la industria farmacéutica. En todos los casos se destacaban los inconvenientes que tienen para los pacientes los trámites burocráticos que impondrá el visado. La carta conjunta de la SEP y la SEPB planteaba otros argumentos, como la utilidad clínica de estos productos en indicaciones no autorizadas y en cierto modo “huérfanos”, como ciertos trastornos de personalidad. También se aludía a los factores económicos que podrían esconderse tras la decisión.

Finalmente, el 4 de enero (8) el Ministerio optó por limitar el visado a las prescripciones para mayores de 75 años, para las que es obligatorio desde el pasado 1 de febrero. La finalidad de la medida, según la nota que la dio a conocer, es “garantizar y asegurar la salud de los pacientes mayores de 75 años e impedir que los trámites burocráticos interfirieran en el acceso a estos fármacos por parte del resto de pacientes, de forma que se garantice el cumplimiento terapéutico en el colectivo de enfermos mentales en los que no se han detectado problemas de seguridad en relación con los medicamentos antipsicóticos atípicos”. El nuevo diseño del visado se debe, según la nota, a que se ha tomado en consideración las alegaciones presentadas no sólo por la industria, sino por sociedades científicas y asociaciones de pacientes, admitidas de forma excepcional por la Dirección General de Farmacia, que habitualmente atiende sólo las alegaciones de las empresas farmacéuticas.

De esta manera, sólo se podrán prescribir atípicos a mayores de 75 años en las indicaciones autorizadas (esquizofrenia para todos ellos, trastorno bipolar para risperidona, olanzapina, quetiapina y psicosis y trastornos de conducta asociados a demencia para la risperidona). Se ha establecido una sistemática de comprobación que incluye un Informe inicial con el diagnóstico, que deberá corresponderse con una de las indicaciones autorizadas para cada producto y la obligatoriedad de consignar el año de nacimiento del paciente en todas las prescripciones de estos fármacos. En caso de que no se haya registrado el farmacéutico pedirá DNI de quien retira el medicamento e instará al paciente a que en futuras ocasiones reclame al prescriptor que lo consigne.

Es cierto que los nuevos antipsicóticos se emplean con frecuencia en indicaciones no autorizadas, un fenómeno habitual con todos los psicofármacos. Se trata de una práctica, ya sea espontánea, ya estimulada por los fabricantes, que en algunas ocasiones favorece a medio o largo plazo el desarrollo de ensayos clínicos que pueden cristalizar en la autorización de una nueva indicación. En no pocas ocasiones surge la duda de si el empleo no autorizado de estos medicamentos aporta realmente algo a los pacientes, aunque hay que reconocer que esta incertidumbre sacude también al prescriptor al usar los medicamentos en indicaciones autorizadas. El posible perjuicio de esta práctica para los pacientes no debería ser mayor que el que entraña la prescripción autorizada, siempre que se monitoricen adecuadamente. El prescriptor incurre en un riesgo profesional al decantarse por fármacos no autorizados sin poner en marcha los mecanismos de uso pasivo previstos por nuestra legislación (9). Sin embargo, no son comparables las indicaciones nosológicas y cerradas de los nuevos productos y las sintomáticas y difusas de los antiguos medicamentos. En la práctica esta diferencia favorece que en determinados trastornos como la demencia se puedan prescribir medicamentos más tóxicos, como los antipsicóticos



clásicos, que en algunos casos han demostrado claramente su ineficacia.

El viraje a las indicaciones nosológicas lo inició la Food and Drugs Administration (FDA) estadounidense en 1962, momento en que además de elegir el ensayo clínico aleatorizado como instrumento de evaluación, determinó que deberían desarrollarse moléculas orientadas a tratar no ya síntomas, sino enfermedades concretas (10). En las cuatro décadas transcurridas se ha producido el avance de la Psiquiatría Biológica y el triunfo del modelo médico-categorial sobre el dimensional, plasmado en el éxito de los DSM de la American Psychiatric Association. Ambos hechos, en perfecta sinergia con las disposiciones de la FDA, han determinado la realización de una infinidad de ensayos clínicos para probar cada molécula en trastornos separados por la convención del DSM, pero que mantienen indudables conexiones clínicas y bioquímicas, tal como sucede, por ejemplo, en los trastornos de ansiedad. La inevitable consecuencia es que se encarece el desarrollo de las moléculas (y con ello, el precio final del medicamento), al tiempo que, según algunos autores, se reduce el esfuerzo por diseñar y desarrollar nuevos fármacos (11).

Pero la clínica diaria no entiende de categorías nosológicas y nos demuestra que los problemas de los pacientes no pueden separarse en los compartimentos estancos del DSM o en la CIE. Y de forma complementaria, nos da continuos ejemplos de que por mucho que la FDA (y nuestra regulación) favorezcan las indicaciones nosológicas, los medicamentos pueden y a veces deben usarse de forma sintomática. Así pues, como sucede con la psicopatología, la psicofarmacología es más dimensional que categorial. Esta es la realidad de la Psiquiatría, y por este motivo la metodología de evaluación de la Psicofarmacología debería adaptarse en consonancia y consecuencia.

La disputa sobre los visados, por otra parte, pone de relieve la preocupante farmacologiza-

ción de la asistencia. El viraje de la Psiquiatría hacia el modelo biológico (no exactamente médico) ha determinado que se recurra al medicamento en situaciones e indicaciones que anteriormente no motivaban una intervención farmacológica. El cambio se ha producido de forma gradual, apenas perceptible, de una forma automática y acrítica, sin que se haya producido una adecuada reflexión acerca de su justificación y conveniencia. Seguramente la nueva manera de prescribir guarda alguna relación con algunas propuestas que sugieren que se utilicen los psicofármacos de forma "paliativa" (12) para tratar malestares más que enfermedades, algo, por cierto, muy alejado del modelo nosológico que puso en boga la FDA. De hecho, la incesante expansión de la Psiquiatría por el lado de su dimensión "Ligera" y el imparable crecimiento de sus usuarios, hacen sean que cada vez más los ciudadanos que reciben psicofármacos y se ven expuestos a efectos secundarios que no siempre se identifican con la debida rapidez, como lo demuestran los muy tardíos reconocimientos de la cardiotoxicidad de la tioridazina o de la hepatotoxicidad del tetrabamato, tras décadas de exitosa presencia en el mercado.

Pero no debe olvidarse a la Administración Sanitaria, que no sólo es la tercera pata del modelo asistencial psicofarmacológico, sino que es quien sufraga la mayor parte de un gasto farmacológico que aumenta a pesar de las diversas medidas que con más pena que gloria se han ensayado. Ni los genéricos, ni los precios de referencia, ni las derramas impuestas a la industria han conseguido contener un gasto que según estimaciones de Farmaindustria crecerá de 2 a 3 puntos por encima del PIB en el periodo 2004-2006 (13). El dato es preocupante porque ya en estos momentos supone la tercera parte del presupuesto asistencial en sanidad (14). Se da así la paradoja de que España, con un gasto sanitario inferior a la media europea tiene uno de los gastos farmacológicos más altos de la Unión. Estos datos, francamente alarmantes, justificarían sobradamente que



se emprendieran actuaciones para contener el crecimiento del presupuesto farmacológico. Los primeros ensayos de visado a nivel de todo el sistema sanitario o de los servicios autonómicos tuvieron esta motivación y han resultado eficaces. Sin embargo, el Ministerio no justifica el visado para antipsicóticos desde el ahorro, sino desde el beneficio para los pacientes. Y esta argumentación chirría estrepitosamente, dejándole en evidencia.

El beneficio de los pacientes, lamentablemente, no fue una motivación suficiente para restringir el uso de la tioridazina, un medicamento cuya cardiotoxicidad está contrastada desde 1998 (15) y cuya ficha técnica lo relega, desde 2001, a la esquizofrenia, con controles electrocardiográficos, y como fármaco de segunda línea (16). Con estos requerimientos y conocido que el amplio y tradicional uso del fármaco en la demencia no aporta nada al paciente (17), debería haberse introducido un visado hace años. Sólo con la retirada del producto el 30 de junio dejarán de recibir los pacientes, mayores o menores debajo de 75

años, un medicamento con un riesgo demostrado (18).

Por último, el visado afecta a seis fármacos —siete, tras la reciente introducción del aripiprazol— muy dispares en su perfil clínico y bioquímico, a pesar de los esfuerzos de la industria por englobarlos en un grupo unitario. Y desde luego no es lógico que la argumentación para introducirlo sea un efecto secundario de dos de los siete en una determinada indicación que, para más inri, no ha dejado de estar autorizada para uno de ellos. Se da la paradoja de que con el argumento de la seguridad del paciente se prohíbe el uso de medicamentos como la quetiapina o el amisulpride, aunque no se ha demostrado que representen un riesgo, mientras que se autoriza la utilización de risperidona, a pesar de que sí se ha apreciado riesgo. Con estos elementos, la motivación económica es algo más que un indicio. Y aunque la contención del gasto es una motivación no sólo lícita, sino incluso éticamente exigible, no es muy decoroso camuflarla con el argumento forzado del bienestar del usuario.



BIBLIOGRAFÍA

1. Nuevos datos de seguridad sobre los antipsicóticos olanzapina y Risperidona en el tratamiento de pacientes ancianos con Psicosis ó Trastornos de Conducta asociados a Demencia. Nota Informativa. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ref. 2004/03. 9 de Marzo de 2004 (http://www.agemed.es/documentos/notasPrensa/csmh/2004/cont_olanzapina.htm).
2. Nota informativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios sobre risperidona. Nota Informativa. Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios. Ref: 2004/04. 10 de mayo de 2004. (http://www.agemed.es/documentos/notasPrensa/csmh/2004/cont_risperidona.htm)
3. Wooltorton E. Risperidone (Risperdal): increased rate of cerebrovascular events in dementia trials. *CMAJ* 2002 167: 1269-1270
4. Wooltorton E. Olanzapine (Zyprexa): increased incidence of cerebrovascular events in dementia trials. *CMAJ* 2004 170: 1395.
5. Ficha técnica de Risperdal en EEUU: <http://www.janssen.com/files/risperdal.pdf>



6. Herrmann N, Mamdani M, Lanctôt KL. Atypical Antipsychotics and Risk of Cerebrovascular Accidents. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1113-1115).
7. Anónimo: Ministerio de Sanidad establece el visado de inspección previo a la dispensación de antipsicóticos atípicos para asegurar la correcta prescripción médica, 16 de setiembre de 2004: <http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=137>
8. Anónimo: El Ministerio de Sanidad limita a los mayores de 75 años el visado de inspección previo a la dispensación de antipsicóticos atípicos, 4, enero, 2005: <http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=228>
9. Real Decreto 223/2004, por el que se regulan los Ensayos Clínicos con medicamentos, Artículo 28. BOE 7 de febrero de 2004.
10. Healy D. *The creation of psychopharmacology*. Cambridge: Harvard University Press, 2002.
11. Shorter E, Tyrer P. Separation of anxiety and depressive disorders: blind alley in psychopharmacology and classification of disease. *BMJ* 2003; 327: 158 - 160.
12. Charlton BG, McKenzie K. Treating unhappiness-society needs palliative psychopharmacology. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 194-195.
13. Anónimo. El gasto farmacéutico crecerá de 2 a 3 puntos por encima del PIB en 2004-2006, según un informe de Farmaindustria. *Jano On-line*, 07/07/2004: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=33797>
14. Anónimo: El gasto farmacéutico en España supone un tercio del gasto sanitario, uno de los porcentajes más elevados de la Unión Europea; 29, octubre, 2004: http://www.noticias.info/Archivo/2004/200410/20041029/20041029_38188.shtm
15. Medrano J, Malo P, Uriarte JJ. Cardiotoxicidad por tioridazina. *GOZE* 2001; IV: 45-49
16. Ficha técnica de Meleril: <http://www.agemed.es/documentos/notasPrensa/csmh/2005/pdf/meleril.pdf>
17. Kirchner V, Kelly C A, Harvey RJ. Thioridazine for dementia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
18. Suspensión de comercialización de la especialidad farmacéutica meleril (tioridazina). Comunicación sobre riesgos de medicamentos para riesgos sanitarios. Ref 2005/I; 18 de enero de 2005: http://www.agemed.es/documentos/notasPrensa/csmh/2005/pdf/NI_2005-01.pdf



Papel de los Hospitales Psiquiátricos de larga estancia en la Asistencia a la Enfermedad Mental Severa de Curso Crónico: Hospital de Zaldibar (I)

Emilio Javier Blanco Bengoechea
Psiquiatra
Hospital de Zaldibar. Bizkaia

INTRODUCCIÓN

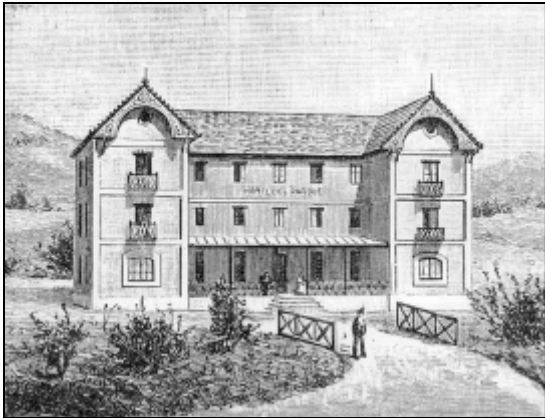
El papel del Hospital Psiquiátrico de Zaldibar en la Asistencia a la Enfermedad Mental en general y a la Enfermedad Mental Severa de Curso Crónico en particular, ha sido fundamental a lo largo de toda su historia y lo sigue siendo. Lo primero que se puede destacar es que ese papel no ha sido único, sino múltiple, predominando unos aspectos u otros y variando sus funciones según la época.

En la actividad del Hospital, básicamente, han estado presentes tres funciones fundamentales: Terapéutica, Rehabilitadora y Custodial y junto a éstas, otras también importantes como son: Investigadora, Humanista, Docente, Social, Judicial, Formativa.

Quisiera en el presente trabajo hacer un recorrido histórico y exponer cómo ha afrontado el Hospital de Zaldibar la patología mental, cuál es la situación actual y qué se vislumbra para el futuro; para ello, he diferenciado tres periodos en la historia del Hospital que, según considero, representan sendas épocas claramente diferenciadas:

- 1923–1966: época comprendida entre la fundación del Hospital y el momento en que se produce, a nivel mundial, un cambio fundamental en el modo de entender la enfermedad mental, que planteo en 1966 por representar dicho año, con los trabajos de Laing, Schazs y el resto de los antipsiquiatras, un rompimiento con lo establecido.
- 1967–1990: en el año 1990 se produce un cambio importante en el hospital: ingresan por primera vez pacientes varones y se abre una Unidad de Corta Estancia integrada en la Red Asistencial de Osakidetza.
- Desde 1990 hasta la actualidad.

Dada la extensión de este trabajo, la publicación del mismo en esta revista se hará en números sucesivos que se dedicarán a las etapas mencionadas, incluyendo en la última, los proyectos de futuro planteados por la Red Sanitaria para el Hospital de Zaldibar.



Grabado: Balneario de Zaldibar. Hotel del Parque.

PERIODO 1923–1966

“En el año 1922, la Diputación Provincial de Vizcaya acordó la adquisición del Balneario de Zaldívar, propiedad de la familia Cortázar, para proceder, mediante las reformas necesarias, a su adaptación y transformación en Manicomio de Mujeres”. (Archivo Administrativo de la Excma. Diputación Foral del Señorío de Vizcaya. Carpeta 2586. Exp. 106/22). Se toma esta decisión debido a la situación manicomial que presentaba el Sanatorio Psiquiátrico de Bermeo, donde el número de alienados recogidos sobrepasaba la capacidad del edificio, originando un inevitable hacinamiento que devenía en perjuicio de la buena asistencia, así como por la necesidad de contratar albergues y de enviar constantemente enfermos a los manicomios de Pamplona, Valladolid, Sta. Águeda y Gerona.

El 26 de julio de 1923, el Inspector Provincial de Sanidad da la autorización para la inauguración del Hospital, que, junto al visto bueno del Gobernador Civil, permiten a la Comisión Provincial de Vizcaya tomar el acuerdo de autorizar al Director Médico de Bermeo, Dr. Hueto, el traslado de ocho enfermas de ese Manicomio al de Zaldívar, efectuándose éste el día 27 de julio de 1923. El 28 de julio del mismo año tiene lugar la Ceremonia del Acto Fundacional con la asistencia de diversas personalidades. (Archivo Administrativo de la Diputación Foral del Señorío de Vizcaya. Carpeta 2587. Exp. 492/1923).

Con fecha 31 de agosto de 1923, la Excma. Diputación Provincial, aprueba el Primer Reglamento del Manicomio de Zaldívar. Este Reglamento consta de 9 Capítulos en los que se recogen un total de 31 Artículos Básicos y otros 5 Adicionales.

En el Capítulo I se lee el título “Objeto y fines del Establecimiento”, y consta de 4 Artículos entre los que destacan los siguientes:

“... el Establecimiento de Zaldívar tiene por objeto la investigación, estudio y tratamiento de los trastornos mentales...”

“... se destinarán a dicho Centro los ingresos procedentes de los diversos ayuntamientos...”

“... sin perjuicio del carácter público de Establecimiento, habrá un pensionado para enfermas de pago por cuenta de sus familias...”

En los diversos Capítulos, se establecen las normas de funcionamiento, cómo se lleva a cabo la organización y administración del establecimiento y la función (muy importante durante muchos años) de la Junta de Damas, compuesta por 26 señoras que actuaban de “puente” entre la Dirección Técnica del Hospital y la Comisión Permanente que dependía de la Excma. Diputación. En años sucesivos (1931, 1954 y 1963) se editan nuevos reglamentos complementando al de 1923.

En el Capítulo IV del Reglamento de 1963, en sus diversos Artículos, se hace referencia al Régimen Asistencial y, entre otros aspectos, se dice:

“... el Hospital de Zaldívar responderá al concepto dinámico de mantener a las enfermas en la mayor actividad y libertad posibles...”

“... al objeto de reducir fugas e intentos de suicidio, se creará y mantendrá un régimen de confianza y de libertad discretamente vigilada...”

“... la función más importante del Centro será la Terapia Ocupacional, a cuyo efecto se destinarán los terrenos, talleres y enseñanzas que se precisen... organizándose juegos, lecturas colectivas y otros estímulos sociales... exigiéndose que mantengan buen aspecto en el vestir y aseo de sus personas...”

“... se procurará la colaboración de las enfermas en su curación y que tengan confianza en todo lo que les rodea, fomentándose la actividad de los sentimientos colectivos y de responsabilidad por el trabajo...”

“... las enfermas agitadas serán atendidas en locales adecuados y por personal suficiente para su vigilancia... la distribución de las enfermas en los diferentes departamentos al tiempo del ingreso o con posterioridad queda supeditada a la Dirección Técnica...”

“... las alienadas menores de dieciséis años recibirán los tratamientos adecuados a su edad y circunstancias, permaneciendo separadas de las restantes acogidas...”

“...las enfermas psíquicas, para su racional y eficaz tratamiento, serán incluidas en algunas de las siguientes clases:

- Enfermas que padecen manifestaciones agudas y síndromes patológicos resistentes.
- Crónicas.
- Irrecuperables.
- Psicópatas y Oligofrénicas”

Y se añade “...las enfermas irrecuperables estarán separadas para evitar que su presencia ejerza acción opresora perjudicial sobre las enfermas de las dos clases anteriores...”



Junta de Damas y autoridades. 28 de julio de 1923.

TRATAMIENTOS REALIZADOS

Aunque en las primeras décadas, se planteaba el manicomio, básicamente como un recinto custodial, contaba Zaldívar con un Departamento de Baños Permanentes, muy utilizados, principalmente, como terapéutica para enfermas agitadas. Así mismo existía un Departamento de Laborterapia, que abarcaba diversas clases de trabajo: confección de jerseys, costura y bordados, limpieza de dormitorios y galerías, preparación de alimentos de cocina, trabajos de granja, (ayudando en el cultivo o labranza de la huerta de la que se obtenían productos para el consumo del centro). Además, se llevaban a cabo actividades de carácter social, como formación de coros y danzas o veladas como las que promocionaba el Dr. Aranzamendi.

Prácticamente desde la inauguración del Centro, existía un laboratorio en que se realizaban sistemáticamente análisis a cada enferma, básicamente de sangre y líquido cefalorraquídeo. (Sobre este tema, el Dr. Aranzamendi realizó una Tesis Doctoral).

En los años treinta se utilizan “terapéuticas” como la piretoterapia, consistente en inyectar a las pacientes, a dosis escalonadas, vacunas tíficas y paratíficas o la malarioterapia, inoculando



Foto: Sesión de electroshock.

formas benignas de paludismo, técnica que se usó con frecuencia en cuadros de P.G.P.

En los cuarenta, se añaden a las técnicas anteriores, el electroshock (introducido por Carletti y Bini en 1938), la electronarcosis, las curas de Sakel (insulinoterapia), las inyecciones de cardiazol muy utilizadas en melancolías y en las formas catatónicas de la esquizofrenia, etc.

En 1949 se comienzan a practicar en el Sanatorio de Zaldibar las lobotomías, actuando quirúrgicamente sobre las vías neuronales y utilizadas básicamente para el tratamiento de las alteraciones de conducta graves. Se relatan varias técnicas, siendo una de las más usadas la leucotomía transorbitaria a través del techo de la órbita.

Así mismo, en dicha época, se realizaron 25 injertos de hipófisis de ternera de un mes, para tratar cuadros depresivos con trastornos somáticos. Eran implantados en la región glútea súpero-externa.

En 1952 comienza a ser utilizado en Francia la clorpromazina y pocos meses después en el H. de Zaldibar. En Junio de 1954, el Dr. Bustamante publica en el Boletín de Colegios Médicos de España, vol.

XVII, nº 81, los resultados obtenidos con el producto 4560 (Largactil). En los años siguientes, se va a utilizar Luminal, Fenérgán, Gardenal... lo que provocará el desuso progresivo de técnicas anteriormente reseñadas, como la piretoterapia, insulinoterapia, técnicas neuroquirúrgicas y la disminución de electroshocks... Debido al uso de los neurolépticos y la consiguiente mejora sintomática, se posibilita en las pacientes, el abordaje psicoterapéutico y la mejor integración en actividades ocupacionales, lo que permite el alta hospitalaria y el tratamiento comunitario.

DATOS ESTADÍSTICOS REFERIDOS AL PERIODO 1923-1966

Como representativo de este periodo, se elige el año 1.934 y se analizan los datos referidos al número de pacientes ingresados, qué diagnósticos predominaban, qué porcentajes representaban y de esta forma poder compararlos con otras épocas.

Se puede apreciar en la Tabla, la abrumadora mayoría de Esquizofrenias, seguidas a gran distancia de Trastornos Bipolares, Oligofrenias y en menor cantidad, Demencias, Epilepsias y el resto de patologías indicadas en los gráficos.

Papel de los Hospitales Psiquiátricos de larga estancia en la Asistencia a la Enfermedad Mental Severa de Curso Crónico

1934: Pacientes Ingresados. Diagnósticos. Porcentajes...

El 31 de Diciembre de 1934, había 277 pacientes ingresadas, con los siguientes diagnósticos, números y porcentaje:

Diagnóstico	Nº	%
Procesos Orgánicos	2	0,72 %
Alcoholismo y otras toxicomanías	4	1,44 %
Sífilis cerebral	4	1,44 %
Demencias	17	6,13 %
Esquizofrenias	180	64,98 %
Trastorno Bipolar	23	8,30 %
Psicopatías	5	1,80 %
Paranoia	3	1,08 %
Oligofrenias	22	7,94 %
Epilepsias	17	6,13 %
Total	277	100%

Las Demencias y Oligofrenias, que no deberían estar ingresadas en Hospitales Psiquiátricos, sino en otros dispositivos, representan en 1934, el 14,07 % del total de Ingresas en el Centro.

Dr. Emilio Javier Blanco Bagochea Hospital de Zaldibar

Ingreso en 1934.



Foto: Descanso en el parque del Hospital.

Se trata, siempre, del diagnóstico principal o primer diagnóstico, recogido en las historias clínicas a fecha 31 de diciembre de 1934.

Se observa que las pacientes con diagnóstico de Demencia u Oligofrenia, patologías que no deberían estar ingresadas en Hospitales Psiquiátricos, sino en otros dispositivos, representaban en 1934, el 14,07 % del total.

En la Tabla de Movimiento de Pacientes se pueden apreciar ingresos, reingresos, altas y fallecimientos habidos en el periodo de 1923 a 1966.

Como datos más destacables, se observa, que hasta finales de los años cincuenta (salvo en los primeros años, cuando ingresan pacientes que hasta dicho momento estaban ubicados en otros Centros y situaciones muy concretas), apenas se llega a los 100 ingresos anuales.

En la época de la guerra, el número de ingresos y altas es similar al de años anteriores, pero sí hay una clara disminución de Altas en los “años del hambre” durante la postguerra,

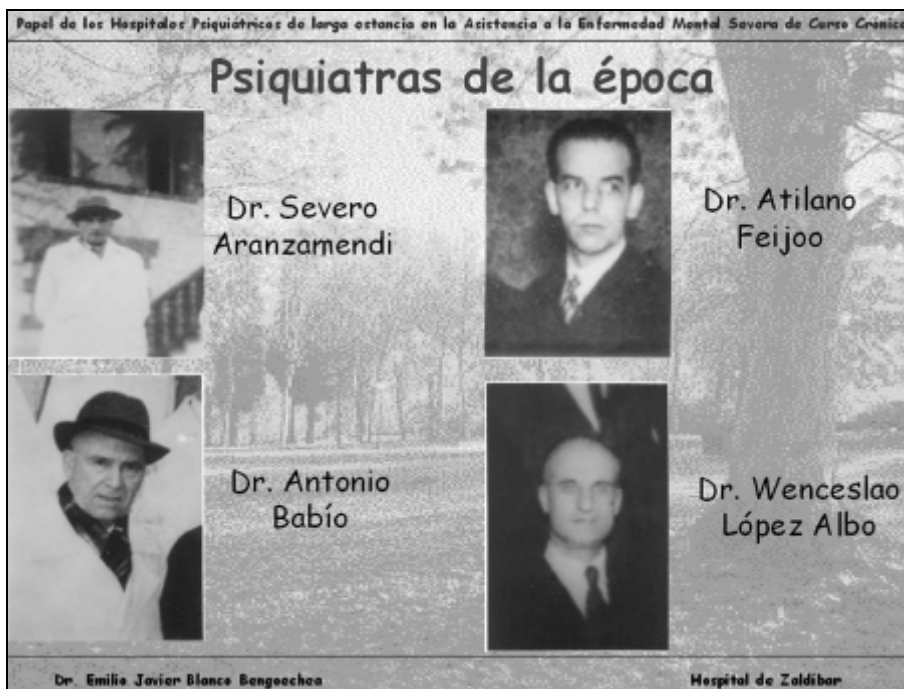
probablemente debido a la protección que supuso el Hospital. Así mismo, el año 1941 supuso el de mayor número de fallecimientos en la historia del Centro, con un total de 34.

Prácticamente en la mayoría de los años, el número de ingresos está acorde con el de Altas, salvo en los años 1946, 47 y 48 en que aumenta significativamente el número de camas y los ingresos llegan, incluso, a quintuplicar el número de altas.

CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DEL PERIODO 1923–1966

Las funciones y aspectos que caracterizan al Hospital de Zaldívar en esta época son reflejo de la sociedad y están en consonancia con los avatares sociopolíticos del momento. Destacaré los siguientes:

CUSTODIAL. Considero que es la función más importante de este periodo. Tiene como finalidad separar al enfermo mental del resto de la sociedad y ubicarlo en un lugar “apartado” que proteja a la comunidad de “las locuras” del enajenado mental.



HUMANITARIA. El Hospital atiende múltiples problemas, incluso los que no le corresponden, al no existir otros dispositivos que lo hagan. Hay que tener en cuenta que colectivos como el de las monjas o el de la Junta de Damas, anteriormente mencionados y de claro carácter caritativo-religioso, tienen un papel muy importante en el entramado administrativo y terapéutico del Centro.

REFERENCIA ÚNICA. El Hospital de Zaldibar junto con el Hospital de Bermeo constituyen los únicos recursos de tratamiento psiquiátrico en Vizcaya, junto a unas pocas consultas privadas que son atendidas por los mismos profesionales que trabajan en los Centros Hospitalarios mencionados.

INVESTIGACIÓN. Los Hospitales son la punta de lanza de cualquier trabajo de investigación que se realiza. De hecho, ningún otro dispositivo atiende ni investiga al enfermo mental.

PROFESIONALES MUY CULTOS

Los psiquiatras se han formado en el extranjero (fundamentalmente en Alemania y

Francia). Tienen grandes conocimientos de psicopatología, pero también de neurología, de cirugía, de arte, escriben de otros temas, publican en alemán...es decir, forman parte de la élite intelectual de la época. Son pocos y cultos.

ROLES MUY DEFINIDOS. Los roles de los pacientes y los profesionales están claramente establecidos, según reflejo de la sociedad de la época. Los psiquiatras dirigen los tratamientos aplicando los conocimientos médicos disponibles, apoyados en las monjas, que actúan cumpliendo las pautas que se les indican. No intervienen otros profesionales (psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales...).

TRATAMIENTOS AGRESIVOS. Dado el arsenal terapéutico existente hasta la introducción de los neurolépticos a finales de los años cincuenta, los tratamientos resultaban ser "muy agresivos", del tipo: malarioterapia, lobotomías, curas de Sakel, electroshocks sin anestesia... como ha quedado reflejado.





Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (III)

Oscar Martínez Azumendi

Si en las dos entregas anteriores nos ocupamos de los tratamientos psiquiátricos disponibles en el ámbito internacional durante los años cuarenta, en esta ocasión vamos a dirigir nuestra atención sobre aquellos utilizados en nuestro entorno más inmediato, así como recoger algunos esfuerzos pioneros para la necesaria reforma asistencial que desafortunadamente necesitó más tiempo del deseado para desarrollarse.

Reducida la asistencia psiquiátrica en esos años casi en exclusiva a la custodia manicomial, los recursos terapéuticos allí disponibles eran igualmente exiguos, todo ello acrecentado por la carestía de vida impuesta por los tiempos de posguerra. Así no sólo se interrumpió por motivos económicos la aplicación de tratamientos entonces en boga, como la narcosis con somnifén introducida en 1921 por Klaesi, sino que se dificultó el desarrollo posterior de otros tratamientos que pasaron a suplantarlos a nivel internacional como fue el caso de los choques por insulina, muy difícil de conseguir durante largos años así como limitada su utilización al no contar con cupos de azúcar suficientes a precio oficial de racionamiento. De esta manera, se vio reforzada la aplicación de tratamientos más baratos, pero sin duda más brutales y dolorosos para el enfermo, como fueron los llamados abscesos de fijación por inyección de trementina (aguarrás) (1).

En Guipúzcoa, el año previo al comienzo de la Guerra Civil, junto al Dispensario Psiquiátrico

de la Diputación en San Sebastián, la asistencia recaía básicamente en los dos hospitales religiosos para hombres y mujeres de Santa Agueda. Bajo la supervisión médica conjunta del Dr. Julio Olaran, el Dr. Rodrigo González Pinto asumía la dirección del sanatorio de San Juan de Dios para hombres y el Dr. José Peña se ocupaba de la dirección del de la Orden Hospitalaria del Sagrado Corazón para mujeres, todos ellos miembros activos de la Asociación Española de Neuropsiquiatras y asistentes a los congresos de la Liga de Higiene Mental (2-3). Al inicio de la guerra, estos hospitales se encontraban enclavados en terrenos bajo control republicano, pasando el 21 de abril de 1937 a manos del ejército franquista, tras lo que se establecieron en el hospital de hombres dos clínicas psiquiátricas añadidas: una para enfermos mentales del Ejército y otra para prisioneros de guerra (3). En ese tiempo albergó entre sus muros a algún que otro personaje significativo, como el periodista de la Gaceta del Norte, Aureliano López Becerra "Desperdicios", mientras Bilbao seguía bajo dominio republicano.

Ambos períodos fueron testigos de detenciones y encarcelamientos por motivos políticos de trabajadores del hospital por parte de uno y otro bando. Por otra parte, los entonces asilados sufrieron penurias añadidas a las que posiblemente se veían acostumbrados, tal y como suele ser habitual entre los grupos más desamparados y que se mantuvieron durante largos años. Esto motivó la queja de los médicos



que les atendían frente a la Diputación garante de los medios económicos necesarios para su subsistencia, pero aparentemente más preocupada por otros grupos también necesitados de atención y probablemente con más medios de presión como fueron los enfermos tuberculosos (1).

Justo al término de la contienda, en el puesto que quedó libre tras el fallecimiento en accidente de uno de los médicos del hospital de mujeres, entra como Interno el entusiasta Dr. Jesús Echeverría, asistiendo también como médico agregado al hospital de hombres durante algunos cursos, para entregarse a la asistencia de las enfermas dependientes de la Diputación de Guipúzcoa. Aquí se mantuvo hasta que a principios de los años cincuenta enfermó y falleció posteriormente (4). Con ocasión del cincuentenario de la apertura de la Casa de Salud de Santa Agueda, la Diputación de Guipúzcoa publica en 1948 su libro "Notas para un estudio psiquiátrico de Guipúzcoa" (5), cuando en ese momento ocupaba el cargo de Jefe de Sección del sanatorio de mujeres, y del que entresacaremos posteriormente alguno de sus capítulos.

Se inicia el libro con una introducción contextual en la que explica algunos datos acerca de la Casa de Salud, así como la evolución histórica de los puntos de vista psiquiátricos. Seguidamente aborda la descripción biopsíquica y biotológica del guipuzcoano, comentando en extenso algunas de sus más definitorias características raciales y caracteriales. En este capítulo, a pesar de que él mismo quiso prevenir de incurrir en lo que un periodista local había avisado como "narcisismo donostiarra" (p.153), habrá de perdonársele cierto "guipuzcuanismo" desmedido. Sin embargo y desde otro punto de vista, la descripción que realiza reviste un curioso interés descriptivo al otorgar con entusiasmo carta de naturaleza científica a muchos de los tópicos e imágenes arquetípicas del nativo ideal: "somos un pueblo sano, alegre y laborioso" (p.75), así como le defiende de

posibles lacras asociadas: "aquí no hay más alcoholismo que el corriente.. Que como alguien con ironía y gracia hizo notar, no todo lo que se bebe en Guipúzcoa lo bebe el guipuzcoano..." (p.73-74).

Hecha la salvedad, mayor interés histórico, tanto para el propio momento en que fue escrito como para su conocimiento en la actualidad, revisten los capítulos siguientes. Justo antes de la publicación del texto, le llamó la atención al Dr. Echeverría un comunicado de la Comisión de Gobernación de la Diputación dirigido a los directores de la Casa de Salud y Sanatorio Psiquiátrico de Santa Agueda que exponía la gravedad del problema de los enfermos mentales de la provincia, cuyo número fue considerado como extraordinario y su proporción alarmante y creciente. Sin embargo, en un momento en que no existía ningún estudio completo del problema en ninguna de las provincias, manejándose datos fragmentarios de únicamente dos o tres de ellas, Echeverría entendió que los datos epidemiológicos con que se contaba en Guipúzcoa eran muy limitados e imprecisos, por lo que pudo relativizar el carácter alarmista del comunicado no sin emprender un pionero estudio epidemiológico de la situación y posibles causas en su mejor deseo de establecer algunas pautas para la profilaxis y tratamiento del problema.

Con 1,8 camas por 1.000 habitantes, proporción muy poco mayor de lo que cuenta en la actualidad, Guipúzcoa casi doblaba la media española de 1,1 por 1.000 hab. Aún así esa proporción era considerada como insuficiente en la época al compararla con las 3,14/1000 de Estados Unidos o 4,24/1000 de Alemania. Interesado en la descripción de la situación asistencial de partida, junto a estas cifras groseras, Echeverría se ocupa en hacer una descripción más detallada de ciertas características del conjunto de la población femenina ingresada, así como la evolución observada en el tiempo. Todo ello en relación asimismo con los diferentes tratamientos disponibles y utilizados en



aquellos años y que transcribiremos literalmente más adelante.

Al inicio del capítulo IV, divide el territorio en cuatro zonas básicas: 1ª. Campesina y de pastoreo (labradores y pastores) 2ª. Industrial o maquinizada (obreros manuales) 3ª. Marinera y portuaria (pescadores y obreros) 4ª. Capital (comerciantes, oficinistas, empleados, rentistas, burgueses...). Luego las pone en relación con las tendencias en los patrones de ingreso en la Casa de Salud, observando una disminución progresiva de la proporción de mujeres ingresadas desde el interior a la costa (de forma muy simplificada de la zona I a la 4), llamando su atención que este patrón se repite de forma constante durante los años estudiados. Aún así, nos avisa que estas tasas difieren en cierta medida de las observadas en el Dispensario Psiquiátrico de San Sebastián, para las que aventura alguna explicación, así como nos previene de no ser tampoco aplicables para los ingresos de varones.

Tras aventurar las posibles causas etiológicas de la enfermedad mental y el importante papel atribuido al ambiente social en su génesis y mantenimiento, la distribución en zonas descrita le lleva a recomendar la creación de una red de Dispensarios de Higiene Mental que las cubriera y sobre los que recaería la ingente labor asistencial presupuestada, así como serían también lugares desde donde debieran partir las ideas de divulgación y conocimientos necesarios para que el pueblo se percatara de la importancia de la higiene mental. Con este fin se tendría que llevar registro estadístico de la prevalencia de la enfermedad mental, así

como se trascenderían consejos y preceptos preventivos y se señalarían los vicios sobre los que actuar legislativa, propagandística e incluso coercitivamente. Añade además otras funciones, que a pesar de su indudable operatividad, aún hoy siguen sin desarrollarse en extenso. Es el caso de las visitas domiciliarias, supervisión del entorno domiciliario y social con propuestas alternativas en caso de insuficiencia, control del cumplimiento farmacológico, reinserción de los pacientes y apoyo económico de los mismos.

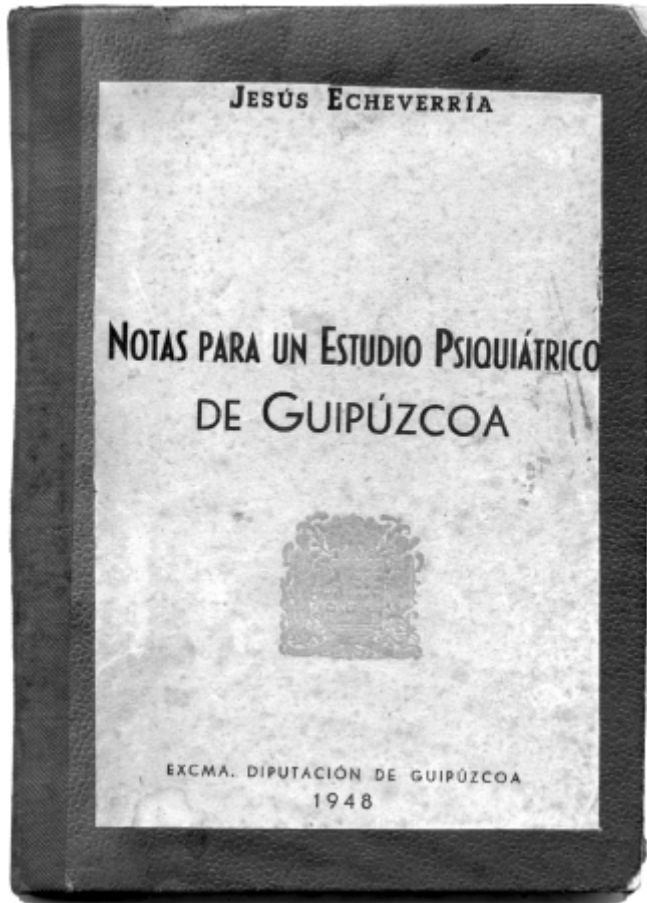
Tras aconsejar la creación de uno de estos dispensarios de Higiene Mental con funciones tanto asistenciales, como de vigilancia y defensa del enfermo mental para la atención principal de cada una de las zonas sociogeográficas descritas, el autor prosigue con una serie de consejos específicos y áreas de actuación principales para cada uno de ellos. Apoyándose de forma general sobre los valores morales, familiares y sociales de la tradición y el catolicismo, toma de las enseñanzas higienistas no sólo prácticas asistenciales o terapéuticas individuales, sino que defiende otras dirigidas a la lucha contra lo que el denomina "la desgracia" como compendio y resumen de las causas morales de la locura (p. 197) a la par que aconseja vigilar las demasías en el lujo y el derroche, considerados origen de alteraciones psicósomáticas.

La transcripción completa de alguna de las páginas resumidas arriba terminarán esta serie, en la confianza de que si bien han perdido actualidad operativa, consigan inspirarnos el entusiasmo y esperanza "comunitaria" con que sin duda fueron escritas.



BIBLIOGRAFÍA

1. Sanatorio Psiquiátrico de Santa Águeda (Mondragón), 1898-1948. Palencia, 1950.
2. Hospital Aita Menni. 100 años de historia en Santa Águeda. Ed. Hospital Aita Menni. 1998.
3. Hospital psiquiátrico San Juan de Dios. 100 años de historia. Ed. Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios de Mondragón. 1999.
4. Cristóbal Baldor, Rafael. El hospital psiquiátrico de mujeres de Santa Águeda. Un hospital de Caridad en el discurso de la revolución liberal. Tomos I y II. Tesis Doctoral. Universidad del País Vasco. Lejona, noviembre 1990.
5. Echeverría, Jesús. Notas para un estudio psiquiátrico de Guipúzcoa. Ed. Excma. Diputación de Guipúzcoa. 1948.





Excerptas de: “*Notas para un estudio psiquiátrico de Guipúzcoa*”.

De Jesús Echeverría Urrutia.

Editado por la Excma. Diputación de Guipúzcoa, 1948

Los tratamientos psiquiátricos (p.99-104)

Existe en la terapéutica psiquiátrica, una escala de Jacob que, uniendo a unas épocas con otras, eleva los métodos dándoles cada vez mayor eficacia y queriendo alcanzar la meta de la curación del enfermo mental. Constituyen peldaños de esa escalera el Manicomio zaragozano con su lema “Urbis et Orbis”, el rasgo de Pinel (1789) liberando de las cadenas a 50 locos ante la oposición del diputado Courthou, el “no restraint” de Conohyll en 1839, la introducción de la clinoterapia, de la balneoterapia, de los sedantes químicos, la práctica del “open door” concediendo al enfermo la máxima libertad compatible con la enfermedad, el empleo de la psicoterapia desterrando los métodos de terror, látigo y cadenas; las ideas y métodos de Freud; vienen más tarde, los tratamientos propuestos por los organicistas algunos de verdadero éxito como la malarioterapia; peldaños labrados ayer son la convulsioterapia y la terapéutica por los comas hipoglucémicos y de hoy la leucotomía prefrontal y de ayer, de hoy y de mañana, el gran método de la laborterapia.

En contra de lo que comúnmente cree el profano al pensar que con el enfermo mental nada o muy poco es lo que hay que hacer, vemos que el arsenal terapéutico, en todos los órdenes, es inmenso; la verdad es que no estamos desarmados y podemos trabajar con optimismo en la curación del enfermo. Todavía muchos de nuestros medios terapéuticos pecan o por falta

de base o por no combatir la causa, al ser unos empíricos y otros sintomáticos, pero aunque ello parezca poco, muchas veces nos encontramos con que desaparecido el síntoma, puede el enfermo volver a ocupar el plano familiar y social que anteriormente ocupaba y desarrollar la actividad que antes desarrollaba; es un hombre recuperado y en cierto sentido, nuevo.

El internamiento supone enfermedad y la duración de aquél es índice de la persistencia de esta, por lo tanto mientras dure el internamiento debe durar el tratamiento; ahí estriba la habilidad del psiquiatra, en que la terapéutica de cada día armonice con el estado psicopatológico del momento. Labor dura y difícil que no siempre se consigue, pero que aun sola su persecución y su intento, benefician al enfermo.

El frenocomio debe ser, dice Vallejo Nájera, taller y hospital, orientados la totalidad de sus servicios al objeto de lograr, a todo trance, la curación del enfermo psíquico.

Vamos a exponer, brevemente, lo que en nuestra Casa de Salud se lleva a cabo para dar cumplimiento a esos dos conceptos: hospital y taller.

Al ingresar la enferma, se la traslada a la sala de observación para su examen psiquiátrico y formular un diagnóstico de presunción que oriente su clasificación y las medidas terapéuticas.



Las enfermas que Guipúzcoa ingresa en la Casa son enfermas que vienen ya etiquetadas con un diagnóstico; son esas enfermas "terribles" que vienen de ordinario sin meter ruido, que no forcejean ni gritan, a quienes no se necesitó y esto en buena técnica, engañar para lograr su pacífico internamiento; son enfermas que en esa tranquilidad traen expresado, la mayoría, el pronóstico sombrío que impone la cronicidad. Hace ya mucho tiempo que nosotros no conocemos ni tratamos al enfermo mental guipuzcoano en su fase aguda, las nuestras han entrado en el período crónico hace ya mucho.

Es por esto, por lo que nuestra terapéutica tiene que diferir y difiere de la de un Dispensario Psiquiátrico o de una Clínica. Sabemos que no son para nosotros los éxitos de relumbrón, que no somos llamados a exhibir unas estadísticas de curación llamativas; nuestro trabajo es menos grato, más callado y en el que, sin embargo, no faltan grandes alegrías consecutivas a éxitos, que aunque aparentemente pequeños, nos conmueven y apasionan a los que convivimos con el enfermo.

A pesar de las malas condiciones, nos referimos siempre al estado mental, en las que la enferma guipuzcoana llega a nuestras manos, para intentar poner a la contribución de su curación los magníficos medios actuales, que son eficaces casi exclusivamente en la fase aguda o comienzos de la enfermedad mental, no hemos querido dejar de emplearlos con la prudencia que los casos requieren y la ética profesional exige.

De estos medios terapéuticos recientemente incorporados al arsenal de los tratamientos (1939-1942) son dos los que más difusión han alcanzado: el método de Sakel de los comas hipoglucémicos y el método convulsivante, dividido este en dos etapas o modos, el químico (cardiazol, pentazol, etc.) del que es iniciador Von Meduna y el eléctrico del que lo son Bini y Cerletti. Método en cuya descripción y técnica no voy a detenerme, ni siquiera a

entrar, pues la literatura sobre los mismos ha alcanzado extraordinaria magnitud y aun popularidad y pueden verse descritos hasta en los reportajes de revistas para el público general o en los noticiarios cinematográficos.

He de confesar que mi experiencia en la terapéutica de los comas hipoglucémicos, no es la suficiente como para sentar conclusiones, pues a su empleo en gran escala se opone más que lo complicado del método, que en verdad lo es, el estado psíquico de la enferma que a nosotros llega.

De la electrochockerapia, tenemos más experiencia y la hemos aplicado en mayor escala, a pesar de tropezar también en este caso, con el gravísimo inconveniente de la cronicidad de las psicosis y de las psicopatías. A pesar de ello, el 25 % de las ingresadas han sido sometidas a la terapéutica convulsivante, bien por el cardiazol o sustitutos o por el electrochoque, con los siguientes resultados:

- Número de enfermas tratadas = 75
(no incluimos a un gran grupo que han sido tratadas solamente con uno o dos choques).
- Número de choques provocados = 675
(promedio de 9).
- Mejorías más o menos acentuadas 52
(lo que equivale al 69.3 %).
- Número de altas por ensayo entre las mejoradas = 22
(o sea el 42.3 %).
- Sin modificación = 23, o sea 30 %.

○ sea que aun en las condiciones menos favorables, las modificaciones obtenidas con esta terapéutica son francamente alentadoras, hasta el punto de que casi la mitad de las modificadas en más o en menos han podido reintegrarse al medio familiar.



Dentro del movimiento de favor o de olvido que toda medicación sufre al enfrentarse con el enfermo, con la enfermedad, con el tiempo, con la propaganda y con el médico, no echamos en olvido aquellas que en tiempos no muy lejanos todavía, obtuvieron boga y éxitos, como son la balneoterapia, y sobre todo, la piretoterapia en las que unas veces intervienen como agentes piretógenos las preparaciones metálicas (oro, plata, etc.) al estado coloidal dando lugar a la coloidoterapia, otras veces las inyecciones de nucleínatos (sódico y lítico) en la leucoterapia y otras muchas la esencia de trementina osonizada o sea el método tan extendido del absceso de fijación, divulgado por Pascal y Davesne e introducido por Rozies en 1922 y empleado por nosotros frecuentemente y con éxito. Ocupan, asimismo, lugar destacado entre los agentes piretógenos y que con frecuencia empleamos, los del tipo albúminas bacterianas (bacterias no patógenas del grupo coli) que tienen sus indicaciones en las formas de neurosífilis y, sobre todo, en las esquizofrenias; está también en este grupo la suspensión oleosa de azufre esterilizado al uno por cien, de la que hacemos uso con relativa frecuencia.

En la piretoterapia marcó una etapa señalada la nosoterapia, principalmente en su forma de malarioterapia con indicaciones particularmente precisas (parálisis general progresiva), debida tanto su invención como su divulgación y las experiencias en gran escala, al premio Nobel de Medicina Wagner Von Jaurregg; método empleado por nosotros con resultados poco brillantes.

Seguimos empleando la narcosis prolongada que tan en boga estuvo a raíz de la comunicación de Klaessi el año 1921, con métodos y técnicas más o menos ajustados al original. Empleamos la hidroterapia, en forma sobre todo de baño caliente prolongado (método universalizado por Kraepelin) que produce beneficios escasos en los agitados, método que ha perdido hoy algún terreno.

Y con todas las terapéuticas dichas, el aislamiento y la contención, de los que, muy a pesar nuestro, no se puede prescindir todavía por completo en el estado actual de evolución y organización de los manicomios.

Es en las salas de observación y agudas donde se lleva a cabo, principalmente, la clino-terapia como remedio para la sedación de la agitación psico-motriz, alivio del agotamiento nervioso o en las enfermedades mentales acompañadas de debilidad orgánica; la empleamos también en las enfermedades somáticas, agitaciones amenciales, confusionales, paralíticas o epilépticas; por lo demás, el encamamiento llevado a la práctica como tratamiento prolongado de toda enfermedad mental tiene más inconvenientes que ventajas, por lo que en la actualidad ocupa un lugar secundario.

En un Sanatorio Psiquiátrico nada significarían todos los métodos dichos, si no se persiguiera con todo empeño la consecución de lo que se denomina "ambiente psiquiátrico", si queremos que aquellos sean eficaces; ambiente en el que todo tienda a la curación del enfermo con la conjunción de las direcciones técnica y administrativa, con los dogmas del tratamiento perpetuo y de la ocupación continua. Nuestro lema, es: El enfermo debe dormir a cualquier precio, molestar raras veces, comer siempre con arreglo a sus necesidades, trabajar en lo que deba y distraerse en lo que le convenga.

Laborterapia. Llegamos al método que, aunque antiguo, le cuadra perfectamente el de "moderno". Esto que parece una paradoja pudo ser verdad por ese afán de cosas nuevas que en el hombre existe, haciéndole abandonar lo que tiene entre manos, por bueno y práctico que sea y por ese otro prurito de creer que a todo método propio o extraño debe darle su visto bueno, su placet o su espaldarazo un extranjero de apellidos enrevesados.

Esta "moderna" terapéutica de hace cuatro siglos, resucitada el año 1852 por el Dr. Antonio



Pujadas, que entonces se llamó trabajo y ahora se llama psicoterapia ocupacional, es la clave y el medio para que puedan cumplirse los postulados hoy exigidos a todo Frenocomio bien organizado y que un eminente psiquiatra los sintetiza, acertadamente, en estas frases: Tratamiento perpetuo y ocupación continua; todo enfermo en tratamiento y a cada enfermo su tratamiento; a enfermedad crónica, tratamiento perpetuo.

Aquí, en este método que fundamentalmente no consiste en otra cosa sino en que el enfermo mental tenga y esté sometido durante el día a una ocupación manual o intelectual adecuada a su estado psíquico y somático, tenemos la solución de todo lo que se puede exigir a un Sanatorio Psiquiátrico que se dedica a albergar crónicos.

(siguen varias páginas describiendo el método laborterápico y su historia)

Asistencia al enfermo mental y psico-higiene social (p. 190-199)

ASISTENCIA AL ENFERMO MENTAL

No hacen falta demasiadas líneas para demostrar que el actual método de asistencia resulta incompleto, insuficiente y anticuado. Un manicomio o establecimiento psiquiátrico, tal como se entiende en nuestras latitudes, no es hoy día solución adecuada y total para el enfermo mental. Le falta aquella flexibilidad hoy necesaria e indispensable para su marcha rítmica y rendimiento terapéutico; es una pieza pero no todo lo que significa el tratamiento; ni por los enfermos que se internan, ni las técnicas que se emplean ni las altas y salidas que se conceden puede llegar a constituir por sí solo el ideal del tratamiento psiquiátrico. Ya nuestra provincia, siguiendo directrices señaladas por la ciencia y por la ley, va a inaugurar en breve un Hospital Psiquiátrico para agudos y para casos iniciales y por el que pasarán todos los enfermos que más tarde, por ser su enfermedad larga o pasar a la cronicidad, vayan a ser internados en el Manicomio.

Pero así como por el lado de urgencia e ingreso tiene ya el Manicomio un eslabón, por el lado de la recuperación, de readaptación, de la salida debe tener también otros eslabones. La Clínica Psiquiátrica y el Manicomio son todavía insuficientes, necesitan nuevas instituciones para que el enfermo, poco a poco, pase a engranar con el medio social. Estas instituciones son la Asistencia hetero-familiar o sea la incrustación del enfermo dentro de una familia extraña pero de cultura, educación, métodos de trabajo y medio social parecidos; familia y casa circundantes al manicomio para su fácil control. Un Dispensario Psiquiátrico que atienda, vigile y defienda al enfermo dado de alta.

PSICO-HIGIENE SOCIAL

Es el Dispensario de Higiene mental el que debe llevar la ingente labor de la asis5encia higiénica psiquiátrica de la provincia; es de él que donde deben partir las ideas de divulgación y conocimientos necesarios para que el pueblo se percate de la importancia de la higiene mental; de él han de irradiar los consejos y los preceptos que tiendan a aminorar las causas de las enfermedades mentales; él es el que debe llevar la relación estadística de los psicóticos, psicópatas y degenerados de toda índole e indicar en cada momento y en cada zona qué prácticas profilácticas deben ponerse en práctica y contra qué vicios se han de dirigir principalmente la ley, la propaganda, y los medios coercitivos; él es el que se encargará de la visita domiciliaria de los enfermos y sus familias, investigar en qué ambiente viven y solucionar y dictaminar en el que deben vivir; él velará por el cumplimiento de las prescripciones médicas; el tratará de la incorporación social del individuo ya curado, de prestarle la ayuda económica necesaria por medio de los Patronatos de Asistencia Postmanicomial.

Es el Dispensario sala abierta para las consultas psicopatológicas, allí ha de recibir el pueblo la educación necesaria para evitar radicalmente todo aquello que pueda contribuir a aumentar el número de los enfermos mentales.



Dispensario Psiquiátrico, Hospital Psiquiátrico, Manicomio con sus colonias agrícolas, la Asistencia hetero-familiar y el Dispensario de Higiene Mental: he ahí la cadena de la asistencia psiquiátrica actual.

ZONA CAMPESINA

Como medida necesaria y primordial deberá abrirse un Dispensario de Higiene Mental en esta zona (que bien pudiera ser en Tolosa).

Dadas las características de la misma, conociendo las causas de la enfermedad mental y sabiendo que la oligofrenia, la epilepsia y la esquizofrenia dan los porcentajes máximos, es necesario atender:

- a) A los matrimonios entre consanguíneos, pues dado que son poquísimas las personas que están completamente exentas de toda tara o de toda predisposición, los matrimonios entre consanguíneos al acumular predisposiciones o taras en el mismo sentido o de la misma enfermedad, aumentan extraordinariamente las probabilidades de herencia de dicha tara. En este sentido, el consejo prenupcial y yendo más adelante, el certificado prematrimonial, serían pasos muy eficaces.
- b) Asistencia y cuidados de la embarazada. Es desgraciadamente en el medio rural donde la mortalidad infantil acusa en nuestra provincia mayores porcentajes. La misma edificación falta algunas veces de higiene, la gran distancia a la población donde radica el médico, la intromisión de “comadres” sin noción de lo que la limpieza y la asepsia significan en trance tan importante; los trabajos hasta última hora de la gestante, los apresuramientos y precipitaciones cuando llega, traen como consecuencia necesaria infecciones de la madre y del niño, compresiones cefálicas del recién nacido, etc.
- c) Habitación. Higienización de las viviendas de los habitantes del campo, llevando a su

convencimiento la necesidad de una instalación separada de cuadras, cochiqueras y corrales del resto de la habitación, la introducción de las instalaciones de agua corriente, la modernización de retretes con vasos de sifón, etc.

- d) Vigílese el trabajo de la mujer, máxime en la infancia, pubertad, embarazo y lactancia.
- e) Incúlquese la necesidad de la instrucción primaria escolar tan fácil de ser desatendida por la distribución de los caseríos desparrramados en largas distancias. Añádase a la instrucción primaria, una particular sobre agricultura y ganadería, levantando para ello escuelas a propósito, donde puedan llevar a cabo unos cursos ampliatorios los jóvenes más necesitados, como los mayorazgos, los más aptos o los más entusiastas.
- f) Vigílese y póngase término, si fuera posible, a la emigración femenina del caserío, controlando y aminorando el número de las que transitoria o permanentemente lo abandonan por su traslado a fábricas, por ir de sirvientas o de nodrizas; solamente los que sufren las consecuencias conocen la desadaptación consiguiente a una salida temporal a la ciudad o a la fábrica.
- g) Protección al caserío, facilitando empréstitos, exonerándoles de cargas contributivas, facilitando al que lo desee el paso de inquilino a propietario, protegiendo por medio de seguros el ganado, la cosecha, etc. Incúlqueseles el cuidado de los árboles.

ZONA INDUSTRIAL

Abrase también en esta zona (en Eibar, Vergara o Mondragón) un Dispensario de Higiene Mental, donde de preferencia se haga propaganda intensiva sobre escuelas de trabajo, orientación profesional. (Una muestra de lo que en ese sentido puede hacerse lo tenemos en la Escuela de Trabajo de Mondragón).



Los trabajadores industriales necesitan cada día mayor y mejor preparación para enfrentarse con su trabajo, necesitan mayores conocimientos para que con el mínimo de esfuerzo consigan un rendimiento mayor y más perfecto; esos mismos conocimientos y aptitudes les son necesarios para que el trabajo no se convierta en una tortura sino que, cada vez, lo ejecute con mayor facilidad, agrado y seguridad.

Empréndase, además, una campaña sobre higienización del trabajo, estudiando sus clases, sus horas, sus elementos, edad del trabajador, instalación de los talleres y pabellones, luz, ventilación, comedores, medios de transporte después del trabajo, etc.

Vigílese aquí más que en parte alguna el trabajo de la mujer, horas, horario, edad, estado, clase de trabajo y protéjase en período de embarazo y de lactancia, enfermedad de sus hijos, etc.

Vélese para que, en estricta justicia, se le dé el salario a que es acreedor por su trabajo, por el número de los familiares, por la carestía de la vida; aléjese de una vez, con valentía, de la casa del obrero el espectro del hambre, las sombras del mañana, el temor desesperado a la enfermedad o a la invalidez; mientras no lleguemos a mirar con serenidad estos problemas y a resolverlos plenamente, recaerán sobre los ricos, los dirigentes de la nación, los empresarios, las causas psíquicas de la enfermedad mental, del obrero.

Lúchese denodadamente contra la tuberculosis, una de las infecciones que más directamente influyen en la aparición de la enfermedad mental. Destiérrense las viviendas insalubres y sórdidas, la ambición de los propietarios de pisos; foméntese la edificación pero la edificación asequible a los ingresos del obrero.

Lúchese, asimismo y más denodadamente aún si cabe, contra el alcoholismo otro de los coadyuvantes más eficaces del ingreso en los

Manicomios; pártese para ello de la distribución de un racionamiento que llene las necesidades diarias del obrero y el cierre de todas las tabernas que excedan de un porcentaje determinado para un número dado de habitantes y en las actualmente abiertas, vigílese, calidad de los vinos, sus impurezas, grados de alcohol, etc. No se obligue a los ayuntamientos a que formen gran parte de sus presupuestos a base de los impuestos sobre alcoholes; foméntese una moral cristiana y humana en el vendedor y en el bebedor.

Mírese con escrupulosidad quienes son los que vienen a instalarse en nuestras zonas fabriles, inquiriendo de donde vienen, a qué ocupaciones anteriores se han dedicado, qué familia o familiares tienen, qué grado de instrucción escolar poseen, qué carácter y qué temperamento dominan en ellos, qué aptitudes tienen y qué es lo que les ha obligado al abandono de su pueblo y provincia.

ZONA PESQUERA

Aquí, como en las dos anteriores, instálese un Dispensario que podría abrirse en Pasajes o en cualquiera de los puertos ya que todos, si exceptuamos Guetaria, están perfectamente comunicados con los demás.

Procede en esta zona tender a la multiplicación de las escuelas de pesca que, como las de agricultura y ganadería y las de trabajo, empiezan a tener su especialización desde la escuela primaria, fomentando el afán de aprendizaje de nuevos métodos.

Es en esta clase de obreros donde en especial ha de tenderse a hacer desaparecer esos estados de emoción relacionados con la ansiedad y la incertidumbre del pan de cada día y dependientes de los azares de la pesca. Una parcela de tierra que ayude a los días de falta de pesca y a los de permanencia obligada en casa los días de temporal; una buena organización de seguros, mutualidades, cofradías, que



eleven la seguridad del mañana a familia tan pobre como es de ordinario la del pescador.

Resuélvase, asimismo, los mismos problemas que se plantearon en la zona industrial; vivienda, enfermedades infecciosas, tuberculosis, vicios como el alcoholismo; organicese y ordénese el trabajo de la mujer y de los menores de edad; facilítese el acceso de asalariado a propietario de la embarcación, de la casa, del terreno; vigílese la inmigración sobre todo en grandes masas y en zonas determinadas así como la emigración.

ZONA DE LA CAPITAL

En esta zona todos los problemas antes expuestos adquieren relieve más acusado y, por lo mismo, los remedios deben también alcanzar mayores proporciones.

Ya hemos dicho anteriormente que sobrepasan al 50 % los que, viviendo en la ciudad, no han nacido en ella y sobrepasan el 45 % los que han llegado a ella a instalarse procedentes de otras provincias. Relaciónese con este dato otro que también lo dimos ya, el de que los inmigrados de la capital acuden al consultorio y al internamiento en el Dispensario Psiquiátrico provincial en una proporción muy superior a los naturales y dedúzcase la atención que este problema de la inmigración debe merecer de las autoridades civiles y sanitarias.

Es también en este medio donde es más necesaria que en parte alguna la orientación profesional por ser donde más abunda la especialización y donde es más difícil llenar las necesidades que la vida de la ciudad impone y exige. Instálense pues aquí las escuelas profesionales, los Institutos de psicotecnia, los laboratorios de orientación y selección profesional, patronatos de protección a la mujer, inspección médica escolar, patronatos de asistencia psiquiátrica, patronatos de protección a la infancia, las escuelas de anormales, los inspectores pedagógicos, el tribunal tutelar de menores, etc.

Desde su dispensario de Higiene Mental hágase propaganda adecuada para la higienización de la urbe en su trabajo, en sus espectáculos exigiendo de las autoridades en qué sentido, con la mirada puesta en la higiene mental, ha de ejercerse el control del cine, del teatro, de las emisiones de radio, de la venta de libros, folletos, revistas y periódicos, ya que todos ellos son elementos de profundas emociones y conmociones psíquicas, además de contribuir profundamente a la formación del carácter, de la ideología, y de los modos de reacción.

Vigílese las demasías en el lujo, en el derroche, como origen de tantas alteraciones psicósomáticas (neurológicas, vosomotoras, endocrinas, etc.); instituyase una lucha abierta contra las toxicomanías, principalmente alcohol, enfermedades venéreas, sífilis, enfermedad de tan desastrosas consecuencias en uno mismo y en su descendencia y las enfermedades infecciosas, sobre todo tuberculosis. Lúchese en fin, contra “la desgracia” compendio y resumen de las causas morales de la locura.

Guerra a las plagas sociales metropolitanas; paro obrero con su caterva de neurosis y de simulaciones, prostitución, criminalidad; guerra al ruido, sobre todo al ruido nocturno.

Llévese a cabo desde el Dispensario la asistencia médica de los psicópatas y solicítese la protección social para los mismos. Es en la ciudad donde pueden organizarse de manera más perfecta todos estos servicios.

A TODOS LOS GUIPUZCOANOS

En general, comiencese la tarea de la higienización mental del guipuzcoano desde la escuela, con amplia intervención del médico en la misma, insistiendo en la educación ética para su convivencia en sociedad, en el sentimiento de responsabilidad en el trabajo, en el noviazgo, en el matrimonio, en la procreación y educación de los hijos, en el sostenimiento de los a él encomendados.



Mímense las tradiciones del suelo guipuzcoano, de respeto a la autoridad, a los mayores y al prójimo, de amor a la naturaleza y a la poesía, de la afición a sus deportes, de cariño a su idioma y a su institución familiar, de firme adhesión a sus creencias católicas.

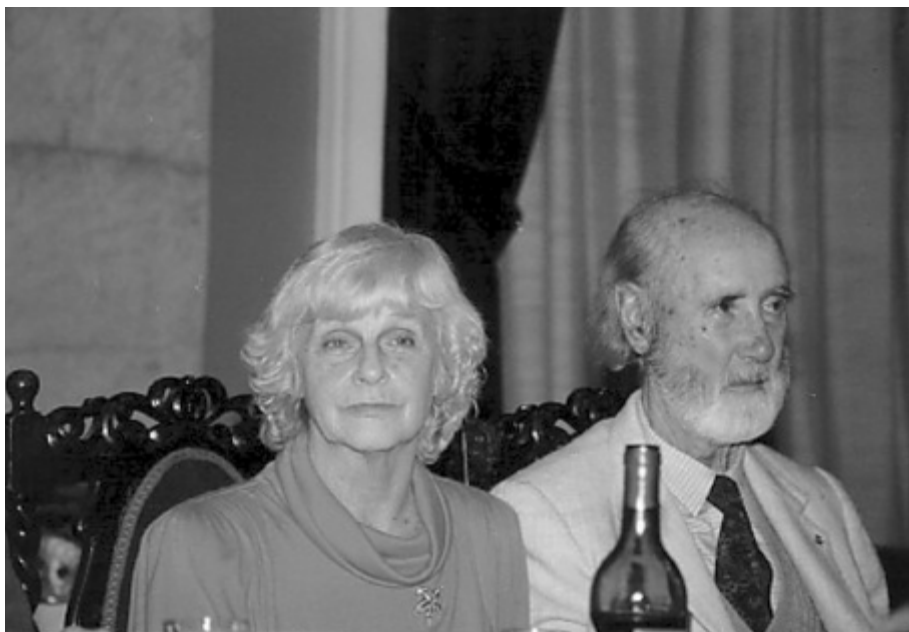
Foméntese la vida doméstica, demostrando que el hogar no es una casa de pensión o de huéspedes mejor o peor avenidos, haciendo hincapié que sus bases son aun mirando bajo el punto de vista de psico-higiene, el amor de por vida, la fidelidad incondicional y la crianza de los hijos disponiéndolos para las dificultades de la vida cotidiana y los fines fundamentales de la vida eterna.

La defensa de la educación de los hijos por los padres con independencia y prioridad a todo otro método educativo.

Hágase llegar a todos la idea de que la educación hace del hombre un ser que engranando con el mundo participa del espíritu de la totalidad tendiendo a su perpetuidad; el hombre, no es solamente herencia biológica, es además ente moldeable y transformable por una metódica educación; incúlquesele la idea de que no encontrará la perfección en la realización de una totalidad existencial y tendrá que acudir a rebasarla en vuelo audaz hacia donde su ser adquiera nuevos mundos, el mundo espiritual, donde se mueven la cultura, el arte, la ciencia y como sublimación, la religión.

Abandonados estos caminos, el hombre es absorbido por la masa que lo despersonaliza y más tarde lo aniquila. Solamente la religión puede salvarlo como hombre y como persona.





Homenaje en Bilbao por GPAB. Hotel Carlton 1989.



Ángel Garma: Salió de Bilbao y volvió para siempre

Carmen Garma¹ e Iñaki Markez

Ángel Garma pasó su infancia en aquel Bilbao de principios del siglo pasado, con sus casi 100 mil habitantes, la cuarta parte de la provincia, en una ciudad que había aumentado su población en el siglo XIX a pesar de las agitaciones y luchas políticas. La naciente industria siderometalúrgica y los astilleros exigían una mano de obra que fue proporcionada por oleadas de emigrantes, que provenían de la propia provincia de Vizcaya y de las provincias limítrofes Santander, Burgos, Alava y, en menor medida, de otras provincias cercanas aunque no limítrofes e incluso desde Galicia. Años de crisis de subsistencia, conflictos laborales, protestas espontáneas por los alquileres de las viviendas y los precios de productos básicos, huelgas en la cercana minería, con grandes tensiones entre socialistas y republicanos, Las duras condiciones de trabajo dan lugar al nacimiento y desarrollo de un potente socialismo que adquiere fuerza y prestigio en distintas huelgas que conmueven a la población y desembocan en enfrentamientos con el ejército y la Guardia Civil. Con un PSOE que iba obteniendo sus primeros diputados, que se implantaba también en los ambientes universitarios y profesionales, transformándose en un partido de masas, alcanzando gran implantación en Asturias, Vizcaya y Madrid, zonas de importantes luchas obreras junto a Barcelona, plaza fuerte del anarquismo. Una primera década del siglo de

gran virulencia y conflictividad social que definió un período del obrerismo vizcaíno denominado de “guerra sin cuartel” que puso de manifiesto las grandes transformaciones sociales en curso en esos años que llevarían a la gran huelga de 1910, centrada por los trabajadores, mineros principalmente, en la reducción de la jornada laboral pero que sería tachada por los empresarios de complot revolucionario. Un Bilbao pujante en una España decaída y desprestigiada como la del 98. Ciudad industrial y mercantil con gran empuje vital, primera ciudad estatal en utilizar el hierro y el cemento armado en la construcción de sus grandes edificios, de vocación europeísta por influjo inglés (fútbol, clubes, empresarios inversores,...) pero que tenía importantes limitaciones respecto a otras provincias españolas: no había Universidad estatal, dependía militar y jurídicamente de otras ciudades al carecer de Capitanía General y de Audiencia, y tampoco tenía Obispado propio. Pero el esplendor económico se dio al no participar en la contienda de la I Guerra Mundial que fue determinante de los demás movimientos: la emigración interior y los nuevos desarrollos debido a la industrialización a través de la siderurgia, los astilleros y la minería produjeron un fuerte crecimiento de Bilbao y de los núcleos industriales próximos favorecido por la construcción de toda una red ferroviaria y la canalización de la ría y el nuevo puerto exterior.

¹ Carmen Garma, hija de Ángel Garma, es psicoanalista y reside en Buenos Aires.



Unas décadas más tarde, la carrera de Ángel Garma fue notable como ya vaticinara Freud aunque no fuera en su patria. La formación especializada primero, la guerra civil y el exilio después le alejaron cuando mejores perspectivas y proyectos de difusión del psicoanálisis tenía. Muchos estudios sobre los sueños, sobre enfermedades psicósomáticas, sobre la psicoterapia o algunos acontecimientos sociales. Pensemos en los importantes estudios sobre la enfermedad psicósomática que requieren de cuidados y de cuidadores. Pero ¿quién cuida de nuestros dolores de barriga frecuentes cuando somos niños? Suele ser la madre. Si la madre falla en sus cuidados, algo sucede: enfermamos.

Hagamos una equivalencia madre... madre-tierra, madre-patria. Si la madre tierra falla o no nos brinda lo necesario para el alivio aparece la frustración. Esa falta puede ser el motor de búsqueda hacia el encuentro de algo que colme nuestras necesidades. Partió Ángel Garma a Alemania para formarse y regresó con lo aprendido a España en 1931, instalándose en Madrid. El deseo de implantarse, él y sus conocimientos, dominaba sobre sus motivaciones profesionales. Lo que hasta aquellos inicios de los años 30 no se había conseguido en la madre patria, comenzaba a hacerse realidad.

La madre patria vuelve a sus andadas. En pleno inicio profesional con las preciosas ideas de solucionar un mundo en crisis, apareció una nueva frustración. Las ambiciones políticas y profesionales se vieron amenazadas y esa madre patria expulsó al exilio a Ángel Garma. Hubo de emigrar. Primero, el destino fue París. Después elige el país cargado y conocido por su familia, Argentina, a su Buenos Aires querido. *Me fui de España por un mes y tardé 16 años en volver*, diría tiempo después. Tenía la ilusión de una ausencia temporaria, que duraría poco tiempo. Creía en el triunfo de sus ideales, aquella vitalidad que lo llevó a participar en la fundación de la Asociación Psicoanalítica Argentina (APA), a impulsar el desarrollo del psicoanálisis en Latinoamérica y a seguir estudiando aún en sus últimos días.

No obstante, Garma se desilusiona. Sostuvo que de la realidad interna era sencillo huir, lo difícil era escapar de la realidad exterior. De allí sus trabajos sobre situaciones traumáticas. Sus raíces le fallaron y tuvo que huir. Se impuso, la realidad. En sus últimos años, era frecuente que intentase recordar sus historias infantiles contadas, entre otros, por su abuela, diciendo que la gran mayoría de aquellos cuentos asustaban a los niños. A él y a sus amigos. Recordaba una en especial, de una fuente donde las personas bebían agua. Su abuela le contaba que serpientes (probables parásitos) penetrarían dentro de él enfermándolo. A partir de esas historias infantiles sigue adelante en su vida buscando fascinado el significado de distintos mitos. Penetra en el lenguaje gráfico, llena su casa con textos sobre arte ornamental y hurga sin cesar en los distintos significados de los dibujos. Se sumerge en los códigos del arte maya y azteca. *Los desplegaba delante mío cuando era pequeña y a modo de historieta cómica disfrutábamos a modo de juego cada lámina*, comenta Carmen Garma. Navegaba entre un texto y otro, comparaba culturas se fascinaba con la comunicación y progreso del ser humano. Y claro, su interés por los sueños fue siempre un tema que se introducía dentro de los distintos temas que lo atrapaban. Realizaba siempre un enérgico y fructífero trabajo.

Surgió luego el enfermo psicósomático. El enfermo ulceroso, las cefaleas los trastornos endocrinológicos y otros más, todos ellos detalladamente seguidos en su manifestación psíquica. Su preocupación por el maltrato en el ser humano lo condujo a escribir sobre masoquismo y sadismo. Sostenía el término *masocosadismo* en contraposición con sadomasoquismo. Comentaba que quien conocía bien el dolor podía hacer sufrir y dimensionar ese sufrir. Fue un padre, un terapeuta y un investigador que vivió para su trabajo. *Había que encontrar ese hueco para atraerlo y disfrutar de su persona cálida pero exigente.*



Aunque fueron muy escasas las ocasiones que acudió a este lado del Atlántico, ya hay referencias de haber estado en Madrid, Barcelona y Bilbao en 1952, en esta última ciudad en concreto, ofreciendo una conferencia en la Academia de Ciencias Médicas. De nuevo, en noviembre de 1987, en el marco del II Congreso Mundial Vasco, se celebró un Symposium sobre Diagnóstico en Psiquiatría contando con la presencia del matrimonio Ángel y Betty Garma el día de la clausura. Allí, más de un centenar de psiquiatras y psicólogos, psicoanalistas muchos de los presentes, pudieron escuchar su breve intervención, agradecimiento incluido. Después, en 1989, en su penúltimo viaje a Bilbao estuvo durante varios días viviendo con gran intensidad aquellos recuerdos que se le agolpaban. Ángel Garma acudió con Betty Good y fueron recibidos en el Salón Árabe del Ayuntamiento de Bilbao por el entonces alcalde, José María Gorordo. Fue el 16 de diciembre de 1989 y allí fue nombrado Hijo Predilecto de Bilbao, recibiendo como recuerdo un ejemplar del libro de fotografías “Bilbao, Un día/ Egun batez”. Hay una curiosa anécdota de aquel día que algunos recuerdan: yendo de camino, del Hotel Carlton donde estaban alojados él y Betty, hacia el ayuntamiento de la villa, pues allí se iba a realizar la recepción, el vehículo oficial —una inmensa limusina— se averió a los pocos metros de ponerse en marcha, teniendo que empujar el vehículo varios psiquiatras y psicólogos que les acompañaban.

En los días posteriores recorrió diversos lugares de Bilbao: visitó la pila bautismal de la iglesia de San Vicente de Abando, donde había sido bautizado, emocionándose y expresando añoranza por los años de su infancia en Bilbao; recorrió los Jardines de Albia, la Gran Vía,... finalizando con una comida en La Sociedad Bilbaína. Otro día, fue invitado por el Dr. Guimón en su domicilio y acudieron a comer al restaurante “Jolastoki” de Neguri, donde insistió en tomar unos txipirones que, por cierto, comió con enorme dificultad por su parkinsonismo. Aquel temblor de manos o sus dificultades para cami-

nar convertían las comidas, los desplazamientos o el atarse un botón en episodios interminables que, sin embargo, con su tozudez finalmente resolvía.

El Grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao (GPAB), organizó un homenaje en el hotel Carlton de Bilbao, estando presentes un buen número de psiquiatras y psicólogos psicoanalistas¹... y también la señora Snaider, viuda de Mariano Bustamante, uno de los primeros analizados por Ángel Garma. Al final del acto, recibido el regalo, un cuadro con la simbólica hoja de roble y una copia de la partida de Bautismo, se cantó el *Agur Jaunak* que Garma correspondió con una palabras y profunda emoción. Finalizó sentenciando: *Siempre he vivido de acuerdo con mis instintos*. Todo aquel grupo de psicoanalistas tenía al lado a un superviviente de algo extraordinario, de los orígenes del psicoanálisis latinoamericano.

Garma falleció en Buenos Aires, el 29 de 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. A las 19 horas de ese día, un Ángel sereno, acompañado de Betty que supo sostenerle hasta el final, entró en el último y profundo descanso. Velado en el salón de reuniones de la comisión directiva de la APA, con las condecoraciones recibidas en los últimos años, la medalla al Mérito entre ellas. Allí tendido recordaba su papel creador, compartido con muchos de los presentes, en la formación que supo legar con suma pasión a los pioneros y a las diferentes generaciones de psicoanalistas. Días antes, el 23 de enero, coincidió con Fidiás Cesio, a la sazón presidente de APA, que le visitó tras haberse agravado su enfermedad. Ángel estaba con Betty. Cesio comentaba: “...hablamos de temas de psicoanálisis —estaba al día de todo lo que acontecía—. Le dije que desde APA pretendíamos reanimar el entusiasmo psicoanalítico que él nos había legado, restablecer sus enseñanzas, aplicar lo que habíamos aprendido con él. Con sus dificultades para hablar



dijo: *Es de hombre bien nacido ser agradecido.* Sabía que el psicoanálisis era su motor vital.

Como decían en su nota necrológica, fue Garma *el español que tumbó a la Argentina en el diván*². Pero él, manteniendo su republicanismo, con sombrero o txapela según las ocasiones, en sus últimos años, había manifestado en varias ocasiones su deseo de que arrojaran sus cenizas en el Abra tras su fallecimiento. Y así lo hizo Betty en febrero de 1994, siendo acompañada por los psiquiatras José Ángel Santa Eufemia y Salva Álvarez, además de M^a Dolores Sierra y Mercedes Veloⁱⁱ, que alquilaron una embarcación —“el bote”— de las utilizadas para el pasaje entre Las Arenas y Portugalete, yendo por la ría del Abra hasta la bocana del puerto. Allí, Betty, con lágrimas y la mirada en el infinito, recordando una marcada ausencia, arrojó las cenizas y un ramo de flores. Pudo sentirse el escalofrío de la eternidad. Una madre patria le expulsó pero él siempre tuvo la ilusión de que se trataba de una ausencia temporal. Ahora, desde entonces, su madre patria guarda sus cenizas en la ría de Bilbao. Allí realizó su último viaje.

Los doctores Salva Alvarez y Begoña Varela habían acudido al encuentro de Betty Goode a Irun pues venía de París en el TGV, yendo después a La Arboleda ya que deseaba observar las vistas de la Ría, la inmensidad de aquella desembocadura que tanto añoró Ángel Garma y que, entonces, con aquel brillo en sus ojos, con emoción nada contenida aflorando en aquel rostro, estaba contemplando. Y a su espalda, la

zona minera que también recordara Ángel. La comida en Montellano (Galdames) con unas suculentas alubias *como manda la tradición*, decía.

Alojada en el hotel Deusto, aquella mujer de baja estatura, ojos azules y pelo blanco, o rubio plateado, con su edad acercándose al 80 pero con sencillez y la enorme vitalidad de quien fuera pionera en el psicoanálisis de niños en Latinoamérica nos transmitió algunas de sus experiencias clínicas. Estuvo una semana en Bilbao y tuvo tiempo para organizar varias supervisiones, trabajando con casos tanto de adultos como de niños, y estuvo en una mesa redonda sobre *La obra del Dr. Garma* en el Colegio de Médicos en la cual participó junto a la Dra. M^a Luisa Castillo y los Doctores Karmelo Malda y José Ángel Santa Eufemia. Con la sencillez de los “grandes”, como dijo una compañera de auditorio, estábamos ante una parte muy importante de la historia del psicoanálisis de niños.

En la actualidad, el movimiento psicoanalítico argentino mantiene aquel impulso que le dieron los fundadores hasta ser una de las fuentes más productivas del mundo y, sin duda, foco esencial en el área castellano hablante. Hay, más de tres mil miembros de las sociedades psicoanalíticas argentinas o de diferentes colectivos en la diáspora americana o europea. Es el resultado del trabajo entusiasta de aquellos pioneros del psicoanálisis, entre ellos y de modo preeminente, Ángel Garma, que permanecerá vivo mientras sea recordado.



² El País, 5-12-1989.

ⁱ Allí estaban José Guimón, Koldo Totorika, Begoña Varela, José M^a Erroteta, Marita Gutierrez, Petri Ortega, Mikel Zubiri, Pilar Onaindía, José Andrés Martín Zurimendi, Diego Luna, Inmaculada Amieba, Arantza Arregi, Pilar Puertas, Isabel Usobiaga, Salvador Álvarez, MariAn Belandia (†), Isabel Barandiaran, Marian Moreno, Karmelo Malda, Antonio Guerrero, Jonny Crawford, Dori Castillo, José María Gutierrez, Julen Ortiz, José Ángel Santa Eufemia, y algunos otros más...

ⁱⁱ Mercedes Velo era la editorialista en Madrid de las obras de Ángel Garma.





Caso Clínico

“Entre la muerte y la vida: una esperanza”

María Verdejo
Centro La Ola. Bizkaia

Quisiera comenzar aclarando que, si bien, para realizar este trabajo he escogido utilizar aquellas viñetas clínicas que conciernen a los espacios y tiempos en los que ha estado mi presencia con N., he de aclarar que, el trabajo que se está realizando no hubiera sido posible sin las muchas y variadas intervenciones de los demás compañeros/as de la Unidad, con el respeto al estilo particular de cada cual y ala iniciativa de cada uno. Porque, tomando prestadas las palabras de A. Di Ciaccia, en el Centro de Día en el que trabajo cada una de los integrantes del equipo trabaja incansablemente para crear una atmósfera para el surgimiento del un sujeto. Compartimos la premisa de que en el psicótico el que está enfermo es su Otro, Otro que sólo le deja ocupar la posición de objeto. Es un Otro que persigue al sujeto, que lo hace sufrir, es el Otro responsable de todas sus desgracias. Es como si el sujeto viviera en una atmósfera desreglada que lo parásita y lo fija en un tipo de relación mortífera, que lleva allá donde está, como podremos ver sucede en el Colegio, en los espacios de T. Libre a los que acude, etc.

Cada conducta, calificada por otros discursos como “disruptiva”, por ejemplo, no será evaluada para ser anulada a apriorísticamente, sino que será leída, leída como el esfuerzo tan terrible que muchos de estos chicos hacen para separarse de ese Otro terrible que los tiene atrapados. Evaluada como la única estrategia que el sujeto ha encontrado para escapar del sufrimiento, sufrimiento que no es fácil de escuchar cuando el chico revienta la dinámica de una clase, insulta reiteradamente en cuanto se le enfrenta con la norma, etc...

Un mártir:

“Entre la muerte y la vida: una esperanza”:

• ¿DE CÓMO CONOCIMOS A N.? (Propiciar un primer encuentro)

Conocimos a N. mucho antes de que llegara al Centro de Día. Estábamos en el tiempo de la incorporación progresiva de uno de los Niños a su centro escolar ordinario y, en cada una de las reuniones de coordinación se hablaba de N.

La maestra manifestaba su total desbordamiento para con este niño, *un martirio para la maestra*. En el colegio N. se hacía “rechazar” continuamente, mostrando una conducta totalmente agitada y desinhibida, fuera de toda norma y acompañada de un vocabulario muy soez y lleno de insultos graves. La escucha de este discurso fue interpretado por el Equipo del Centro Día como de *una demanda*. Construimos juntos las estrategias posibles para que los padres consintieran en hacer un primer contacto con el Centro de Día.

Hasta aquel momento las relaciones colegio y familia estaban impregnadas de quejas continuas sobre el chico. Sin embargo, el colegio se había comenzado a dar cuenta que, las consecuencias eran que el niño mostraba una conducta aún más “disruptiva”.

La estrategia de intervención giró hacia la demostración a la familia del punto de preocupación y, quizás, de imposibilidad para el colegio de ayudar al chico como éste lo necesitaba, dado que, desde el campo estrictamente pedagógico, el colegio, a pesar de los recursos



dispuestos, no observaba una mejora, e, incluso, comenzaban a cuestionarse si, en vez de ayudarlo, tal vez pudieran estar contribuyendo a un progresivo empeoramiento del chico. Por ello, solicitaban la ayuda de los padres para pedir que al chico se le incluyera en uno nuevo programa. Los padres se interesaron así en conocer el nuevo dispositivo y solicitaron una primera entrevista. Si bien hay un “supuesto consentimiento” de los padres a que el niño comience para el nuevo curso su escolarización en el Centro de Día, observamos su “no consentimiento actuado”.

En la actualidad, el padre está pudiendo elaborar su posición en referencia a este hijo y “sus dificultades psíquicas”, pudiendo darle otro lugar que “el del chico que había que enderezar con mano dura”. Llevándolo de colegio en colegio, cada cual más disciplinario, para que el chico aprendiera, como lo hizo él, a comportarse civilizadamente. Ahora, se interroga por cómo puede él hacer para que este chico mejore, para que pueda ser feliz... Para la madre está resultando mucho más difícil. Ha sido necesario incluirla, con su consentimiento, en un trabajo psicoterapéutico propio. Ella oscila constantemente entre la idea de que este centro está ayudándola a conocer a su hijo y la idea de que aquí le estamos enloqueciendo al chico.

• De cómo el sujeto existe antes del nacimiento biológico:

La llamada de este chico al Mundo se realiza de una manera muy particular:

Mucho antes de su llegada, ni el padre ni la madre se habían planteado tener más hijos. Ellos estaban contentos con la familia que habían formado: un padre, una madre y dos hijos varones “estupendo”.

A la edad de cinco años del hijo menor, la familia estaba en el pueblo de los abuelos maternos pasando el fin de semana. La madre va

a salir de cena con las amigas y el padre se queda al cuidado de los hijos, junto con los abuelos.

El hijo pequeño juega con su triciclo. El padre tranquilo porque está con otro amiguito más mayor, sube a la casa, mirando de vez en cuando desde el cristal de la ventana.

Pero hay un accidente en el momento que el niño sale a la carretera con el triciclo, y el coche no puede frenar a tiempo. El niño sale disparado por los aires y muere.

Este acontecimiento supone el comienzo de un “*martirio conyugal*”: la madre le pide insistentemente un hijo al marido. Si bien, él muestra una cierta disconformidad, accede porque observa muy trastornada a su mujer con el acontecimiento —dice—. El embarazo no llega. Acuden a la medicina para probar diferentes métodos que la ciencia pueda ofrecerles. Sin embargo, nada les da resultado. La pareja se va distanciando cada vez más. Será cuando deciden abandonar el proyecto, tiempo que coincide con la enfermedad de la abuela materna, que obliga a la madre de N. a acudir a cuidarla, que ella se queda de nuevo embarazada. Esto la sume en una gran dicha. Si bien siente, desde el comienzo que este embarazo tiene una marca de exceso, exceso de movimiento.¹ Ella contará al respecto que no se separará de N. para nada. El padre recuerda que él veía cómo ella le sobreprotegía de todo, acusando a la madre de todas las dificultades de su hijo. La madre vuelve a quedarse embarazada cuando N. tiene un año. Es una niña, “un regalo” la nombra. Parece que a partir de este momento comienzan los problemas para la crianza con N. convirtiéndose la crianza de N. en un *martirio para la madre*, que oscila su atención entre la sobreprotección y el abandono. Esta misma posición es la que el niño nos ofrece cuando llega al Centro de Día, un *martirio*.

Para el trabajo nos orienta una pregunta, ¿cómo inventar las condiciones de una oferta

¹ El niño será diagnosticado de “hiperactividad”



para que el sujeto consienta a tener la suerte de algún resultado posible fuera de esta identificación mortificante que lo persigue: *martirio*, que es leído como “mártir del Otro que lo habita”.

• **Recorridos**

A la edad de cinco años, la misma que tenía el hermano muerto cuando el accidente, la madre consulta al Centro de Salud Mental de la zona por indicación del Colegio porque observan un niño fuera de toda norma, que muestra “una conducta sexual exhibicionista y propuestas sexuales a cualquier niño o niña del colegio, sin importar el sexo del mismo”. Ella refiere en aquel momento de la consulta que lo ha protegido mucho y que ahora quiere que la ayuden a ayudarlo a crecer. La psicóloga que le recibe observa un cuadro afín a “un retraso emocional grave, sin límite alguno”. Se les oferta tratamiento psicoterapéutico individual. Oferta que no se recoge. Sin embargo, el niño es llevado a otros centros, bastantes consultas, neurólogos, psicomotricistas, logopedas...² Recibirá diferentes diagnósticos, según la especialidad consultadas.

La madre se erige en la concedora del mal de su hijo y la única que puede ayudarlo, no permitiendo que los tratamientos permanezcan y, haciendo caso omiso de las diferentes indicaciones dadas.

El padre, por su lado, decide cambiarle de centros escolares porque estima que necesita mucha mano dura para *enderezar su carácter*. El desacuerdo entre la pareja parental es manifiesto, pero no hay posibilidad de encuentro.

Cuatro años después de este peregrinaje por especialistas y colegios, vuelven a pedir consulta den el Centro de Salud Mental de su zona. Sin embargo la oferta de tratamiento,

ahora ampliada a la madre también, es de nuevo desatendida.

Sabremos, ya en el Centro de Día, que este niño ha sufrido múltiples accidentes, que “en el hospital de urgencias le conocen como si fuera su casa” —comenta la madre—.

• **En el centro de día:**

I. De su llegada:

Tras las primeras entrevistas con la familia recibo al niño individualmente.

Le recuerdo que estos días vamos a hacer lo que hablamos con él y con sus padres, conocernos para saber si el curso próximo podrá entrar en el Centro de Día y así conocer de qué manera podemos *ayudarlo a aprender y a tener amigos*, como él nos había dicho también en la entrevista.

El chico pregunta: ¿Qué hago?

Le propongo el dibujo de una persona. Acepta y coge papel y lápiz.

Hace el dibujo y dice “Una cruz, la de Jesús”. (Parece una tumba. Y sobre ella una figura humana, con ojos vacíos y los brazos en cruz también).

Yo escribo lo que me va contando y entonces él también lo hace. (Su escritura es poco uniforme, el ordenamiento caótico, con uniones y fragmentaciones...)

Parece incómodo mientras escribo y le propongo convertirme en su secretaria, escribiendo sólo lo que él me vaya diciendo. Esto parece tranquilizarlo, dándome permiso para seguir escribiendo.

Dirá que es *un fantasma*, lo llama Casper. Escribe que *está triste*.

² Se quedará pegada al nombre “dislexia” porque ella siempre tuvo dificultades con el lenguaje y por ello no pudo responder a las expectativas de la madre que quería que hiciera unos estudios y se valiera por ella misma sin depender de ningún marido. Pero ella no pudo estudiar por sus dificultades de expresión.



Después escribe: “Está rezando la *salve María*”.³

Le pone el título de “*Los amigos de Casper*”.⁴

La historia es fragmentada y caótica.

Cuando abordamos el dibujo de la figura femenina omite totalmente los elementos del interior de la cara. Dice: “*Una chica no sé... está contentísima, la voy a poner contentísima. Le gustan mucho las muñecas, cosas de chica*”. Entonces le asegura, con total certeza, a la psicóloga en prácticas: “*A ti también te gustan las muñecas, tú eres una chica*”. Cuando ella le responde que también le gustan otras cosas, se agita y comienza un discurso sin cortes, verborreico, lleno de insultos, en el que la madre ocupa un lugar central, y hace *un equívoco* hablando de las amigas de su madre como *suyas*.⁵

Se oye el ruido de un avión y se detiene, toma un papel y dibuja un helicóptero... Habla de él con certeza absoluta.⁶

Al día siguiente le invito a entrar en la sala de los juegos: Accede y muestra un juego que reiterará durante un tiempo, están los chicos en el colegio. Sobre el colegio hay un gran monstruo. Hace mucho ruido, y cuando salen a mirar qué hace ese ruido, no ven a nadie. En el colegio están muy asustados. Nadie puede hacer nada.

“El monstruo —dice— se apodera de tu vida, chupa la sangre para coger tu fuerza”. Podemos observar cómo el monstruo toma a

otros personajes, como al conductor del autobús, que tendrá un accidente cuando los niños van al colegio.⁷

Observo que, al igual que ocurrió con el discurso sobre la madre, el juego lo va excitando más, y aparece un discurso lleno de palabrotas y amenazas. En este momento no permite la intervención de nadie, es como si un simple gesto lo amenazara, como si algo terrible fuera a ocurrir, y cada vez hay más y más peligros.

Detengo la escalada con un “se ha terminado el tiempo”. Me pide un objeto del juego, el monstruo. Le responde que el monstruo se tiene que quedar aquí en el Centro de Día, pero que, si lo desea puede llevarse otro. Toma un superhéroe.⁸

Se decide administrar un fármaco. Sin embargo, esta tarea tomará su tiempo, sabemos de la importancia de que este tipo de actuación vaya acompañada de un trabajo previo con la familia y el mismo chico.⁹

A lo largo del primer trimestre del curso, trimestre muy duro y difícil, el chico ha mostrado una conducta en la que la extracción de objetos del Centro, la ausencia de los espacios a los que su horario le destinaba, y la presencia en aquellos otros donde no le correspondía, han jugado un papel fundamental. Así como, su paseo incesante por los bordes del edificio. Todos estos “fenómenos conductuales” han sido y son leídos en el Centro de Día, como intentos del Sujeto para separarse del Otro que lo habita.

³ Mi nombre es María.

⁴ “Tener amigos” es una de sus demandas.

⁵ La madre le lleva constantemente consigo a hacer multitud de actividades extraescolares y otras semejantes porque sostiene que, al igual que a ella, lo único que puede ayudar a su hijo es este tipo de actividades con la amigas.

⁶ Vuelve a impresionar como lo que él dice es absolutamente cierto.

⁷ No voy a extenderme mucho en este punto, si después se desea y lo permite el tiempo podremos hablar de ello.

⁸ Esta intervención trata de ordenar un mínimo, el monstruo se queda en el centro de día, él, puede irse sin él. Y se lleva a alguien que tiene fuerza, un superhéroe.

⁹ El niño será diagnosticado de “hiperactividad”



La estrategia a utilizar es y ha sido la “reconstitución de la función del Otro”.

Si lo que este chico nos muestra es un pegamiento a una figura monstruosa, sin límites y caprichosa, nosotros teníamos que ocupar otra función para él: nuestras primeras intervenciones fueron del lado de “barrarnos” nosotros mismos: así, cuando él me quitaba las llaves del edificio, yo le decía que los jefes se iban a enfadar conmigo porque yo tenía que devolvérselas cada día al marcharme. De manera que no se apelaba en ningún momento a pedirle que las devolviera, dado que esto hacía que no le quitáramos la mirada de encima, ni la voz tampoco, y, él solía responder desde un insulto ante estas otras intervenciones: “Quita de ahí hija de puta. Déjame en paz! Yo no te he robado nada”.

La regulación de nuestros actos remitiéndonos al tercero, le permitía en muchas ocasiones devolver el objeto, aunque no fuera en el mismo momento.

No obstante, observamos la importancia que para él tenía la extracción de ciertos objetos y su función particular en la formación del psiquismo de este chico. Nos preguntábamos por la función que para él tendría extraer un objeto del Otro.

Las llaves parecían que cobraban un significado especial.

En una de las sesiones en la que él juega reiteradamente con mi juego de llaves, sale y entra llevándose las llaves, las entierra... Decido preguntarle si a él le gustaría tener un juego de llaves propio, de él y no el de María. Me pregunta: —“¿Puedo?”—. Le respondo que podríamos escribir una carta a los jefes pidiéndoselo: Él accede y me pide que yo escriba la carta. Yo le pido que me dicte —de nuevo su secretaria— y ponga después su firma —dado que yo no

soy quien hace la petición—. Traigo a la sesión un llavero para él, un llavero que es mío y del que estuvimos hablando. No tiene llaves aún, pero es lo que permitirá que sus llaves no se pierdan. Él irá introduciendo diferentes llaves, pidiéndome alguna mía, no ya del centro, colocando la llave de su casa, y algunas otras. La traerá como un tesoro. La madre ha consentido en dejarle la llave de la casa para que también la pueda guardar en su llavero. De esta manera se terminará su necesidad de coger cualquier llave. Esta conducta cesó totalmente.

También se produjo otro incidente importante en este aspecto: él trae una navaja al Centro de Día. La maestra se la ve y le dice que los jefes no dejan traer navajas al Centro. Él le dice que la ha traído sólo para defenderse, que no la va a utilizar si no es necesario. Ella le responde que esto es mejor que lo hable con su terapeuta y que ella le puede acompañar. El chico accede y le pide a la maestra que ella cuente el suceso.

Le pregunto de qué tiene él que defenderse. Cuenta cómo el otro día un niño de la Unidad le quiso tirar una piedra muy grande. Le señalo el alféizar de la ventana del despacho y pregunta: “¿Cómo está aquí la piedra?”. Le comento que él es el chico que ha venido el último a la Unidad y que aún no ha tenido el tiempo necesario para conocer el Centro de Día.

Le respondo que en este Centro los adultos ayudamos a los niños a no hacerse daño y, que, ayudamos al otro niño para que pudiera dejar la piedra. Entonces él cede voluntariamente la navaja, que también se queda guardada en el despacho.¹⁰

2. De su trabajo particularizado:

2.1. Sexuando el cuerpo:

A lo largo del primer trimestre observamos que el chico muestra un interés especial por temas relacionados con la sexuación.

¹⁰ El niño será diagnosticado de “hiperactividad”



N. comienza a detenerse especialmente en el tema de “las tetas” de las chicas de la Unidad, tanto profesoras, niñas o terapeutas.

En uno de los talleres me dice: “tú tienes tetas grandes?” Quiere tocarlas. Hago un dibujo de una mujer con tetas grandes. Me dice que su madre tiene tetas grandes.

En la siguiente sesión introduzco un juguete que semeja un pecho femenino. Lo toma. Se lo pone encima y dice: “soy una mujer con pito”, juega a pasearse por la sala canturreando, “soy una mujer con pito”. Después me llama y dice: “ahora tú eras el médico y yo iba al hospital y tú me tenías que quitar las tetas. Acepto y realizo la escena pedida. Después él coge las tetas amputadas y me las coloca a mí diciendo: “tú eres una chica. Yo soy un chico”. Y decido dejar en ese punto la sesión.

Así también en varias sesiones de psicomotricidad jugaremos sobre las diferencias y él, ya, colocará, “tetas pequeñas que no crecen” para los chicos y “tetas grandes” para las chicas. Además él formará parte del grupo de los chicos en diferencia del de las chicas y proclamará que “los chicos tienen más fuerza, que las chicas tienen más miedo, la diferencia de la voz, etc.”

Sin embargo hay otro punto en relación ya no de la imagen del cuerpo sexuado, sino del goce del órgano que lo perturbaba.

Relataré a continuación lo acontecido en un encuentro sin programar. Viene el chico a la enfermería, porque le duele la espalda y la maestra ha observado marcas en ella. Le pido permiso para levantarle camiseta. Su espalda está llena de arañazos. Le pongo una pomada calmante, también con su permiso —es una tarea que requiere del contacto con el cuerpo y, en este chico, las manos del Otro no son pre-

cisamente silenciosas—, y me pregunto en voz alta cómo es posible que la espalda de N. esté de esta manera arañada. Cuenta que le han expulsado de una de las actividades de tiempo libre a las que acudía y que su madre se ha enfadado con él: “Me ha duchado con agua fría esta mañana y me ha frotado muy fuerte”. Respecto del enfado contará que le entraron ganas de mear muy fuertes y que tuvo que sacarse el pito porque si no se iba a mear por dentro. Que esto le ocurre algunas veces, que el pito de duele y se mea por dentro”¹¹ N. expresa cómo es algo que le viene de pronto y que él no quiere mearse por dentro porque igual el pis se le mete por todo el cuerpo y se puede morir. Le digo que a las personas nunca se les mete el pis por dentro, que siempre sale para afuera, que tenemos en el cuerpo una puertita que no permite que esto ocurra. Le aseguro que es imposible. Luego a él le daría tiempo ir a un lugar protegido de las miradas para hacerlo y que no le volvieran a expulsar. En este momento sólo me planteo calmar su angustia y, junto al resto de compañeros nos preguntábamos si abordar o no el tema de la sexualidad en este caso. Optamos porque uno de los componentes masculinos de la Unidad se permitiera la posibilidad de hablar, pero él no la aceptó. Sin embargo el incidente no se ha producido en público en más ocasiones. Ahora él habla de “hacerse pajas”, se retira, se va al WC y vuelve.

2.2. Subjetivando su historia:

Como he señalado al comienzo este chico nos convocaba una y otra vez al miedo de que le sucediera algún accidente. Por ello comenzamos a trabajar sobre la hipótesis de que este fenómeno estuviera relacionado con su historia personal. Así cuando se columpiaba y giraba su cuerpo para que su columpio golpease el otro, pero no se golpeaba su cuerpo, fui introduciendo elementos de su historia personal: “N. está practicando para no hacerse daño, para proteger su cuerpo de los accidentes, para que no le ocurra como a

¹¹ Creemos que esto pudiera estar hablando de la llegada de la erección y de cómo este chico, asociando a su enuresis nocturna habla de lo que es sentido.



su hermano A. que no pudo apartarse y el coche le golpeo y lo mató”. Como consecuencia N. se levanta y ata el otro columpio, permitiéndose jugar con placer, sin golpearse. Esto conducía también para invitarlo a acudir a la sala de psicomotricidad y jugar con el cuerpo para aprender a **defender**¹² mejor su cuerpo.

Pusimos en escena la figura de la muerte —una terapeuta tapada toda ella con un trapo negro— y jugamos a encontrar “sus puntos débiles”, como tapparla con un trapo blanco, entre otras invenciones. También a identificar cuando se acercaba. Se construyeron murallas, se bordeo con trapos blancos el lugar de los vivos... Fue este un trabajo muypreciado por N. En otros espacios y con papel blanco, fue construyendo límites para protegerse de invasiones supuestas, fue recortando el espacio, haciéndolo habitable.

La sala de psicomotricidad ahora ya no está habitada por la muerte, que ha quedado expulsada. A ella ha podido acudir otro momento muy importante para este chico: Jugando a solfear en las colchonetas “quitamiedos” N. se cae —sin peligro alguno, porque él ya sabe que estamos ahí para protegerle y que no vamos a permitir que su cuerpo esté en peligro— es, pues, un accidente que forma parte de la escena posible. Bien, este acontecimiento, ha sido empleado para introducir cómo llegó él al Mundo. Cuando lo estoy contando, él escucha atentamente, me pregunta: “¿Cómo lo sabes?” Respondo que me lo han contando sus padres para que así le pudiera ayudar mejor a él y que me dieron permiso para contárselo. Entonces toma un objeto a modo de teléfono y comienza el siguiente diálogo entre él y su hermano muerto:

N. —¿A. dónde estás?

A. —En el cielo

N. —¿Pero dónde?

A. —Cerca del sol.

N. —¿Qué haces allí?

A. —Estoy con mi triciclo

N. —¿Estás solo?

A. —Sí, estoy solo. Estoy muy aburrido y muy triste.

N. —Adiós A.

Me da el objeto teléfono y me dice que ahora puedo yo hablar con mis padres. Respondo que podría hablar con mis abuelos porque mis padres están vivos. Acepta y lo hago, en la conversación le pregunto a mi abuela si conoce a A. y me dice que sí. Le pido que cuide de él en el cielo. Después el otro terapeuta toma también el teléfono pregunta si él también puede despedirse de su hermano pequeño, que murió también cuando era un bebé. N. le dice que sí. Terminamos aquí la sesión y al salir me llama y dice: “sabes, yo soy una animal terrestre. Me gusta más tener los pies en la tierra. Además el cielo es muy aburrido. ¿Y a ti?”. Le respondí que por supuesto que me gustaba más pisar la tierra. Una compañera, en el taller siguiente contó que N. le había dicho que él no podía volar porque él era humano y que los humanos no tienen alas.

3. Su deseo de incorporación al grupo de iguales:

Poco a poco, N. está pidiendo volver a encontrarse en los espacios grupales, si bien, aún le cuesta. El pasado jueves, aprovechando la salida del taller de la cocina, espacio que, junto con el taller de informática, han sido lugares privilegiados para la posibilidad de compartir los espacios de N. con otros niños, y, aprovechando también que los niños en el entreacto

¹² Es el significante que él utilizó al comienzo de su estancia en el Centro de Día.



de los talleres habían bajado al jardín, las terapeutas decidimos acudir al jardín y a la propuesta de uno de los niños de realizar allí el taller de juego porque hacía un día lleno de sol y habían estado encerrados toda la mañana, decidimos decir que sí e invitar a N. a quedarse si este era su deseo porque se podían quedar también sus terapeutas haciendo un taller conjunto. La experiencia resultó muy grata porque los otros niños pudieron compartir un espacio en el que N. se mostraba muy habilidoso, tal como le sucede en el taller de informática.

Hemos planteado la posibilidad también de incluir en el taller de psicomotricidad a otro compañero del grupo y ambos han aceptado. Esperamos que, poco a poco, el lazo social cobre mayor significación para este chico, que parece está pudiendo construir un vacío en el que poder albergar su historia, sus compañeros, y, deseamos que, una escolarización en su centro ordinario. Él ha comenzado a expresar su deseo de volver a aprender cosas del colegio, y así poder acudir como hacen otros chicos de la Unidad.





Jornadas anuales de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano:

Políticas del síntoma, en la clínica psicoanalítica, en la ciencia y en el arte.

Bilbao 11 y 12 de diciembre 2004

Félix Rueda y Mónica Marín

La ría, con su corriente fluvial, siempre fue el nervio, el corazón de la ciudad de Bilbao, ciudad del hierro. En otros tiempos se situaba allí la actividad portuaria, industrial y de construcción de buques que la hicieron rica. Hoy sigue siendo su arteria principal. Lo que antaño fue hervidero de actividad industrial y naval, es hoy lugar de experimentación de arquitectos y urbanistas. Y así descendiendo por la mansa corriente que atraviesa la ciudad, su nuevo paseo nos lleva desde las escamas de titanio del museo Guggenheim, que brillaban ese fin de semana bajo un cielo resplandeciente, hasta el Palacio de Congresos Euskalduna, ideado como un homenaje al astillero que antaño ocupaba su lugar y al buque fantasma del holandés errante, ya que en él se celebran las representaciones de ópera de la ciudad. Ha sido en este palacio en el que más de 350 colegas venidos del conjunto de España, de Italia, Francia, Bélgica (ECF), Suiza e Israel (NEL), nos hemos reunido durante los días 11 y 12, para celebrar las III Jornadas de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis (España), que en esta ocasión se realizaron conjuntamente con la Scuola Lacaniana di Psicoanalisi (Italia), bajo el tema "Políticas del síntoma, en la clínica psicoanalítica, en la ciencia y en el arte". Un apretado programa de trabajo que se inició el sábado a la mañana con la apertura a cargo de Mónica Marín y de los presidentes de las dos Escuelas: ambos diferenciaron el psicoanálisis del lado del sentido del psicoanálisis orientado por lo real.

Vicente Palomera, presidente de le ELP, definió nuestra época como la de la pulsión sin Otro, pero con síntoma, y nuestra política como la del respeto a su envoltura formal. Maurizio Mazotti, presidente de la SLP, subrayó que si el síntoma se compone de pulsión y defensa, el psicoanálisis permitiría

un modo de relación al goce perturbando la defensa.

A continuación la primera de las plenarias de la mañana se inició con el trabajo de Riccardo Carrabino: *politiche del sintomo, sintomo delle politiche* quien se interrogaba sobre fenómenos actuales tales como los llamados estragos del sábado por la noche, y las relaciones mafiosas. El texto de Félix Rueda: Una pregunta sobre el porvenir, articulaba la conferencia de Jacques-Alain Miller en Comandatura (agosto '04) con La tercera de Jacques Lacan. Antonio Di Ciaccia en su ponencia *Il singolare*, propuso, que existe una sola política del síntoma, "que haya goce". Su segunda afirmación es que hay dos políticas sobre el goce, la de Lacan y la de los otros. Si la primera política de Lacan sobre el síntoma fue considerarlo estructurado como un lenguaje, en su segunda época este aparece como un nudo de signos. El síntoma como la particularidad del sujeto, signo de su relación a lo real. Sin embargo lo singular no es lo particular. Tres singularidades: Hacerse un nombre, el acto, hacer pasar al analizante por el buen agujero de lo particular, una forma de "Antipolítica". En su exposición, Nuestra política: el futuro es la Escuela, Manuel Fernández Blanco nos recordaba como la Escuela ya no será más un refugio. Es el tiempo de ir al ágora, de dar batalla a la mentira del cientismo y la normopraxis que pretende la gestión comercial del síntoma.

La segunda plenaria comenzó con el trabajo de Luisella Brusa, *Politiche del sintoma, politiche della scrittura*. A partir de un caso en el cual recorre el destino de la relación de una mujer con la escritura, planteó como el recorrido de un análisis toca el estilo de la creación, la relación del sujeto con lo real cambia, y la posibilidad de la creación ex nihilo puede



tomar el lugar de otro estilo de creación. Paola Francesconi, en su exposición *il poterre separatore dell'oggetto*, se preguntó qué política del síntoma en un caso que no cree en el significante y con peligro de pasaje al acto suicida. Se trataba de darle un punto de capitón, con cierta urgencia, frente al riesgo existente y a partir de la clínica borromea privilegiar el saber hacer con el síntoma, como su solución. La mañana desarrollada en un modelo de non-stop finalizaba con la tercera plenaria dedicada a los testimonios de los AE, los Analista de la Escuela, dedicados a responder a los problemas cruciales del psicoanálisis: Jacqueline Dhèret, Xavier Esqué, Yasmine Grasser, Estela Paskvan y el privilegio de escuchar por vez primera en España el testimonio de Laure Naveau.

El sábado a la tarde, 33 trabajos fueron presentados en seis salas simultáneas. Con la cuarta plenaria se inició el trabajo del domingo a la mañana. En ella Carmelo Licitra: "La política del síntoma en la neurosis", planteó la diferencia entre síntoma y sujeto, en relación a la tarea de autojustificación a la que el neurótico se aplica. Domenico Cosenza se refirió a la política del síntoma en el campo de la clínica contemporánea, proponiendo la clínica monosintomática como el terreno en el cual la política del discurso hipermoderno y la política del psicoanálisis lacaniano encuentran un punto de convergencia estructural, pero al mismo tiempo una diferencia radical en la lógica de sus funcionamientos. Rosa M^a Calvet en su trabajo "Un factor de política del síntoma", desprende, de la definición lacaniana del síntoma en el espacio político, la idea de que la estructura social contemporánea es la negociación al por mayor de los cuerpos.

La última de las plenarios comenzó con el trabajo de Eugenio Díaz Massó: "Invariable del síntoma en el psicoanálisis, en la ciencia y en las clínicas contemporáneas". Desarrolló en cuatro puntos la incidencia del síntoma en la política del psicoanálisis: "en relación al sujeto, en la terapéutica, en cuanto a lo real, y en el porvenir del psicoanálisis". José Ramón Ubieto bajo el título "El pasaje adolescente" subrayó la naturaleza paradójica de algunas políticas. Tomando la que responde en los discursos

sociales a ese real de la pubertad llamado adolescencia como expresión sintomática. Por un lado lo joven aparece como un ideal fascinante, pero por otro los sujetos jóvenes no constituyen una prioridad en las políticas sociales públicas, si bien son el principal activo, utilizados como masa anónima, en guerras y conflictos. Máximo Recalcatti se preguntó si la sublimación en la época contemporánea sería todavía un destino posible de la pulsión. Para indagar una política del síntoma que en la actualidad parece sostener la sublimación como destino imposible de la pulsión. Para esto consideró dos lugares sintomáticos de esta imposibilidad: "la clínica de la anorexia y cierta tendencia del arte contemporáneo denominada *body-art*".

Éric Laurent, de manera brillante inició su conferencia de clausura, refiriéndose a Bilbao, y como ésta para reinventarse y procurarse un nuevo lugar en la civilización supo instalar en los restos de su historia, en el centro de las significaciones de su historia, un síntoma: el punto G (Guggenheim), así Bilbao devino un síntoma con una ciudad alrededor. Este síntoma indescriptible, el objeto G es también una interpretación: reordena la ciudad, la desplaza, transforma su forma reflejándola en sus grandes vidrieras. La imagen real de Bilbao, su cuerpo, se transforma en el espejo del punto G, se "anamorfosea". A partir de aquí se preguntó qué es el síntoma G, haciendo un recorrido por la historia del arte. Partiendo de considerar al objeto G como un objeto extraordinario, pero perfectamente accesible, pasó a considerarlo como fundado en un trauma. Finalizó considerando el síntoma en la última enseñanza de Lacan como un S1 solo, no vinculado al S2, sino vinculado por el efecto que produce. No es un efecto de significación, sino un impacto directo, es decir, que es un síntoma que no se vincula a través de S2, sino como objeto. Ilustró esto en la obra de Oteiza, para finalmente situarlo en cada uno de los testimonios de los AE —Analista de la Escuela— que escuchamos el día anterior. Todo esto discurrió en un ambiente de gran cordialidad, inaugurando lazos hasta el momento inéditos entre los colegas de ambas Escuelas.





In memoriam. Darío Foà

«El lobo es un estereotipo que no funciona ni siquiera ya en las fábulas, y cuando alguno escribe “soy culpable”, súbito después admite no “poder más con este decrepito juego a guardas y ladrones”. Lobos de verdad he encontrado pocos y cuando esto ha sucedido solo pueden ser aceptados como aquello que son.»

Darío Foà

Esta reseña en la Revista Norte quiere ser un homenaje póstumo a Darío Foà, psicólogo y médico milanés que dedicó los últimos veinte años de su vida al mundo de las cárceles y sus habitantes. Conocido como el “psicólogo–médico de la cárcel milanesa de San Vittore”, fórmula simple y demasiado reducida, como muchos lo conocían, era en realidad el responsable del Servicio del Area Penal y Cárceles de la Unidad Sanitaria Local de Milán. Coordinador —y mucho más— de todos los proyectos para la recuperación de toxico dependientes detenidos en las cárceles milanesas de San Vittore, Opera y Bollate. Su proyecto preferido era “La cura vale la pena”. “El proyecto nació en el Palacio de Justicia de Milán”, explica el propio Foà, “y está dedicado a toxico dependientes arrestados y a la espera de un proceso rápido”. La iniciativa, fuertemente sostenida de magistrados y operadores socio–sanitarios de los servicios de asistencia a la toxico dependencia, persigue derivar los casos de micro criminal hacia las estructuras rehabilitativas, como asistencia domiciliaria, centro diurno, comunidad terapéutica, en lugar de a la cárcel, a fin evitar la recaída en comportamientos criminales. El ya conocido como “Modelo Foà”.

Para Foà los detenidos eran sobretodo personas a tratar como tales. Desde hace tiempo había solicitado mayor atención para quien vive dentro de la cárcel y es padre (se

calcula que cada año medio millón de niños en Europa se encuentran en la condición de tener el padre, la madre, o ambos, en la cárcel). Había colaborado en el proyecto “Il lupo racconta” (“El lobo cuenta”), un libro con once historias escritas por detenidos dedicadas a sus hijos. Otro proyecto en el que estaba empeñado era “La nave”, en colaboración con el Museo de la Ciencia y de la Técnica, a poca distancia de la cárcel de San Vittore, que ponía disposición de los hijos de los detenidos una sala para jugar a la espera de las entrevistas con los padres.

Darío Foà era un hombre extraordinario que ha ayudado a muchos jóvenes a combatir la toxico dependencia, así lo describía Sebastián Ardita responsable de la dirección general del Departamento de la Administración Penitenciaria. El último proyecto en el cual había colaborado era “Dap Prima”, presentado hace menos de un mes en Roma, una iniciativa del Departamento de la Administración Penitenciaria italiana para encontrar una forma de colaboración entre instituciones en modo de tomar a cargo a los toxicómanos desde el momento del arresto para acceder alternativas rehabilitativas antes que a la cárcel.

Darío Foà falleció asesinado a manos de un toxico dependiente el Lunes 14 de febrero de 2005.



Petra Paula Merino. Lisboa, 18/02/2005



Próximas citas

- 3-4 de marzo** **Vitoria-Gasteiz**
XIII Curso de Actualización en Psiquiatría
Secretaría: 945 00 65 34 • adelolmo@sscc.osakidetza.net
- 3, 4 y 5 de marzo** **Logroño**
X Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías
- 10, 11 y 12 de marzo** **Granada**
II Jornadas sobre Heroína. Escuel Andaluza de Salud Pública.
- 31 de marzo, 1 y 2 de abril** **Cordoba**
VI Simposium de la Fundación Castilla del Pino: *Adicción a las Drogas: ¿Adaptación o toxicidad neuronal?*
Secretaría: Tfno.: 957 480 478 • e-mail: scc@alcavia.net
- 2-6 de abril** **Munich**
13th AEP Congress. Association of European Psychiatrists
European Psychiatry: the interface between biological and social factors
+49-40-670 88 20 • e-mail: aep@cpo-hanser.de • www.aep-munich.de
- 6-8 de abril** **Barcelona**
XXXIX Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP)
Secretaría: Tfno: 913 521 526 • Fax: 917 154 303 • e-mail: psicomatica@lubeck99.com
- 7-9 de abril** **Cáceres**
XXII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental: *Elementos terapéuticos de los cuidados de Enfermería de Salud Mental*. Complejo Cultural S. Francisco, Cáceres.
- 14-15 de abril** **Barcelona**
XII Symposium Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría
Comorbilidad. Organiza: Unitat Psiq. Hosp. Universitari/ Servei Psiq. Ciutat Sanit. de Bellvitge
+ 34 93 221 22 42 • www.geyseco.com • e-mail: controversias@geyseco.com
- 15-16 de abril** **Girona**
V Jornadas de la Asociación Catalana de Profesionales de Salud Mental.
Parc Hospitalari Martí i Julia de Salt
- 3, 4 de junio** **Las Palmas de Gran Canaria**
XIII Jornadas de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría:
el modelo asistencial ambulatorio en salud mental. Casa de Colón de Las Palmas.
- 13 de junio** **Vitoria-Gasteiz**
Jornada de Integración Sensorial. Erna I. Blanche (Universidad del Sur de California, USA)
Secretaría: 945 12 10 52 (tardes) • e-mail: info@kulunka.net • Matrícula gratuita
- 17-20 de junio** **Valencia**
Conferencia Temática WPA: *Quality and outcome research in Psychiatry*
Organiza: FEPSM; Secretaría: Geyseco:
+34 93 221 22 42 • www.wpa2005valencia.com • e-mail: valencia@geyseco.com
- 23-25 de junio** **Buenos Aires**
V Congreso Internacional de Trauma Psíquico y Estrés Traumático
www.psicotrauma.org.ar
- 28 de junio al 3 de julio** **Viena**
8th World Congress of Biological Psychiatry
Organised by: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry
www.wfsbp-vienna2005.com

SOLICITUD DE INGRESO

Para ser miembro de OME, 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 2.005. Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la Revista NORTE de salud mental, 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 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 Algorta Bizkaia

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN)
y en OME (Osasun Mentalaren Elkartea–Asociación de 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 ó ACLSM para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.

D.

Fecha...../...../200..... (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.

Nombre Dirección

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