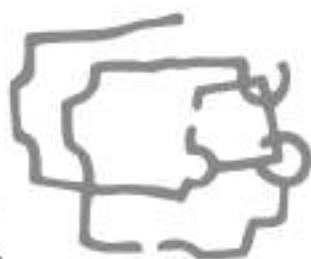


NORTE

DE SALUD MENTAL

Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VI N°23 Junio 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.

Autora de portada: Almudena Salpico • Titulo: La complejidad de la mente y de las personas

Esta imagen transmite la complejidad de nuestra mente y de las personas. Cada elemento que la compone tiene un significado.

La cabeza dividida en dos representa a los dos hemisferios de nuestro cerebro. El puzzle del fondo viene a significar la complejidad de la mente humana, a modo de rompecabezas, donde las piezas tienen que estar unidas para que el resultado final tenga una coherencia y presencia firme, de lo contrario, si las piezas no encajan unas con otras no se puede dar una solución al rompecabezas. Las dos piezas del puzzle que encajan, que aparecen en un primer plano, vienen a simbolizar la coherencia de nuestra mente y dependiendo de si encajan o no, así será nuestro estado mental.

Volumen VI



Nº22



Nº23

Volumen V



Nº16



Nº17



Nº18



Nº19



Nº20



Nº21

Volumen IV



Nº11



Nº12



Nº13



Nº14



Nº15

Volumen III



Nº5



Nº6



Nº7



Nº8



Nº9



Nº10

Volumen II



Nº1



Nº2



Nº3



Nº4

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
Fernando Colina

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.
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.

Aparicio, D.
Arias, P.
Ayuso, JL.
Berrios, G.
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.

Sede Social: Apdo. Correos 276, 48990 - Algorta. Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79
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 nº23, Junio 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

Autora de la portada:

Almudena Salpico

Logo Norte de Salud Mental:

E.Chillida.

Publicación cuatrimestral (3 números por año) no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares.

Publicación gratuita para asociad@s.

Ejemplar atrasado: 6 euros.

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

– Departamento de Sanidad. Eusko Jaurlaritza



– Laboratorios farmacéuticos:

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

ISSN: 1578-4940
D. Legal:1565/02



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental



ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL
Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

www.ome.aen.org



www.pulso.com/aen/index.htm

S U M A R I O

EDITORIAL

Cosas de Ministros	6
Oscar Martínez Azumendi	

ORIGINALES Y REVISIONES

Lectura y psicoanálisis	8
Anna Aromi	
Evaluación de la calidad asistencial en un Dispositivo Psiquiátrico. La Clínica de Rehabilitación de Pamplona	13
Margarita Zabala Baquedano	
Palabras de amor	23
Chus Gómez	

PARA LA REFLEXIÓN

Bossing, Moving: ¿Necesito psiquiatra o comité de empresa	33
Guillermo Rendueles Olmedo	
Encuadre y Psicoanálisis	47
Elena Usobiaga	
El deseo masculino y sus perversiones	53
Lucía D'Angelo	
Reflexiones sobre inmigración y psiquiatría: el reto de la inmigración para la enfermería ¿estamos preparados?	63
Esther Vivanco, Silvia Hernández, M ^a Teresa Rodríguez, M ^a Luisa Villaverde, Oskar García, Ana M ^a Cobos	

INFORME

Logros y dificultades en la implementación del Plan Nacional de Chile desde la perspectiva latinoamericana	75
Hugo Cohen	

HISTORIA

Papel de los Hospitales Psiquiátricos de larga estancia en la Asistencia a la Enfermedad Mental Severa de Curso Crónico (II)	85
Javier Blanco	

FORMACIÓN CONTINUADA

Caso clínico: Infecciones y bacteriemias recidivantes	89
Esther Fernández Martín	

ACTUALIZACIONES

Jornadas sobre Heroína	93
Iñaki Markez	
El siglo de la Clínica	95
Roberto Martínez de Benito	
Egolatría	98
Jose Filgueira Lois	
In memoriam. Jorge Grijalvo	101
Patricia Insua	

AGENDA

Próximas citas	102
-----------------------------	-----



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@eus-kalnet.net) copias mecanografiada a doble espacio, numeradas correlativamente. Se adjuntará un disquette con el fichero de texto del documento caso de envío por correo postal.

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

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

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

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

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

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



Normas de publicación

*Artículos de revistas**Artículo normal*

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

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

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

Autor institucional

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

Sin nombre de autor

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

*Libros y otras monografías**Indicación de autores personales*

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

Indicación de directores de edición o compiladores como autores

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

Indicación de una organización como autor y editor

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

Capítulo de un libro

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

Actas de congresos

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

Original presentado en un congreso

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

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

Tesis doctoral

Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and 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>.



Cosas de Ministros

Oscar Martínez Azumendi

Hace ya 30 años, en 1975 cuando todavía ni siquiera la Sanidad tenía Ministerio y era mercedora únicamente de una Dirección General encuadrada en el de Gobernación, en un Informe al Gobierno de la Comisión Interministerial para la Reforma Sanitaria, alguien sensible hacia los temas de salud mental escribía “*dentro de una asistencia sanitaria disgregada, caótica y anacrónica, destaca el estado de subdesarrollo e inadecuación del sector psiquiátrico, que representa el papel de cenicienta*”.

La asistencia a la salud mental no se vio especialmente afectada con este dudoso reconocimiento y siguió a la cola del resto de prioridades del nuevo Ministerio de Sanidad y Seguridad Social creado en 1977. La dramática realidad no pudo obviarse por mucho más tiempo y en 1985 leíamos entre las páginas de la Revista de la A.E.N., quizás poco conscientes de lo que abría para el futuro, el “*Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental*” de la Comisión Ministerial creada al efecto y en la que gran número de sus integrantes eran miembros de nuestra Asociación.

Cumplidos ya 20 años de su redacción, parece un momento adecuado en el que hacer balance de logros y fracasos. Así, tanto en publicaciones, como en encuentros científicos de diversa índole, aquí y allí se hace referencia a sus contenidos y el dramático cambio introducido en la forma de imaginar los encuadres asistenciales relativos a la enfermedad mental y su

prevención. Donde básicamente sólo existían macroinstituciones psiquiátricas y congestionadas consultas neuropsiquiátricas, se introducen ideas tales como:

- Salud mental integrada en un Sistema Nacional de Salud.
- Cobertura universal.
- Ordenación territorial (Áreas Sanitarias) descentralizada.
- Preponderancia de atención comunitaria.
- Abordaje bio-psico-social con equipos multidisciplinares.
- Continuidad de cuidados y diversificación de dispositivos.
- Centro de Salud Mental como eje e importancia de A. Primaria.
- Inadecuación del hospital psiquiátrico.
- Ingresos en hospital general.
- Programas prioritarios (infanto-juvenil, vejez, penal, drogas).

Estos conceptos inspirarán el condensado Capítulo relativo a la Salud Mental de la vigente *Ley General de Sanidad* de 1986 y animarán el paulatino aunque desigual proceso de reforma.

Tras unos primeros años de entusiasmo y expectativas frente al futuro, todo el proceso parece estancarse. Con el inicio del nuevo siglo, la AEN se dirige a la entonces Ministra de Sanidad y Consumo con un “*Informe sobre la Salud Mental en España*”. En él se reconocen los importantes logros alcanzados (Integración de la Salud Mental en el Sistema Nacional de



Salud. Derecho a servicios públicos, universales y gratuitos. Desplazamiento de la atención hospitalaria a la comunidad), pero llama asimismo la atención y solicita medidas correctoras sobre las deficiencias detectadas (Lentitud o estancamiento de los cambios. Desigualdades entre Comunidades. Precariedad en las redes de cuidados intermedios, atención infanto–juvenil, trastornos duales, psicogeriatría y prisiones. Riesgo de exclusión social por falta de vivienda y trabajo. Sobrecarga familiar e insuficiencia de los servicios de salud mental).

En este estado de cosas, inmersos en una aparente desmoralización progresiva y desorientación de las plantillas comunitarias, es alentador que, en un acuerdo histórico, los ministros de salud y otros representantes gubernamentales de 52 países encuadrados en la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud firmaran en Helsinki el pasado enero la “*Declaración y Plan de Acción de Salud Mental para Europa*”. Como profesionales de la salud mental, sin duda no tenemos necesidad de señalar nuestra satisfacción por este nuevo empujón dirigido a resaltar la importancia de su prevención y promoción. Más reconfortante resulta comprobar que, en un momento en el que sólo parecen ser “científicamente correctos” los planteamientos más recalcitrantemente bio–tecnológicos, las conceptualmente poco excluyentes acciones propuestas para ello, en 12 áreas prioritarias, se hayan basado en lo que ellos mismo subrayan como evidencias sólidas sobre lo que para una amplia diversidad multinacional de técnicos altamente cualificados funciona en salud mental.

Y lo que para la OMS son recomendaciones basadas en evidencias sólidas, refrendadas por Ministros de Sanidad Europeos junto a otros

representantes profesionales, familiares y de usuarios, y que a nosotros no se nos antojan extrañas, se resumen en:

- Promover el bienestar mental para todos.
- Demostrar la trascendencia de la salud mental.
- Enfrentar el estigma y la discriminación.
- Promover actividades sensibles a etapas vitales vulnerables.
- Prevenir problemas de salud mental y suicidio.
- Asegurar el acceso a una buena atención primaria para los problemas de salud mental.
- Ofrecer cuidados efectivos en servicios basados en la comunidad para las personas con problemas severos de salud mental.
- Establecer colaboraciones entre sectores.
- Crear una plantilla de personal suficiente y competente.
- Establecer una buena información de salud mental.
- Aprovisionar de financiación justa y adecuada.
- Evaluar la efectividad y generar nueva evidencia.

Un plan de acción que bajo el lema “*Facing the Challenges, Building Solutions*” (Enfrentando los desafíos, construyendo soluciones) es propuesto y asumido por los diferentes países para adaptar sus políticas sanitarias en los próximos 5 ó 10 años. Con la venia de sus señorías, doce buenos objetivos para re–ilusionar la década venidera.

Ojalá, dentro de otros veinte años no haya que advertir de nuevo sobre la lentitud, las carencias, el estancamiento, la insuficiencia, el estigma...





Lectura y psicoanálisis*

Anna Aromí

Una teoría del lector

Freud decía, y Lacan nunca le contradujo en eso, que el analista hace bien cuando sigue de cerca los pasos del poeta, del creador, ya que éste le desbroza el camino de lo real.

Amos Oz, premio Nobel de literatura, tiene una teoría del lector en su libro *Una historia de amor y oscuridad*¹ o, más precisamente, una teoría del “mal lector”.

Sigámosle un trecho en su descripción: “*El mal lector siempre quiere saber, saber de inmediato, cuál es la historia que está detrás del relato, qué pasa, quién está en contra de quién, quién folló con quién realmente. En el fondo, ¿qué quiere el mal lector, el lector perezoso, sociológico, cotilla y mirón?*”

Quieren “la última palabra”. El “qué quería decir el poeta” quieren arrebatarme [...] *El mal lector me exige que le desmenuce el libro que he escrito; pretende que con mis propias manos tire mis uvas a la basura y le dé sólo las pepitas*”.

Aquí subyace una idea de lectura como trabajo, a falta del cual el lector se degrada en “perezoso”, en “mirón”. Y sobre todo hay la idea de lectura como ejercicio de alteridad, del lector acompañándose del Otro —el que lee nunca está solo, dice Lacan—. El mal lector es el que le da el esquinazo al Otro, el que cortocircuita la otredad haciendo existir la figura imposible de “la última palabra”. Esa “última palabra” que, de existir, haría desaparecer toda literatura.

El mal lector rechaza al semblante, no quiere saber nada del vacío que las palabras envuelven: “*El mal lector es una especie de amante psicópata que se abalanza sobre una mujer y le des-*

garra la ropa y, cuando ya está desnuda del todo, le arranca la piel, abre su carne con impaciencia, rompe el esqueleto y al final, cuando ya ha roído los huesos con sus ávidos dientes amarillos, sólo entonces se queda satisfecho: ya está. Ahora estoy dentro del todo. He llegado.

¿Adónde ha llegado? [...] al conjunto de estereotipos que, como todos, el mal lector conoce desde hace tiempo: los personajes del libro no son más que el escritor en persona, o sus vecinos, y el escritor y sus vecinos, evidentemente, no son ningunos santos [...] Cuando se llega hasta el hueso, se pone de manifiesto que “todos somos iguales”. Y eso es precisamente lo que el mal lector busca con ansia (y encuentra) en cualquier libro”.

Oz urbaniza los espacios que crea un escrito, los huecos entre texto y lector, entre texto y autor: “*Aquel que busca el corazón del relato en el espacio que está entre la obra y quien la ha escrito se equivoca: conviene buscar no en el terreno que está entre lo escrito y el escritor, sino en el que está entre lo escrito y el lector.*

No es que no haya nada que buscar entre el texto y el autor: *hay lugar para una investigación biográfica y hay placer en el chismorreó [...] Tal vez no haya que menospreciar el chismorreó: es el pariente pobre de la literatura*”.

Correlativamente a la idea de que cada relato tiene un núcleo vivo, un “corazón”, aparece la figura del “buen lector” y, poniéndolo en ejercicio, Oz utiliza aquí la segunda persona. El autor convoca esa figura para animarla a bajar a sus mazmorras, a encontrar en ellas el verdadero corazón, el del relato y el suyo mismo, en un trayecto cercano al que se hace en un psicoanálisis: “*El espacio que el buen lector prefiere labrar durante la lectura de una obra literaria no es el terreno que está entre lo escrito y el escritor, sino el que está entre lo escrito y tú mismo.*

* Seminario realizado en el Instituto del Campo Freudiano, en Bilbao el 10 de marzo de 2005.



En vez de preguntar “Cuando Dostoievski era estudiante, ¿de verdad asesinó y robó a ancianas viudas?”, pueba tú, lector, a ponerte en el lugar de Raskolnikov para sentir en tus carnes el terror, la desesperación y la perniciosa miseria mezclada con arrogancia napoleónica, el delirio de grandeza, la fiebre del hambre, la soledad, el deseo, el cansancio y la añoranza de la muerte, para hacer una comparación (cuyo resultado se mantendrá en secreto) no entre el personaje del relato y los distintos escándalos en la vida del escritor, sino entre el personaje del relato y tu yo secreto, peligroso, desdichado, loco y criminal [...]”

Así los libros podrían apiadarse de tí por la tragedia de tus abominables secretos. Y tú, no preguntes: ¿Son hechos reales? ¿Es lo que le pasa al autor? Pregúntate a tí mismo. Por tus propias circunstancias. Y la respuesta puedes guardártela para tí”.

Para acompañar, con Amos Oz, este acercamiento al centro de la lectura, hemos hallado también otras voces.

Gustavo Martín Garzo, por ejemplo, dice en *El pozo del alma*²: “La literatura no es una huida de la realidad, ni una tarea decorativa, sino un acto de desafío, de búsqueda. La literatura está en el gesto de la joven esposa de Barbazul, tratando de adivinar lo que oculta el cuarto cerrado. Por eso leer es tan importante, porque nos enfrenta al misterio de las cosas”.

También María Zambrano, en *Por qué se escribe*³, dice: “Un libro, mientras no se lee, es solamente ser en potencia, tan en potencia como una bomba que no ha estallado. Y todo libro ha de tener algo de bomba, de acontecimiento que al suceder amenaza y pone en evidencia, aunque solo sea con su temblor, a la falsedad”.

Bernard Pivot, periodista que sostuvo en la tv francesa dos programas —*Apostrophes* y *Bouillon de Culture*— sobre libros que hicieron escuela, explica el secreto de su éxito en el libro *Le métier de lire*⁴, dice: “Yo no soy escritor, y

lamento no serlo, pero de esta vieja herida, profunda, camuflada, no me sale ni despecho ni acritud, sino una sincera admiración y una violenta curiosidad por todo aquel que ha convencido a Gallimard, a Fayard, a Actes Sud o a Bernard Barrault para que impriman su nombre al lado del de ellos, sobre la cubierta de un libro. El resto, después, no es más que trabajo, lectura, juicio. Lo esencial, como ustedes ven, es estar en “buena disposición”.

Como hemos dicho al comienzo, para orientarse en la materia que nos ocupa resulta imprescindible elegir algunas buenas guías. Guías para encender el camino, para enseñar que cuando hablamos de lectura, en el fondo se trata del corazón que cada uno encierra en su mazmorra, del desafío de la esposa de Barbazul, de la bomba que late en un buen libro, incluso del chismorreó. Es importante no olvidarlo, pues es el marco de la experiencia. Nada, absolutamente nada, en un niño o en un adulto, psicótico o no, debería hacer olvidar que el acto que llamamos “leer” es una experiencia libidinal. Solo así, tomándola como algo que anuda el goce, la lectura es un ejercicio civilizatorio. Para que sea cultural, humanizante, la esencia y la experiencia de la lectura requiere ser libidinal. Aunque puede ocurrir que a alguien, por su estructura subjetiva, por su modo particular de estar mal-sujetado al lenguaje (como lo está cada uno), no le convenga, o no pueda, ponerse en el lugar de la esposa de Barbazul. Hay sujetos para quienes incluso la bomba de un libro puede resultar insoportable, pues ellos mismos son una bomba para sí mismos y para los otros. También en la lectura hay que ver caso por caso, actuar con discernimiento.

El psicoanálisis como experiencia de lectura

El psicoanálisis no tiene propiamente una teoría de la lectura. Y sin embargo el inconsciente no es otra cosa que un texto a leer. El inconsciente es lo que se lee. El analizante, antes que nada es un lector de su propio inconsciente, aunque un lector muy especial.



Miller propone una fórmula de esto en sus *Cartas a la opinión ilustrada*⁵: “El psicoanálisis convida al deber de descifrar el inconsciente del que se es sujeto: ese libro con tirada de un solo ejemplar cuyo texto virtual llevas por todas partes y en el que está escrito el guión de tu vida, o al menos su hilo conductor”.

En realidad, lo que el sujeto pone en práctica en las sesiones es algo en parte ya realizado por la estructura. Porque hay un tiempo en la infancia que es el aprendizaje de la lectura del deseo del Otro. La niñez es el tiempo de ese “aprendizaje”. Aquí se puede ver muy bien porqué Lacan dice “el niño está para aprender algo, para que el nudo se haga bien”⁶. Esa lectura es una habilidad que no se aprende en la escuela, se aprende en el atravesamiento de la infancia.

Por eso la lectura analítica, si se puede decir así, realizada con perseverancia, tiene efectos retroactivos: leyendo el pasado en las sesiones se actualiza el futuro. En un psicoanálisis se lee el pasado para transformar el futuro. Es un trabajo de separación —la lectura es ligazón y disyunción de elementos— entre los significantes de la historia de un sujeto, por un lado, y las satisfacciones pulsionales, su sentido gozado, por otro. Sin esa separación el futuro como tal no existe. Para que el futuro se constituya como un horizonte y funcione como verdadero “antidestino” se requiere esa separación; de lo contrario lo que el sujeto encuentra delante suyo es repetición, mismidad, aburrida relectura en círculo.

Pero la lectura con poder transformador funciona a condición de no confundirla con un metalenguaje. Se requiere de un “buen lector”, para decirlo a la manera de Amos Oz. Un lector, para decirlo con Freud, que haga funcionar la castración, lo cual significa aquí el reconocimiento de que no hay “la última palabra” —de esa palabra la única dueña es la muerte—, que no hay Otro del Otro.

Para decirlo de otro modo: todo depende de la concepción que se tenga del inconsciente. En

Lacan no hay una única teoría del inconsciente, los desarrollos de Miller sobre la llamada *última enseñanza de Lacan* son útiles imprescindibles para la actualización analítica. Porque si el inconsciente se reduce a ser una verdad oculta, algo a descifrar, la lectura se degrada a ser una interpretación por el lado del sentido. Una lectura que funciona añadiendo sentido. Es la vertiente del inconsciente que ha llegado a lo social, que ha sido transmitida, y que ahora retorna sobre el propio psicoanálisis como una plaga.

Pero, hay que decirlo, extender la buena noticia: ésta no es la única ni la última concepción de Lacan, ni tampoco la que mejor conviene. Porque el lugar que ahí se le reserva al analista es un lugar gastado, anticuado, muerto. Es el resultado de una lógica implacable: en una hipermodernidad donde nadie espera al poeta, no hay lugar para ninguna “última palabra”, la que supuestamente podría emitir ese analista.

Hay una apuesta en marcha para que el siglo XXI acompañe esta actualización del psicoanálisis, y con ella el duelo de los propios analistas al despojarse de unas vestiduras que ya eran ajadas probablemente antes de estrenarlas. ¿Acaso no es esto aplicar el principio de la lectura a la propia disciplina?

Lacan, en el Seminario *El reverso del psicoanálisis*, dice que el inconsciente no es un metalenguaje que daría la buena lectura o la verdad última de un texto y propone, al contrario, la idea de una lectura que no añade. No añade sino que atañe al goce. El inconsciente no tiene la última verdad porque no lo sabe todo, es un ignorante de lo que no hay, de lo imposible, particularmente de la proporción inexistente entre los sexos. El inconsciente cree en el Edipo, en el mito de “la media manzana”: los inventó él.

En términos de Freud: en psicoanálisis conviene siempre más la *via di levare*, no la *di porre*. *Levare* el sentido es hacer una lectura que apunta al goce, que plantea a cada uno como responsable de lo que lee.



Así, el psicoanálisis como experiencia de lectura conlleva una actualización de la lectura de las marcas que jalonaron una infancia para producir una separación del goce incluido en ellas. Pero no es solamente eso. No puede acabar ahí porque esa lectura no terminaría nunca, dado que la cadena significativa es ilimitada, eterna, y un análisis lacaniano ha de encontrar su conclusión.

En una intervención titulada *Cosas de familia en el inconsciente*⁷, Miller dice que no es suficiente leer el libro donde está escrito el propio inconsciente, sino que hay que comérselo. El analista es aquel que sería “capaz de quedarse soso para que salgan los sabores del Otro”, y el deseo analítico sería que cada sujeto pueda conocer su propio sabor. Como dice Lacan, el analizante puede llegar al punto de saborear su objeto pequeño *a*.

Alcanzado este punto habría que distinguir los dos tipos de escritura que Miller presenta en su curso *Pièces détachées*⁸. Son el texto en cuanto que habla, que pide ser leído y el rasgo que no habla, que no está hecho para ser leído sino, quizá, siguiendo lo dicho anteriormente, para ser comido.

La primera modalidad se refiere a lo escrito en tanto pasa por la voz, la escritura como inscripción de la palabra. El segundo tipo es la escritura como marca, como rasgo aislado. Si el primero se basa en la estructura binaria del lenguaje (S_1-S_2), el segundo pertenece al registro del rasgo unario (S_1).

Una escritura llama a la lectura, es el inconsciente en tanto se lee. Pero esa lectura encuentra un tope, como hemos dicho, un elemento no legible, un rasgo que no quiere decir nada, una letra. Es la letra del síntoma. Y la forma de escribir esa letra que Lacan encontró son los nudos, que requieren entonces otro tipo de trabajo analítico, no de lectura, no de desciframiento, sino más bien del lado del funcionamiento. Funcionamiento del sujeto en relación con los nudos de goce, con sus embrollos y sus desembrollos.

¿Qué es leer?

Como hemos dicho antes, “el niño está para aprender algo”. Esta es la orientación de Lacan que nos guía, donde “aprender” tiene el sentido de anudar, aprender para que el nudo estructurante de la realidad se efectúe.

Por eso es tan importante el aprendizaje de la lectoescritura. Darle el tiempo, los recursos y sobre todo el *valor* que tiene. Por estar implicados en él los tres registros psíquicos de lo simbólico, lo imaginario y lo real, no se puede reducir un hecho tan fundamental —como ha señalado Hebe Tizio— a un mero “aprendizaje instrumental”, o a una cuestión de “habilidades”, como lo considera la pedagogía cognitivista, hoy mayoritaria. A este respecto urge inventar formas de oposición al empeño desculturizador en marcha. Cada vez se lee menos, y peor. Más simpleza en las formas (que no simplicidad), más banalización en los contenidos, predominio de la imagen-boba, segregación de lo complejo. El racismo de lo difícil crece, muy cerca de él los jóvenes saben nombrarlo: “no me taladres”, “no me rayes”. Si en este punto hablamos de hacer oposición es porque cada uno tiene en él su responsabilidad.

La pregunta ¿qué es leer? no se deja responder fácilmente. El arsenal cognitivista, con sus pretensiones de cientifismo, queda muy corto de alcance frente a lo lejos que se puede llegar con la joven curiosa esposa de Barbazul, hasta un niño lo sabe —y las niñas, no digamos. Pero se puede tratar de precisar, en una lista no exhaustiva, algunos de los elementos que intervienen en la lectura.

- En la lectura interviene el registro del cuerpo, por eso los registros del goce, de la libido, de la pulsión, están implicados. Al leer se pone en juego la mirada, la voz, el dominio de la mano, de la posición corporal: leer es ejercitarse en el dominio de estos aspectos. Es algo que la pedagogía clásica sabía, y por eso organizaba el ejerci-



cio lector teniendo en cuenta la necesidad de este “aprendizaje” corporal. *Una historia de la lectura*⁹ es un libro clásico, con la rara virtud de la amenidad, que relata las vicisitudes históricas de este aprendizaje.

- La lectura conlleva el registro del Otro. Podemos recordar aquí aquello tan bello de “quien lee no está solo”. No está solo porque forma parte de la comunidad de los lectores, y también porque el autor lo acompaña desde su ausencia. Es lo que al comienzo hemos visto con Amos Oz.
- La lectura funciona respecto a unas leyes. Incluso en relación con los dos tipos de escritura que hemos dicho antes, el registro de la combinatoria del significante y el registro unario de la letra, hay una referencia a ciertas leyes. Las leyes básicas de la lectura son las que permiten la separación y el anudamiento de elementos.
- Las leyes de la lectura no están separadas del tiempo. Hay una temporalidad de la lectura, pero que no es la de Piaget ni del psicólogo ni del relojero. El tiempo de la lectura es el tiempo de efectuación de una pérdida, una pérdida de goce, de satisfacción, vinculada al aprendizaje y al dominio corporal. En este punto conviene referirse a los tiempos de la educación, que no son reducibles a las “programaciones” ni “adaptaciones” del currículum, instrumen-

tos para homogeneizar, al servicio de una evaluación que borra a los sujetos y su particularidad. Como ha sido demostrado¹⁰, cuando se aplasta el deseo del sujeto, se genera fracaso escolar.

- La letra por sí misma es letra muerta, solo se vivifica con la lectura. Es interesante recordar que durante mucho tiempo fue necesario decir el texto, leerlo en voz alta, para que lo escrito quisiera decir alguna cosa. Los escritos antiguos no estaban puntuados, las palabras no estaban separadas unas de otras, por eso había que pasar lo escrito por la voz, era una condición de legibilidad. Ese es el aspecto “patrimonial” de una biblioteca, de un texto, porque contienen un tesoro que solo se puede obtener por vía de la lectura. La escuela es el lugar donde cada niño debiera recibir la llave para abrir ese tesoro, que es el patrimonio de la humanidad, y por eso excluirlo de las letras implica de hecho desheredarlo.
- No hay verdadera lectura sin un placer en juego. Sin ese elemento la lectura no humaniza, no culturaliza, sería un mero adiestramiento de “cotorra”. Y ese placer tiene que ver con lo fantástico, con despejarse de lo habitual, con abrir un tiempo para colgar los hábitos cotidianos y habitar mundos nuevos. Lo cual no está extento de requerir cierto coraje.



BIBLIOGRAFÍA

1. Amos Oz, *Una historia de amor y oscuridad*, Siruela, Madrid, 2004.
2. Gustavo Martín Garzo, *El pozo del alma*, Anaya, Madrid, 2000.
3. María Zambrano, “Por qué se escribe”, *Hacia un saber sobre el alma*, Alianza Editorial, Madrid.
4. Bernard Pivot, *Le métier de lire. Réponses à Pierre Nora. d’Apostrophes à Bouillon de culture*, Gallimard.
5. Jacques-Alain Miller, *Cartas a la opinión ilustrada*, Paidós, Buenos Aires, 2002.
6. Jacques Lacan, Seminario XXI, *Les non dupes érent*. Inédito.
7. Jacques-Alain Miller, *Cosas de familia en el inconsciente*, Revista Lapsus, Valencia.
8. Jacques-Alain Miller, Curso de la Orientación Lacaniana 2004–2005 *Pièces détachées*, curso del 12 enero de 2005.
9. Alberto Manguel, *Una historia de la lectura*, Alianza Editorial, Madrid, 2002.
10. Hebe Tizio et al, *Reinventar el vínculo educativo. Aportaciones de la pedagogía social y del psicoanálisis*, Gedisa, Barcelona.

Evaluación de la calidad asistencial en un Dispositivo Psiquiátrico

Margarita Zabala Baquedano

Psicóloga clínica.

Directora de la Clínica de Rehabilitación de Salud Mental.

Servicio Navarro de Salud–Osansunbidea. Pamplona.

Resumen

La Clínica de Rehabilitación es un recurso asistencial para personas con problemas de salud mental graves. Es un centro de referencia de la Red de Salud Mental de Navarra para el desarrollo de programas de rehabilitación psicosocial. La finalidad del estudio es realizar una valoración de la calidad asistencial, definir el perfil–tipo de los usuarios y evaluar la idoneidad de los procedimientos de recogida de información, clínica y social. La muestra está formada por 72 pacientes, 43 hombres y 29 mujeres. Los resultados confirman la hipótesis inicial: la clínica de rehabilitación ayuda a mejorar social y clínicamente a los pacientes estudiados. Se evidencia una mejoría, estadísticamente significativa ($P < 0.005$) de la conciencia de enfermedad, en la valoración ingreso–alta. Los procedimientos de recogida de información y transcripción a las historias clínicas se muestran insuficientes y deben ser mejorados.

Palabras clave

Trastornos mentales severos, programas de rehabilitación psicosocial, conciencia de enfermedad.

Summary

The Rehabilitation Clinic is a facility for people with serious mental health problems. It is a reference Center in Navarra's Mental Health Network for the development of psychosocial rehabilitation programs. The purpose of the study is to assess the assistance quality level offers. Furthermore it is aimed at defining the patient's profile–clinic users and to assess the suitability of the procedures to collect clinical and social data. The sample includes 72 patients, 43 men and 29 women. The results confirm the initial hypothesis: The Rehabilitation helps to improve the chronic psychiatric patients both socially and clinically. A statistically significant ($p < 0.005$) improvement in illness awareness appears in the admission–discharge assessment. The results enable us to establish the average patient profile user up to date of the RC, and start a continuous assessment field for future patients.

Key words

Severe mental disorders, psychosocial rehabilitation programs, awareness of illness.

Introducción

Dentro del amplio grupo de enfermos mentales, se definen con claridad un conjunto de personas con problemáticas más severas e invalidantes. Son los denominados trastornos mentales severos (TMS), también llamados crónicos por el habitual curso de cronicidad que sigue su patología. (National Institute of Mental Health, 1987)¹. Esta descripción se opera según los siguientes criterios:

- Diagnóstico: Incluye los trastornos psicóticos funcionales, excluyendo los orgánicos y algunos trastornos de personalidad.

- Incapacidad: Incapacidad grave recurrente resultante de la enfermedad mental. Existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento laboral, social y familiar.
- Duración: De la enfermedad y del tratamiento, un tiempo superior a dos años. Los programas y actividades destinadas al abordaje de los TMS constituyen el marco de la rehabilitación psicosocial.



Rehabilitación Psicosocial

La rehabilitación psicosocial se puede definir “como aquel proceso cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible” (Rodríguez, A. 1997)². La rehabilitación psicosocial se diseña con el fin de reducir la intensidad y frecuencia de los episodios de enfermedad, incrementando la competencia de las respuestas de manejo del propio individuo, reduciendo el número y el grado de dificultad de las demandas del ambiente, así como aumentando el apoyo social del individuo (Lieberman R.P., 1993)³. Las necesidades y problemas de las personas con TMS son múltiples y variados. Podemos generalizando, resumir los siguientes (AEN, 2002)⁴

- Mayor vulnerabilidad al estrés, dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- Aislamiento social. Dificultades para interactuar socialmente.
- Dependencia elevada de familiares y servicios.
- Dificultades para acceder y mantenerse en el mundo laboral.

La rehabilitación psicosocial debe articular de modo flexible e individualizado un amplio espectro de estrategias de intervención, entre otras: modificación de conducta, recursos humanos, trabajo social, estrategias socioeducativas, animación sociocultural.

La Clínica de Rehabilitación

En la Comunidad navarra, el decreto foral 247/1998 crea la Clínica de Rehabilitación definiéndola como un recurso asistencial para personas con problemas de salud mental severos, especializada en el desarrollo e

implantación de programas de rehabilitación psicosocial. Tiene como objetivos incrementar la competencia de los pacientes y sus familias para afrontar la enfermedad y sus consecuencias, facilitando la adaptación a su medio reduciendo, por tanto, el riesgo de recaídas. En sus programas de intervención además de los tratamientos farmacológicos, oferta una serie de actividades que se ajustan a las necesidades de los enfermos con trastornos mentales graves: programas psicoeducativos de conciencia de enfermedad, rehabilitación cognitiva, seguimiento individual de la sintomatología, habilidades de la vida diaria, habilidades sociales, programas de integración social, educación para el ocio, programa de entrenamiento en habilidades pre-laborales, y, entrenamiento en la comunicación y resolución de problemas. En enero de 2001, la Clínica de Rehabilitación comienza a funcionar en sus actuales dependencias del Hospital Psico geriátrico San Francisco Javier.

METODO

Descripción del estudio: Objetivos e hipótesis

Después de casi 3 años desde la puesta en marcha de la Clínica se hace necesario realizar una revisión crítica sobre algunas de nuestras actuaciones, y sobre los resultados de nuestro trabajo.

Nos proponemos tres objetivos:

1. Conocimiento del perfil-tipo de los usuarios
2. Estimación inicial de la calidad asistencial de nuestros procedimientos de intervención (análisis de resultados). Para ello nos basaremos en la evaluación de dos aspectos:
 - Impresión clínica global (Baca, E. 1991)⁵
 - Mejora de la variable clínica conciencia de enfermedad
3. Evaluación de los procedimientos de recogida de información clínica y social



Partimos de la hipótesis inicial de que los pacientes mejoran en aspectos sociales y clínicos al participar en un programa intensivo de rehabilitación psicosocial en el centro, ya que esa es la “impresión subjetiva” que tenemos como clínicos. La mejora de la conciencia de enfermedad, en términos generales, es decir como medida de la concordancia de la percepción que el sujeto tiene de sí mismo, comparada con la de su comunidad o cultura, (Wing y cols., 1964)⁶ se trabaja intensamente en el centro, tanto en actividades de tipo grupal como en abordajes individuales. Consecuentemente, esperamos hallar una mejora de la conciencia de enfermedad en los pacientes, tras su paso por la clínica. En cuanto a los procedimientos de recogida de información, y a la evaluación de pacientes, esperamos encontrar abundantes aspectos a mejorar.

Material y métodos

Se procede a la revisión sistemática de las 72 historias clínicas, correspondientes a la totalidad de pacientes dados de alta desde la puesta en marcha de la Clínica en enero de 2001, hasta abril de 2003, fecha en la que finaliza la recogida de datos. El psicólogo/a referente y la trabajadora social evalúan a cada paciente en función de su criterio clínico y social, respectivamente. Los aspectos que se consideran para evaluar la mejoría de los pacientes son los siguientes:

- Disminución del número de ingresos en dispositivos psiquiátricos más restrictivos (Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, Media Estancia) durante su permanencia en la clínica
- Reducción de la sintomatología
- Reducción de los problemas conductuales
- Mejora de las condiciones de vida
- Aumento de la participación social
- Mejora de las habilidades de la vida diaria (AVD)

Evaluamos la variable conciencia de enfermedad, al ingreso y al alta según los criterios expuestos en el anexo, lo que nos permitirá iniciar una primera evaluación de eficacia terapéutica de esta variable clínica de tanta trascendencia en la recuperación de los pacientes. Los datos se han explotado con el programa estadístico SPSS para Windows. Se determinan las frecuencias y las medidas de tendencia central. Se ha utilizado la prueba chi cuadrado para valorar la asociación entre variables cualitativas, y la correlación de Spearman para las variables cuantitativas.

Elección de variables

Se confecciona un listado de variables que aporten información lo más completa posible. Se van a considerar cuatro tipos de variables:

- Sociodemográficas: nos permitirán identificar las características de los pacientes según su contexto social y económico:
 1. Sexo;
 2. Edad
 3. Estado civil
 4. Tipo de convivencia
 5. Persona responsable
 6. Procedencia
 7. Nivel de escolarización
 8. Situación laboral y prestaciones actuales
 9. Situación jurídica
 10. Antecedentes penales
 11. Han estado o están en centros ocupacionales
 12. Precisan supervisión económica
 13. Convivencia con otros enfermos mentales
- Clínicas: evaluarán las condiciones psicopatológicas de los pacientes:
 1. Diagnóstico (CIE-10)
 2. Retraso mental
 3. Diagnósticos anteriores
 4. Edad inicio de la enfermedad
 5. Años de evolución de la enfermedad
 6. Antecedentes familiares
 7. Número de ingresos



8. Intentos autolíticos
 9. Ideación suicida
 10. Conciencia de enfermedad al ingreso
 11. Adherencia al tratamiento
 12. Consumo habitual de tóxicos
- Variables contextuales: características del ingreso y relación con los centros derivantes:
 1. Centro de derivación
 2. Duración del ingreso
 3. Número de ingresos en otros dispositivos psiquiátricos durante su permanencia en la clínica
 4. Régimen de estancia
 5. Calidad de la evaluación
 - Variables de alta: nos permitirán determinar la situación clínica al alta.
 1. Conciencia de Enfermedad al alta
 2. Tipo de alta
 3. Situación al alta
 4. Centro de derivación al alta

RESULTADOS

Descripción del perfil-tipo del paciente de la Clínica de Rehabilitación:

El perfil-tipo de paciente es un hombre de mediana edad, aunque hay que tener en cuenta que se da una gran variabilidad (desviación típica 14,15), soltero. Convive con la familia, casi siempre la de origen. Las personas responsables generalmente son familiares, fundamentalmente los padres. Procede de la Comunidad Foral. Con un nivel de escolarización medio-bajo. Pensionista. Dispone de ingresos mensuales muy precarios por debajo del salario mínimo. Situación jurídica de pleno derecho. Sin problemas penales. Un número importante, sobre todo entre los varones jóvenes, ha estado o está en centros ocupacionales. Precisa supervisión económica, debido a las dificultades en el control del gasto. Con antecedentes familiares. Un porcentaje importante, más del 25%, convive con otros enfermos mentales: padres, hermanos, cónyuges.

Situación clínica

Diagnosticado de esquizofrenia, casi siempre del subtipo paranoide. Un (13,9%) tiene un diagnóstico añadido de deficiencia mental leve a su trastorno psiquiátrico, y de estos, la mayoría son mujeres. La mayor parte han recibido al menos dos diagnósticos diferentes a lo largo de su historia clínica, en algunas personas, el número es muy elevado, el rango es de 0 a 8. Inician la enfermedad con una media de 23,49 años, las mujeres presentan un inicio de enfermedad más tardío. Como media llevan conviviendo con la enfermedad 19,33 años. A lo largo de su historia clínica han ingresado en numerosas ocasiones en todo tipo de dispositivos psiquiátricos, la media es de 6,64 ingresos. Por sexos, los hombres ingresan más. Hay un porcentaje importante (31,9%) que son o han sido consumidores de tóxicos, la mayor parte de estos son hombres menores de 35 años. La ideación suicida y los intentos autolíticos están presentes en numerosos pacientes. Cuando ingresan en la Clínica presentan una conciencia de enfermedad parcial en su mayoría, pero se da un porcentaje importante que es valorado como “no conciencia de enfermedad”, de estos, casi todos son hombres y tienen diagnóstico de esquizofrenia. Los jóvenes son valorados en su mayoría con peores resultados en cuanto a la conciencia de enfermedad. En general la adhesión al tratamiento es insuficiente, sobre todo entre los hombres más jóvenes. Se da una relación estadísticamente significativa ($P < 0,005$) entre la conciencia de enfermedad al ingreso y la adherencia al tratamiento, a más conciencia de enfermedad mayor adherencia al tratamiento.

Clínica de rehabilitación

Nuestros pacientes proceden mayoritariamente de los Centros que tras fusionarse formaron la actual Clínica: la Unidad de Rehabilitación y el Centro de Día, le sigue detrás el CSM. Rochapea. El ingreso tiene una duración media de 10,46 meses, pero se da una gran variabilidad (rango: 2–27 meses). Por sexos, los hombres permanecen más tiempo. Se da



una correlación estadísticamente significativa ($P < 0,05$) entre la edad y el tiempo de estancia en la clínica: a más edad más tiempo de estancia en la clínica. Durante el ingreso se producen pocas recaídas que precisen internamientos en unidades psiquiátricas más restrictivas, los resultados son similares en los dos sexos. Los pacientes se encuentran mayoritariamente alojados en régimen de hospitalización parcial. La totalidad de pacientes que están en seguimiento provienen del antiguo Centro de Día, se trata de personas que fueron externadas del antiguo hospital psiquiátrico de Navarra. Mayoritariamente los pacientes están convenientemente evaluados, solo un pequeño porcentaje de pacientes (11%) no dispone de informes de evaluación.

Calidad asistencial

La conciencia de enfermedad al alta, ha mejorado con respecto al ingreso. Se da una relación estadísticamente significativa ($P < 0,005$). La conciencia de enfermedad parcial y buena han aumentado, disminuye la falta de conciencia de enfermedad. Hay una relación estadísticamente significativa ($P < 0,005$) entre la conciencia de enfermedad al alta, el tipo de alta y la situación al alta: el porcentaje más alto de altas voluntarias, se da entre los pacientes que no tienen conciencia de enfermedad. Así mismo, los pacientes valorados como sin cambios o empeorados, están en el grupo de “no tienen conciencia de enfermedad.” La mayoría de los pacientes abandonan la Clínica con el alta facultativa y son derivados a su CSM para continuar el tratamiento. Los que no están suficientemente estabilizados psicopatológicamente, son derivados a otros dispositivos psiquiátricos: Media Estancia (Padre Menni), hospitales de día, etc. Estos suelen ser pacientes de menos de 25 años. Los hombres precisan en mayor medida al alta centros de larga estancia psiquiátricos. Con la edad aumentan las derivaciones a larga estancia.

Valoración al alta: Mejoran el 74,9% de pacientes, los que más, los hombres, también los que más empeoran. Las mujeres, el mayor

porcentaje de sin cambios. En cuanto a la edad, mejoran más los de más edad.

DISCUSIÓN

Los datos epidemiológicos obtenidos en el estudio, como era previsible, guardan estrecha relación con los resultados de algunos de los estudios realizados en nuestra Comunidad (Mata I., Beperet M., Madoz V., y grupo Psicost. 2000)⁷. Los resultados del estudio de Vázquez-Barquero y col. (1995)⁸ con pacientes en fases iniciales de esquizofrenia han arrojado parecida incidencia entre hombres y mujeres. En consecuencia cabría preguntarse qué tipo de factores determinará que en grupos de más edad el número de pacientes varones sea significativamente mayor. ¿Tienden a cronificarse en mayor medida los pacientes psicóticos – hombres? La edad de inicio de la enfermedad más elevada en las mujeres coincide con la mayoría de los estudios consultados (Haas y col, 1990)⁹. Un amplio grupo de investigadores señala que, en general, existe una asociación significativa entre niveles educacionales bajos y la presencia de morbilidad de tipo psiquiátrico (Jiménez-Cruzado et al. 1993)¹⁰. En un importante número de variables estudiadas: tipo de convivencia, personas que han tenido pareja, número de ingresos en centros psiquiátricos, procesos judiciales, consumo de tóxicos, conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, los hombres tienen resultados que implican peor ajuste social, lo que nos llevaría a confirmar los datos hallados en el estudio de Cirici y cols. (1993)¹¹. Como se ha constatado en diversos estudios, los enfermos mentales no son mayoritariamente violentos (Giner Ubago J., 2003)¹². Unos pocos casos muy dramáticos explotados por la prensa, no deberían llevar a concluir que los enfermos mentales son extremadamente peligrosos. Las agresiones más habituales que se detectan en la Clínica son a los familiares, y suelen ocurrir en periodos críticos de descompensación psicótica, muchas veces, tras el abandono de la medicación. Raramente se producen agresiones hacia el



personal o a otras personas. La mayoría de los pacientes estudiados padecen una enfermedad mental grave y sus características se adaptan a los criterios de admisión, no obstante, recibimos numerosas solicitudes de pacientes que no se ajustan a nuestro perfil y nos vemos obligados a rechazarlos, lo cual resulta siempre complicado debido a las presiones que recibimos de nuestros Centros derivantes. Sabemos que no somos el único Centro que ha de atender un abanico de patologías y situaciones sociales muchas veces demasiado heterogéneo, pero somos conscientes de la utilidad de mantener nuestros criterios ajustándonos a las líneas de intervención que se nos ha marcado. Pensamos que el elevado número de diagnósticos que se encuentran en las historias clínicas no se debe tan solo a la disparidad de criterios entre los facultativos, sino a la dificultad de diagnosticar ante cuadros clínicos complejos. Es frecuente observar una evolución diagnóstica hacia cuadros de mayor gravedad psicopatológica, en aquellos pacientes que han debutado en edades muy tempranas. Los pacientes con trastornos duales: trastornos psiquiátricos / consumo de tóxicos, suponen también un fuerte reto, en ocasiones precisan controles rigurosos para asegurar el no consumo, que afectan el clima de libertad que generalmente impera en la Clínica, y que es necesario para fomentar la implicación y la autonomía de los pacientes. A lo largo del ingreso, se producen habitualmente recaídas —empeoramiento en el estado psicopatológico de los pacientes— pero la mayoría de las veces se solucionan sin necesidad de un ingreso en las UHP, ya que al detectarlas en un estadio inicial se puede actuar rápidamente, disipando la crisis. A pesar de todo, las recaídas se siguen produciendo y debemos entenderlas como consecuencia del proceso propio de la evolución de la enfermedad. No podemos dejar de cuestionarnos, en los casos de un gran número de recaídas, si la Clínica es el recurso que precisan esos pacientes, probablemente no. A la vista de estos datos se puede concluir la necesidad de dispositivos psiquiátricos dife-

renciados en cuanto a la contención y a la necesidad de medidas restrictivas. Un número importante de pacientes no dispone de informes de evaluación, muchos de ellos han abandonado la Clínica sin dar tiempo a realizarlos. En otras ocasiones, es la sintomatología del paciente, la que no permite la evaluación (síntomas paranoides, pensamiento disgregado, negativa a ser evaluados.) Nos hemos propuesto reducir al máximo los casos en que la falta de evaluación sólo puede ser atribuida a nuestra propia negligencia. Las necesidades mayoritarias que se han detectado para este tipo de pacientes son de programas de día, no precisan, en la mayoría de casos, un ingreso a tiempo total, los pacientes valoran positivamente permanecer unas horas en compañía de otros, y ocupados de variadas maneras, pero les agrada volver a sus casas a la tarde. Las 16 camas con las que cuenta la Clínica suelen estar ocupadas por pacientes que viven fuera de Pamplona, o por aquellos que no disponen de suficiente soporte familiar. Constatamos que hay una serie de necesidades que se pueden cubrir más adecuadamente desde el programa de hospitalización total, por lo que valoramos positivamente la existencia de los dos programas. La permanencia en la Clínica tiende a ser larga, solo así se pueden conseguir resultados en una población tan deteriorada. La media de 10,46 meses, es poco representativa, ya que los valores son muy extremos. El mayor grupo de pacientes permanece entre 9 y 17 meses. Hay que destacar las dificultades que tenemos al dar las altas al no poder contar con los recursos necesarios, los pacientes no van a donde necesitan, sino a donde pueden ir. Sería necesario contar con dispositivos de rehabilitación diversificados, que oferten los cuidados necesarios para las distintas necesidades. La conciencia de enfermedad se trabaja activamente en la clínica de forma individual y grupal, y también, con las familias. Tratamos de que mejoren su comprensión de lo que les ocurre y que sean conscientes que se trata de una enfermedad sobre la que hay que intervenir. No obstante, cuando no es posible un trabajo más intenso en



esta dirección se insiste en el refuerzo de la adhesión al tratamiento y de la autonomía social y funcional. Según los resultados se produce una notable mejoría clínica y social, por lo general los pacientes al llegar a la Clínica muestran un grado de adherencia al tratamiento escaso, se encuentran aislados socialmente, encerrados en el estrecho mundo familiar, desatendiendo su aspecto, alimentación y modos sociales. Las familias soportan con escasa ayuda la pesada carga de su seguimiento. La vigilancia estrecha sobre la toma de medicación, los programas psicoeducativos dirigidos hacia la mejora de conciencia de enfermedad y adhesión al tratamiento, la supervisión económica, el apoyo a las familias en el manejo y resolución de problemas, y la detección temprana de las crisis, son, a nuestro entender, los máximos responsables de la mejoría clínica que presentan. La combinación entre el apoyo clínico y la intervención psicosocial resulta muy eficaz. Se evidencia, en términos generales, dos grupos diferenciados de pacientes: los más jóvenes y los de edad avanzada. No son despreciables las ventajas de que estén en el mismo Centro, por lo que supone de beneficio para ambos: los jóvenes aportan frescura y dinamismo y los de más edad, madurez y conocimiento. Los más jóvenes presentan peor conciencia de enfermedad, menor adherencia al tratamiento, y gran número de problemas conductuales. Las personas de más edad, presentan falta de apoyo familiar

y social por envejecimiento o muerte de sus cuidadores principales; así como un incremento problemas de salud física. No obstante, en la medida de nuestras posibilidades, sería conveniente diferenciar programas en función de los dos grupos de edad. Desde una perspectiva diferente, el estudio ha servido para reorganizar mejor nuestro sistema de recogida de datos. A nivel metodológico ha resultado complicado y difícil la búsqueda de datos en historias mal organizadas y poco sistematizadas lo que nos ha llevado a organizar equipos de trabajo para realizar propuestas de mejora de recogida de datos y anotaciones clínicas. "Recogida mínima de datos obligatorios para todos los pacientes". (Varela, 1990)^{1 3}.

CONCLUSIONES

Esta investigación ha pretendido reflexionar sobre nuestro trabajo en la Clínica y ha aportado mayor conocimiento sobre las características de nuestros pacientes, y sobre varios aspectos organizativos. Los resultados obtenidos nos sirven de estímulo para seguir desempeñando nuestro trabajo, atentos a los aspectos que deben ser mejorados. A la vista de las enormes dificultades con las que tienen que convivir las personas con TMS y sus familias, sería necesario una revisión en profundidad del tipo de atención que se está dispensando en nuestra Comunidad a los Trastornos Mentales Severos.



TABLAS

Tabla 1: Muestra a estudio

POBLACIÓN – MUESTRA			
Sexo	Hombres	Mujeres	TOTAL
Frecuencia	43	29	72
Porcentaje	59,7%	40,3%	100%

**Tabla 2: Variables cuantitativas. Medidas**

MEDIDAS	SEXO		TOTAL
	Hombres	Mujeres	
Edad	41,60 Rango: 21 – 74	41,14 Rango: 23 – 66	42,63 Rango: 21 – 74
Edad inicio de enfermedad	22,84 Rango: 10 –52	24,45 Rango: 10 – 48	23,90 Rango: 10 – 52
Nº total de diagnósticos diferentes	2 Rango: 0 – 8	1,62 Rango: 0 – 4	1,85 Rango: 0 – 8
Nº de ingresos en Centros Psiquiátricos	7,19 Rango: 2 – 20	5,83 Rango: 1 – 12	6,64 Rango: 1 – 20
Años de evolución de la enfermedad	19,07 Rango: 2 – 58	19,72 Rango: 5 – 44	19,33 Rango: 2 – 58
Tiempo de estancia en la Clínica (meses)	10,95 Rango: 1 – 27	9,72 Rango: 1 – 27	10,46 Rango: 1 – 27
Nº de ingreso en otros dispositivos psiquiátricos durante su permanencia en Clínica	0,28 Rango: 0 – 5	0,28 Rango: 0 – 5	0,28 Rango: 0 – 5

Tabla 3: Variables sociodemográficas. Porcentajes

VARIABLES	SEXO		TOTAL
	Hombres %	Mujeres %	
Estado Civil	Solteros 86,8	Solteras 55,2	Solteros/as 73,6
Tipo de convivencia	Con la familia 67,4	Con la familia 62,0	Con la familia 65,3
Persona responsable	Padres 48,8 Hermanos 27,9	Padres 31,0 Cónyuge 27,6	Padres 41,7
Procedencia	Navarra 81,4	Navarra 75,9	Navarra 79,2
Nivel de escolarización	Medio-Bajo 39,6	Medio-Bajo 55,1	Medio-Bajo 45,9
Situación laboral y prestaciones actuales	Pensionistas 88,4 Invalidez 44,2	Pensionistas 75,8 No contributiva 34,5	Pensionista 82,4 Invalidez 36,1
Situación jurídica	Pleno derecho 95,3	Pleno derecho 100	Pleno derecho 97,3
Precisan supervisión económica	Sí 65,1	Sí 62,0	Sí 66,7
Con procesos judiciales	No 95,3	No 100	No 97,2
Participación en centros ocupacionales	No 65,1	No 69,0	No 66,7
Convivencia con otros enfermos mentales	No 67,4	No 75,9	No 70,8
Antecedentes familiares	Sí 67,4	Sí 44,7	Sí 58,4

**Tabla 4: Variables Clínicas. Porcentajes**

VARIABLES	SEXO		TOTAL
	Hombres %	Mujeres %	%
Diagnóstico CIE- 10	F20 - 72,2 F20,0 - 51,2	F20 - 51,7 F20,0 - 27,6	F20 - 63,9 F20,0 - 41,7
Retraso mental	No 93,0	No 75,9	No 86,1
Intentos autolíticos	Ninguno 74,4	Ninguno 72,4	Ninguno 73,6
Ideación suicida	No 65,1 Grave 30,2	No 62,1 Grave 27,6	No 63,9 Grave 29,2
Consumo actual de tóxicos	No 55,8	No 86,2	No 68,1
Adherencia al tratamiento	Escaso 53,5	Escaso 44,8	Escaso 50,0
Tipo de alta	Facultativa 83,7 Voluntaria 16,3	Facultativa 65,5 Voluntaria 34,5	Facultativa 76,4 Voluntaria
Centro de derivación al alta	A C.S.M. 69,8	A C.S.M. 79,3	A C.S.M. 73,6
Régimen de estancia	Hosp. Parc. 48,8 Hosp. Total 46,5	Hosp. Parc. 65,5 Hosp. Total 31,0	Hosp. Parcial 55,6 Hosp. Total 40,3 Seguimiento 4,2

Tabla 5. Resultados variable conciencia de enfermedad

CONCIENCIA DE ENFERMERDAD		
TIPOS	AL INGRESO %	AL ALTA %
Parcial	62,5	73,6
Buena	8,3	15,3
No C. de E.	29,2	11,1

Tabla 6: Resultados. Situación al alta

SITUACIÓN AL ALTA			
	Hombres %	Mujeres %	TOTAL %
Muy mejorado	58,1	31,0	47,2
Mejorado	14,0	31,0	47,2
Sin cambios	14,0	31,0	20,8
Empeorado	14,0	6,9	11,1

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bulbena A., Berrios G. E., Fernández De Larrinoa P.(2000) *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Ed. Masson.
- Rodríguez A. (coord.) (1997) *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Liberman R.P., (1993) *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- AEN, Asociación Española de Neuropsiquiatría (2002) *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuadernos técnicos, 6. Madrid.
- Baca E. (1991) Indicadores de efectividad en la evaluación de servicios psiquiátricos. *Rev. Asoc. esp. Neuropsiq.* Vol. 11, nº 37: 93-101.
- Wing y col.(1964), en Vaz F.J; Casado M.; Salcedo M.S; y Bejar A. (1994) Psicopatología y conciencia de enfermedad durante la fase aguda de la esquizofrenia. *Rev. psiquiatría Fac Med de Barna.* 21, 4: 66-74.
- Mata I., Bepere M., Madoz V., y grupo Psicost.(2000) Prevalencia e incidencia de la esquizofrenia en Navarra. *Anales del sist. Sanit. De Navarra.* Vol. 23, suplemento 1. 29-36.
- Vázquez-Barquero J.L, Cuesta Núñez M.J, De La Varga M., Herrera Castañedo S., Gaité L., & Arenal A. (1995) The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand.*; 91: 156-162.
- Haas G.L.,Glik I.D., Clarkin J.F., Lewis A. B., (1990) Gender and schizophrenia outcome a clinical trial of an inpatient family Intervention. *Schizophrenia Bulletin* 16,2, 272-292.
- Jiménez-Cruzado L., González - Botella A., Peñarroja D., Nolasco J., Pérez Navarro I., y De La Hoz J., (1993) Factores asociados con la prevalencia de morbilidad psiquiátrica en una zona de salud. *Atención Primaria*; 11, 9: 465-469.
- Cirici R., Bel Mª T., Guarch J., Araúzo A., y Obiols J. (1993) Competencia social en la esquizofrenia: discrepancias por sexos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática.* Nº 27: 6-11.
- Giner Ubago J., (2003) www.diariomedico.com.
- Varela (1990) En Bulbena A., Berrios G. E., Fernández De Larrinoa P.(2000) *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Ed. Masson.
- Mc Evoy J.P.; Aland J.; Wilson W.H.; Guy W.; Hawkins M. D. (1981) Measuring chronic schizophrenic patients attitudes toward their illness and treatment. *Hospital & Community Psychiatry.* 32, 12: 857-858



BIBLIOGRAFÍA

- Aldaz J.A., Vázquez C., (COMPS) 1996. Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Amador X.F.; David A.S (1998): *Insight and psychosis*. Ed. Oxford University Press.
- Anderson C. Reiss D., y Hogarty G. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Anthony W., Farkas M. (1982). A client–outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions. *Schizophr Bul*; 8: 13–38.
- Birchwood M., Tarrrier N.(1995) *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ed. Ariel.
- Caballo V. (Dir.) (1997) *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos, vol. I*. Madrid: S. XXI editores, S.A.
- Ciompi L. (1984) Los factores de la influencia social en el desarrollo de las esquizofrenias. *Scw. Archiv. N. Sysh.*, 135: 101– 160.
- Cuesta M.J.; Peralta V.; Zarzuela A. (2000) Reappraisal insight in psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 177: 233–240.
- González De Rivera J.L; Rodríguez F.; Sierra A. (1993) *El método epidemiológico en salud mental*. Barcelona. Ed. Masson.
- González Vázquez A.I; Ferrer Gómez Del Valle E. (2004) Epidemiología especial. Estudios de morbilidad de los trastornos psiquiátricos. <http://www.sepsiquiatria.org>.
- Mendioroz P. (2003): Tesis Doctoral: *Calidad de vida en una muestra de esquizofrénicos*. Pamplona. Universidad Pública de Navarra.
- Otero V. y Garrido E. (1995) *Modelos de intervención en rehabilitación psicosocial de enfermos mentales crónicos*. Conferencias y Comunicaciones a las III^a Jornadas de Psicología de Navarra. Págs. 39–47. Public. Universidad Pública de Navarra y Colegio Oficial de Psicólogos de Navarra.
- Rebolledo S. y Lobato M.J. (1998) *Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia*. Barcelona: Fundació Nou Camí.
- Roder y Brenner. (1996) *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona Ed. Ariel.
- Vázquez M.; Muñoz M.; Muñoz M.; López B.; Hernangómez L.; Díez M. (2000) La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, Vol. XX, n° 74: 207–228.

APENDICE

—La variable **Conciencia de Enfermedad** (según la clasificación de Mc Evoy, et al. 1981)¹⁴ se valora como:

- Buena, si:
- Conoce y acepta el diagnóstico
- Conoce los síntomas de su enfermedad y los identifica como tales
- Conoce las causas de su enfermedad
- Parcial, si:
- Responde sólo en parte a esta descripción.
- No tiene,
- En el caso de que no conozca ni acepte ningún aspecto de la enfermedad mental.

—La variable **grado de adherencia al tratamiento** se valora como:

- Alto: toman la medicación correctamente y de manera autónoma
- Moderado: no siempre la toman correctamente, algunas veces la abandonan. Necesitan algún tipo de supervisión.
- Escaso: Tienden a abandonar la medicación. Necesitan supervisión para la toma adecuada.
- Nulo: rechazan tomar la medicación.

—La variable **dispone de informes de evaluación** se valora como:

- Evaluación completa: Evaluación psicológica, psiquiátrica, social, de enfermería de habilidades y destrezas (AVD), y de ocio y tiempo libre.
- Evaluación parcial: algunas pero no todas las distintas evaluaciones.
- No dispone: No consta ningún tipo de evaluación.

—La variable **situación al alta** se valora como:

- Muy mejorado: Mejorado en aspectos clínicos y sociales.
- Mejorado: mejora solo en un aspecto, clínico o social.
- Sin cambios: no hay cambios en ningún aspecto
- Empeorado: Se le valora clínicamente peor que al ingreso.

—La variable **régimen de estancia en la clínica**, se valora como:

- Hospitalización total: Permanecen en el centro en régimen de hospitalización.
- Hospitalización Parcial: Los pacientes permanecen en el centro en horario de día.
- Seguimiento: Pacientes externalizados del antiguo hospital psiquiátrico que están alojados en pisos o patronas, bajo supervisión de la C. de R.



Palabras de amor¹

Chus Gómez

Psiquiatra.

Psicoanalista. Socia de la sede de la ELP-Vigo.

Hospital Dr. Cabaleiro-Goás. Toén-Ourense.

“Toda demanda es demanda de amor”

Lacan J. “La significación del falo”. Escritos 1966.

“El amor es mudo solo la poesía lo hace hablar”

Novalis

“Nadie puede legislar el amor; no se le pueden dar órdenes, ni engatusarlo para que se ponga a tu servicio. Pertenece a si mismo, sordo a las súplicas, inmutable ante la violencia. El amor no es cosa que se pueda negociar. El amor es lo único más fuerte que el deseo y la única razón justa para resistir la tentación. Hay gente que dice que es posible cerrar la puerta a la tentación. Y los hay que piensan que los deseos extraviados pueden expulsarse del corazón igual que los mercaderes del templo. El transporte blindado más fiable sancionado por la Iglesia y aprobado por el Estado es el matrimonio”.

Escrito en el cuerpo. Jeanette Winterson.

Por tanto no sólo al principio fue el verbo, sino que lo es también al final y siempre... La palabra pues convoca y funda lugares y encuentros, en este caso para aproximarnos al tema del amor que intentamos cernir por medio de palabras.

Mi primera reacción al invitarme a hablar hoy aquí fue además de la alegría de un encuentro, también la vacilación y el temor...

como el escribiente Bartleby: “preferiría no...” pero la palabra estaba dada y como en un cuento fraguó: al principio era el amor...

La escritura es ausencia y la página en blanco presencia. Hube de esperar. La pluma comenzó a destilar palabras... a desangrarse, la tinta corrió desde el silencio y fue ahogando los espacios en blanco. Resonaba: Carencia, vacío, indecible, inoportuno, inclasificable,

¹ Conferencia de Clausura en las Jornadas de la AEN en Zaragoza. Mayo de 2005.



falta... Se configuraba así el espacio por el que debía de adentrarme. Intenté cercarlo.

El amor como la poesía se experimenta. No hay sabiduría posible en esto, no hay entendidos, ni expertos... los malentendidos son la norma. Cuando hablamos de él ya hacemos otra cosa... pues sabemos que Eros es ante todo un amante del saber, un filósofo. En realidad casi siempre hablamos del amor, no hablamos de otra cosa, aún cuando los esfuerzos que hacemos para intentar que vaya sin problemas no siempre lo consiguen... Tal es su estructura. Pasa la mano por el lomo de las cosas y verás que nada es lo que parece... amar y amor no se parecen.

Usaré la obra de Platón: El Banquete o del amor, leído por Lacan en el Seminario VIII dedicado a La Transferencia para decir algo al respecto.

A modo de resumen decir que el Banquete es uno de sus diálogos, en este caso en torno al concepto del amor. Sus escenas se desenvuelven justamente en un banquete en casa de Agatón, para celebrar el éxito de una de sus batallas. Los invitados irán tomando la palabra según el orden concertado para hacer un elogio del dios Eros, cada uno con su estilo. Fedro, Pausanias, Aristófanes, Eriximaco, Sócrates, Agatón, Diotima y finalmente Alcibiades, son los oradores principales. El texto se transforma así, en una serie de discursos sobre el amor que van desde lo más superficial a lo más profundo, destacándose el discurso final de Sócrates que nos entrega el pensamiento de Platón al respecto.

Freud define la masa como el amor uniendo a muchas personas reiterado en cada una de ellas tal y como ocurre en este congreso aquí en Zaragoza.

Como en un supuesto Banquete, se ha ido tomando la palabra con una serie de condiciones.

Se trata de la transmisión del saber, ejemplificado en El Banquete con el símil del paso de un líquido a través de un cordel de una copa llena a otra vacía.

“El Banquete es un rito, un juego de sociedad, un simposio en el que cada uno aporta su cuota en forma de pequeña contribución a modo de un discurso metódico sobre un tema”. Se establecerá una regla: no beberán demasiado... si bien la mayoría está ebria de la noche anterior... En este ceremonial irrumpe Alcibiades, que trastoca el orden inicial y empieza a hablar un poco, a tontas y a locas... inspirado por Dioniso, de cuya boca no salen sino verdades. Éste era su estilo marcado por provocar la opinión allí por donde pasaba: en la guerra, en la política, en el amor... realzando así el brillo de su belleza y de su inteligencia. Irrumpe para quejarse de su sufrimiento respecto a Sócrates, su amado. Sócrates en el Banquete dice muy poco en su propio nombre; se presenta como ignorante en las cosas del amor, como discípulo, y se hace hablar a través de una mujer, Diotima, pese a que en ese tiempo la mujer era excluida de la palabra y reducida a un rango “moral” inferior. Habla a través de la mujer que hay en él.

El discurso de Sócrates, el discurso del amor griego, aísla los dos participantes: el amante (erastés) y el amado (erómenos). Erastes es el que puede desear porque no tiene, el que está en falta; lo que en términos lacanianos sería decir: el sujeto tachado. Erómenos: es el sujeto que tiene, el amado. Su movimiento de báscula, su sustitución, será la metáfora que engendre la significación del amor. Ese es el acontecimiento milagroso en sí mismo: que el amado pase a ser el amante, que emerja el deseante.

Estamos ahí en el amor.

Pero en el amor no sólo está en juego la dialéctica del tener/no tener, sino que hay algo que tiene que ver con el no saber. ¿Qué no



saber? El erastés no sabe lo que le falta y el erómenos no sabe lo que tiene.

Cuando uno ama a alguien es posible preguntarse qué le encuentra.

Es decir, el amor está habitado por una ignorancia estructural y condenado salvo rectificación subjetiva, a repetir el fracaso amoroso de no ser que algo, en sus condiciones de amor, muy escritas en su historia, varíen. Porque las condiciones de amor para cada sujeto, para los dos sexos, se inscriben en el lugar exacto donde no hay relación (proporción) sexual. Surgen en el lugar de la relación sexual formalizada, en el lugar de la relación sexual que no existe. Esto lo saben bien las personas que trabajan con mujeres maltratadas: sólo las que modifican su posición subjetiva y no permanecen como víctimas, aunque lo sean, escapan al infierno dantesco del amor en el que se hallaban sumidas.

Frente al fracaso de la relación sexual que no existe, tenemos el amor como posible que no entiende de sexos en la constitución del partenaire. Partenaire que será el socio con el que se juegue la partida y que para el parletre humano, su sexo como tal, no dice nada en la constitución de éste. El partenaire será en definitiva lo que haga término de la relación sexual que no existe y vendrá siempre a ese lugar de modo sintomático.

El Banquete, relato de relatos, me orientará en este encuentro leído desde el Seminario VIII de Lacan dedicado a la Transferencia, surgida del encuentro entre la oreja de Freud y el saber de la histeria. Este encuentro dio origen al psicoanálisis. La transferencia fue el efecto con el que se encontró Freud como un hallazgo sorprendente, cuyo genio logró convertir en la maquinaria mantenedora de la cura. “La transferencia imita al máximo hasta confundirse con el amor” dirá Lacan, quién estudia El Banquete como si fueran las actas de una cura analítica, en donde Sócrates está en posición de analista.

Para el psicoanálisis el amor es: “dar lo que no se tiene a quién no es” aserto tan provocador como verdadero, pese a ser de entrada, lo más alejado de lo que suponemos en nuestra experiencia amorosa, inicialmente sumida en el terreno imaginario del amor narcisista, en el momento de la ceguera de amor, contraria a la pasión lúcida del odio que apunta directamente al corazón del ser.

He leído cosas revueltas, he releído... ya no he leído ni leeré igual... también he elucubrado un poco, para al final optar por dejarme arrastrar por un aluvión de palabras... al fin y al cabo palabras de amor o amor a las palabras con las que el otro nos acaricia y nos envuelve cuando nos ama.

Tal suele ser la condición de amor de la mujer: “que me hable” pide, mientras a él normalmente, le sobran las palabras...

Así surge una de las habituales quejas que da cuenta de la disparidad en el amor... del malentendido que soporta el imposible de la relación sexual para los seres hablantes. La mal-dicción del sexo y del amor.

Hagamos un poco de historia, vayamos al nacimiento de Amor. Aunque de paternidad simbólica platónica, es hijo de Poros (el recurso, la abundancia) y Penia (la pobreza, la miseria). Amor, intermedio entre lo mortal y lo inmortal, es capaz de nacer, morir y revivir en un día.

Pues bien, Poros y Penia, se encuentran como tantos amantes en una fiesta en la que celebran el nacimiento de Afrodita. Penia no está invitada, no tiene nada que ofrecer. Se queda en la escalera esperando las sobras del banquete. Poros ebrio, se queda dormido. Sumido en el sueño, no sabe, y ella aprovecha para hacerse embarazada por él, de algún modo viola su deseo mientras duerme.

La concepción de Amor por tanto coincide con el nacimiento de Afrodita, de ahí la relación



del amor con lo bello y con la violencia por el modo en el que fue concebido.

El amor tiene estas dos caras: la cara del Otro que tiene y la más fundamental, la del Otro en tanto no tiene. “Amor” tendrá las dos vertientes o sólo una, en función de la diferencia entre deseo y goce. El mito nos deja claro que en el tiempo del nacimiento de Amor, lo deseable, es lo masculino y lo femenino lo activo.

Este mito ejemplifica la definición lacaniana de que el amor es dar lo que no se tiene. Penia no tiene nada que dar salvo su falta constitutiva, estructura que se repite en la construcción de un discurso: elaborar una explicación válida sin tenerla. Se hubo de inventar por tanto el amor para suplir esa falla estructural que da al traste con la fantasía del Uno, ser mítico que sólo habita en el efímero mundo del enamoramiento, compuesto de seres esféricos. Figura perfecta, introducida por el cómico Aristófanes en el diálogo, para reírse e ironizar sobre el *sphairos* platónico. Frente a ella, la *spaltung*, la división constitutiva, que señala que el amor es cualquier cosa menos armonía.

Dice Miller: “Avanzar es seguir girando alrededor de lo imposible de decir, seguir intentando cercarlo aunque se sepa que la elección misma de la perspectiva que se toma implique una pérdida respecto de lo que se trata de demostrar. Y un avance no siempre es un progreso”. Me arriesgo pese a ello.

Posiblemente no todas las lenguas son iguales para amar, para hablar el amor. Siempre pensé que para hablar el amor, lo mejor era el francés con su bella virtud analítica y aglutinante y su sonoridad: L'Amour... condensa a la perfección el ideal amoroso: la fusión de dos en Uno, con-fundidos, fusion-a-dos... Con L'Amour el sujeto y el objeto llegan a la vez a la palabra en el momento en que es-dicha antes que en des-dicha se torne y Até, la desgracia, haga su presencia.

Y la desdicha amorosa es una de las figuras o de las declinaciones del des-amor, paradoja del lenguaje, que en su escritura—con un guión de separación—dibuja, marca, lo que con los golpes, rasga o rompe al objeto amoroso hasta a veces arrancarle la vida. Tal es el drama actual de muchos amores mal-tratados, amores en bancarrota de palabras, en los que la violencia se abre paso incluso a machetazos.

La cuestión dista mucho de ser actual. Las mujeres han sido pegadas a lo largo de toda la historia por los hombres, pero ahora esto tiene carácter de epidemia y de tal calibre que ha sido preciso legislar al respecto para garantizar de algún modo que esto se aminore. Por su parte las mujeres han tenido que recurrir a asociaciones para reivindicar con todo derecho ser bien tratadas. La cuestión es que esto puede ser leído como un síntoma actual más de la violencia, pero el quid es ¿Por qué ahora de este modo tan brutal este odio hacia la mujer?

M. Duras nos dirá a propósito del desamor: “Estás aquí pero este lugar es tan vasto que estar uno al lado del otro significa estar ya tan lejos que no conseguimos ni vernos ni oírnos”.

El Banquete deja claro que entre sus dos protagonistas: el amante y el amado, no hay ninguna coincidencia. Lo que le falta a uno, no es lo que está escondido en el otro. Ahí radica todo el problema del amor. El amado no sabe lo que tiene, en todo caso escondido y que constituye su atractivo, y el amante, va a buscar en el amado lo que le falta, lo que él no tiene. La discordancia de entrada está servida y el enredo del amor desplegado en el malentendido permanente que lo funda.

Para el psicoanálisis el amor es una metáfora, es decir, una sustitución de un significante por otro significante. La significación amorosa se produce en la medida en que la función del erastés, del amante —como sujeto de la falta— se sustituye a la función del erómenos, el objeto



amado ocupando su lugar. La sustitución de “él ama” por “él desea”, esto es la introducción de la función de la falta, está presente de modo muy patente en *El Banquete*. Es la función deseante del amor, y en torno a la articulación del eros–amor, y del eros–deseo que girará toda la dialéctica en el diálogo.

¿Cómo la situación analítica engendra la transferencia? El sujeto se dirige a aquel a quién le supone un saber que él desconoce sobre la causa de su sufrimiento y por ello cabe la posibilidad de que surja el amor, dado que se ama a quién se le supone un saber, de ahí la proximidad de la erótica con el saber. Pero no basta dar el saber que uno tiene para que suscite la dimensión del amor. Si seguimos la definición del amor —donde se trata de dar lo que uno no tiene— dar el saber que uno tiene, de ninguna manera produce el amor, sino a veces lo contrario. Dar el saber que no se tiene significa dar algo de su inconsciente, dar un saber en el cuál el sujeto mismo se traiciona, se revela y lo hace más allá de lo que él mismo sabe. El amor pasa por tanto por la existencia del inconsciente. El sujeto capta en el partenaire el tipo de saber que a él le responde a la no relación sexual, la elaboración sintomática que ha hecho de ese axioma estructural.

Freud no elige a Edipo como estructurante del deseo humano porque mate al padre y quiera acostarse con su madre, si no, y esto es lo fundamental, porque Edipo no sabe, porque desconoce lo que hace, es por su ignorancia la elección. Paralelismo que se repite con Amor que es concebido cuando Poros duerme momento en el que éste ya no sabe nada.

Sócrates introduce en el diálogo con Diotima la cuestión de la falta, núcleo constitutivo del amor. Él se presenta como ignorante, pero sería muy simple pensar que lo hace para no herir el amor propio de Agatón, su amado y que esa sea la razón de por qué habla a través de Diotima. Si se lo hace decir a ella es porque de este modo, las hiancias que se presenten no

son soportadas por él, por su discurso, sino porque de este modo, el saber que se le escapa, lo pone en boca de otro. Sócrates se conduce con Diotima en la dialéctica del más y el menos, es decir, plantea: “si el amor no es del orden de lo bello ¿es acaso del orden de lo feo?” Momento en el que Diotima se ve abocada a ubicar el registro al que pertenece el amor: entre la episteme y la amathia (ignorancia) sin ser ni lo uno ni lo otro.

Es decir ocupa un lugar intermedio entre la ciencia en el sentido socrático —la episteme— y la amatia, la ignorancia, la doxa, la opinión verdadera, considerada como aquella opinión de la cuál, aún siendo verdadera, el sujeto no sabe por qué es verdad. Es decir dar la fórmula sin tenerla tal y como ocurre en el amor. De este modo Sócrates aún sabiendo, no puede hablar de lo que sabe y hace hablar a alguien que habla sin saber. Sócrates demuestra que en el amor sólo hay discurso partiendo del “no se nada”.

Alcibíades con su entrada trastoca el orden del discurso y cambia las reglas. Ahora no se tratará de hacer elogios del amor sino de elogiar al otro que está sentado a la derecha, de discursar sobre él, sobre su relación, que a partir de ahora no será ya de dos sino de tres: número mágico del que los pitagóricos hicieron gran uso, clave del universo por tener principio, medio y fin. El elogio del otro sustituye no al elogio del amor sino al amor mismo.

La escena pivota ahora en un ternario constituido por Alcibíades, Sócrates y Agatón. Alcibíades pretende un signo de Sócrates, un signo de amor, quiere la manifestación concreta fálica, la más fálica posible del signo de su deseo. Usa el lenguaje de la pasión, porque le apasiona el sujeto Sócrates y su objeto escondido, su agalma, con su raíz etimológica en el brillo que deslumbra, que sea lo que sea, es siempre un objeto parcial y que Lacan intentó formalizar en el matema del fantasma, en su objeto petit a que intentamos circunscribir en la experiencia del análisis.



El agalma de Sócrates es lo que provocó el amor de Alcibíades y Sócrates le responde a su interpelación con una interpretación. Alcibíades compara a Sócrates con el sátiro Marsias y con el embrujo que se desprende de su canto. Pero ¿Por qué Alcibíades precisa de esta maniobra si ya todos saben que él es el amado por Sócrates? Alcibíades quería asegurar que el agalma de Sócrates está a su antojo, quería como dice Lacan, hacer caer a Sócrates de su posición de sujeto hasta la posición de objeto. Esto ejemplifica como el amor no apunta a lo bello sino a la caída del objeto ahora a su merced. Alcibíades nos muestra de este modo lo que en el amor no es para nada el ideal.

Sócrates rechaza mostrarle la metáfora del amor, en la medida en que rechaza ser el amado. Porque él sabe, rechaza de todas las maneras, haber sido el erómenos, el deseable, el digno de ser amado. Permanece indiferente, tranquilo, a las exigencias de Alcibíades.

¿Por qué no se produce la metáfora del amor? Porque Sócrates considera que en él no hay nada digno de ser amado identificado como está al vacío mismo. No cree en su propio agalma, no está sujeto a la cautivación del amor y queda tranquilo ante la investidura del amor. Identificado al vacío, es puro erastés, de ahí que su indiferencia sea a nivel del amor no del deseo.

Sócrates sabe que su agalma, la maravilla que Alcibíades supone en su interior, es el vacío mismo del puro sujeto del deseo, este es el saber de Sócrates y es lo que explica su rechazo respecto de la cautivación del amor.

Alcibíades no comprende lo que ocurre y confronta a Sócrates a la responsabilidad de responderle para manifestar que el agalma que porta Sócrates, el objeto de su deseo lo quiere porque lo quiere, sea su bien o su mal. Es un hombre de deseo decidido. El milagro amoroso queda patente al convertirse Alcibíades

en sujeto deseante sabiendo como es que es un sujeto amado por Sócrates.

Sócrates que se presenta siempre como amante de jóvenes mancebos acaba siempre siendo amado por ellos por efecto de su palabra. Es un experto en erótica, un genuino amante del saber.

Sócrates ante la proclamación pública por parte de Alcibíades de su fracaso amoroso hace una interpretación y le dice: muy bien, tu discurso es éste, ¿Por qué lo dices? Lo dices por Agatón, el tercero en disputa, siempre presente en el amor. Sócrates nos da aquí la esencia de la interpretación analítica, apunta al objeto y se hace cómplice hasta el elogio de Agatón; es decir se dedicará a la exaltación del objeto del deseo del Otro.

“Fedro y Eriximaco abandonan la casa como personajes preocupados que son de su salud, de la templanza y de la armonía... Aristodemo ve al despertarse a Sócrates, convenciéndolo a Aristófanes de que un dramaturgo debe de escribir tanto dramas como comedias; se duerme Aristófanes, después Agatón y Sócrates deja la casa para seguir con su jornada habitual dando con ello un ejemplo de la veracidad del elogio de Alcibíades”. (Lacan, seminario VIII)

Lacan al final de su enseñanza vuelve a interrogarse por el amor en el seminario “Aún” donde da una definición no narcisista del amor diciendo: “en el amor se apunta al sujeto”.

Para Lacan el inconsciente está estructurado como un lenguaje y el amor será puesto a prueba en la estructura del lenguaje, mientras para Freud el amor está en el orden del narcisismo, del registro imaginario y la palabra no interviene.

Lacan interroga el amor a partir del callejón sin salida de lo sexual y expone su tesis: “la relación sexual no existe”. Evidentemente no



hace referencia a los encuentros amorosos entre los seres hablantes, sino a la falta de proporción, en cuanto a relación entre los sexos, es decir, no existe aquél objeto amoroso que nos complete. Las condiciones de amor para los dos sexos se inscriben en el lugar exacto donde no hay relación sexual, surgen en el lugar donde cabría encontrarse la relación sexual formalizada. Si la relación sexual existiera, bastaría con reconocer en un individuo el otro sexo para elegirlo y sabemos que eso no basta. No hay una condición universal de la elección de objeto, lo que implica que siempre hay una peculiaridad contingente cuando uno toca la dimensión de esas condiciones. Para Freud el desciframiento de las condiciones de amor que propone en "Contribuciones..." es de tipo edípico; no existe el otro sexo como tal sino valores del otro sexo, conceptualización que en Lacan será lo que se dice "la significación del falo" para el sujeto. Es decir, al Otro hemos de atribuirle un valor fálico para poder amarlo.

El psicoanálisis se funda en este principio de que la relación sexual no existe, y es en el enfrentamiento ante ese impasse, donde el amor se pone a prueba.

Si bien no hay ese Uno ilusorio, si hay signos de amor en los que los amantes confían y que nos orientan, aunque nos pierdan a veces en la travesía amorosa. Para Lacan lo que importa en el amor es el signo que éste hace, no su sentido. Frente a la prueba de amor que pasa por el sacrificio, el signo de amor es sin embargo algo de lo efímero, un casi nada que desaparece, que se esfuma... y tan importante para la mujer que ella lo busca en el otro hasta el punto de inventarlo si es preciso.

No hay nada natural en lo sexual humano, ni ningún saber previo en el encuentro con el otro sexo que nos oriente, motivo por el que lo sexual es traumático por estructura. Se presenta intrusivamente, de modo violento sin que haya nada para acogerlo. No tenemos un saber instintivo como los animales que nos indique

como acceder al otro sexo, es una invención, una pasión. Padecemos del sexo.

Para los animales el sexo es del orden de la necesidad. Se les impone desde lo biológico, no pueden elegir ni como ni cuando ni con quién. En todo caso la hembra ha de cargar con lo que la ley del más fuerte deja en la pelea tras la parada nupcial. Ellas han de consentir al macho ganador sin preguntarse si esto que les ha tocado en suerte, era lo que ellas hubiesen elegido... si es lo mejor.

Esta claro que estas elucubraciones son mías, no suceden en el mundo animal, pero estas y algunas otras más complejas, conforman lo natural del parletre humano para quién, sin excepción, el trauma en este terreno es universal.

Lo traumático es la falta de saber de lo sexual, que no se recubre con lo educativo o pedagógico sobre la reproducción, la fisiología, o la anatomía de los cuerpos hablantes. Lo traumático para cada uno es el encuentro con su propio goce sexual. En el sujeto histérico sus fantasmas nos hablan de un goce vivido como pasivo, siendo el objeto de una seducción por parte del otro, que fuerza.

Del lado del obsesivo, será el exceso de goce obtenido en una posición activa lo que le sobrepasa y lo violenta. Sea como sea en el encuentro nunca existe "la justa medida", la proporción. Para muestra remítase cada uno a su propia fantasmagoría, a su encuentro y a las condiciones en las que esto tuvo lugar y verá.

Y si de condiciones hablamos, con algo de lo fundamental que ordenará nuestros encuentros hemos topado: las condiciones de amor para cada sujeto, en donde nada de lo casual, más allá de la contingencia del encuentro, está en juego. Antítesis del universal animal del: "cada sapo tiene su sapa" en nuestro caso es algo así como: "el ideal amoroso del sapo... no siempre es una sapa..." por decirlo como en



los cuentos infantiles y aprovechando que ahora parece que vuelve la moda de que la sexualidad comienza en la adolescencia (a juzgar por los libros de texto universitarios sobre psicología evolutiva)... cargándonos de un plumazo la sexualidad infantil, para cuya constatación sólo hace falta tener unos niños cerca...pero en fin, será el mito de la infancia feliz que vuelve, pero que difícilmente casa con la irrupción de otro de los nuevos fenómenos de la modernidad: la violencia infantil, algo realmente propio de este tiempo de esta manera. Aquí la pregunta también sería la propuesta para las mujeres antes ¿qué ocurre?

Freud en “Tres contribuciones a la psicología de la vida amorosa” nos dice que el amor obedece a reglas y esto fue de lo más novedoso. Impensable hasta él como tantas cosas. En estos tres trabajos (“Sobre un tipo especial de elección de objeto en el hombre” “Sobre una degradación particular de la vida erótica” y “El tabú de la virginidad”) intenta aclararnos las condiciones de amor que gobiernan la elección del objeto de goce para cada uno, señalando el amor como velo que tapa: de que se goza en quién se ama. Aquí la figura del amor está próxima a la de la ignorancia otra de las pasiones del ser.

Freud nos explica que para algunos hombres la elección de pareja se hace sobre una condición particular: que la mujer sea infiel... en su ejemplo se ve claro que la condición amorosa incluye la pasión de los celos, el odionamoramiento según Lacan. Esto implica que en esta pareja la violencia está siempre latiendo con riesgo de pasar al acto; ese hombre necesita que la mujer no—toda sea suya para desearla. Si la mujer cambiara, al no cumplir esta la condición de amor, el deseo desaparecería. No es así la celotipia en la mujer, para quién ésta se estructura desde lo imaginario de que: su partenaire ama a todas las mujeres que le gustan a ella misma por albergar le secreto de la feminidad... son las mujeres

que siempre se acaban celando de que su mejor amiga, es objeto del interés de su marido...

En el enamoramiento creemos que tenemos el objeto completo que nos colma la falta. El velo del amor tapa el objeto de goce que se busca en el otro, que nunca es total sino un objeto parcial, que tiene un rasgo que cumple la función de un fetiche. Es el rasgo fetichista del amor. Queremos en el otro, ese rasgo fetichista que es lo más íntimo de nuestro ser de goce; rasgo que se nombra más desde la injuria que desde la palabra de amor.

De ahí que Lacan diga que no hay amor sin odio y lo nombre “odionamoramiento”. El amor es engañoso porque idealiza al objeto, quedamos apresados por el semblante y negamos la falta, aliándonos con la ignorancia y de esto sabe bien el refranero popular: el amor es ciego, los amantes están embozados...El odio toca al núcleo del ser de falta del sujeto, para dirigirse a Otro que lo complete en su ser de goce, constituyendo al partenaire—síntoma como dice Miller al que se accede de modo distinto según los sexos y según la estructuración subjetiva, lo que condena a la violencia amorosa en distintos grados.

Si del lado mujer, la histeria es el modo de relación al deseo y al goce como más frecuente, desde el lado masculino, lo es la obsesión. Con este molde se constituyen de modo más habitual las parejas amorosas. La histérica siendo el objeto que le falta al Otro, se garantiza su ser en el fantasma; ella le hace falta al Otro, le completa. Desatará su agresividad ante el hombre que no muestra su falta, dado que entonces ella no sabe que ser para el Otro, al contrario derrochará sus cuidados al que se muestra castrado, esto es: en falta. Su aire de extravío viene dado porque ella puede ser lo que haga falta dado que hace depender su deseo del deseo del Otro. Confunde el deseo con la insatisfacción lo que la puede llevar al estrago en la relación amorosa.



En el caso obsesivo amar a alguien en particular puede ser un problema por su dificultad para mostrarse en falta. Mejor amar a la humanidad como sublimación filantrópica. Amar supone demandar ser amado, hacerle sentir al Otro la falta de uno; el obsesivo no podrá amar, si no consiente en aceptar que algo le falta, cosa difícil para él como hombre y obsesivo por su relación con la castración. Además el obsesivo no busca tanto la falta en el Otro como el defecto. A la mujer que ama pronto le encontrará un “algo” para desvalorizarla y así poderla desear. Necesita anularla para desearla. Es un “sí... pero no”.

Esta inversión del amor en odio fue señalada por Freud al decir que éste transforma sus impulsos eróticos en agresivos hacia el objeto, sustituyendo el amor por el odio. El obsesivo no necesita del Otro. Se complace sólo, goza en soledad de sus fantasmas; ama de modo idealizado en la distancia pero cuando el objeto está cercano y vivo y le pide su falta, puede desencadenarse la violencia.

De este modo se articula la lógica de algunas parejas en las que el amor y la violencia parecen la misma cara de la misma moneda; hombres interesados en sus objetos y mujeres esperando las palabras de amor, el signo de amor; unos en el registro del tener y ellas en el del ser para el Otro. Esto explica el estrago del abandono amoroso para la mujer y las privaciones que puede soportar en nombre del amor lo cuál se ha entendido como un pretendido “masoquismo femenino constitutivo”, cuando no es más que el fantasma masculino por excelencia.

Es decir la imposibilidad de la proporción soporta en su núcleo la violencia del amor y en el amor, que nos lleva a no soportar en el otro lo más íntimo de nosotros mismos y a los fenómenos del racismo en sus diferentes vertientes como relación con el Otro de la diferencia.

Para finalizar tomo la frase de Lacan: “un nuevo amor”, que Lacan toma de un poema de Rimbaud, para dar cuenta de la novedad lacaniana respecto del amor: nuevos amores son posibles.

Frente a la repetición freudiana, que siempre viene a toparse con el mismo objeto, reencontrado y sustitutivo de alguno de los objetos fundamentales previos a la barrera del incesto, Lacan nos dirá que el amor es invención, elaboración de saber. Que el amor es un modo de dirigirse al “a” a partir del Otro del significante. Amar es un esfuerzo por nombrar el objeto a, causa del deseo, darle un nombre propio y armar a su alrededor una obra de lenguaje, sin olvidar que por detrás del amor está siempre la castración y que la relación con la misma tiene efectos en la modalidad de amor y de goce de un sujeto, con consecuencias por tanto en su partenaire. Al final del análisis se tratará de una transformación de la transferencia, no de su desaparición: se produce un descubrimiento: no hay Otro del Otro, porque es un semblante... está hecho del uno a uno y su caída es lo que da lugar a una invención.

Quizás se trate de curarse del amor pero del amor en tanto repetición.

24 Mayo 2005





BIBLIOGRAFÍA

- 1 Platón. *El Banquete*. Ed. Planeta.
- 2 Jacques Lacan. *Aún. Seminario XX*. Ed. Paidós.
- 3 Jacques Lacan. *La transferencia*. Seminario VIII. Ed. Paidós.
- 4 J. Alain Miller. *Lógicas de la vida amorosa*. Ed. Manatíal.
- 5 Sigmund Freud. *Obras completas: tomos IV, VI*. Biblioteca Nueva.
- 6 Margueritte Duras. *El amor*. Ed. Tusquets.
- 7 R. Barthes. *Fragmentos de un discurso amoroso*. Ed. Siglo XXI.
- 8 Las pasiones del ser: el amor, el odio y la ignorancia. *Cuadernos de psicoanálisis*. Revista del Campo Freudiano en España. Ed. Eolia.
- 9 E. Laurent. *La disparidad en el amor*. Conferencia de Tours, septiembre del 1999.
- 10 Manuel Fernández Blanco. *El amor maltratado*. IX Jornadas “el psicoanálisis hoy”. Destinos del amor. Coruña 4–5 marzo de 2005.
- 11 José Antonio Naranjo Mariscal. *Una posición masculina frente al deseo propio y el goce femenino*. IX Jornadas “El psicoanálisis hoy”. Destinos del amor. Coruña 4–5 marzo 2005.
- 12 Manuel Fernández Blanco. La violencia amorosa. *Finisterre Freudiano*, 12, 2002, pp.63–69.
- 13 Josep Sanahuja. El amor lacaniano. *La Gaceta del Consejo*. Mayo 2004.
- 14 J. Alain Miller. *Los usos del lapso*. Paidós.
- 15 J. Alain Miller. La theorie du partenaire. Cuarto n° 77. “Les effets de la sexuacion dans le monde”.
- 16 J. Alain Miller. Le signe de l’amour..Letterina. Archives de la L’A.C.F.–Normandie n° 2.
- 17 Acerca del sujeto supuesto saber. EOI–Paidós.
- 18 Finisterre Freudiano n° 5. “Qué eligen las mujeres?”



Bossing, Moving: ¿Necesito psiquiatra o comité de empresa?

Guillermo Rendueles Olmedo

*No son las revoluciones, sino las resignaciones
las que han permitido al hombre que viva...
Es posible arreglar las jubilaciones,
pero las resignaciones se arreglan sin nadie.
Alivian poco a poco y sin cesar todas las instituciones
de las obligaciones y de las opiniones...*

Harry Martisson

Las nuevas angustias de la multitud:

La vieja distinción heiddegeriana entre miedo y angustia se desdibuja en postmodernidad. Según Heidegger¹ la angustia emerge cuando uno se alejaba de la casa, de la comunidad de pertenencia, que generaba aquella sensación de seguridad, ejemplificada por Kant, por la visión desde la caldeada cabaña aldeana, del alud de nieve en la montaña de enfrente.

Cuando Paolo Virno² analiza las formas de vida contemporáneas descubre que ya no hay cabaña, ni aldea que nos refugie del miedo a las tempestades. Vivimos en permanente exposición a la intemperie. La condición nómada, la vivencia de un mundo que no nos acoge y al que somos arrojados, son en postmodernidad menos argumentos filosóficos que sentimientos cotidianos. El hombre vive en lo inhóspito y adquiere por ello una permanente condición

de extranjero: no hay lugares familiares donde sí uno vuelve dolorido es recibido: los actuales caleidoscopios familiares no definen un hogar (la casa de mi abuela y su pareja es un lugar poblado por extraños nietos de familias recombinantes).

Menos refugio aún ofrecen las redes de amistad (el amigo del alma al que en los antiguos testamentos se confían las últimas voluntades se le supondría hoy algo homosexual), o para que hablar de colectivos o hermandades ideológicas anda el mundo.

Decir nosotros es utilizar unas metáforas muertas. Restos familiares constituidos por parejas sucesivas, ciudades y barrios reconstruidos, mestizajes culturales y residuos de juegos de lenguaje, culturas a la carta, sedimentan en multitudes sin memoria colectiva o voluntad general. Los colectivos humanos se juntan hoy por tiempos tan cortos, con finalidades de

¹ Heidegger M. La Pregunta por la cosa Memhis Buenos Aires 1976.

² P. Virno: Gramática de la multitud. Traficantes de sueños Madrid 2003.



gratificación tan instantáneas y en un marco de competición por el consumo tal, que solo logra articular vínculos inestables. Las poblaciones son incapaces hoy de crear una cultura popular. En la sociedad de los individuos, frente al pueblo, emerge la multitud.

El espacio público, el ágora donde se dialogaba sobre los asuntos de la república y donde se forjaba la razón común y la voluntad popular, ha sido colonizado por el autismo tecnológico y por las colas para entrar al espectáculo. Lo público se transforma lentamente en un espacio donde se ponen en común o se piden soluciones a los problemas privados. Lo subjetivo, lo psicológico, la confesión y la petición de cambios o ayudas para problemas de “minorías psicológicas” invade las discusiones públicas que acaban pareciéndose a chat-shows. ¿Quién es tan desalmado para negar la cirugía pública para la reasignación de género a un transexual? ¿Quién se niega a pagar a escote la heroína en toxicómanos que han fracasado con otros tratamientos?

Los sufrimientos en el trabajo han seguido el mismo camino y se plantean hoy como choques personales. El análisis horizontal de las relaciones de producción capitalista de aplicarse al pasado, convertirían el horror del esclavismo en la relación con un mal amo: había esclavos con una vida tan regalada como los perros de lujo madrileños. Lo esencial de ese proceso de privatización consiste en que los problemas para los que se piden solución no son aditivos: los conflictos tienen soluciones diversas, y por tanto, no pueden discutirse juntos, ni articular una voluntad general más allá de las buenas intenciones.

El Oportunismo, la disposición permanente al cambio, parece la estrategia vital más apta para sobrevivir a ese universo donde no se conocen las circunstancias a las que adaptarse. Las biografías postmodernas deben acostumbrarse a la des-protección social (si tu no te buscas la vida nadie lo hará por ti), a unas rela-

ciones personales presididas por vínculos emocionales tan laxos, que pueden cambiar un fin de semana, que pone fin a la pareja y a unas condiciones de trabajo precario que obliga a continuos cambios de habilidades o países (la deslocalización de empresas obliga al nómada). Por todo ello la disposición al cambio parece la actitud más adaptativa. Un meteorito alteró tanto las condiciones del planeta tierra que los dinosaurios más fuertes se extinguieron. Las grandes empresas emblemas de la nación como la Philips emigran fuera de Holanda. Mantenerse disponible, flexible y atento al mayor número posible de eventualidades para coger la más favorable y cambiar cuantas veces ordene el mercado, describe la actitud más sensata de cualquier trabajador inestable o buscador de empleo.

Reacuérdesse el anuncio paradigmático del post fordismo: “joven con carné de conducir, conociendo idiomas e informática, dispuesto a viajar aceptaría cualquier oferta laboral”. La selección laboral en postmodernidad funciona con esquemas que un famoso psicólogo describe así: no nos importa lo que usted sabe ni lo que va a hacer en el futuro. Tenemos este problema ¿sabe resolverlo o no?

El Cinismo constituye la segunda característica de la afectividad de la multitud postmoderna. Para solidaridades está el opositor que se examina contra quinientos para quince puestos de trabajo (¿imaginan una oposición para cinco plazas de conductores municipales interrumpida por los cinco mil que se presentan al grito de ¡o todos o ninguno!?). Frente a las reglas conductuales enmarcadas en códigos sociales de reconocimiento recíproco prescrito por la moral, la Afirmación de Sí parece la única norma de supervivencia para el individuo que compite durante toda su vida por un trabajo discontinuo. Ignorar al otro, ahogar cualquier sentimiento colectivo, practicar el egoísmo es el consejo para saber vivir que en el fondo comparten los manuales de autoayuda, la práctica psicoterapéutica y el sentido común.



Angustia, Oportunismo y Cinismo configuran el nihilismo postmoderno que lejos de generar superhombres nietcheanos, construye individuos dominados por un miedo permanente. Miedo individual que lleva a la multitud no tanto a añorar la vieja casa, como a continuas búsquedas de protección individual que termina en los consultorios psiquiátricos. La situación de algunos trabajadores de 40 años amenazados con el paro por la crisis industrial es paradigmática de ese estado afectivo: el mundo se les viene literalmente encima. Todo su proyecto de envejecer con las rutinas de la vieja sociabilidad obrera se diluyen. La conducta de un obrero industrial de la primera parte del siglo xx era previsible en función de su *habitus*³: tras ocho horas de trabajo, los vinos o la partida en la barriada obrera, los fines de mes reunión sindical, en agosto cuando se apaga el horno vacaciones, los fines de semana al pueblo. Las ventajas machistas y el poder familiar⁴ otorgado por traer el dinero a casa también formaban parte de la condición obrera.

Todo ese mundo quiebra con la mundialización postfordista vivido como caos: la incapacidad de comprender porque su maestría en soldar barcos ha quedado obsoleta o porque la empresa en lugar de luchar contra los sindicatos decide retirarse a fabricar coches en países lejanos, aumenta la indefensión obrera frente al mundo. Tampoco hay refugio retrocediendo: en el pueblo desde el que emigró, el campo está substituido por urbanizaciones para el fin de semana y la población son viejos que disfrutan sus pensiones. Las promesas políticas son impotentes para cambiar las decisiones imperiales de las grandes compañías e incapaces de dar seguridad a nadie. La angustia, real en los jóvenes, anticipatoria en los trabajadores maduros con un trabajo cada vez más precario,

no parece tener otra expresión que la queja subjetiva y la psiquiatrización. Del viejo estado del bienestar quedan restos que configuran a la medicina pública como el único espacio de "seguridad social". Los centros de salud concentran una oferta que cumple el papel de las viejas iglesias. Las multitudes que acuden a purgar allí su malvivir, las visitan con la esperanza de encontrar en la escucha psiquiátrica el corazón y la humanidad de una sociedad que lo ha perdido.

Individuación del Mundo Laboral

Los individuos, los yoes particulares lejos de ser el inicio del proceso de socialización, los átomos que por agregación o asociación forman la multitud, son el resultado final de unas largas luchas para someter y derrotar la resistencia de las poblaciones a las disciplinas. Foucault nos enseñó que vacunarse, volver a trabajar cada lunes, gozar de un sexo que habla continuamente son menos fruto de una satisfacción de necesidades y más resultados del ejercicio de un poder pastoral.

La cría humana se caracteriza por la imposibilidad biológica de sobrevivir o llegar a hablar fuera de una sociedad humana y es esa dependencia la que determina su ser en el mundo. Heidegger y Wittgenstein enseñan por distintas vías que no hay lugar para el hombre fuera del mundo: pensamos o hablamos integrados en sistemas comunitarios y por ello la individuación nunca es completa.⁵

Es el poder pastoral quien fuerza en nuestro tiempo un imaginario que borra ese espacio intersubjetivo en el que siempre nos movemos cuando compartimos el lenguaje o la acción social imponiendo la imagen de un yo cerrado

³ Pierre Bordieu ha desarrollado esa noción de *habitus* a la cotidianidad obrera. Especialmente en *Cultura y Política* o *La Huelga y la acción política*. Madrid, Istmo 2001.

⁴ Bordieu P. *La dominación machista*. Anagrama, Barcelona 2001.

⁵ Paolo Virno en *Gramática de la Multitud* comenta muy elogiosamente en extenso la idea de una individuación siempre incompleta en la obra de G. Simondon. *La individuación psíquica y colectiva*. Paris 1989.



a su mundo de pertenencia, un yo primitivo y aislado de cualquier vínculo natural, de un individuo dotado de un lenguaje privado usado para nombrar objetos de deseo y a partir de su posesión construir su mundo social.

Tras el consentimiento con ese ideal de individuación, los criterios de normalidad en nuestro tiempo diseñan unos itinerarios vitales dirigidos tanto a la separación precoz del niño de sus grupos naturales, como a borrar las huellas de esa pertenencia reduciendo la identidad a la lucha desde la guardería de lactantes por la jerarquía o los objetos de deseo. El deseo de mandar o de tener constituye la única brújula que orienta la auto narración con la que se crea el yo postmoderno en perpetua lucha contra la dependencia. La vieja fábula sobre la máquina que cumple tres deseos —la pata de mono, la botella encantada— y siempre acaba produciendo la ruina del afortunado, era una advertencia sobre la incapacidad del hombre para manejar sus deseos de forma sensata. En una versión contemporánea del cuento V. Baranov⁶ avisa de cómo el cumplimiento del deseo más universal —vivir eternamente— cuando hay que pagar por él pues puede significar el horror de pasar el resto del tiempo —siempre— trabando en la cantera para pagarlo. La metáfora contra la sociedad de consumo se acentúa al descubrir la incapacidad del individuo deseante para encontrar la solución al juego de los tres deseos: no desear solo mi bien —la vida eterna que por ejemplo me condena a ver morir a mis hijos— sino desear el bien para todos.

Contra la versión panglosiana, el trabajo real nunca supuso ninguna realización del hombre. La fábrica o la oficina nunca fueron un balneario: el horror ante los ritmos de trabajo

o la vivencia de encierro en las barriadas fue el sentimiento que se imprimió⁷ en el conciencia de la clase obrera desde su nacimiento. El desorden permanente y la rebeldía explícita o implícita de las masas ociosas o peligrosas contra el mundo de la producción, marcaron el humus colectivo en que nacieron y se desarrollaron las relaciones industriales.

Población popular que percibía a los capataces, accionistas o ingenieros —lo dice una vieja canción minera— como sus enemigos, como los agentes de unos poderes y unos intereses materiales incompatibles con una vida popular autónoma. Vivencia de servidumbre trascendía el tiempo de trabajo. Simone Weil⁸ cuando trata de responder a la pregunta ¿Qué es peor el Hambre o Trabajar?, rememora como en sus años de obrera en la Renault si alguien le hubiese mandado levantarse del asiento en el tranvía, “hubiese obedecido por la sumisión y la debilidad de la dignidad que el trabajo fabril genera en la psique proletaria”.

Mundos obreros y burgueses separados desde cada nuevo nacimiento por imaginarios antagónicos. Mientras para la burguesía las masas populares eran una población salvaje a higienizar y civilizar en los valores de la ciudadanía (ahorro, familia, escuela), los imaginarios revolucionarios afirmaban sus sueños como la pesadilla de esas clases ilustradas (“hijos sí, maridos, no”, “ni dios, ni patria, ni patrón”, incendios de iglesias, palacios o cuarteles).

La sociedad del bienestar parecía haber logrado la victoria definitiva del higienismo en esa guerra social, con la renuncia de los trabajadores, tanto a cualquier cambio radical de la estructura de las relaciones de producción, como al cumplimiento de aquel sueño destructor

⁶ Baranov Vladimir: El ganador se queda con todo. En Diccionario de Vientos Galaxia Gutenberg. Barcelona 2001.

⁷ Impresión en el sentido de imprinting etológico: un sentimiento grabado en el nacimiento y que se manifiesta automáticamente a lo largo de la vida.

⁸ Hay un excelente relato de la vida obrera de Simone Weil de Rosa Bueno en la Editorial La voz de los sin voz. Madrid 1998.



de patrias, familias y estado. Derrota obrera y paz social firmada a cambio de la estabilidad laboral y una reforma permanente de las condiciones de vida en el Estado del Bienestar.

A nivel microsocia ese pacto social materializaba una cotidianidad laboral, en la que las obligaciones de cada trabajador estaban detalladas y limitadas a nivel casi individual por el contrato (los convenios en las empresas inglesas multiplicaban por doce las categorías laborales de las empresas japonesas en la que cualquier trabajador sirve para todo) y por unos reglamentos que impedían arbitrariedades o autoritarismo de los mandos empresariales en el ejercicio de la jerarquía laboral.

Los inevitables conflictos laborales se negociaban en un grupo de intermediarios, constituido por una aristocracia obrera de sindicalistas burocratizados y unos gerentes ilustrados en organización y seguridad del trabajo, que habitualmente lograban la paz laboral interrumpida a lo sumo por algunos inofensivos rituales de protesta. Como segunda aparato de pacificación las grandes empresa crearon servicios médico-psicológicos que armonizaban el puesto de trabajo con el perfil personal de cada trabajador o facilitaban apoyo psicológico y bajas laborales a los trabajadores inadaptados o inadaptables.

Aunque la enemistad contra el trabajo nunca desapareció del imaginario obrero, la desregulación del mercado y la individuación de las relaciones laborales en la postmodernidad la transformó radicalmente. El malestar laboral, la nueva fatiga industrial, al carecer de cualquier marco o memoria colectiva en el que insertarse tiene su reflejo en una vivencia exclusivamente subjetiva de la servidumbre laboral.

La amnesia colectiva, produce un registro individual del daño a la vida por el trabajo, que

personaliza la explotación y convierte al superior jerárquico en un sádico, que obtiene placer hostigando psicológicamente a su empleado. Individuación del dolor logrado por la carencia de cualquier imaginario, de cualquier relato que como antaño separe el nosotros —los de abajo—, del ellos —los de arriba— que permitiese una perspectiva no intimista.

Con tanto la figura del capataz o el jefe de taller deja de ser comprendida como el calculador racional que busca sacar el máximo de plusvalía a su obrero para aparecer como el malvado, la única figura del mundo laboral que parece realizarse y actuar por vocación. Frente a los viejos dramas de B. Brecht que mostraban como la mejor persona del mundo cuando actuaba como patrón a pesar de sus buenas intenciones sólo podía producir dolor en sus trabajadores, la queja postmoderna contra el trabajo solo puede enmarcarse en los marcos subjetivos de las relaciones intimas.

Mobbing

El resultado de esa individuación laboral es que el nuevo fantasma que recorre Europa, no tiene un mundo nuevo en sus corazones sino una nueva enfermedad en el alma con bautizo en ingles, bajo los nombres de Bossing o Mobbing. “Enfermedades” que traducen las nuevas figuras del sufrimientos en el trabajo, relatadas en un formato intimista como acoso psicológico en el trabajo.

Del interés que ese tópico despierta en la academia escribe Hoel y se cita en los Papeles del colegio de psicólogos Español⁹ que “el moving es el tópico de investigación de los años 90”. Según esa bibliografía los trastornos por acoso afectan nada menos que al 8% del total de trabajadores de la Unión Europea y la cifra se agrava por el daño que produce el acoso en las personas que lo contemplan sin sufrirlo pero que padece de grave estrés según

⁹ Baron Duque M. y col: La Espiral del Mobbing. Papeles del Colegio de Psicólogo. 2003, 84. 71–82.



esta literatura. No es de extrañar que contra el Mobbing se promulguen leyes que lo consideren un delito como en el código penal español el Art. 173 o se movilicen esfuerzos de cara a la elaboración por parte de la Comisión de Empleo y Asuntos Sociales Parlamento Europeo de un libro verde sobre el Mobbing que “constituirá un referente legislativo”¹⁰.

El concepto de mobbing nació en Suecia desarrollado por el psicólogo Leymann que estudiaba el malestar laboral con unos conceptos tomados de la etología sobre los análisis de la jerarquía y el poder en el mundo animal. El trabajo fue muy bien acogida por las agencias oficiales del bienestar y las definiciones se multiplicaron al aclimatarse a cada geografía y a cada legislación laboral. Desde la definición cuantitativa del mobbing por el propio Leyman, “una persona es objeto de mobbing si se encuentra expuesta al menos a una actuación negativa cada semana, durante un periodo mínimo de seis meses”, hasta la ofertada por el gobierno Autónomo de Asturias en un papel profusamente repartido por todos los centros de trabajo como “Se entiende por acoso u hostigamiento psicológico en el trabajo el comportamiento hostil que atente, ofende, humilla, atemoriza de forma sistemática la integridad física y psíquica llevada a cabo por una o varias personas hacia una tercera, la víctima”. Obviamente la epidemia que recorre los países ricos (para pensar en Mobbing están los millones de niños esclavos que fabrican las alfombras y que son asesinados como Iqbal Masih¹¹ cuando denuncian las condiciones de su trabajo forzado) y las legislaciones con restos del naufragio del estado del bienestar (en Japón los trabajadores prefieren morir a dejarlo).

El mobbing como todo síndrome psíquico que se precie imita la evolución de una enfermedad real según cuatro fases.

El inicio consiste en la Fase de Impasse: ante Hostigamiento por un superior jerárquico que en base a sus oscuros odios provoca ansiedad en su víctima, ésta cae en desconcierto. Sus intentos explicativos sobre él ¿por qué me pasa a mí esto? Fracasan y esa ausencia de racionalidad en lo que ocurre y lo infructuoso de perseverar en la racionalidad instrumental, genera más ansiedad y cristaliza sentimientos de inferioridad intelectual. La ausencia de cualquier perspectiva solidaria, de cualquier estrategia de búsqueda de ayuda colectiva, conduce a una actitud fatalista de aislarse, de no hablar del tema, de dejar correr el tiempo y esperar que pase el temporal mientras se toman píldoras para dormir y alcohol o drogas para hacer tolerable la situación.

La segunda fase supone ya la Apertura del Conflicto y la intimidación formal de la víctima a la que se acusa de deslealtad o ineficacia en el trabajo, se usa en su contra los síntomas de ansiedad o los fallos atencionales y se le amenaza formalmente de degradación laboral o despido. La puntuación de la crisis por los dos protagonistas del conflicto, tengo que vigilarlo y reprenderlo porque trabaja mal, por el acosador, frente al: trabajo mal porque esta siempre vigilándome del acosado, suele resolverse siempre a favor del primero aumentando el pánico de la víctima que visualiza a veces por primera vez las realidades y efectos de un poder con el que hasta entonces consistió.

La tercera fase pasa por la pelea franca entre acosador-acosado, la búsqueda de aliados hacia arriba —novedad absoluta contra las viejas solidaridades colectivas desde abajo— y la intervención de figuras de autoridad —superiores jerárquicos, médicos de empresa, servicios psicotécnicos— que cristalizan la percepción de soledad en la víctima que se vive solo e indefenso frente al mundo empresarial sin

¹⁰Anderson J: Informe sobre el acoso moral en el lugar de trabajo. Parlamento Europeo A5 2001.

¹¹El 16 de Abril de cada año se celebra en España en su recuerdo el Día Mundial contra la Esclavitud Infantil y su figura es honrada por los sindicatos de izquierda cristiana de todo el mundo que incluso propone su canonización.



ninguna red solidaria de apoyo. La subjetividad de la víctima en esta fase está presidida por la clásica situación de Indefensión Aprendida que se expresa con una variada psicopatología en relación con la culpa, la depresión, los trastornos obsesivos o incluso los gestos suicidas.

La descontextualización de los síntomas toma entonces el mando de la evolución de la crisis y se inicia lo que Baron llama el “vía crucis” por diversos servicios médicos a la búsqueda de baja laboral como solución evitativa del castigo empresarial. Mecanismos evitativos que como en las fobias provocan un resultado catastrófico para la persona que lo emplea. Los viejos horrores laborales generaban mecanismos de defensa que daban cuenta del horror de trabajar por su comparación con el dolor soportado para no acudir a trabajar: en el viejo imaginario minero se elogiaba la capacidad para autolesionarse fracturándose dedos o rodillas con un martillo ante lo penoso y peligroso de los malos tajos. Los nuevos horrores exigen esta especie de auto lesión psíquica. La predicción de eficacia laboral desciende tan drásticamente que acaba siendo la profecía que se cumple y convierte en inútil al trabajador perseguido que lo extiende mucho más allá del trabajo a una identidad de fracaso vital global mantenido por la necesidad de reafirmarlo periódicamente para solicitar la baja laboral por motivos depresivos que le permita eludir el contacto con su perseguidor.

La última fase es descrita como la Fase de Huida y durante ella la víctima del acoso se cronifica en la indefensión y en los mecanismos fóbicos en una Identidad Quejumbrosa centrada en la queja múltiple sobre sus males y en el resentimiento general contra el mundo y en especial contra los servicios médicos sociales “que no resuelven mi problema”. La vía terminal común de esta Fase de Huida tiene dos versiones bastante similares.

O bien la prejubilación por motivos psiquiátricos, de nuevo trastornos del estado de ánimo, las adiciones, las conductas autolesivas son etiquetadas como enfermedad invalidante en una colusión de los técnicos para quitarse de en medio el problema. O bien la adaptación burocrática a un puesto de trabajo rutinario — el oso que dormita en la caverna es la metáfora de Leymann— y de menor categoría que el anterior desempeñado con la menor inversión afectiva posible, salpicado por bajas laborales y conductas de resistencia pasiva similares al “preferiría no hacerlo” del escribano Bartleby.

Búsqueda de Ventaja: picaresca y resistencia laboral

La epidemia de mobbing no hace sino reflejar otro aspecto de la derrota popular. La vieja cultura obrera dotaba al aprendiz, mucho antes de su primer día de trabajo, de una sabiduría de resistencia que se manifestaba en multiplicidad de conductas y actitudes integradas en una cultura de “sabotaje benévolo” a la máxima producción posible. Desde hacerse el tonto en el aprendizaje de las tareas concretas, a trabajar lento y “sin agotarse”, o racanear tiempo de presencia en el tajo con fugas por el taller o escondites en el baño, todo valía para romper “la cadena” de producción. Resistencias a la disciplina laboral que incluía bromas sangrientas a los trepas, boicots o violencia contra los pelotas del jefe, marcas de territorios reservados al colectivo saboteador que hacía caer tuercas o martillos desde las alturas cuando el ingeniero visitaba el taller.

Rutinas de resistencias que de alguna forma sedimentaban en una memoria colectiva que articulaba grupos amistosos fuera del tiempo de trabajo, basados en el machismo y los gustos de necesidad^{1 2} que continuaban el discurso fabril en la barriada obrera —el esquirolo y su familia tenía pocos lugares donde tomar un

^{1 2}Bourdieu P en Cuestiones de Sociología Istmo Madrid 2000 describe muy bien ese proceso con el intraducible juego de palabras *classement, déclassement, reclassement*.



vino sin ser insultado— que totalizaba una cultura, —con sus ritos y sus mitos—, envolvente para toda el vecindario e invisible al extraño.¹³

Frente a ella la cultura empresarial siempre intentó romper esa identidad colectiva, individualizando la producción y escindiendo los colectivos en buenos y malos trabajadores, cronometrando las tareas y dando rangos o salarios diferentes a cada productor y dispersando el hábitat obreros en la organización científica del trabajo de orientación Taylorista. O más ambicioso aún tratando de crear con el modelo Tayotista una cultura interclasista alternativa, que substituyese la memoria de resistencia obrera, por una ideología de la colaboración colectiva en la empresa, los gustos de pretensión y el orgullo de pertenencia a la misma compañía durante varias generaciones con tradiciones de lealtad casi feudal a la “casa”.

La nueva situación del trabajo precario y discontinuo, ha dejado obsoletas esas luchas. Hoy, la relación laboral es de nuevo un contrato individual, cercano a la vieja relación artesanal y por ello las vivencias de sufrimiento en el trabajo se enmarcan en lo subjetivo, en los azares de una mala relación con un mal jefe, que nada tiene que ver con la necesidad colectiva de vender la vida, eso que fluía cuando en la infancia no se sabía de días negros o rojos del calendario, como tiempo de trabajo, eso que tarda en pasar por el reloj de la oficina y que se anticipa en el tiempo de ocio.

El manual asturiano para detectar mobbing enfatiza esa individuación de la relación “el acoso es siempre una situación provocada intencionalmente y premeditada. El autor del

acoso quiere dañar y la víctima lo sabe”... “En ocasiones puede ser absolutamente sutil, pero no por ello menos intenso ni dañino para la víctima”. Sutileza remarcada porque “la intencionalidad no se evidencia en ninguno de los actos integrantes de esa conducta y solo es detectable mediante el análisis global de la misma”.

Una de las constantes en las modernas descripciones del mal es el haber prescindido de la figura de un agente sádico en su génesis. Es un tópico aceptado que cuando se escucha la subjetividad del monstruo nazi, incluso poco antes de su ajusticiamiento, solo rememora recuerdos de un burócrata atareado en hacer llegar puntuales los trenes al campo de exterminio¹⁴. Cuando Fanon¹⁵ “trata” los trastornos de los torturadores del ejército Francés en Argelia, encuentra la misma figura impersonal y burocrática: el trabajo de golpear o quemar con electricidad los testículos de los independistas cansa, y lejos de gozarse en la tarea, el pobre torturador que “consiente” en su tarea, también padece de estrés y fatiga laboral. Paradojas de la malaria postmoderna, que hace reaparecer al sádico en la cotidianidad, habitando en la intimidad del hogar de los mil maltratos a mujeres o niños y en los acosos del trabajo. Parece que el hogar y el taller son los escondites donde el antiguo deseo de lucro se transforma en el deseo de obtener un plusvalor de gozo en el dolor de sus esposas, hijas o subordinados.

La figura del acosador laboral es descrita por Hirigoyen¹⁶ en su trabajo sobre el mobbing como la de un sicótico, como un perverso que proyecta sus necesidades persecutorias en las figuras cercanas de su entorno laboral.

¹³ Rubén Vega en varias obras sobre historia del movimiento obrero asturiano ha desarrollado una convincente descripción de ese mundo de la vida obrera que va mucho más allá de la fábrica.

¹⁴ La experiencia de A. Arent que asiste al juicio y la ejecución de Eichmann en Israel es la generadora de ese tópico sobre la banalidad del mal.

¹⁵ Fanon F: Los condenados de la tierra FCE Buenos Aires 1963 En el prólogo de la obra Sartre denuncia brillantemente la colaboración psiquiátrica con el colonialismo afirmando “Francia fue el nombre de una nación quizás empieza a ser el nombre de una neurosis”.

¹⁶ Irigoyen M.F.: El acoso moral en el trabajo Paidós Barcelona 2001.



Si la figura del mal presidiendo los restos de la sagrada familia nos choca, en lo laboral la extrañeza ante el sadismo del jefe, desaparece cuando comprobamos que todo es una fábula, que el mobbing es la caricatura del viejo malestar laboral tradicional, de un relato psiquiatrizado de las clásicas formas de fatiga o estrés laboral descontextualizado de cualquier análisis colectivo.

La descripción del Acoso Laboral se estructura en el manual asturiano ya citado en cinco epígrafes: “ataques verbales”, “desacreditación profesional”, “aislamiento social”, “ataques personales”, “sobrecargar de trabajo, encomendar tareas rutinarias por encima o por debajo de sus posibilidades, asignar objetivos o proyectos inalcanzables”, “violencia física: gritos, amenazas, invasión de la vida privada”. Todos estos “síntomas” lejos de reflejar una patología de maltrato cercano a las vejaciones de Justine, describen y concretan rutinas cotidianas que casi ningún trabajador ha dejado de sufrir a lo largo de su vida laboral (la violencia se refiere por ejemplo a no tener en cuenta problemas físicos o de salud) y que aparecen casi literalmente reflejadas en un texto de 1950 de Bonaffé sobre la fatiga laboral de las telefonistas que también acusaban a sus supervisoras de malevolencia personal y sobrecarga laboral “hasta hacerlas reventar”. Etiquetar ese sufrimiento como excepcional y enmarcarlo en una interrelación basada en las pasiones íntimas, supone un relato demagógico que presupone la situación laboral normal como un contexto aconflictivo de relaciones racionales en el que la habitual mala relación con el que nos mandase transforma en lo excepcional y el Mal Capataz de siempre es psicopatologizado bajo la figura Mediocre Inoperante Activo (inevitable acróstico de MIA)¹⁷.

Respecto a los síntomas del Acoso Laboral encontramos algunas figuras psicopatológicas conocidas en la exploración de los Trastornos

Disociativos. “Síndrome de estrés postraumático”, “Síndrome de estrés por coacción continua”, “Síndrome de fatiga crónica”, son las tres agrupaciones sindrómicas que sintetizan los trastorno de memoria, la irritabilidad, las crisis nerviosas, el Breakdown, el daño en las relaciones interpersonales y la vida social” que la malaria laboral produjo siempre en los trabajadores y que fueron interpretados con acierto por la psiquiatría dinámica en torno a la Ventaja con el Síntoma.

Ventaja inconsciente aunque voluntaria, en los Síndromes Neurasténicos, o ventaja voluntaria y consciente en la simulación Sinistrosica que debe valorarse en su analogía con los síntomas histéricos respecto al feminismo inconsciente: como una protesta incoherente, pero en el fondo justa contra lo insoportable de la cotidianidad obrera.

El viejo sueño del higienismo médico pedagógico de colonizar a la clase peligrosa integrándola a los valores liberales fuera del taller, mediante el familiarismo, tiene su triunfo definitivo en ese psicologuismo de empresa que naturaliza el obedecer. Las habilidades para sobrevivir al trabajo que antaño se aprendían en la escuela para trasladarlas luego contra el capataz —picarecas para invisibilizarse a la mirada del maestro, fugarse de clase, crear redes de compañeros para copiar los exámenes o falsificar las notas— se ven hoy substituidas por una subjetividad que prima la autoexplotación por identificación con el éxito o el fracaso empresarial, y la buena comunicación o la habilidad para negociar conflictos que obviamente suponen el respeto al contrato y al poder patronal.

El proceso de transformar la vida en trabajo exige una continua represión que la monotonía de las modernas cadenas o el trabajo comercial transforma en sobre represión: en un tiempo

¹⁷ González Rivera J.L.: El trastorno por mediocridad inoperante activa. (Síndrome MIA) Psiquis Madrid ,229-231.



que no pasa y que más que fatigar el cuerpo arruina el carácter. La des-localización geográfica convierte al trabajador de montajes en una especie trashumante sin vínculos estables al barrio o a compañeros, que vive lejos de la familia en un lugar en ninguna parte.

Por ello la teoría del acoso laboral supone una forma de subjetivización de esas condiciones reales que se complementa a la perfección con esa individuación forzada del trabajo: si el trabajo me altera y “estoy cansado, con dolores múltiples o pérdida de memoria...”, “en el poco tiempo que estoy en casa no me quito de la cabeza los problemas, el trabajo acaba siendo una forma de posesión peor que la diabólica”, lejos de buscar acciones colectivas que transformen el tormento o buscar al menos palabras de exorcismo para maldecir al amo, debo encontrar un psiquiatra que me ayude a detectar y combatir al responsable de mi estrés laboral.

Lo falso e idiota de un supuesto síndrome psiquiátrico como el mobbing, la simplicidad de su deconstrucción, no supone en absoluto su ineficacia para transformar radicalmente la realidad. Foucault nos recuerda como la absurda campaña sobre el daño corporal por la masturbación infantil¹⁸, generó una amplia variedad de disciplinas para vigilar la intimidad del niño que prácticamente recrearon el concepto de la infancia y su psicopedagogía desde la visión de una niñez frágil y necesitada de tutela.

La psiquiatrización de la vida laboral parece hoy un movimiento similar: el trabajo es un lugar estresante desde el que llegan enfermos y a donde no se pueden enviar pacientes rehabilitados. En nuestro tiempo, el dolor por el daño a la vida ocasionado por el trabajo ha hecho abandonar cualquier esperanza de “realización en el trabajo”. Hacía el Trabajo ya no se canalizan las viejas luchas, ni se sueña con “otro tra-

bajo” en una empresa autogestionada, sino que se consiente en sufrir mientras por doquier se aspira a la jubilación anticipada o a los periódicos consuelos en forma de baja laboral que el psiquiatra puede conceder.

Psiquiatrización de la Justicia Laboral: la genealogía de la transformación de los gremios *psi* de médicos de locos a gestores de todos los ámbitos de la cotidianidad se inició históricamente por la invasión de los foros de justicia. La campaña forense que afirma la capacidad siquiátrica para descubrir entre los criminales “locos que no parecen” e ilustrar en la audiencia sobre cuanto de loco o cuanto de malvado hay en un criminal marca la salida de los psiquiatras de sus manicomios para convertirse en higienistas que empiezan a influir en los más variados ámbitos del panóptico estatal y del poder pastoral. Tras el éxito de ese desembarco *psi* en el foro, todo el imaginario judicial-carcelario, queda monopolizado por una practica que transforma en psicólogo desde el juez al carcelero que ya no juzgan o encierran sino que interpretan la voluntariedad y el compromiso de la personalidad del delincuente en la consumación de sus maldades para dictar sentencias y evalúa su rehabilitación-peligrosidad para abrirle o cerrarle las puertas de la cárcel.

Y desde ese primer éxito psiquiatrizador, el siglo xx es la historia de cómo una practica *psi* con unos conocimientos mínimos logra una influencia absoluta en la gestión de la vida cotidiana. Desde la crianza a la vejez, desde el sexo a la comida, desde la gestión de los vicios (bulimia, ludopatía, alcoholismo) a la buena muerte siempre hay un *psi* que enseña como hacerlo.

La psiquiatrización de lo laboral tuvo los mismos inicios que la campaña forense de principios del siglo xx, con las peritaciones e informes

¹⁸ El texto de Tissot S. M. El Onanismo Asociación Española de Neuropsiquiatría Historia N 14 Madrid 2002 es un texto imprescindible sobre la imbecilidad siquiátrica creadora de unos contextos de evidencia general sobre la necesidad de proteger a la población de una plaga inexistente.



psiquiátricos para jubilaciones anticipadas que en algunos lugares como Asturias permitieron dismantlar toda la industria tradicional convirtiéndola en una región de un millón de habitantes sin apenas resistencias y con unas tasas de prejubilación brutales. En Asturias no hay mineros mayores de 40 años, ni metalúrgicos mayores de 45, ni empleados de banca mayores de 50. En el proceso de cierre de empresas el ¡Doctor, jubíleme! fue el clamor general y la petición habitualmente atendida con informes psiquiátricos sobre procesos depresivos que unidos a otras patologías logro convertir la vieja clase obrera asturiana al rentismo. La percepción de ese poder psiquiátrico para solucionar conflictos que antaño se resolvían con la acción colectiva, que la solución no es la revolución sino la jubilación y la resignación, parece que ha transformado radicalmente el imaginario obrero que admite su indefensión y busca en la protección psiquiátrica la solución a sus males de persecución laboral y de “no valer para el trabajo” .

El consenso social para hacer de los Centros de Salud Mental un lugar donde se celebra la ceremonia de etiquetar como enfermedad y evaluar como invalidez laboral las difusas quejas que recibimos, repite la mentira de capacitar al psiquiatra para otorgar un diploma que permitía abortar (por alto riesgo psiquiátrico para la embarazada) en lugar de legislar de forma clara prohibiendo o liberalizando.

Dos casos “clínicos” de trabajadores de sanidad pueden ilustrar el proceso de psiquiatrización que hoy inunda los centros de salud mental de nuevos casos e impide la salida al mundo del trabajo de los “viejos” pacientes.

Ezequiel. Se trata de un usuario que acude en el año 2002 a un centro de salud mental de Gijón por sufrir un cuadro mixto de ansiedad depresión con agravamiento de problemas dermatológicos, secundarios a una situación de conflicto laboral en el servicio de mantenimiento en el Hospital del In salud donde trabaja. Tras

un breve informe en ese sentido que es exigido por el usuario, la implicación del psiquiatra en un conflicto de versiones entre el trabajador y algunos compañeros que alegan un proceso de mobbing de sus jefes resulta inevitable.

Ezequiel ha sufrido un expediente disciplinario por parte del Servicio de Inspección Sanitaria del Gobierno Asturiano. La acusación central de ese expediente que el paciente aporta para su historial clínico como en medicina la analítica dice lo siguiente:

“el día... en los Talleres de Mantenimiento fue requerido por el Jefe de Mantenimiento del Hospital para que sustituyera el bombín de la cerradura del armario donde guarda la herramienta ante lo cual Ezequiel de forma violenta, partió contra el suelo una tabla de madera arrojando los trozos de la misma y algunos perfiles metálicos a los pies del mencionado Jefe de Grupo, cogiendo a continuación del citado armario un cuchillo en actitud amenazante”.

El consultante niega los hechos y afirma la existencia de una situación de persecución laboral aportando dos pruebas de la misma en forma de escritos colectivos de algunos compañeros de trabajo. Uno de ellos afirma “los trabajadores de mantenimiento del Hospital de Cabueñes abajo firmantes afirmamos que D. Ezequiel, mecánico de mantenimiento desde hace doce años, jamás mantuvo ninguna actitud violenta u hostil hacia ningún compañero o jefe, sino todo lo contrario una persona equilibrada, amable y trabajador”.

Otro documento más general y con una veintena de firmas afirma: “los trabajadores de mantenimiento nos vemos en la obligación de denunciar la situación de indefensión en que nos encontramos por el maltrato recibido por parte del Jefe de Grupo...”

Si a la larga lista de humillaciones, descalificaciones y desprecios y otras provocaciones vividas entre otros por... (figuran cuatro



nombres) unimos la decisión de D..... renunciando voluntariamente a la relación laboral como consecuencia directa del desamparo ante tales abusos de autoridad, convendremos todos en reconocer la veracidad y gravedad de lo denunciado. Es un daño, el originado durante estos años, sostenido argumentalmente por quien en ultima instancia establece los objetivos del servicio D. que en repetidas ocasiones vierte juicios de valor sobre la valía de los profesionales a su cargo, siempre como defensa propia, menoscabando sin reparo alguno la autoestima de los mismos.

Entre ambos jefes se articula por tanto, no cabe duda la agresión para obtener como ultimo rendimiento el sometimiento a una jerarquía deslegitimizada ante todo el colectivo de talleres.

La versión contraria del equipo directivo del taller califica la situación de “insubordinación colectiva, considerando que se usa el argumento del acoso de los argumentos principales de presión, cuando el en definitiva lo que no se acepta es el más elemental control, tanto del trabajo como de la asistencia al mismo”.

Con cierta justicia visto lo subjetivado del diálogo sobre el daño subjetivo a “la autoestima” y la respuesta a “la insubordinación”, al juez instructor del expediente se le ocurre naturalmente “solicitar al psiquiatra Guillermo Rendueles del CSM IV informe actualizado sobre la situación clínica de D. Ezequiel, especificando sobre la existencia o no de antecedentes psiquiátricos, la etiopatogenia de su padecimiento, la terapéutica seguida y sus resultados, así como el pronóstico clínico(folio 44)”.

Ezequiel trae a mi consulta como prueba de la objetividad de lo real de la persecución la carta de dimisión de otro trabajador de su servicio al Jefe de ese departamento:

“Quiero renunciar a través de este escrito, a mi actual contrato, debido a los problemas que desde hace tiempo vengo padeciendo, deri-

vados de las actitudes hostiles hacia mi persona del Jefe de Grupo de Mecánicos. Situación que a pesar de haber sido comunicada puntualmente, tanto al jefe de servicio, como al Servicio de Prevención y que en diferentes ocasiones me llevó a situaciones de baja laboral, continúa en la misma tónica, resultándome imposible seguir trabajando en estas condiciones ya que estoy **poniendo en riesgo mi salud.**”

El largo proceso que enfrenta las versiones subjetivas de daño psíquico o imposibilidad de disciplina laboral no parece tener otra solución que esa petición de informe psiquiátrico que el instructor de la causa me pide. Aunque dicho informe etiqueta el caso de Ezequiel como una Reacción Adaptativa Depresiva eso permite una salida a gusto de todos, en forma de una larga baja laboral y una posible invalidez (aceptada como un premio por el interesado) que resuelva con la separación, el conflicto de una pareja tan mal avenida. Solución que muestra la fragilidad de los contendientes en el conflicto laboral postmoderno que convierte en comedias de enredo los viejos dramas de antaño (la chispa del motín eran antaño situaciones como las de Ezequiel) y bien esta que en cúmulo de despropósitos los psiquiatras añadamos la nuestra, a esos juegos de mentiras.

FERNANDO se trata de un paciente de 32 años con diagnostico de déficit cognitivo leve injertado en una Psicosis Maniaco Depresiva Tipo Bipolar que había tenido en su debut un curso muy tormentoso con varios ingresos hospitalarios debidos en parte a la tendencia abandonica de Fernando, que no “veía futuro” fugándose de su casa y no cumpliendo tratamiento. En los últimos tres años el cuadro aparecía compensado y estable con mínimos cambios de tratamiento. A tan buena evolución había contribuido su trabajo como celador en el Hospital Central de Asturias que le permitía un proyecto vital normalizado: “con lo que gano, ya puedo pensar en echar moza para marchar de casa” nos comentaba en las ultimas consultas.



Parecía haberse cumplido en Fernando una de las evoluciones que desde la reforma siquiátrica habíamos previsto como paradigmáticas. Frente a las viejas biografías siquiátricas condenadas al manicomio, marginadas del trabajo y en dependencia de la benevolencia familiar, la mejora del tratamiento psiquiátrico y la acogida laboral y comunitaria a los pacientes por la “sociedad”, permitiría normalizarlos para que llevasen una vida autónoma.

Todo ese supuesto en el caso de Fernando se demuestra falso al ser descalificado y propuesto para despido tanto por sus superiores jerárquicos en el trabajo como por sus compañeros dominados por una lógica presidida por “las heladas aguas del calculo egoísta” que pesan y miden los rendimientos laborales de Fernando en comparación con la norma, concluyendo en pedir su exclusión.

Fernando acude a consulta desconsolado, porque ha recibido una carta de la Dirección de Personal del hospital al que pertenece que le acucia a aportar alegaciones contra los informes que le han hecho llegar los encargados del Servicio de Lavandería donde trabaja y que literalmente dice respecto a Fernando y otro desventurado “creemos que no reúnen las condiciones necesarias para desarrollar el trabajo en la Lavandería. Aunque pone buena voluntad, su capacidad física y mental no le permite ejecutar las órdenes satisfactoriamente. Físicamente, hay puestos en que cualquier compañero trabaja el triple que ellos, tal es el caso de sacos, mientras que ellos depositan tres sacos en la cinta su compañero deposita diez.

Mentalmente, cuando se les encomienda una labor, o no la entienden o si la entienden al cabo de un breve intervalo de tiempo se les olvida, transcurrido el cual hacen todo lo contrario, no por desobediencia, sino por falta de concentración (están en Babia).

Aquellos puestos en que además de un esfuerzo físico se requiere el manejo de una maquina, no lo pueden ejecutar por su manifiesta incapacidad. Sus limitaciones hacen que el trabajo que ellos deberían realizar recaiga sobre el compañero asignado (normalmente los celadores trabajan en pareja), lo cual genera mal ambiente y rechazo hacia ellos...” Efectivamente existe otro informe del Jefe de Lavandería acompañado de testimonios de trabajadores donde se afirma “Que ninguno de los dos está capacitado para trabajar en la lavandería ya que su manifiesta incapacidad no solo es causa de una merma en la producción sino que genera desigualdad, tensiones y mal ambiente entre todos los compañeros afectados... En el caso de Fernando... una vez finalizado su contratación actual por tareas, no debería ser contratado nunca más para Lavandería”.

Actualmente Fernando esta de baja laboral y ese nunca más con que termina el informe indica a las claras su exclusión y como él, de la casi totalidad de pacientes psiquiátricos para “rendir” e integrarse en las cadenas de producción normal. Con ello su destino al trabajo protegido en talleres que recreen en otro lugar la laborterapia manicomial o a la invalidez escasamente pensionada esta sellado para siempre.

Desechos Industriales Postmodernos: la definición de Freud de normalidad “alguien capaz de amar y trabajar con satisfacción” parece condenar a la anormalidad a la mayoría de la población postmoderna. Los amores sucesivos parecen complementarse con los trabajos intermitentes y precarios. O peor aún como dice un interesante pensador turinés¹⁹ la fabrica post fordista se parece cada día más a una institución total, una institución que por producir “just in time”, por no almacenar sino producir lo que el caos mercantil determina exige una disponibilidad y una entrega absoluta del trabajador a la producción como antaño exigía el pacto mefistofélico.

¹⁹Revelli M.: la fábrica postfordista se transforma en institución total. Contrapoder Madrid 1999.



Por otro lado los lugares donde antaño se originaba la agregación colectiva, donde se generaba la identidad popular se han ido destruyendo. El trabajo precario crea un nuevo estatuto de trashumancia de los trabajadores que deben viajar a donde sus compañías los envíen. Con ello el trabajo se transforma en unas tareas exigentes e inestables que exigen una movilización total de las poblaciones que obviamente genera un malestar que por ser vivido en lo íntimo termina necesariamente en el psiquiatra.

Aquella imagen de la película *Locos a Desatar* en la que un paciente psiquiátrico era acogido por los trabajadores o los sindicatos es una fantasía a olvidar en post modernidad

como la historia de Fernando ejemplifica. La necesidad de supervivencia exige pedir subsidios y pensiones para todos pero, la necesidad de un subsidio como derecho de renta universal independiente del salario no debe ocultar como ello reduce la sociabilidad de quien lo recibe y lo conduce a la marginalidad.

Una sociedad que me da sin pedirme nada, mal puede incitarme a implicarme como ciudadano, simplemente me dice que no espera nada de mí, que soy uno más de los muchos desechos industriales de la postmodernidad en cuyo reciclaje, como no, deben intervenir esos especialistas en cualquier malestar llamados psiquiatras.



BIBLIOGRAFÍA

- Heidegger M. *La Pregunta por la cosa*. Memhis Buenos Aires, 1976.
- P. Virno: *Gramática de la multitud*. Traficantes de sueños Madrid, 2003.
- Pierre Bordieu. *Cultura y Política o La Huelga y la acción política*. Madrid Istmo 2001.
- Bordieu P. *La dominación machista*. Anagrama Barcelona, 2001.
- Baranov Vadimir: *El ganador se queda con todo*. En Diccionario de Vientos Galaxia Gutemberg. Barcelona, 2001.
- Rosa Bueno. *Relato de la vida obrera de Simone Weil*. Editorial La voz de los sin voz Madrid, 1998.
- Baron Duque M. y col: *La Espiral del Mobbing*. Papeles del Colegio de Psicólogos. 2003, 84: 71–82.
- Anderson J: *Informe sobre el acoso moral en el lugar de trabajo*. Parlamento Europeo A5 2001.
- Bourdieu P. *Cuestiones de Sociología*. Istmo Madrid, 2000.
- Fanon. F: *Los condenados de la tierra*. FCE. Buenos Aires, 1963.
- Irigoyen M.F.: *El acoso moral en el trabajo*. Paidós Barcelona, 2001.
- González Rivera J.L.: El trastorno por mediocridad inoperante activa. (Síndrome MIA) *Psiquis* Madrid 18, 229–231.
- Tissot S. M. *El Onanismo*. Asociación Española de Neuropsiquiatría Historia N 14 Madrid, 2002.
- Revelli M.: *La fábrica postfordista se transforma en institución total*. Contrapoder, Madrid, 1999.



El encuadre y psicoanálisis

Elena Usobiaga

Psicoanalista.

Bilbao.

INTRODUCCIÓN

En el recorrido bibliográfico que he seguido en este trabajo, recorrido necesariamente limitado, no he conseguido encontrar a quién se debe realmente este término. Freud nunca habló de encuadre, aunque los autores que hablan del encuadre habitualmente se refieren al “método clásico freudiano”. He encontrado múltiples trabajos sobre el encuadre o sobre el *setting*, sobre teorizaciones de su función, sus aplicaciones clínicas, pero en casi todos los trabajos, está dado por supuesto el concepto de encuadre, como si “existiera desde siempre”.

Para definir el “Encuadre” tenemos que ir a los autores que trabajan este concepto. Autores de la A.P.I. (Asociación Psicoanalítica Internacional), que aunque comparten una idea del encuadre fijo, lo teorizan de manera muy diferente. Así mi primera conclusión es que podemos decir que en la A.P.I. no hay una homogeneidad de criterios al respecto, sino puntos en común respecto a “las reglas básicas del encuadre”.

CONCEPTO DE ENCUADRE

Comenzaré con la definición de encuadre de Horacio Etchegoyen: “**El encuadre supone fijar como constantes las variables de tiempo y lugar**, estipulando ciertas normas que delimitan los papeles de entrevistado y entrevistador con arreglo a la tarea que se va a realizar.”

Siguiendo con Horacio Etchegoyen, en el comentario sobre los Escritos técnicos de Freud, subraya lo que Freud decía “que sus consejos se ajustan a su forma de ser pero pueden variar”, y abre una discusión interesante: la de la diferencia entre **el estilo y la técnica**. Si bien dice el autor, que no todos los analistas admiten esta distinción, él, se inclina a creer que **la técnica es universal, y que el estilo cambia. (...) “En otras palabras podemos elegir nuestro estilo, pero las normas técnicas nos vienen de la comunidad analítica y no las podemos variar”**.

Winnicott define el **setting** como «la suma de todos los detalles de la técnica».

José Bleger habla del encuadre como “un ‘no proceso’ en el sentido de que son las constantes, dentro de cuyo marco se da el proceso.” (...) “El encuadre correspondería a las **constantes** de un fenómeno, un método o una técnica, y el proceso al conjunto de las **variables**. (...) Y sólo lo citamos para que se comprenda que un proceso sólo puede ser investigado cuando se mantienen las mismas constantes (encuadre).” (...) “Es así que dentro del encuadre psicoanalítico incluimos el papel del analista, el conjunto de factores espacio (ambiente) temporales y parte de la técnica (en la cual se incluyen el establecimiento y mantenimiento de horarios, honorarios, interrupciones regladas, etc.)”



CONCEPTOS RELACIONADOS CON EL ENCUADRE

Otro concepto importante que recoge Horacio Etchegoyen, que tiene que ver con el setting es el concepto de **'alianza terapéutica'**.

Sterba (Congreso de Wiesbaden) (1932) sostiene que el proceso psicoanalítico se hace posible por un **proceso de disociación del yo**, una de cuyas partes, la que está vuelta hacia la realidad, sella una alianza con el analista para observar y comprender a la otra, la instintiva y la defensiva.

Setzel toma de Sterba el concepto de alianza terapéutica, basada en la disociación del yo, pero ésta añade la necesidad de una **regresión terapéutica** necesaria en el proceso analítico.

Señalar que en el citado congreso de Ginebra (1955), vemos desarrollarse, los conceptos kleinianos, así como los de la Ego-psychologie, momento histórico en que Lacan comienza su crítica, sobre todo a esta última.

El debate que se establece entre unos y otros autores, sobre si tienen en cuenta, o no, la **'realidad'**. Es clásica la crítica, de los anafreudianos y los de la Ego-psychologie a los kleinianos, de no tener en cuenta la realidad.

A mi entender, otro aspecto clave para entender la función del encuadre como punto de referencia fijo es la **'contratransferencia'**, término introducido en "Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica" (II Congreso internacional de Nürenberg 1910)

En el debate entre Daniel Widlöcher y Jaques Alain Miller (Junio de 2002), J.A.M. pone de manifiesto este concepto en el debate sobre las diferencias entre analistas de la A.I.P. y los lacanianos: "La contratransferencia, el nuevo sentido de ese término, la modificación de la escucha y de la interpretación psicoanalíticas introducida entonces, han dado lugar a un

debate en el momento mismo en el que Lacan empezaba su enseñanza. Poco después de la muerte de Freud, después de un tiempo de gestación, de investigaciones, dos vías se diferenciaron a comienzos de los años 50: Una seguía la dirección indicada por el artículo de Paula Heimann, en 1951, sobre la contratransferencia, sin duda precedida por los de Racker, el otro es el *Informe de Roma* de Lacan, que data de 1953. (...) Sin embargo, a partir de los años 50, vemos nacer una práctica del psicoanálisis fundada sobre la cultura y la explotación de la contratransferencia. Parece animada por una dinámica irresistible, crece, se extiende, se impone y reina finalmente en la A.P.I, hasta convertirse en el punto común, el elemento unificador, el único común denominador de analistas a los que todo lo demás les diferencia".

FUNCIÓN DEL ENCUADRE

H. Etchegoyen, habla del setting como **'continente'**, necesario para el establecimiento del proceso analítico: "En este sentido puedo decir que la función continente, parte indudablemente de Melanie Klein, pero adquiere más envergadura en Winnicott, Bion, Esther Bick o Meltzer".

Bleger, en el artículo citado, estudia las relaciones entre encuadre y proceso. Se propone estudiar la **función del encuadre**, "su significado psicoanalítico", cuando se mantiene en condiciones "idealmente normales". Analiza así el encuadre como una **institución**. "En este sentido el encuadre es mudo pero no por ello inexistente: Forma el no-yo del paciente sobre la base del cual se configura el Yo". "El encuadre como institución, es **el depositario de la parte psicótica de la personalidad**, es decir de la parte indiferenciada y no resuelta de los primitivos vínculos simbióticos."

Rafael Cruz Roche, en su artículo "Estatuto metodológico del encuadre", partiendo de que el "encuadre canónico claramente determinado no es en el fondo más que una **idealización**



conceptual”, advierte del riesgo que supone que “el encuadre defina el método”. Considera que el encuadre “cualquiera que sea debe favorecer la regresión, la articulación de los procesos primario y secundario, el establecimiento de una forma de relación (psicoanalítica) y la aparición de una cierta forma de temporalidad.”

Amparo Escrivá, en su artículo “El encuadre en el análisis con niños”, define la función del encuadre como: “continente de la transferencia, simboliza una serie de funciones del analista. Por una parte, una **función materna**, y en ese sentido podríamos entenderla como la aplicación del concepto *holding* de D.Winnicott, como sostén de la regresión y mantenimiento de un *self* unitario vivido como continuidad de la existencia. Por otra, puede cumplir una **función paterna**, (...) prohibidora del incesto. En esta línea de pensamiento, A. Green (1952) comprende que el encuadre representa ese **elemento tercero** que irrumpe en la relación dual”.

Podríamos decir que el encuadre, en los diversos autores consultados, **responde a dos principios**. De un lado como punto de referencia fijo para que la experiencia pueda ser estudiada desde un punto de vista científico; por otro lado, en su función en la cura psicoanalítica, atribuyéndole diferentes funciones según los autores: marco que posibilita la regresión y a la vez la limita, referencia tercera en una relación conceptualizada como dual. También como marco de referencia para el analista respecto de su contratransferencia. Desde la inclusión de la contratransferencia como eje de la interpretación me parece que la referencia al encuadre como algo fijo mantiene toda su lógica.

FREUD Y EL ENCUADRE

De los cuatro trabajos sobre la técnica del psicoanálisis entre los años 1912–1914, solo en los dos primeros, encontramos las referencias explícitas sobre lo que llamamos Encuadre.

En **Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico** (1912) Freud dice: “esta técnica ha resultado la única adecuada para mi individualidad; no me atrevo a poner en entredicho que una personalidad médica de muy diversa constitución pueda ser esforzada a preferir otra actitud frente a enfermos y a las tareas por solucionar.”

Con este encabezamiento, comienza Freud, lo que constituye casi su decálogo sobre técnica del psicoanálisis. En este trabajo supuestamente sobre técnica del psicoanálisis no encontramos ni una sola nota sobre el encuadre, más bien se trata de ética del psicoanalista. En términos de los postfreudianos se trataría del “Encuadre interno”.

En **Sobre la iniciación del tratamiento** (1913) hace referencia a la apertura y cierre del juego de ajedrez: “Pronto advertirá que sólo las aperturas y los finales consienten una exposición sistemática y exhaustiva” (...) A parecidas limitaciones están sujetas las reglas que uno pueda dar para el ejercicio del tratamiento psicoanalítico”. Advierte también que se trata de consejos y no “pretenderlas incondicionalmente obligatorias”.

En este artículo encontramos las conocidas referencias al uso del diván: “Mantengo el consejo de hacer que el enfermo se acueste sobre un diván mientras uno se sienta detrás, de modo que él no lo vea. Esta escenografía tiene un sentido histórico: es el resto del tratamiento hipnótico a partir del cual se desarrolló el psicoanálisis. Pero por varias razones merece ser conservada. En primer lugar, a causa de un motivo personal, pero que quizá otros compartan conmigo. No tolero permanecer bajo la mirada de otro ocho horas (o más) cada día. (...) Sé que muchos analistas obran de otro modo, pero no sé si en esta divergencia tiene más parte la manía de hacer las cosas diversas, o alguna ventaja que ellos hayan encontrado”.



DIVERGENCIAS SOBRE TÉCNICA ENTRE LOS CONTEMPORÁNEOS DE FREUD

Pocos analistas contemporáneos de Freud discutieron los “principios básicos”. Adler discutió el uso del diván para que el paciente no se sienta inferior. Fairbairn (1958), duda del tiempo fijo y del uso del diván y previene a los analistas contra el peligro de que una adhesión muy estricta al método científico les haga olvidar el factor humano.

Un caso excepcional fue **Sandor Ferenczi**, quien propuso y llevó a cabo varias reformas técnicas. Ferenczi se topa con las pulsiones como obstáculo al avance del análisis (“libido retenida”). Su respuesta a este obstáculo fueron sucesivas modificaciones de la técnica, manteniendo **que si un análisis no avanza, es responsabilidad del analista** hacer algo más. Su primera modificación fue la ‘**técnica activa**’, con la que se propone hacer hablar a sus pacientes de sus pulsiones. Posteriormente cuestiona su Técnica activa, y propone nuevas modificaciones.

En 1928, escribe dos trabajos que suponen un viraje en su teoría y técnica: “El problema del fin de análisis” en el que hace especial hincapié en los análisis didácticos, en que estos deben ser llevados hasta el final y “Elasticidad de la técnica psicoanalítica”. En este segundo artículo, cuestiona de nuevo la técnica. **“La única base fiable de una buena técnica analítica es el análisis finalizado del analista”**, añadiendo que un buen análisis del carácter “debe desembarazarse de cualquier tipo de Super-Ego”.

En sus últimos momentos Ferenczi volvió al viejo concepto del ‘**Análisis mutuo**’, tratando de demostrar, que el analista, también puede tener sus conflictos con un analizante. Estas observaciones se encuentran en su último artículo, de 1933 “Confusión de lengua

entre los adultos y el niño”, así como en su “Diario clínico”.

Objeciones de Freud a sus contemporáneos: En 1924 (15 de febrero), Freud preocupado por las noticias que tenía, escribe una carta circular a los miembros del Comité sobre los conflictos que habían surgido entre ellos y les dice: “Queridos amigos: Por varios conductos he llegado a saber, no sin cierto asombro, que las recientes publicaciones de Ferenczi y Rank —me refiero a su libro en colaboración y al del trauma de nacimiento— han provocado una discusión bastante desagradable y tormentosa.” En esta larga carta, la crítica que Freud les hace es que **“no dan cuenta de los cambios en la técnica”**, añadiendo: “Un completo acuerdo sobre los detalles científicos y sobre todo tema nuevo que surja es absolutamente imposible entre media docena de personas de temperamento diferente, y ni siquiera es deseable.”

LOS ANALIZANTES DE FREUD: HILDE DOOLITTLE Y SMILEY BLANTON

Llama la atención en estos testimonios el modo en que Freud reinventa el psicoanálisis con cada paciente, como la propia Hilde Doolittle dice en su libro, “El profesor es el menos ortodoxo”. Encontramos como se pliega a las particularidades de cada uno. Como le lleva a Hilde Doolittle a “la habitación de al lado” a enseñarle su colección de figuras, la importancia que tienen en su análisis y que en cambio no adquieren ninguna importancia para Smiley Blanton.

El manejo del dinero con Smiley Blanton, quien tiene un especial empeño en pagarle por adelantado, cosa que Freud acepta, pero diciéndole: “Usted debe prometerme que lo pedirá de vuelta a mi familia en caso de mi prematura muerte.” También con respecto al tiempo, en el caso de S. Blanton, éste relata en varias ocasiones como Freud, señalando la importancia de lo dicho, termina la sesión varios minutos antes.



En “El diario de mi análisis con Freud” de Smiley Blanton, es dónde encontramos más referencias técnicas, quizá por la importancia que para él mismo tenían estos consejos. Recojo algunas:

En su primer encuentro, Smiley se presenta con una carta de presentación del Dr. Mc Cord, “Como veo que menciona su nombre, dijo Freud leeré la carta”. (...) En la siguiente sesión, cuenta que Freud le dijo: “Siga como si esta fuera una nueva hora y no la continuación de la última vez”.

En otra ocasión, cuenta que Freud le interrumpió diciendo: ¿Usted preparó esto? Sí, repliqué. “Pero, Ud. no debe preparar lo que va a decir, sino dar libremente lo que le viene a la cabeza. Ese es el método clásico”. —Estuve en silencio durante varios minutos— después de lo cual Freud dijo “Puede usted seguir y decirme lo que había preparado”.

Cuando en una sesión él estaba criticándose por sus resistencias, Freud le dijo “¿Ud. sabe cuál es una de las maneras fundamentales en que aparece la resistencia?... En culparse y criticarse”.

Relata también varias intervenciones de Freud con respecto al análisis de los sueños. Una de ellas: “Si está escribiendo sus propios sueños, debe escribirlos. Pero no es lo que sus pacientes deben hacer. Yo hacía que mis pacientes escribieran sus sueños, pero estoy seguro de que no es el plan más inteligente”. En otro momento en que llevaba días hablando de sueños, Freud le dijo: “¿No está usted harto de sueños? Usted también necesita hablar de lo que está en su pensamiento consciente”.

También respecto a las asociaciones con ciertos números de un sueño, Freud le dijo: “*Existe esta regla en análisis: El analista nunca debe molestarse en encontrar el significado exacto del paciente.* (...) Si el analista fuerza al paciente

a encontrar el significado, o si el analista trata de ayudar al paciente, incrementa la resistencia del paciente”.

En la sesión del 13 de Febrero de 1930, hay una referencia hacia los regalos en análisis. Smiley le estaba contando a Freud que estaba ahorrando para comprar sus obras completas, haciendo referencia al esfuerzo económico que le suponía. Freud le dijo al día siguiente: “¿Puedo regalarle una copia de mis libros? Después de lo cual, me dio un juego de sus *obras completas* en cuatro volúmenes”. Cuenta que este hecho movilizó una serie de sueños, de los que nada podía obtener. Entonces Freud le dijo: “En cuanto a los últimos días, sus sueños se han vuelto cada vez más oscuros. Esto sólo puede tener un significado: Hay un cambio en la transferencia. Se debe probablemente al regalo de los libros. De aquí usted verá qué dificultades producen siempre los regalos en análisis”.

Y como resumen de las aportaciones técnicas del diario de Smiley Blanton una última referencia: “...en el asunto de ensayos sobre técnica —continuó diciendo Freud— siento que son completamente inadecuados. No creo que uno pueda proporcionar los métodos técnicos a través de artículos. Debe hacerse mediante una enseñanza personal. Por supuesto los principiantes probablemente necesitan algo para empezar. De otro modo, no tendríamos nada para seguir adelante. Pero si siguen las orientaciones en forma consciente, pronto se encontrarán con problemas. Entonces, deben aprender a desarrollar su propia técnica”.

UNA REFLEXIÓN FINAL

A partir de este recorrido, me parece claro que Freud no impuso un encuadre. No defendía, como recogemos en el testimonio de Smiley Blanton “los tratados de técnica”. Incluso en sus escasas críticas a sus discípulos, su crítica principal, no era que innovaran sino que “no den cuenta de los cambios en la técnica”.



Me parece también claro como recoge Horacio Etchegoyen que lo que Freud expuso como consejos, fue fijado como constantes. Pienso que el objetivo de “que no pase nada imprevisto”, que algunos autores se plantean, lleva a una concepción de la cura en la que se anula la dimensión de sorpresa, tan presente en los relatos de los analizantes de Freud.

Y citando a Esthela Solano en “Seguir un hilo”: “...Por el contrario, si la orientación lacaniana supone tener en cuenta lo real, como lo expuso Jesús Santiago, esto implica acoger la dimensión temporal de lo imprevisto. No sólo darle lugar, sino también hacerse su agente. En este sentido, es por su acto que el analista se hace *agente de la contingencia*.”



BIBLIOGRAFÍA

- BLANTON, S. (1974) Diario de mi análisis con Freud. Buenos Aires, Edic. Corregidor.
- BLEGER, J (1966) “Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico”. Revista de Psicoanálisis de la A.P.M. (1999), n°31.
- CRUZ ROCHE, R. “Estatuto metodológico del encuadre”. Revista de Psicoanálisis de la A.P.M. (1999), n° 31.
- DOOLITTLE, H. (2004) Tributo a Freud. Barcelona, Edit. El Cobre.
- ESCRIVÁ, A. “El encuadre en el análisis con niños”. Revista de Psicoanálisis de la A.P.M. (1999), n° 31.
- ETCHEGOYEN, H. (1986) Los fundamentos de la técnica analítica. Buenos Aires, Edit Amorrortu (1997).
- FERENCZI S: Obras Completas. Espasa–Calpe. Madrid 1981.
(1932) Sin simpatía no hay curación (Diario clínico) Buenos Aires, Edit Amorrortu.
- FREUD S: Sandor Ferenczi (Nécrologie). Revue Française de Psychanalyse. Tome XLVII. Septembre Octobre 1983. Presses Universitaires de France. Paris.
(1912) Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico. Buenos Aires, Edit Amorrortu.
(1913) Sobre la iniciación del tratamiento (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I).
(1914) Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis II).
(1914) Puntualizaciones sobre el amor de transferencia (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis III) Buenos Aires, Edit Amorrortu.
- FREUD. S. – FERENCZI, S.: (1992) Correspondance. Paris, Edit. Calmann-Lévy.
- GAY P. (1989) Biografía de Sigmund Freud. Buenos Aires, Edit. Paidós.
- GREENSON, R. (1976) Técnica y práctica del psicoanálisis. Mexico, Edit. Siglo XXI.
- JONES, E. (1989) Vida y obra de Sigmund Freud. Buenos Aires, Edic. Horme.
- OROZCO, E. “Las funciones del encuadre”. Revista de Psicoanálisis de la APM, n° 2, 1985.
- SOLANO, E. “Suivre un fil” Papers n°3 AMP, Diciembre 2002.
- RACKER, H. (1979) Estudios sobre técnica psicoanalítica. Buenos Aires, Edit Paidós.
- WIDLÖCHER D. – MILLER, J.A. (2002) L’avenir de la psychanalyse (Débat). Edit. Le Cavalier Bleu.



El deseo masculino y sus perversiones *

Lucia D'Angelo

La perversión... que apenas acentúa la función del deseo en el hombre.
J. Lacan, 1960

Introducción

En el debut del siglo XX Freud critica la fuerza de la exigencia cultural y la dificultad creciente de la relación entre los sexos. Ese rigor tiene el efecto de favorecer otras modalidades de las prácticas sexuales. La sexualidad, vista bajo el ángulo del progreso de la civilización no puede presentarse sino bajo la forma de un *síntoma* de la civilización misma.

Siguiendo el camino de la reflexión freudiana es necesario considerar la pertinencia de la relación entre los síntomas de la sexualidad y la civilización, así como evaluar las consecuencias del desarrollo de la pulsión sexual y sus desviaciones.

Freud, en su artículo de 1908, “La moral sexual «cultural» y la nerviosidad moderna”¹ subraya que cabe conjeturar que bajo el imperio de una moral sexual cultural lleguen a sufrir menoscabo tanto la salud como la aptitud vital de los individuos, y que a la postre el daño inferido a estos últimos por el sacrificio que se les impone alcance un grado tan alto que por este rodeo corra peligro también la meta

cultural última. La experiencia enseña que para la mayoría de los seres humanos existe un límite más allá del cual su constitución no puede obedecer al reclamo de la cultura: *Todos los que pretenden ser más nobles de lo que su constitución les permite caen víctimas de la neurosis; se habrían sentido mejor de haberles sido posible ser peores.*²

Para Freud, los neuróticos —principalmente los neuróticos masculinos— consisten en que bajo el influjo de la educación y de los reclamos sociales alcanzan una sofocación de las pulsiones perversas, pero una sofocación tal que sería mejor calificarla de fracasada. En ese sentido, si Freud ha calificado las neurosis como el negativo de las perversiones, es porque en ellas, tras la represión, las mociones perversas se exteriorizan desde lo inconsciente y contienen en estado reprimido, *las mismas inclinaciones que los perversos positivos.*³

Así, Freud critica las injusticias flagrantes de la sociedad de su época en la que el *standard* cultural exige a todo el mundo las mismas

* Conferencia realizada el 8 de abril en Bilbao organizada por el SCFBI y OME-AEN.

¹ Freud, S. (1979), *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, T. IX, p. 159.

² Freud, S. (1979): op.cit., p. 171.

³ Freud, S. (1979): ibidem., p. 171.



conductas sexuales. Según ese *standard* toda actividad sexual dicha *perversa* es reprobada y por el contrario, el comercio sexual llamado *normal* queda libre de toda crítica.

La posición freudiana respecto de la sexualidad cambia de esta forma el método descriptivo del final del siglo XIX, en el esfuerzo de constituir una nosografía de las perversiones, principalmente de las perversiones masculinas, y al mismo tiempo intenta establecer la etiología de las mismas. Es decir, en establecer lo que las causa. En última instancia, Freud se pregunta cómo es posible intervenir desde el psicoanálisis y estar presente en los debates de la época sobre la sexualidad sobre todo en la disputa crítica sobre la apropiación del concepto de *perversión* por parte de la medicina, de la sexología, de la moral, de la religión y del derecho.

Lacan, en los inicios de su enseñanza retoma la dimensión del síntoma de la sexualidad y de su relación con la civilización. De manera inédita y acorde a su propia época, la orientación de su enseñanza lo lleva a interrogarse también, cómo a partir del psicoanálisis, se inscribe el sujeto contemporáneo en el Otro de la civilización.

De esta forma, para Lacan, el psicoanalista no debe reclutarse entre aquellos que se libran por entero a las *fluctuaciones de la moda* en materia psicosexual. Sino y por el contrario, debe tener en cuenta los cambios profundos de las relaciones entre el hombre y la mujer que puedan producirse a lo largo de la historia que nos separa de Freud. Un *baño de actualidad* entre los psicoanalistas puede tener por efecto una interrogación nueva en la perspectiva sobre aquello de lo que se ocupan, es decir, de estar dispuestos a escuchar de sus pacientes. Sin dudas, les resultará instructivo: *Y, como suele decirse, no les hará ningún daño, no corren ningún peligro.*⁴

En el comienzo del siglo XXI, un breve panorama por la actualidad permite vislumbrar el interés creciente que despiertan los cambios profundos que se han producido en la relación entre los sexos y por las diversas formas que adquieren los síntomas sexuales. El psicoanálisis puede y por ende *debe* contribuir en el debate actual sobre la sexualidad. Se trata de un *deber ético*, deber que se sostiene, como J. Lacan nos enseña, de la Ética misma del psicoanálisis.

En cuanto a los aportes que el psicoanálisis ha hecho a lo largo de un siglo, exceptuando a Freud y a Lacan, es visible que el volumen de contribuciones referentes al problema de la feminidad contrasta con aquellas que especialmente se refieren a la sexualidad masculina.

En ese sentido, nos ha parecido oportuno ocuparnos de la problemática de la sexualidad, desde la vertiente masculina. Quizás una actualización de las referencias psicoanalíticas que nos han aportado, tanto la obra de Freud, como después, la enseñanza de Lacan, contribuya a formular una interrogación más incisiva por parte del psicoanálisis sobre la sexualidad masculina y de las transformaciones ocurridas en el mundo contemporáneo concerniente a las relaciones entre el hombre y la mujer.

Así, en este artículo, cuyo objetivo es la dilucidación del deseo masculino y sus perversiones nos proponemos considerar abreviadamente el cuadro histórico y conceptual en el marco de la obra de Freud y de Lacan. Como suele ser frecuente con todo autor con el que nos proponemos un recorrido conceptual de este tipo, el recorrido por sus textos es arborescente y admite múltiples conexiones.

Nuestro sucinto recorrido intenta respetar por una parte la cronología y las relaciones de antecedente y consecuente que este breve

⁴ Lacan, J. (1994), El Seminario, Libro 4, "La relación de objeto" (1956–1957), Barcelona, Paidós, p. 421.



recorrido nos impone y por otra parte, no elude, en la jerarquía que supone el objetivo de este trabajo, las resonancias con las obras análogas que susciten los desarrollos de Freud y de Lacan.

Respecto de los textos de Freud, es preciso adoptar un criterio de lectura teniendo en cuenta los argumentos de lectura que Freud mismo se impone.

Entre las múltiples opciones de lectura de la obra de Freud respecto al tema de la sexualidad, más precisamente, de la vertiente sintomática de la sexualidad, es suficiente aceptar la opinión relativamente generalizada, no solamente entre los traductores o comentaristas de Freud, sino también entre cualquier lector atento, comenzando por Lacan mismo, que *Tres ensayos de teoría sexual* (1905)⁵, es el texto más leído y no corregido por su propio autor. Sólo la lectura de los diferentes prólogos con los que se presenta el texto en las múltiples ediciones que se efectuaron en vida de Freud, demuestra su propio interés por esos ensayos, como por ejemplo el Prólogo a la segunda edición de 1909: *El autor, que no se llama a engaño de este pequeño escrito, ha resistido empero la tentación de incorporarle los resultados logrados por la investigación en los últimos cinco años; no quiso destruir su carácter de documento unitario. Por eso reproduce el texto original con mínimas variantes y se contenta con añadir algunas notas de pie de página.*⁶

Existe otra razón por la cual tomar este texto para abordar el tema de la sexualidad en la obra freudiana. Existe como se sabe, el texto escrito y publicado en 1905, pero al mismo tiempo existe el texto de las múltiples notas al pie de página que Freud fue adjuntando en las sucesivas ediciones y que configuran otro texto que coexiste con el original. De esas notas, se

pueden extraer las secuencias lógicas de la reflexión freudiana en la construcción de la teoría sobre la sexualidad. En suma, es pertinente considerar los *Tres ensayos de teoría sexual* (1905) como una suerte de mapa geológico a partir del cual extraer de sus diversos extractos la manera por la cual constituye el concepto de la sexualidad masculina y de sus *perversiones*.

Es a partir de tomar en cuenta esta perspectiva que las llamadas perversiones han tenido siempre un lugar privilegiado en Freud en el conjunto de sus elaboraciones sobre la teoría de la sexualidad.

Se trata de una teoría que desde el inicio de su elaboración se apoya más sobre las *desviaciones* de la sexualidad —principalmente de las *desviaciones* de los comportamientos sexuales masculinos— que sobre los supuestos comportamientos de la sexualidad *normal*.

Por otra parte, una lectura que implique el conjunto de los textos de Lacan permitirá verificar que no hay *Seminario o Escrito* de Lacan en el cual no se aborde la problemática teórica, clínica o ética de las llamadas perversiones sexuales. Así, las perversiones —sobre todo, las perversiones masculinas— atraviesan el conjunto de las elaboraciones freudianas y lacanianas.

Respecto de los textos de Lacan, proponemos adoptar un criterio de lectura que se oriente en un doble movimiento.

Por un lado, tomando en cuenta una recensión lo más completa posible de aquellas referencias concernientes a nuestro tema de trabajo, tanto en los Seminarios orales, cuyos textos han sido establecidos por Jacques-Alain Miller, como de los *Escritos*.

⁵ Freud, S. (1976): Obras completas, "Tres ensayos de teoría sexual (1905), Buenos Aires, Amorrortu, T. 7, p. 109.

⁶ Freud, S. (1976): Op. cit., p. 117.



Por otro lado, abordando las referencias de Lacan como lector de la obra freudiana, principalmente como lector de los *Tres ensayos de teoría sexual*, de 1905 y de todas las notas de pie de página, que Lacan hace de los artículos freudianos concernientes al tema.

Tomando en cuenta esas consideraciones nos proponemos abordar el tema del síntoma de la sexualidad masculina a partir de la elucidación de las llamadas perversiones y a partir de allí, encontrar los operadores conceptuales que nos permitan elucidar las particularidades de la sexualidad masculina.

Un tal recorrido por las perversiones se impone desde el inicio de una investigación sobre el tema porque como lo indica el epígrafe de esta Introducción, nos dejamos orientar por una afirmación de Lacan que nos proponemos interrogar en el presente artículo: “(...) la perversión... apenas acentúa la función del deseo en el hombre, en cuanto instituye la dominancia, en el sitio privilegiado del goce, del objeto a del fantasma que sustituye al A”.⁷

I. Con Freud

De los perversos sexuales a la sexualidad perversa.

En los hombres, el polimorfismo de la sexualidad, se presenta como síntoma, con relación al deseo o como fijación libidinal con respecto al goce.

La lectura de los “*Tres ensayos de teoría sexual*” (1905) y de sus notas añadidas, nos permite valorar la importancia que tiene precisar cronológicamente las relaciones de antecedente y consecuente que nuestro recorrido nos ha impuesto respecto de la descripción y elucidación de la posición freudiana en relación con el tema de la sexualidad masculina. Tal como nos previene el mismo Freud, lo antiguo y lo nuevo

no se dejan fusionar en una unidad exenta de contradicciones...⁸

Es evidente que el intento de un análisis histórico del concepto nos conduce necesariamente a una cierta relatividad. Por una parte, cabe preguntarse, si la noción misma de perversión alcanza un estatuto conceptual en el desarrollo teórico del pensamiento freudiano. Por otra parte, también cabe la pregunta por su relación con las estructuras clínicas. No se trata tanto de una exigencia *nosográfica*, sino más bien de ubicar la variedad de conductas que suelen agruparse abusivamente bajo este término.

La lectura de los “*Tres ensayos...*” (1905) nos permite deducir el modo de investigación freudiano aplicado a las referencias obtenidas de sus antecesores y contemporáneos. Esta modalidad de investigación, hace surgir la posición freudiana respecto del problema de las perversiones masculinas, en un contexto teórico, en el que Freud se muestra menos crítico —menos convincente— respecto de las aspiraciones que el lector no prevenido espera encontrar en la lectura de estos ensayos sobre la sexualidad. Para Freud, no se trata de estar a favor o en contra de lo expuesto en las teorías de la época; aun teniéndolas en cuenta, se trata para él de decir *otra cosa*. En este sentido, la posición freudiana, cambia el método descriptivo del final del siglo XIX, por el esfuerzo de constituir una *nosografía* de las perversiones, pero a la vez por establecer la *etiología* de las mismas; es decir, por preguntarse por *sus causas*.

A partir de la teoría pulsional establecida en 1905, la distinción operatoria entre objeto y fin o meta sexual hace que el esquema de deducción freudiano, se apoye íntegramente en las desviaciones y no en las normas supuestas para la sexualidad; se rechaza de plano toda vinculación con la *patología* en los términos planteados

⁷ Lacan, J. (1995): Escritos, “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo”, Madrid, S. XXI editores, T. 2, p. 803.

⁸ Freud, S. (1979): Obras completas, Buenos Aires, Amorrortu, T. 19, p. 145.



hasta finales del siglo XIX. Pero para Freud, ese rechazo no implica que las perversiones sean tributaria de la *sexualidad normal*. A partir del reordenamiento que Freud produce a nivel *nosográfico* respecto de sus contemporáneos el carácter *patológico* de la perversión, no se revela si no en el caso de que haya *exclusividad del objeto y fijación libidinal*.

En los alrededores del año 1910, una nueva propuesta *etiológica*, permite aislar a partir del operador conceptual de la sexualidad infantil —el complejo de castración— aquellos aspectos que en el desarrollo sexual devienen patológicos. Las perversiones están integradas en un mixto que interesa tanto a la pulsión sexual como a la pulsión del yo y la desviación libidinal es una defensa contra la castración de la mujer. Surge la figura de la madre fálica que ocupa un lugar preponderante en la génesis de la homosexualidad masculina.

Más tarde, desde el punto de vista *psicopatológico*, la concepción freudiana sobre las perversiones, permanece casi en los mismos términos que en 1905; Freud la reconsidera como síntoma patológico en las neurosis e intenta hacer una distinción clínica con respecto a las perversiones *positivas*. La tríada conceptual —*fijación libidinal, regresión al autoerotismo y elección narcisista de objeto*— en el marco de la teoría del desarrollo de la libido le permite también establecer la relación de la homosexualidad con las psicosis. Tanto en las neurosis como en las psicosis, los conceptos de *fijación y regresión* lo ponen en el camino del importante reordenamiento conceptual que se produce a partir del concepto de *narcisismo*. En 1914, la validez de la elección narcisista de objeto para el caso de los homosexuales, se hace extensiva a todos los perversos.

En la década de los años 20, y a la luz de los trabajos sobre el Edipo y de la nueva teoría pulsional, Freud enfatiza entonces, como

igualmente preponderante para el devenir homosexual, la identificación con el padre. El *rasgo primario de perversión* define el vínculo incestuoso con el padre y partir de esta nueva conceptualización, dibuja una figura particular de este complejo para la homosexualidad masculina: el Edipo *invertido*. En este período de la obra de Freud, éste parece ocuparse menos de la diversidad *nosográfica y psicopatológica* de las perversiones, para intentar encontrar elementos comunes y determinantes de su estructura.

Surge un nuevo mecanismo de elección de objeto homosexual: la *identificación* con el semejante que deja en lugar segundo aquella identificación con la madre.

Pero, es sin duda, el concepto de *fetichismo*, quien reordena definitivamente la teoría sobre las perversiones. Freud aísla un mecanismo defensivo particular contra la castración, la *renegación (Verneungung)*, que permite dar cuenta de la operación fetichista. Este mecanismo, nos ayuda a plantear la estructura perversa, como diferente de las estructuras clínicas de las neurosis y las psicosis; así como nos sugiere la posibilidad de incluir, también en esa estructura, a la homosexualidad masculina⁹.

En el final de nuestro recorrido, el resumen de todas esas consideraciones, nos hacen verificar que las perversiones masculinas atraviesan, por diferentes senderos, todo el mapa de las elaboraciones freudianas. La pretensión de aislar sus mecanismos como fenómenos separados de las estructuras clínicas, queda descartada desde los inicios.

En los hombres, el polimorfismo de la sexualidad, se presenta como síntoma, con relación al deseo o como fijación libidinal con respecto al goce. En cuanto al término homosexualidad masculina incluido insistentemente en la teoría freudiana, designa invariablemente

⁹ D'Angelo, L.: *La homosexualidad masculina. Ensayos freudianos sobre la sexualidad*. Madrid, Editorial Síntesis. 2004.



la elección de objeto homosexual. Esa elección de objeto, puede no incluir el fetichismo y el masoquismo como mecanismos propios de la estructura perversa.

II. CON LACAN

De la sexualidad perversa a la perversión del deseo.

Lacan retoma la dimensión del síntoma de las perversiones y de su relación con la civilización y nos pone en el camino del hecho que psicoanálisis no puede dejar de preguntarse como se inscribe el sujeto contemporáneo en el Otro de la civilización; acompañado de su malestar con el goce sexual, es decir, de sus síntomas neuróticos, de sus invenciones psicóticas y del uso y abuso de sus perversiones sexuales. Desde los inicios hasta el fin de sus enseñanzas las perversiones atraviesan el conjunto de las elaboraciones lacanianas.

Sin embargo, es a partir de los años cincuenta que Lacan precisa su punto de partida. Y lo hace a partir de la lectura de los *Tres ensayos de teoría sexual* (1905) de Freud.

La lectura de los primeros *Seminarios*¹⁰ de Lacan dictados en el decenio de los años cincuenta y de algunas referencias en los *Escritos*¹¹, nos permite deducir el método de investigación lacaniano aplicado a los textos de Freud y de su teoría sobre la sexualidad. Este método hace surgir que la posición de Lacan con relación a su *retorno* a Freud, no es la misma que la de sus contemporáneos. Para Lacan, la lectura de la obra de Freud es argumentada y crítica, al mismo tiempo que re-inventiva los conceptos freudianos.

A partir del operador conceptual de *la intersubjetividad* Lacan reordena las tesis freu-

dianas sobre la sexualidad. El *retorno* a Freud le permite mantener una crítica sostenida a lo largo de su enseñanza reordenando el campo del psicoanálisis y denunciando las desviaciones de la teoría freudiana: *la Psicología del yo y la teoría de la Relación de Objeto*.

Lacan se apoya sobre una tesis que convoca el *falicismo* en el centro de la experiencia analítica. En esos *Seminarios* Lacan despliega tres objetos fundamentales: *la imagen del cuerpo propio, la imagen del otro que está en relación con el cuerpo propio y el yo*. Se trata de objetos especulares que en esta época presenta en sus elaboraciones del objeto en su vertiente imaginaria.

Así, *la mirada* ocupa un lugar central para abordar la problemática de las perversiones. Bajo la égida de los imaginario, la dialéctica del amor y del deseo no hace sino acentuar la incidencia de lo simbólico en lo imaginario a partir del operador conceptual del *falo*. En esa misma época, al lado del *deseo masculino* y del *deseo femenino*, Lacan pone el acento sobre la perversión, *que apenas acentúa la función del deseo en el hombre*¹².

Más tarde, a partir de su ruptura con los desarrollos pos-freudianos de la relación de *objeto*, Lacan da un lugar específico a las perversiones haciendo una distinción operatoria entre el *objeto fóbico* y el *objeto fetiche*. El concepto de fijación de la libido freudiana es retomado por Lacan desde sus primeras elaboraciones sobre el goce, que viene al lugar de *la privación del falo*.

Con la *función del velo* se establece una conexión entre el falo y el velo en los rituales de iniciación sexual donde la verdad es desvelada bajo la forma del falo. Más precisamente,

¹⁰Lacan J.: Nos referimos a los Seminarios I, II, III, IV, V cuyas referencias se pueden encontrar en el final del artículo en el apartado de la "Bibliografía".

¹¹Lacan J. (1995): Madrid, S. XXI, 1995, T I y T2.

¹²Lacan, J. (1995): *Escritos*, "Subversión del sujeto y dialéctica del deseo". Madrid, S. XXI, T. II, p. 803.



Lacan cambia el instrumento del espejo por aquel del velo.

El deseo es parte del deseo perverso.

Del lado de la sexualidad femenina, Lacan subraya la estructura de la homosexualidad femenina que deviene ejemplar como estructura de la perversión misma.

En los Seminarios dictados en los años sesenta¹³, la reflexión lacaniana coloca en primer lugar el problema de las perversiones bajo la égida de la primacía del fantasma sobre síntoma en *Kant con Sade*¹⁴.

La oposición entre la libido —que Lacan transcribe como el deseo— que figura entre los significantes y la libido como *das Ding* aparece fuera de todo significante y del significado. La oposición entre el placer y el goce es esencial. El principio del placer aparece de alguna manera como una barrera natural al goce; la oposición entre la homeostasis del placer y los excesos del goce que se logra por trasgresión.

El deseo en su esencia es trasgresión.

La fórmula del *fantasma sadiano* permite hacer parecer que el sujeto perverso se hace instrumento del goce del Otro y se establece el concepto de voluntad de goce que implica los dos polos del perverso para dar cuenta de la clínica: *el franqueamiento* o *el detenimiento* de la voluntad de goce de cara al límite que impone la Ley del deseo.

El fantasma es el sostén del deseo.

En los años setenta, se produce un viraje crucial en la clínica lacaniana que opera tam-

bién para el examen sobre las perversiones. A la luz de los Seminarios *Aún*¹⁵, *RSI*¹⁶ y *Le Sinthome*¹⁷, la prevalencia de la relación madre-hijo, figura preponderante tanto para Freud como para Lacan en la clínica de las perversiones, coloca en primer plano una clínica del Padre: *la perversión, quiere decir padre-versión por el de que el padre es un síntoma o un sinthome*.

Todo eso hace que Lacan reconduce sus elaboraciones sobre las perversiones partiendo del goce como real o del *sinthome* como una modo de pasaje directo de lo simbólico a lo real. Así como se abren las coordenadas del amor imposible por el Padre. Por otra parte Lacan, reconsidera las perversiones a la luz del nuevo lazo de la verdad en el discurso analítico a partir de la lógica y no de la palabra.

Las últimas consideraciones de la enseñanza de Lacan sobre las llamadas perversiones nos ponen el camino de algunas hipótesis para una nueva orientación clínica y ética que nos permita dar cuenta de un espectro más amplio de la sexualidad masculina y sus perversiones.

La articulación del falo y del objeto en el fantasma, de la incidencia del fantasma en el síntoma, de la reinención de la clínica del padre más allá del Edipo, la articulación de los registros de lo Real, de lo Imaginario y de lo simbólico, la clínica del nudo borromeo y la nueva versión del padre como síntoma o como *sinthome* nos permiten dar cuenta de una clínica que no se detiene en la concepción freudiana del rasgo de perversión en las estructuras clínicas.

El deseo puede o no hacer límite a la modalidad del goce.

¹³Lacan, J. : Nos referimos a los Seminarios VII, X, XI cuyas referencias se pueden encontrar en el apartado de "Bibliografía".

¹⁴Lacan, J. (1995): *Escritos*, "Kant con Sade", Madrid, S. XXI, T. II, p. 744.

¹⁵Lacan, J. (1981): *El Seminario, Libro XX, Aún*, Barcelona, Paidós, 1981.

¹⁶Lacan, J. (1974-1975): *El Seminario, Libro XXII, RSI (1974-1975)*, inédito.

¹⁷Lacan, J. (1975-1976): *El Seminario, Libro XXIII, Le Sinthome (1975-1976)*, inédito.



De esta forma podemos formular que Lacan sigue el itinerario de Freud a su manera sobre el síntoma de las perversiones masculinas. En un primer momento, sus elaboraciones lo llevan a considerar la vertiente del síntoma como mensaje en el registro de la interpretación, es decir, del sentido reprimido en el Inconsciente. Pero más tarde, su enseñanza sobre el síntoma lo lleva a considerar la vertiente del goce en la definición freudiana del síntoma. Es decir, lo lleva a traducir la fijación libidinal freudiana como una modalidad de satisfacción libidinal con relación con lo Real de la satisfacción.

Es un hecho que las llamadas perversiones ponen en evidencia que ellas no van sin su *partenaire*. Sea las parejas pulsionales que describe Freud, el voyerismo—exhibicionismo o aquella del sadismo—masoquismo; sea aquella de la pareja del homosexual, sea aquella del fetichista —*la perversión de las perversiones*— y su objeto. El síntoma de la perversión se presenta siempre por la vertiente del fantasma ya con la inclusión del otro como *partenaire*.

En cuanto a la homosexualidad masculina, Lacan preserva siempre un lugar diferente, singular y separado del examen de las perversiones freudianas, precedentemente mencionadas. A la luz del debate actual sobre *las homosexualidades* es preciso poner a prueba la nueva concepción lacaniana de la estructura de las perversiones.

Para llegar a demostrar, con Lacan, estas consideraciones generales sobre las perversiones hay que atravesar un largo camino, sortear muchos obstáculos teóricos, clínicos y éticos de la teoría freudiana e introducirnos de pleno en el *movimiento* que implica la enseñanza de Lacan. Un tal recorrido muestra el desmontaje sistemático de los conceptos freudianos que hace Lacan de la obra de Freud, y de su teoría

sobre la sexualidad a propósito de las perversiones, al mismo tiempo que erige su propia teoría.

Para Lacan, el ser hablante del lado hombre tiene que vérselas con el *objeto a* y toda realización de la relación sexual desemboca en el fantasma. Esta particularidad del modo de gozar masculino permite postular que la condición del encuentro de un hombre con su *partenaire* sexual es a condición de que el mismo ocupe la posición del objeto *a*. Porque el sujeto masculino aspira al acuerdo con las reglas de su fantasma.

El Seminario *Aún* (1972–1973), abre el último período de la enseñanza de Lacan y más precisamente, marca el momento en el que se produce una inversión de la trayectoria de su enseñanza. El fundamento de “no hay proporción sexual” es la puesta en forma de la disyunción entre el goce y el Otro. Y más precisamente, la disyunción entre el hombre y la mujer bajo la forma de ese enunciado. Hasta a este período de su enseñanza, Lacan había utilizado términos primordiales —*el Otro, El nombre del Padre, el falo*— que aseguraban la estructura de la sexualidad para los dos sexos a partir de la *conjunción*.

Con el cambio de perspectiva teórica que inaugura el Seminario *Aún* (1972–1973) los mismos términos devienen operadores de *conexiones* —no de disyunciones— y el uso de aquellos significantes primordiales inaugura a su vez una nueva primacía de la práctica, incluyendo una *pragmática social*¹⁸ que pone sin dudas a prueba las parejas sexuales del hombre contemporáneo.

La clínica actual del sujeto masculino contemporáneo demuestra que no es suficiente que la contrapartida sea la imagen, la palabra, el objeto del fantasma, sino que el precio a pagar

¹⁸Miller, J.A. (2000): “Los seis paradigmas del goce”, en Revista Freudiana. Barcelona, Comunidad de Catalunya de la ELP, 2000, N° 29, p. 15.



debe deducirse del goce. La pareja con el goce —partenaire—síntoma del sujeto— implica que el goce no esté del lado del Otro, sino teniendo en cuenta el cuerpo del sujeto y el cuerpo del Otro.

Así, Lacan critica el “catálogo” freudiano de las perversiones tal como podemos encontrarlas en las neurosis para decir que no son *verdaderas perversiones* sino modalidades del goce masculino a partir de la disyunción entre el goce y el Otro y de sus consecuencias. De esta forma la nueva axiomática lacaniana no es una articulación estructural entre el goce y el Otro, sino una conexión entre el lugar del Uno y del Otro, que supone una disyunción porque se trata de un goce, sin el Otro.

Sin embargo, el goce que converge sobre el objeto a, sobre el cuerpo propio, es sobre todo masculino. Es el acceso macho al Otro.

Entonces, el *deseo masculino y sus perversiones* es una interpretación orientada para esclarecer y responder a los nudos de la problemática sobre la perversión, por el hecho que ella *acentúa apenas la función del deseo en el hombre*.

El deseo según Lacan, aquel que nos interesa en la práctica teórica y clínica del psicoanálisis, no es un deseo construido, sino un deseo con todas sus paradojas.

El deseo masculino es parte del deseo perverso y su esencia es la trasgresión. La voluntad de goce del perverso, como de cualquier otro, es una voluntad que fracasa, que encuentra su propio límite, su propio freno, en el ejercicio común del deseo y sus perversiones.

El neurótico se caracteriza por el hecho que la verdadera naturaleza del deseo, ese paso decisivo, no es franqueado. El sujeto masculino, más que ningún otro, pone en relieve el hecho ejemplar que no puede desear sino por la Ley de su fantasma. En ese sentido, no puede sostener el deseo sino como *insatisfecho* o como *imposible*. El objeto del deseo masculino, es un fantasma que es el sostén del deseo, o es *un engaño*.

Eso es lo que hace del sexo masculino el *sexo débil* ante la perversión.

N. de la R.: El presente artículo está basado en algunas conclusiones contenidas en la tesis presentada y defendida para obtener el título de Doctorado en Psicoanálisis, en la Universidad de Paris VIII, Vincennes–Saint Denis, en octubre 2003, cuyo título es “El deseo masculino y sus perversiones”. Director de la tesis: Serge Cottet.



BIBLIOGRAFÍA

I Sigmund Freud:

- Freud, S. (1978 a): “Tres ensayos de teoría sexual” (1905), en *Obras completas*, Amorrortu, Buenos Aires, Vol. 7.
- (1978 b) Freud y otros: *Les premiers psychanalystes. Minutes de la Société psychanalytique de Vienne*. Gallimard, Paris, T. II (1908–1910).
- (1978 c): “Conferencias de introducción al psicoanálisis” (1916–1917), en *O.C. Amorrortu*, Buenos Aires, Vol. 16.
- (1979 a): “Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad” (1908), *O. C., Amorrortu*, Buenos Aires, Vol. 9.
- (1979 b): “La moral sexual «cultural» y la nerviosidad moderna” (1908), *O. C. Amorrortu*, Buenos Aires, Vol. 9.
- (1979 c): “Sobre las teorías sexuales infantiles” (1908), *O. C., Amorrortu*, Buenos Aires, Vol. 9.
- (1979 d): “Cinco conferencias sobre psicoanálisis” (1910), *O. C., Amorrortu*, Buenos Aires, Vol. 11.
- (1979 e): “Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre”(Contribuciones a la psicología del amor, I) (1910), *O. C. Amorrortu*, Buenos Aires, Vol. 11.
- (1979 f): “Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci” (1910), *O. C., Amorrortu*, Buenos Aires, Vol. 11.
- (1979 g): “Introducción del narcisismo” (1914), *O.C., Amorrortu*, Buenos Aires, Vol. 14.
- (1979 h): “Un caso de paranoia que contradice la teoría analítica” (1915), en *O. C. Amorrortu*, Buenos Aires, Vol. 14.



- (1979 i): "Duelo y melancolía" (1917), O. C. Amorrortu, Buenos Aires, Vol.14.
- (1979 j): "De la historia de una neurosis infantil" (el "Hombre de los lobos") (1908), O. C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol. 17.
- (1979 k): "Pegan a un niño", en O. C. Amorrortu, Buenos Aires, Vol. 17
- (1979 l): "Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina" (1920), O. C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol. 18.
- (1979 m): "Psicología de las masas y análisis del yo" (1920), O. C. Amorrortu, Buenos Aires, Vol.18.
- (1979 n): "Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad"(1922[1921]), O. C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol. 18
- (1979 o): "Yo y el Ello" (1923), O. C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol.19
- (1979 p): "La organización sexual infantil" (1923), O. C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol.19.
- (1979 q): "Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos" (1925), O. C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol. 19.
- (1979 r): "El sepultamiento del Complejo de Edipo" (1925), O. C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol. 19.
- (1979 s): "Neurosis y psicosis" (1924[1923]), O. C. Amorrortu, Buenos Aires, Vol. 19.
- (1979 t): "La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis" (1924), O. C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol. 19.
- (1979 u): "Fetichismo" (1927), O. C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol. 21
- (1979 v): "Dostoievski y el parricidio" (1928[1927]), O.C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol.21.
- (1979 w): "Sobre la sexualidad femenina" (1931), O. C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol. 21.
- (1979 x): "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis" (1933[1932]), O. C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol.21.
- (1980 a): "Análisis de la fobia de un niño de cinco años" (1909), O. C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol. 10.
- (1980 b): "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente" (1911), O.C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol.12.
- (1980 c): "La predisposición a la neurosis obsesiva" (1911), O.C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol.12.
- (1980 d): "La escisión del yo en el proceso defensivo" (1940[1938]), O.C., Amorrortu, Buenos Aires, Vol. 23.
- (1988): Gay, P.: *FREUD. Una vida de nuestro tiempo*. Paidós. España
- D'Angelo, L.(1993): "Las madres de Leonardo da Vinci", en revista *Freudiana*, Escuela Europea de Psicoanálisis-Catalunya, Barcelona, n° 8.

II LACAN, JACQUES:

- (1966): *Écrits*, Paris, Seuil, 1966 / *Escritos*, Madrid, S. XXI, 1995, T I y T2.
- (2001): *Autres écrits*, Paris, Seuil, 2001.
- (1975): Le Séminaire, Livre I, *Les écrits techniques de Freud (1953-1954)*, Paris, Seuil, 1975 / El Seminario, Libro I, *Los escritos técnicos de Freud (1953-1954)*, Barcelona, Paidós, 1981
- (1978): Le Séminaire, Livre II, *Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse (1954-1955)*, Paris, Seuil, 1978 / El Seminario, Libro II, *El yo en la teoría de Freud (1954-1955)*, Barcelona, Paidós, 1983.
- (1981): Le Séminaire, Livre III, *Les psychoses (1954-1955)*, Paris, Seuil, 1975 / El Seminario, Libro IV, *Las psicosis (1954-1955)*, Barcelona, Paidós, 1984.
- (1994): Le Séminaire, Livre IV, *La relation d'objet (1956-1957)*, Paris, Seuil, 1975 / El Seminario, Libro IV, *La relación de objeto (1956-1957)*, Barcelona, Paidós, 1994.
- (1998): Le Séminaire, Livre V, *Les formations de l'inconscient (1957-1958)*, Paris, Seuil, 1998 / El Seminario, Libro V, *Las formaciones del inconsciente (1957-1958)*, Barcelona, Paidós, 1998.
- (1986) : Le Séminaire, Livre VII, *L'éthique de la psychanalyse (1959-1960)*, Paris, Seuil, 1986 / El Seminario , Libro VII, *La Ética del psicoanálisis (1959-1960)*, Barcelona, Paidós, 1988.
- (1973) : Le Séminaire, Livre XI, *Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1973 / El Seminario, Libro XI, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, (1964), Barcelona, Paidós, 1989.
- (1962-1963): Le Séminaire, Livre X, *L'angoisse (1962-1963)*, Paris, Seuil, 2004.
- (1966-1967): Le Séminaire, Livre XIV, *La logique du fantasme (1966-1967)*, inédit.
- (1970-1971): Le Séminaire, Livre XVI, *D'un autre à l'Autre (1970-1971)*, inédit.
- (1991): Le Séminaire, Livre XVIII, *L'envers de la psychanalyse (1969-1970)*, Paris, Seuil, 1991/ El Seminario, Libro XVII, *El reverso del psicoanálisis (1969-1970)*, Barcelona, Paidós, 1992.
- (1975): Le Séminaire, Livre XX, *Encore*. Paris, Seuil, 1975 / El Seminario, Libro XX, Barcelona, Paidós, 1981.
- (1972): Le Séminaire. Livre, *Le savoir du psychanalyste (1972)*, inédit.
- (1974-1975), Le Séminaire, Livre XXII, *R - S - I (1974-1975)*, inédit.
- (1975-1976), Le Séminaire, Livre XXIII, *Le sinthome (1975-1976)*, inédit.
- (1988): *Reseñas de enseñanza*. Buenos Aires. Manantial. 1988.
- (1992): "Las lecciones sobre Hamlet", dans la revue *Freudiana* N° 6, Barcelona, EEP-Catalunya, 1992.p. 7.
- (1993): "Las lecciones sobre Hamlet (II)", dans la revue *Freudiana* N° 7, Barcelona, EEP-Catalunya, 1993.p. 7.
- (1993): "Las lecciones sobre Hamlet (III)", dans la revue *Freudiana* N° 8, Barcelona, EEP-Catalunya, 1993.p. 7.



Reflexiones sobre inmigración y psiquiatría: el reto de la inmigración para la enfermería ¿Estamos preparados?

**Esther Vivanco González, Silvia Hernández León,
M.^a Teresa Rodríguez Burgos, M.^a Luisa Villarde Estebanez,
Oskar García Aguirregomuzkorta, Ana M.^a Cobos Fernández**
Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto (Osakidetza/SVS)

INTRODUCCION

El aumento de la población inmigrante en España ha sido un dato relevante en el año 2003. En el Hospital de Basurto, la unidad de psiquiatría ha sentido dicho aumento y conduce a los profesionales de enfermería a un replanteamiento de su dinámica habitual de trabajo al aproximarse a la diversidad cultural en los cuidados de enfermería.

OBJETIVOS

- Observar el perfil de la población inmigrante que precisa ingreso en la unidad de psiquiatría del Hospital de Basurto en el año 2003.
- Describir los fenómenos culturales que afectan a la salud y las manifestaciones que varían dentro de los grupos como entre los grupos.
- Analizar los diferentes modelos de aculturación y el cuidado enfermero en diversas culturas.

DESARROLLO

Durante el año 2003 en España consiguieron el permiso de residencia más de 300.000 nuevos inmigrantes, de esa manera la colonia extranjera se incrementó casi un 25%, aproximándose ya a 1,7 millones de personas.

Pese a que no ha habido ningún proceso de regularización extraordinario, o permiso de residencia, se ha elevado la colonia inmigrante a 1.647.011 personas, un 24,4% más que el año anterior. La décima parte de estos nuevos residentes legales (unos 30.000) ha accedido a los 'papeles' gracias a la figura de la reagrupación familiar. En el capítulo de las repatriaciones, las estadísticas revelan que 92.679 'ilegales' fueron devueltos a sus países el año pasado. El fuerte aumento de nuevos 'legales' en los últimos meses ha provocado que España haya triplicado su población foránea desde 1996: de 538.000 a 1.647.000. Cinco comunidades superan ya los 100.000 extranjeros residentes y aparecen como motor de la inmigración en España: Cataluña se afianza como la comunidad



con más foráneos (383.938), seguida de Madrid (355.035), Andalucía (208.523), Comunidad Valenciana (180.011) y Canarias (113.339). Estas regiones suman el 75% de los inmigrantes de todo el país.

El balance anual del Ministerio del Interior, cifra en un poco más de un 4% la población de origen extranjero residente en el territorio nacional. Un porcentaje que, según el delegado del Gobierno para la Extranjería, es “asumible” para España aunque este aumento exponencial de los últimos años se mantuviese en el futuro. Para Gonzalo Robles, las claves para poder absorber a tan elevado número de inmigrantes son la buena situación financiera del país, un crecimiento económico “superior” a la media de la UE y las buenas expectativas para los próximos años.

El País Vasco ha recibido 6.000 nuevos extranjeros, aunque no figura entre los destinos tradicionales para los inmigrantes, lo cierto es que tampoco ha quedado al margen de la tendencia al alza registrada en el resto de España. Según los datos del Ministerio del Interior, 6.139 extranjeros lograron el año pasado el permiso necesario para residir en el País Vasco.

Con este nuevo tirón, la población de foráneos se eleva hasta las 28.600 personas. Por territorios, Bizkaia (2.986 personas) recibió el mayor número de inmigrantes, pero en Araba (2.106) la subida ha resultado más significativa si se atiende a las cifras de población.

Las estadísticas de la Administración revelan que en el País Vasco el grueso de la colonia extranjera no procede de África, como ocurre en el conjunto de España. En el País Vasco, los inmigrantes de origen Iberoamericano son los más numerosos, con una representación total de más de 10.000 personas. Los extranjeros procedentes de la Unión Europea son el segundo grupo más fuerte con 8.500 personas. Sólo en Guipúzcoa el orden se invierte y los

Europeos ocupan el primer lugar en el listado de extranjeros que han cambiado su residencia.

Con estas cifras, el País Vasco se asemeja a Galicia o Aragón en la capacidad para atraer a ciudadanos de otros países. Eso sí, se mantiene por delante de las otras dos comunidades cantábricas, que apenas superan los 10.000 inmigrantes.

Los datos de inmigración en el País Vasco, como ya se ha comentado, con una tendencia al alza y sin ser una de las comunidades con mayor índice de inmigración, alcanzan en el 2003 el 1'3 % de la población, siendo la mayor representación de procedencia iberoamericana y cifrada en un 35% y seguido de la de origen Europea con un 30%.

Tras estos datos, a continuación, vamos a exponer el perfil del inmigrante hospitalizado en el Servicio de psiquiatría del Hospital de Basurto, centro de asistencia sanitaria que atiende a una población de 300.000 habitantes.

En el año 2003 el 4'5 % de los ingresados eran inmigrantes (en el 2002 fue del 3 %), y de ellos el 73 % eran hombres y el 27 % mujeres.

El perfil del paciente de sexo masculino es de origen Africano (68'2 %), con una media de edad de 33 años, el 30 % sin trabajo, mas del 60 % consumidores de tóxicos, la mitad con dificultades de idioma, el 90 % sin pareja estable y casi el 70% sin apoyo familiar. Han necesitado atención social durante su ingreso el 80 %, esta atención social la hemos dividido en cuatro bloques:

- Derivación a los Servicios Sociales de Base (85 %).
- Arreglo de documentos oficiales como contacto con Embajada o Consulado, situación de legalidad si fuera necesario, empadronamiento, gestión de TIS. y DNI y presentación de ILT (66 %).



- Localización de familiares o amigos, e incluso facilitación de salida a su país si fuera necesario (52 %)
- Alojamiento. Este puede ser en el Albergue Municipal, pisos protegidos (de diferentes asociaciones), pensiones o pisos compartidos (66 %).

El perfil del sexo femenino es el de una mujer de origen sudamericano (50 %), con una media de edad de 30 años y un trabajo "margina". El 60% refiere consumir tóxicos, poseen un manejo del idioma en general aceptable (mejor que el de los hombres) y el 50% de ellas una mejor cobertura familiar y/o de amigos. La mitad de dicha población se encuentra en situación de pareja estable y han necesitado asistencia social el 50 %.

El diagnóstico es similar en ambos sexos siendo clasificados en T. Psicótico (41 %); Trastorno Adaptativo (26 %) y Otros (33 %).

El seguimiento extrahospitalario y la adhesión al tratamiento tras el alta, es muy bajo, ya que el 40 % no sigue ningún tratamiento y el 35 % lo hace de forma irregular.

Con estos datos, podemos decir que, a pesar de que el mayor número de inmigrantes es de origen Iberoamericano, el porcentaje de pacientes con problemas de Salud Mental en nuestra comunidad es de origen africano, sin trabajo estable, sin recursos familiares ni económicos, con tendencia a consumir tóxicos y que tras el alta no sigue tratamiento de forma regular.

El incremento paulatino de inmigrantes y el acceso progresivo a servicios sociales y sanitarios, así como de salud mental, lleva a los profesionales a plantearse interrogantes, con respecto a la diversidad cultural, en su dinámica habitual de trabajo, y a reflexionar sobre la aculturación y los diferentes modelos integradores y/o segregadores que alentarían los

cuidados de enfermería, o bien como denominan otros autores, cuidados culturales.

El proceso de aculturación se refiere al traspaso de una cultura extranjera y la asimilación de ésta como propia.

El modelo de aculturación o modelo de integración descrito por J.W.Berry y V. Kim distingue cuatro tipos de adaptación cultural:

1. La **integración**. Es el resultado de la retención en la cultura de origen y el deseo de tener relaciones satisfactorias con la población del país al que se emigra.
2. La **asimilación**. La persona emigrante se olvida de su propia cultura y decide tener relaciones positivas con el grupo cultural mayoritario del país al cual se emigra.
3. El **rechazo**. La persona que emigra no abandona su cultura nativa y no tiene relaciones positivas con el grupo de la nación a la cual se emigra.
4. La **marginalización**. Es el resultado del rechazo de la cultura nativa por la persona que emigra y que además decide no tener contactos positivos con el grupo de la nación a la cual se emigra.

Dependiendo de la fase de adaptación a la nueva cultura en que el inmigrante se encuentre, condicionara el grado de estrés y el grado de patología mental. El resultado de la **asimilación** es una supeditación positiva para poder subsistir que conlleva una pérdida de la propia identidad, mientras que la **integración** sería la opción más difícil, pero la única e incondicional, para una sociedad pluricultural que se desarrolla hacia la interculturalidad. Desde nuestro punto de vista, la integración social del inmigrante merece una reflexión, ya que no toda la población inmigrante desea integrarse, ni todos entendemos la integración del mismo modo.



Actualmente, existen varias teorías, **“La teoría de la selección social”** que atribuye el que ocurran problemas de salud mental a la predisposición del individuo sin tener en cuenta las dificultades experimentadas por el inmigrante en la nueva sociedad. **“La teoría de la causa social”** lo atribuye únicamente al estrés externo. Parece más adecuado pensar en un *“modelo multivariado”* que englobaría características preinmigración, demográficas del individuo y postinmigración a la nueva sociedad.

La red de relaciones sociales tiene un papel fundamental. Las personas que han conseguido mejorar sus condiciones laborales, su movilidad socioeconómica y otras dificultades lo han hecho a través de la red de relaciones. Estas personas cuentan con un mayor prestigio social y por supuesto con una mayor autoestima. Por el contrario, la tendencia a la concentración espacial y la construcción de redes sociales por colectivos conlleva la posibilidad de formación de guetos y al aislamiento cultural y social.

En su dimensión cultural, parece que la integración implica la expectativa de que los inmigrantes tienen que hacer el esfuerzo de adaptarse al nuevo entorno. Pero lo que necesitamos es un proceso en dos direcciones por parte de los países de acogida; una que se promueva una cultura de aceptación de las diferencias y otra que se respete la propia identidad de los inmigrantes y sus necesidades específicas.

Los programas de integración para inmigrantes pretenden sumirlos en la cultura receptora, obviando la suya propia, cuando de lo que se trata es de aceptarlos con sus costumbres y tradiciones, pero ayudándoles a que aprendan a desenvolverse, en esta sociedad.

Los obstáculos de la sociedad receptora hacia la integración, pasarían desde el ámbito legal, ausencia de una política de inmigración, los estereotipos sociales (los inmigrantes están

relacionados con el subempleo, tráfico de drogas, delincuencia), hasta los impedimentos ideológicos (creencias y culturas aportadas por “los pobres” generan repulsas que derivan en xenofobia).

La situación se agrava cuando a los inmigrantes se les exige integración y se les critica que se constituyan en guetos. La problemática disminuiría si se eliminasen los prejuicios de la sociedad receptora y la estigmatización con respecto a este colectivo, ya que así se contribuiría a que ellos no se aislaran, ya que lo hacen porque “no son aceptados”, y para que esto suceda debe haber comunicación y aceptación.

El objetivo de la integración es doble: desarrollar la identidad personal y favorecer una participación armónica y coherente con la sociedad de acogida. Consiste en convivir interculturalmente, enriqueciéndonos mutuamente con las aportaciones del otro. Sería indispensable una educación intercultural para el cambio de valores y actitudes, posibilitando el mutuo enriquecimiento. La diversidad cultural es positiva y nos ayuda a planificar un proyecto para la nueva sociedad.

Para la integración de los inmigrantes se partirían de unos principios básicos: igualdad de trato, creer en la sociabilidad humana, y promover la solidaridad humana; sin olvidar que ningún grupo humano puede vivir sin su cultura, sin unas referencias de identidad propias.

El proceso de integración requiere de la sociedad una actitud abierta y tolerante; del colectivo inmigrante, voluntad de participación efectiva; de ambos, el interés mutuo por el conocimiento de las diversas culturas, el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes. Esto solo sería posible, mediante una Política de Inmigración y un Plan de Integración Intercultural.

Existe la hipótesis de la migración como factor protector, poniendo en duda, el posible



efecto positivo de la aculturación. El mantenimiento de la cultura y las tradiciones tiene un efecto amortiguador frente al proceso de adaptación y la posible desestructuración del individuo, ya que implica, el mantenimiento de la propia identidad.

Entre los profesionales de la salud, se está debatiendo, si se deben crear programas específicos para la atención de los inmigrantes (modelo segregador), como ya existen en otras redes y experiencias europeas, con interesantes resultados terapéuticos. De este modo, se evitarían favoritismos hacia los inmigrantes con estos programas específicos, ya que pueden producir agravios comparativos y en consecuencia rechazos.

Cabe cuestionarse qué modelo sanitario sería más adecuado para dar cobertura a esta nueva demanda asistencial. Una posibilidad la constituiría, el ya comentado, modelo segregador, en el cual, la atención a los colectivos de inmigrantes pasaría por crear programas específicos, y por la formación de grupos de profesionales concedores con profundidad o más receptivos, si cabe, a sus particulares señas de identidad.

Sin embargo, podría suceder que este modelo de intervención obstaculizara las formas de adaptación menos positivas, al fomentar la marginación y la resistencia a los valores de la cultura receptora.

Por las razones expuestas, parece más adecuado defender un modelo asistencial integrador, en el cual, se apostaría por las llamadas **integración y asimilación** de Kim y Berry, como las formas óptimas de adaptación. Esto implicaría preparar a los profesionales sanitarios para un cambio de actitud frente a la diferencia étnica y cultural, así como invertir en la investigación y formación de todos los aspectos analizados. Y por supuesto, sin olvidar el exigir a los dirigentes políticos la creación de una red de servicios multiculturales, que haga

también participe a la población receptora y que sea capaz de dar respuesta a este nuevo y apasionante reto.

Una vez conocida la bibliografía básica sobre aculturación y los tipos de adaptación cultural que existen, pasamos a centrarnos en nuestro campo de actuación: la atención y cuidado a pacientes inmigrantes, dentro de un centro de asistencia sanitaria en salud mental.

Para ello, se revisa en qué aspectos más relevantes influye la cultura en la salud y en la enfermedad mental, cuáles son sus manifestaciones típicas y en que difieren de nuestra cultura las culturas de los países que más llegan a nuestra unidad, China, Africa (Camerún y Nigeria) y Sudamérica (Brasil y Cuba).

Giger y Davidhizar (1995) identifican una serie de fenómenos culturales que afectan a la salud y cuyas manifestaciones varían tanto dentro de cada grupo cultural como entre los diferentes grupos:

I. Orientación en el tiempo:

La concepción del tiempo debe ser valorada tanto en el presente y pasado como en el futuro. Las personas que están orientadas en el tiempo futuro tiene metas de largo alcance, esta es la orientación de la cultura dominante. Otras personas están orientadas más hacia el presente que hacia el futuro y están menos preocupados en programar hacia delante para llegar a tiempo. El concepto de tiempo no se formula por el hecho de llevar un reloj o seguir un calendario por así decirlo, sino por las necesidades —por ejemplo, comer cuando se tienen hambre, ir a algún lugar cuando se tiene tiempo— según van surgiendo.

- Para la cultura tradicional africana el tiempo no es una magnitud abstracta que transcurre continua e inexorablemente, y que es mensurable y cuantificable, sino que está vinculado a actividades y eventos relacionados



con uno mismo, de modo que cuando uno esta ocupado en alguna actividad o se esta refiriendo a algún evento, el tiempo se convierte en un concepto inexistente, o cuando menos irrelevante.

- En la mayoría de estas culturas africanas, el futuro no existe, solo cuentan con las únicas dimensiones temporales de pasado y presente. El tiempo es bidimensional, con gran peso del pasado puesto que actúa como guía y referencia indispensable para el comportamiento presente. El disfrute del presente tiene prioridad sobre cualquier acontecimiento futuro, algo siempre vago e impreciso. En una cultura donde esperar no supone ningún problema, las personas apresuradas y estresadas son vistas con cierta sospecha y desconfianza.

2. Espacio personal y territorialidad:

Implica el lugar de los comportamientos y actitudes de una persona hacia el espacio que se encuentra entorno a uno mismo. La territorialidad es una actitud hacia un área que una persona ha reclamado y defendido o reaccionado emocionalmente cuando otra la ha invadido. El espacio personal y la territorialidad están influidos por la cultura, y de esta manera los diferentes grupos étnicos tienen normas que cambian relacionadas con el uso del espacio.

En relación a la territorialidad, entre los indígenas brasileños existen diferentes grupos, con más de 175 lenguas y dialectos diferentes, donde las costumbres y las creencias varían considerablemente de un grupo a otro. Con la destrucción del Amazonas la desaparición de comunidades indígenas ha aumentado y entre las causas principales se encuentran los terribles procesos de aculturación a los que se ve sometido el indígena. Hoy en día la población se calcula en unos 200.000 indígenas, concentrados principalmente en el Amazonas, y aunque pueda parecer inverosímil, se estima

que alrededor de unas 40 tribus no han tenido contacto alguno con occidente.

3. Comunicación:

Es una parte integral de la cultura, desde que la cultura es considerada como sistema de meta-comunicación. La comunicación al igual que la cultura, influye y refleja la forma en que se expresan los sentimientos y el significado de los lenguajes verbal y no verbal. Las enfermeras deben ser conscientes de diversos factores relacionados con la comunicación. Estos incluyen tanto la comunicación no verbal como la verbal, los idiomas, la literatura y ejemplos de saludos.

A continuación y a modo de ejemplo, se resaltan entre multitud de ellos, hábitos sociales y formas de comunicación de individuos originarios de diferentes países con rasgos culturales muy dispares:

- En la cultura tradicional africana, las distancias interpersonales y la conducta táctil es bastante similar al nuestro. El apretón de manos es más ligero y más largo, en ocasiones incluso varios minutos. El apretón firme, rápido y preciso es tachado de rudo. El respeto se demuestra además de evitando el contacto visual directo moderando el volumen de voz. El africano disfruta con el debate y la oratoria, la práctica de la repetición la utilizan tanto como elemento definitorio de toda tradición oral, como para enfatizar algo o recapitular lo hablado, además de usar un sinfín de proverbios, figuras literarias y otros recursos retóricos.
- En Nigeria, se da mucha importancia al saludo y se considera una falta de respeto importante no saludar a otra persona. En Camerún, la mayor edad se reconoce por un toque de la mano izquierda al brazo derecho al estrechar las manos o al inclinar la cabeza. Para mostrar un respeto especial a la autoridad, un hombre debe inclinar el



torso mientras las mujeres hacen una reverencia o se arrodillan. Se evita la mirada directa a una persona de respeto pero un camerunés nunca da la espalda a otra persona. Los abrazos se reservan para la familia y amigos íntimos.

- En China, la mayoría de la gente no sabe ni conoce ningún otro idioma, ni siquiera conocen el inglés, y aún cuando hablen este idioma, existen importantes diferencias conceptuales. Es decir, más allá de la palabra existen diferencias conceptuales y filosóficas que hacen difícil la comunicación. Los chinos son corteses en apariencia, no elevando el tono de voz. Utilizan siempre el apellido por delante del nombre de la persona. Sólo los amigos cercanos o familiares les pueden llamar utilizando el nombre personal.
- En Cuba, se usa el nombre de pila para dirigirse a los conocidos, o el nombre sin el apellido. Con los extraños se usa compañero/a, señor/a. Entre los conocidos y los compañeros de trabajo son frecuentes los apodos. Al ser los cubanos extremadamente sociales, las visitas a amigos y familiares suelen ser frecuentes.
- Los brasileños son personas con buen sentido del humor, alegres, cordiales, gentiles y hospitalarios. La sensualidad, la sensibilidad y la intuición son otros de los rasgos que más les caracterizan.

4. Organización social:

Este fenómeno incluye aspectos culturales como la unidad familiar (nuclear, monoparental, extensa, orientación paternal o matriarcal, etc.) roles de género o comportamiento, y la organización de los grupos sociales (religiosos o étnico) con el que se identifica.

- En la tradición africana encontramos un fuerte colectivismo, la lealtad a la familia, al clan y al grupo étnico, por este orden, prio-

ritaria. Ello implica cooperación, hospitalidad consenso, generosidad y plena disposición a compartir lo que se tiene. El amor y el respeto por las tradiciones, ritos y costumbres, que sirven como elemento de identidad y cohesionador del grupo.

- La familia angoleña, se caracteriza por la diversidad de organización familiar y comprende criterios relativos a la descendencia, los vínculos matrimoniales y a veces a la vivienda, es el espacio donde los niños están en contacto con los hermanos donde se transmiten normas y valores de la comunidad y se ejerce el control social.
- El rol de género dentro de la sociedad patriarcal en Angola es claro, los miembros mayores son considerados como portadores de sabiduría y el buen consejo y las tradiciones más comúnmente transmitidas van desde las ceremonias matrimoniales, hasta la adoración de los dioses, pasando por la circuncisión. Aunque la poligamia es práctica natural en muchas sociedades, la mayoría de los matrimonios angoleños son monógamos.
- En Cuba, la familia nuclear tiene una visión más extensa y aloja incluso a los abuelos.

5. Variables biológicas:

Existe un número incontable de variables biológicas o diferencias fisiológicas que contemplan la susceptibilidad para enfermar, las condiciones dermatológicas y los hábitos en los alimentos y en las comidas existentes entre los grupos étnicos.

6. Hábitos de comida y alimentación:

Los hábitos de comida y alimentación varían ampliamente entre los grupos culturales, de cualquier modo esas costumbres normalmente



conlleven una significación emocional y social. Por ello, es de ayuda para las enfermeras el tener una comprensión general de los hábitos de alimentación de los pacientes de diferentes culturas. Deberíamos ser conscientes de los significados culturales de la comida y de las preferencias de los alimentos.

- El no comer en muchas zonas de Camerún se considera un síntoma de estar enfermo. Es común, en Nigeria, el hábito de comer con las manos o sólo con la derecha. La comida principal es la cena y destaca el gusto por la comida especiada y picante. Las comidas formales son bendecidas en el nombre de los dioses o antepasados; a los mayores se les sirve primero; las mujeres no comen con los hombres o los jóvenes, sino junto a la lumbre con los pequeños y son ellas las encargadas de servir la comida. Es habitual, que se ofrezca agua antes y después de la comida para lavar las manos como ocurre en Camerún.
- En China le dan mucha importancia al color, aroma y sabor de la comida. Normalmente intentan eliminar el olor a caza o pesca utilizando para ello la cebolleta o el jengibre. Los alimentos tienen un alto valor medicinal para la población, ya que en esta cultura, la cocina y la medicina tienen el mismo origen. En cuanto a los rituales de la comida, es importante en esta cultura comer siempre sentado, normalmente los platos con palillos y la sopa con cuchara.

7. Control del entorno:

Esta es la habilidad de los miembros de un determinado grupo cultural para planificar actividades que controlen la naturaleza o dirijan los factores del entorno. Se encuentra incluidos los complejos sistemas de salud tradicional y las creencias sobre la enfermedad, las prácticas Folk de medicina y el empleo de sanadores tradicionales.

Estas creencias y prácticas juegan un rol vital en la respuesta que un paciente, familia o comunidad dada pudiesen tener con respecto al sistema de cuidados de salud y forman un nexo de unión con las Tradiciones de Salud, definidas como las creencias, prácticas, remedios o sanadores tradicionales de la persona con el propósito de mantener, proteger y restaurar la salud.

- En África, el respeto por el entorno y la tendencia a vivir en armonía con él y no a dominarlo y modificarlo, según la característica cultural occidental, es uno de los valores básicos. Son muy espirituales, el ateísmo y agnosticismo son incomprensibles. La superstición está muy extendida y presente en la vida cotidiana. Desde este punto de vista, resulta difícil separar la medicina africana de la religión africana. Por un lado, la teoría general africana sobre la enfermedad suele incluir la teología africana e intenta explicar, no solo la enfermedad, sino la relación entre la enfermedad y las fuerzas espirituales y por otro lado, los sanadores tradicionales suelen ser líderes religiosos y viceversa.
- Determinados pueblos, como los Sagala de Tanzania y sus creencias en la brujería, hace que se aferren a creencias que suelen ser responsables de acontecimientos no comprensibles: desde provocar enfermedades, hacer que una persona se comporte de forma desordenada, se vuelva alcohólica, estéril o impotente.
- En China, confían en la medicina tradicional por lo que en los hospitales suele haber una sección de medicina tradicional China, así como de medicina Occidental. Es muy habitual el uso del Tai-Chi como forma de meditación que fortalece la salud. Mediante estos ejercicios basados en la autodefensa se trabaja el equilibrio y la armonía.
- Brasil, oficialmente, es un país católico, sentencia difícil de mantener, ya que las



creencias populares, nacidas de un fuerte y sólido sincretismo, están presentes en todas partes. Entre estas creencias hay que destacar los cultos de origen Afro-Brasileño: el Candomblé y el Umbanda. En Candomblé es el culto de origen africano más ortodoxo. Tiene su base en la creencia de que cada persona tiene un “orixa” (Dios), desde el día de su nacimiento, que cuidará de su protegido durante toda la vida. Cada orixa tiene su personalidad y su particular historia, pudiendo ser masculinos o femeninos, o bien de los dos sexos (en determinados periodos). Para mantener a los Dioses fuertes y saludables es necesario ofrecerles comida, cigarrillos o perfumes, entre otras cosas, de acuerdo a las preferencias de cada orixa. El Umbanda, llamado también magia blanca, es una mezcla del Candomblé y las creencias espiritistas.

- Dentro de las costumbres brasileñas es importante destacar las conductas supersticiosas, trazos de magia y su gusto por los amuletos como invocación a la felicidad, la salud o la fertilidad.
- Por otro lado, algunos ritos y creencias indígenas se han popularizado recientemente. Algunos de estos ritos tienen como centro la “ayahuasca”, una bebida alucinógena que se obtiene de las raíces de dos plantas. La ayahuasca ofrece moral y fortalece el espíritu.

Desde nuestra mirada enfermera—o y en una realidad multicultural necesitamos descubrir dimensiones relevantes, que nos hagan reflexionar sobre el cuidado enfermero en diversas culturas con relación a la Salud Mental, cuidado humano y enfermedad mental.

Según Leininger, fundadora del campo de la enfermería transcultural, los conocimientos transculturales relacionados con el cuidado de personas que valoran su herencia cultural y sus estilos de vida, serán ejes para nuestras deci-

siones y acciones en la atención de Enfermería en la Salud Mental y la Enfermedad Psiquiátrica.

La teoría de los cuidados culturales de M. Leininger trata sobre la importancia de brindar un cuidado de enfermería según sea la cultura del paciente al que se le este brindando el cuidado. Se centra en el estudio y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo desde el punto de vista de sus valores existenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y enfermedad y de los modelos de conducta. Diferencia entre la enfermería transcultural e intercultural, con lo que pretende separar los campos de actuación enfermero y antropológico, respectivamente.

El propósito es desarrollar una práctica en la atención sanitaria específica de la cultura y/o universal y suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural.

La enfermera debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación de cuidados específicos para cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad.

Leininger afirma que existe aun un conjunto de elementos como la ceguera cultural, los choques entre culturas, imposiciones y etnocentrismo, que influyen de forma notablemente negativa en la calidad que presta los profesionales de enfermería a sus profesionales de otras culturas. Sin olvidar que el hecho de pertenecer a un grupo cultural diferente al del paciente permite considerar nuestros valores específicos, comportamientos y actitudes durante todo el proceso de enfermería. El cuidado del paciente implica el conocimiento de los fenómenos culturales anteriormente citados y la utilización del proceso de atención de enfermería, cuyas fases analizaremos a continuación de modo breve:



La valoración de enfermería debiera recoger datos referentes a sus tradiciones de salud, donde se incluirían las creencias de salud o “sanación” y sus prácticas, variables no tradicionales y prácticas alimentarias, datos relacionados con el motivo de la migración, hábitos, costumbres, comportamientos valorados, sanciones y restricciones culturales, el lenguaje y el proceso de comunicación. Con respecto a datos sociológicos debieran incluirse estatus económico, estatus educacional, redes sociales, redes de apoyo familiar, sistemas de apoyo comunitarios y la influencia del racismo en las instituciones.

Los diagnósticos enfermeros debieran contemplar especificidades que se relacionen con sus diferencias culturales y resaltarlas de la forma más precisa posible a la hora de identificar las variables culturales, con tal de individualizar intervenciones que puedan ser planificadas y culturalmente apropiadas.

En la planificación de cuidados, se debiera dedicar una atención especial a la implicación de la familia, a la explicación de todos los aspectos de los cuidados, sobre todo si implican un cambio de hábitos, para lo que debemos habilitar al máximo, la comunicación y comprensión de la información y evitar ofender a los pacientes al observar determinadas actitudes en la interacción social.

La evaluación del proceso permitirá además de determinar en que medida se han cumplido las metas planificadas, evaluar nuestra actitud ante esos cuidados.

A modo de conclusión, prestar atención a la manera en que varían los pacientes con diferentes antecedentes culturales es importante si la enfermería quiere proporcionar cuidados culturales efectivos a todos los pacientes, reconocer sus derechos y no entrar en conflicto con normas éticas entre nuestro sistema y su cultura.

CONCLUSIONES

Este trabajo, ha supuesto, a través de la reflexión personal, una valoración de nuestra actitud y aptitud profesional ante esta demanda cultural y una crítica hacia nuestro “modus operandi” que nos ha permitido la unificación de criterios y captación de necesidades, asumibles por el sistema sanitario en el que nos encontramos inmersos. Apoyados por la teoría de Leininger, se constata de forma clara que cuando los profesionales trabajan en culturas que les resultan extrañas y en las que manejan valores diferentes sobre la asistencia o las expectativas de cuidados, se detectarán signos evidentes de conflictos, choques y tensiones culturales entre ellos y sus pacientes.

La recopilación y el análisis de toda esta información, nos ha permitido ser conscientes, entre otras, de la necesidad de formación específica, con el fin de conocer de forma integral, a los pacientes procedentes de otras culturas y mejorar la calidad de los cuidados de enfermería.

Si bien es verdad que no es fácil, por la diversidad de culturas que llegan, el hecho de habernos puesto a reflexionar sobre este tema en el equipo de trabajo, nos parece un gran paso. Este paso quizá no sea suficiente, pero sí el comienzo, para seguir formándonos, ya que en ocasiones nos parece que la falta de conocimientos, la incertidumbre y el miedo a lo “desconocido”, favorece el rechazo y la imposición de nuestras ideas o valores en las minorías.

En referencia a nuestra unidad, consideramos la existencia de algunos aspectos a mejorar. No debemos consentir, que la rutina y la estandarización nos envuelva y que olvidemos e infravaloremos pequeños detalles que favorecen la individualización y facilitan la recuperación y la integración del paciente en la unidad.

Con respecto a la metodología de trabajo en la unidad, se observan algunas carencias si



observamos y aplicamos en diferentes culturas el modelo de V. Henderson, reconociendo como ideal, una fusión entre el modelo de V. Henderson y el modelo de M. Leininger.

El estudio de las culturas con respecto a las diferencias en las 14 necesidades de V. Henderson nos ha permitido ampliar el campo de visión e incidir en determinados aspectos que se valoran dentro de nuestra cultura pero difieren de ella, entre ellos: los diferentes conceptos de salud-enfermedad, los roles, sistemas de organización familiar y diferencias de género, aspectos de comunicación verbal y no verbal (el idioma, el contacto visual, tono de voz, distancia interpersonal, gestos de cortesía y respeto, y canalización y expresión de emociones como la agresividad y la tolerancia a la frustración), concepto de uso y abuso de tóxicos, patrones de sexualidad, religión y espiritualidad.

También sería interesante intercambiar conocimientos y valores entre todos los integrantes del equipo y prepararnos para trabajar en este mundo intercultural que estamos creando con criterios comunes y bajo la perspectiva del cuidado integral.

En cuanto al tipo de adaptación cultural nos inclinamos por la integración en lugar de la

segregación, manteniendo y respetando la cultura nativa, pero aceptando las costumbres y normas de la cultura que recibe al inmigrante, es decir, con un respeto mutuo hacia ambas culturas.

Cabría preguntarse más que si somos racistas, si somos clasistas. Entendemos que quizá lo que nos suele molestar no es la raza de las personas sino si éstas “cumplen” las “normas sociales”, es decir, nos molestan los “marginados” sean de la raza que sean.

Como ejemplo, podemos decir que no nos molestan en general los “inmigrantes de oro”: (futbolistas y otros deportistas de elite, directivos de grandes multinacionales...) sino los que llegan en patera, en camiones y que dejan la vida en muchas ocasiones antes de llegar a su destino o los impulsados a la delincuencia como medio de supervivencia.

Esta claro que todo esto supone un esfuerzo por ambas partes, y que sin ser fácil, consideramos que con ganas, respeto y buscando puntos intermedios se puede llegar a producir un enriquecimiento de ambas culturas, aspecto que no nos dejará indiferentes, en nuestra formación como profesionales y como personas.





BIBLIOGRAFÍA

- Asociación navarra para la formación y el empleo (1993). “Modelos de integración”. En: Bases de análisis para un modelo de integración sociolaboral de inmigrantes. Informe presentado a la dirección general de migraciones. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Pamplona.
- Colectivo IOE (1997). “Inmigración y mercados de trabajo en España “. I Congreso sobre inmigración en España. Instituto Ortega y Gasset.
- Jiménez Romero, C. (1998) “ Integración social”. En: Giner, S., Lamo de Espinosa, E. y Torres, C. Diccionario de Sociología. Alianza. Madrid.
- Pumares; P. (1998) “¿Qué es la integración? Reflexiones sobre el concepto de integración de los inmigrantes”. En Checa, F. (Ed.) Africanos en la otra orilla. Icaria–Antrazyt. Barcelona. 289–318.
- O’ferrall González C., Crespo Linares M., Gavira Fernández C., Crespo Benítez J. (2003) Inmigración, ¿Estamos preparados los profesionales de la salud mental para este reto? Interpsiquis.
- Federici, S. Games, M.I. Rabosto, S.C. y Montaña, P.I. (2001). La influencia de la cultura en la salud y la enfermedad mental. Interpsiquis.
- Spector, R.E. Teoría y método. Cultura, cuidados de salud y enfermería.
- Leininger, M. (1995). Transcultural Nursing. Concepts, Theories, Research & Practices. McGraw Hill, (2ª Edition), New York.
- Flórez Fernández, I. Ibarra Uría, O. Lafau Marchan, O. Crespi Font, M. Romera Torrens, M. Aguirre Osua, I. La inmigración como puerta de entrada hacia la psicopatología. I Congreso Virtual de Psiquiatría I de Febrero – 15 de Marzo 2000. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa12/conferencias/12_ci_e.htm
- Pérez e Iñigo Gancedo, J. L. De Rosa, E. (2002). Trauma y migración humana. Interpsiquis.
- Felipe Santamaría N., Gayoso Martín S., Guerra Bobo A., Martín Vivas C., Ruiz–Escribano Taravilla E., Zúñiga Guerrero A. Otero, A. Lasheras, J. Inmigrantes y atención sanitaria en España.
- Manrique, M. Reyes, I. Delgado, H. Jiménez, B. (2001) “*Madeleine Leininger. Cuidados culturales: Teoría de la diversidad y la universalidad*”. Universidad de Carabobo. Area de estudios de Posgrado. Maestría en Gerencia de los Servicios de Salud y Enfermería. Valencia.
- Un enfoque cultural de la prevención y atención del VIH/sida: La educación familiar: un potencial subestimado. Angola: educación sexual, valores familiares tradicionales y VIH/sida. <http://www.unesdoc.unesco.org/images/0012/001255/125589s.pdf>.
- Eruesto, J. “*El deterioro de las culturas en los campamentos de refugiados*”. <http://www.migracionesforzadas.org/pdf/RMF14/RMF14.pdf>
- Rigol Cuadra, A. Ilundain Ayala, E. (2001). Estrategias para la valoración intercultural en Enfermería (Strategies for Cross–cultural Nursing Assessment.). INTERPSIQUIS.
- Castillo, S. Mazarrasa, L. (2001). “Salud y trabajo: una relación problemática en los discursos de mujeres inmigrantes”. Ofrim/suplementos.
- Cultura Africa Subsahariana. Aspectos culturales en la negociación empresarial: Africa Subsahariana. www.africainformarket.org/



Logros y dificultades en la implementación del Plan Nacional de Chile desde la perspectiva latinoamericana*

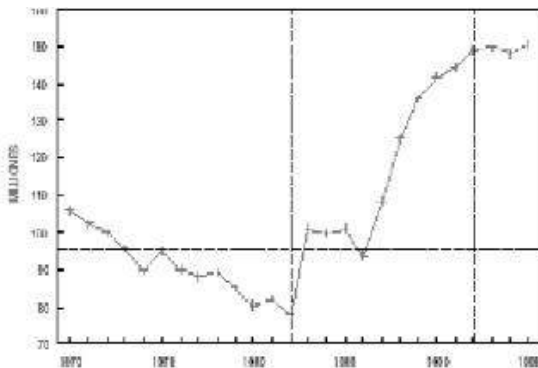
Dr. Hugo Cohen

OPS/OMS

Unidad de Salud Mental–Ministerio de Salud
Hogar de Cristo. Santiago de Chile

Marco general–Introducción

A manera de prólogo, quiero compartir brevemente con ustedes el análisis efectuado por la OPS (1) respecto al impacto de las reformas económicas y evolución de la pobreza en América Latina 1970–1995. En este trabajo se establece que crecieron la pobreza y las inequidades; un 20% de la población controla 80% de la riqueza.



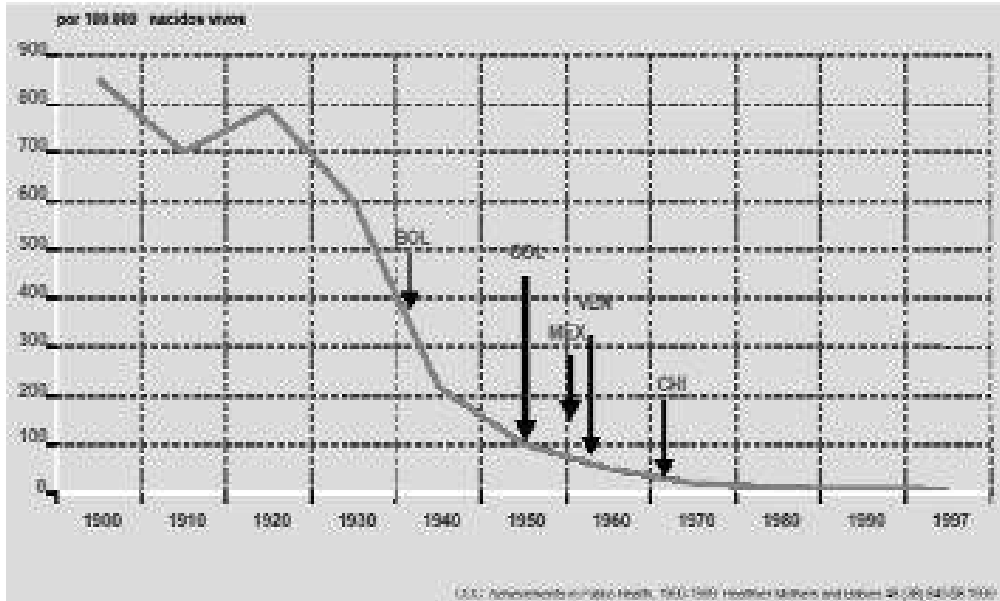
El estudio del IMPACTO DE LAS REFORMAS muestra la magnitud de la EXCLUSIÓN EN SALUD, la dimensión del problema:

- Población total de América Latina y el Caribe: 500 millones 27% de la población carece de acceso permanente a servicios básicos de salud (125 millones).
- 82 millones de niños no completan su esquema de vacunación.
- 152 millones de personas sin acceso a agua potable o saneamiento básico.
- 17% de nacimientos no son atendidos por personal capacitado.
- La mayoría de las muertes maternas e infantiles son por causas evitables.
- En USA 43 millones de personas (20%) carecen de protección en salud.

* Encuentro: Enfermedad Mental, Derechos Humanos y Exclusión Social: Análisis y Propuestas. Santiago de Chile, noviembre 2004.

Como un ejemplo de las desigualdades en la región se puede presentar el siguiente gráfico que muestra la:

Mortalidad materna en usa y su relación con algunos países de América Latina



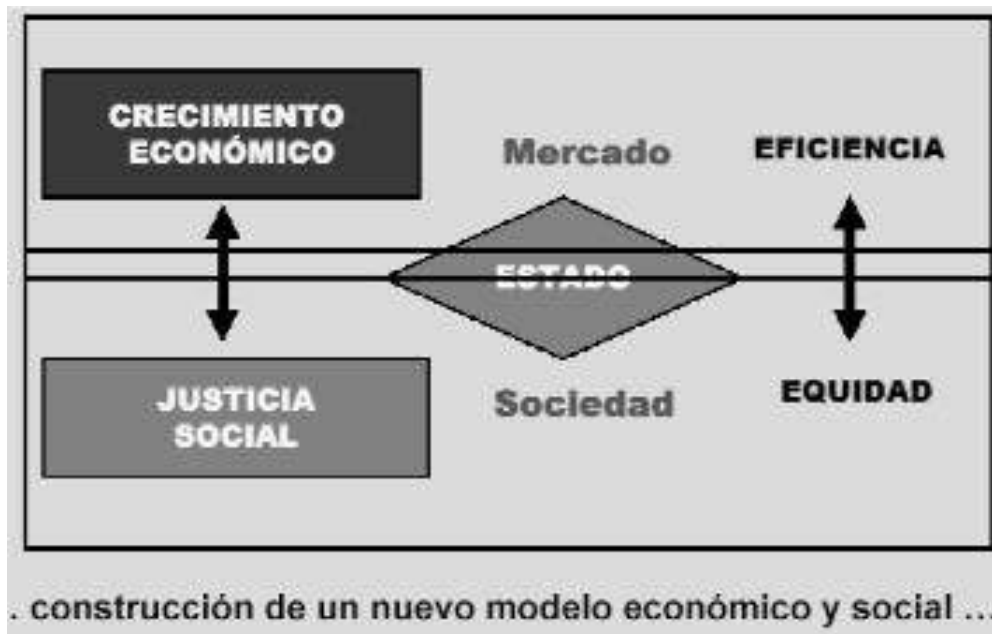
- Se observa que los países menos desarrollados tienen 84% de la población mundial. Estos consumen menos del 11% de los gastos mundiales en salud pero, sobrellevan el 93% de la carga de enfermedad.

En cuanto al CONTEXTO se visualiza:

- Inestabilidad económica y social/Gobernabilidad débil.
 - Transición demográfica/Incremento poblacional.
 - Crecimiento de la pobreza y de la inequidad.
 - Aumento del desempleo y crecimiento de la economía informal.
 - En salud: crítica situación de la fuerza de trabajo (laboral, profesional, motivacional).
 - Deterioro del Estado para cumplir su función rectora.
 - Acumulación epidemiológica.
 - Deterioro Ambiental.
- En este marco la OPS-OMS propone para el período 2003 - 2007 las siguientes Líneas de acción y principios básicos
- VIGENCIA DE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA
 - REAFIRMACIÓN DE SALUD PARA TODOS
 - EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
 - LA SALUD COMO DERECHO SOCIAL
 - EL RESCATE DE LA EQUIDAD Y LA SOLIDARIDAD
 - IMPULSAR UNA NUEVA AGENDA
 - REFORMAS SECTORIALES
 - TENER EL MARCO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO
 - COOPERACIÓN ENFOCADA AL PAÍS



Se promueve la PERSPECTIVA PARA UNA NUEVA POLITICA SOCIAL donde se produce un pasaje del énfasis en el crecimiento económico a la dimensión de justicia social; del mercado como principal regulador a la sociedad como actor principal destacando el rol del estado como escenario principal; el traslado del principio de eficiencia al de equidad como criterio rector. Queda claro entonces que estos cambios solo serán posible en la medida que se construya un nuevo modelo económico y social.



Situación actual de la salud mental en el mundo

La dimensión de los problemas en salud mental de las poblaciones es creciente. Se estima que hay 400.000.000 de afectados en el mundo. 1 de cada 5 jóvenes hasta los 15 años padecen. Esto representa 17.000.000 de jóvenes en América Latina y el Caribe.

Los problemas de salud mental representan cinco de las diez primeras causas de incapacidad en el mundo. Se considera que uno de cada cuatro habitantes de las grandes ciudades requieren o requerirán asistencia. Se estima que en el 2020, los trastornos de salud mental estarán dentro de las tres primeras causas de

morbilidad. Además se observa un aumento de los problemas de adicción, alcoholismo, así como un impacto creciente de la violencia en las ciudades. Se constata el incremento en las personas que padecen de depresión. (Se estima que durante el año 2000 se produjo 1 suicidio cada 40 segundos). Por otra parte, el aumento en la longevidad trae aparejado un incremento de los problemas de personas solas, así como de las demencias. Como un ejemplo en nuestro continente, en México, los problemas de salud mental están presentes dentro de las 5 primeras causas de muerte, representadas por los accidentes, violencia y cirrosis y es un factor determinante dentro de las 10 primeras causas de años de vida perdidos.



El contexto latinoamericano

Quisiera hacer algunos comentarios respecto al contexto latinoamericano: observamos que tal como lo señala la OMS para las distintas regiones, es prioritario saldar la brecha que existe entre las necesidades de las personas y los servicios existentes para satisfacerlas. Como ejemplo, puedo mencionar los resultados para México del estudio promovido por la OMS para los diversos continentes: **Mental Health 2000**.

El estudio es el primero finalizado en la región y fue hecho por la doctora Medina Mora y su equipo del Instituto Nacional de Psiquiatría. El mismo muestra que de 100 personas con tres o más síntomas severos, un 10% accede a alguna consulta en el ámbito de salud y de estos, un 50% aproximadamente llega a algún especialista. La proporción de estos que recibieron tratamiento adecuado es de alrededor de un 40%. Estos datos dan la dimensión de la enorme brecha que existe entre las necesidades de la población y los servicios que existen para resolverlas. Previo a este estudio, el Secretario de Salud del país había pedido a la OMS y a la OPS, una evaluación de los servicios y manifestado que la salud mental es uno de los rezagos históricos más importantes en las políticas de salud del país. Recientemente hizo pública la decisión de impulsar la reforma psiquiátrica en México.

El antecedente institucional histórico que es referencia para todos los países de la región, es la Conferencia de Caracas de 1990: *LA REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE*. En ella se promueve la sustitución gradual y progresiva de los hospitales psiquiátricos por servicios basados en la comunidad. Un año después se aprueba la resolución de la Naciones Unidas sobre los derechos de los enfermos mentales. Más recientemente, en el 2001, la OMS dedicó el año a la salud mental y en el respectivo informe mundial de la salud se

plantea la necesidad de saldar la brecha, bajo el lema: *sí a la atención, no a la exclusión!* Como consecuencia de esto se lanza la iniciativa GAP: *Global Action Plan*. En nuestros días, como resultado de esta secuencia de decisiones y avances se han editado los primeros manuales que abordan los aspectos prácticos para la creación y desarrollo de servicios basados en la comunidad: *Mental Health Policy and Service Guidance Package*.

Me han solicitado un análisis respecto a los logros y las dificultades en la implementación del plan nacional desde la perspectiva latinoamericana y lo primero que creo necesario efectuar es una felicitación por la tarea realizada así como un reconocimiento de la labor. A manera de resumen quiero destacar:

- Su orientación comunitaria y participativa
- La continuidad por 10 años
- El reconocimiento que se hace de necesidades y objetivos no resueltos aún.

La riqueza de la labor emprendida me impide comentarla en detalle en una hora así como hacer sugerencias en forma pormenorizada. Por otra parte debo ser muy cuidadoso y respetuoso en la valoración. Pienso que en salud mental comunitaria no es posible comparar experiencias y países dado que hay que tener en cuenta las diversidades culturales, históricas, sociales y políticas. Tal vez lo más adecuado sea comparar los países *con ellos mismos*; en vez de hablar de modelos, es más conveniente hablar de modos.

De todas maneras, podemos decir que existen dificultades y resistencias, denominadores comunes.

Está visto que son cuatro las principales que deben ser enfrentadas:



1. El estigma
2. La falta de actualización en la formación de los profesionales de la salud mental y de la salud en general.
3. La organización y gestión de los servicios
4. Los intereses económicos y la cultura asistencialista.

Algunos principios que sustentan las prácticas en salud mental comunitaria

Los servicios basados en la comunidad demostraron, de manera científicamente sustentada, que son los que mejor resuelven las necesidades de las personas con padecimiento mental. Como uno de los tantos ejemplos disponibles, podemos mencionar los trabajos de Goldberg donde nos muestra que de 100 personas con trastornos, 40% llega a la consulta. De estos, el 80% se resuelve en el 1^{er} nivel de atención (en tanto esté capacitado); y solo un 20 % entra al sistema de Atención Psiquiátrica. Lo interesante de sus trabajos es la constatación que de estos solo un 20% necesita más de 9 días de internación o sea el 0,5%. Se demuestra que la cama es un recurso relativo, menor, en lugar de ser el centro de los planes y programas. Otros trabajos interesantes son lo que observaron una disminución en un 75% de las recaídas en los pacientes cuyas familias recibieron apoyo en forma sistemática. En cuanto a los costos comparativos y relativos, podemos decir que en nuestra región aún en contextos de escasos fondos destinados a salud mental, en la actualidad, son muchos millones de dólares los que se destinan. Por cada paciente por mes, si se calcula el costo de la cama psiquiátrica que constituye el 95% de la inversión que hace el estado en salud mental, se gastan cientos o más de mil dólares. Ese mismo dinero se podría utilizar en prácticas y dispositivos mucho mejores y efectivamente rehabilitadores.

Además de la necesaria reorientación de los fondos, a nivel técnico es necesario producir cambios como, por ejemplo, el pasaje de un diagnóstico psicopatológico o biológico a uno territorial. Por otra parte hay que considerar que en salud mental comunitaria, el primer nivel de atención es el que requiere mayor complejidad, inteligencia, creatividad y disponibilidad de recursos.

Para saber cómo intervenir adecuadamente, conocer los recursos que son necesarios y establecer las estrategias más adecuadas, un estudio (2) en un medio rural del recorrido de las personas con un padecimiento es de gran ayuda: primero se acude al auto cuidado; cuando esto fracasa, se busca apoyo en la red social, si esto es insuficiente se acude al sistema etnomédico, y si persiste el padecimiento, recién entonces se llega al sistema de salud; de no haber solución en este, se apela a los especialistas de salud mental como última instancia.

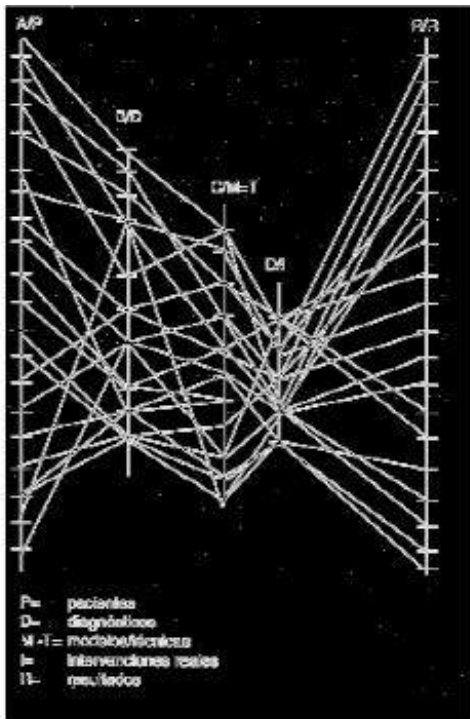
Evidentemente este *enfoque integral*, comúnmente conocido como. Bio-psico-social, tiene múltiples complejidades. Una de ellas es cómo expresamos esta integralidad a la hora de las prácticas en terreno. Esto es importante por que suele haber en muchos casos una disociación entre los enunciados y lo que hacemos en la cotidianeidad. Un buen ejemplo de ello es el trabajo en los hospitales generales o centros de salud donde los equipos de salud mental tienen un jefe médico y a los psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros se les asigna un rol secundario. La sola manera de aludir a ellos es muy gráfica: paramédicos!

El *trabajo en equipo* es una dimensión fundamental que refleja la concepción que tenemos de la labor profesional. Pero además, nos puede orientar a encontrar limitaciones o fortalezas que inexorablemente repercutirán en la labor de atención y en el trato que demos a los pacientes. Diversos trabajos muestran que el tipo de interacción interna que tienen los miembros



del equipo entre sí se expresará en la relación con los usuarios. Por ejemplo: será bastante difícil que se pueda promover la participación de la comunidad en programas a nivel local si en el ámbito del equipo de trabajo priman relaciones de tipo vertical o autoritarias.

Otra de las complejidades es la necesidad de contar con los *indicadores* que den cuenta de la labor comunitaria que se realiza así como de que exista un reconocimiento institucional que valide y reconozca la labor de salud que se hace en medios y con intervenciones poco habituales.



Continuando con la reflexión acerca de los indicadores que necesitamos en salud mental comunitaria, el ejemplo (3) de Ciompi es muy interesante en cuanto a cuáles son los *pilares* en que se debe basar la *práctica*.

El sostiene que *la motivación, las expectativas sobre el paciente; la pertenencia a un proyecto compartido; la calidad en las relaciones de trabajo* son variables más predictivas de una mejor evolución que las tradicionales (diagnóstico;

fármacos; técnicas psicoterapéuticas; etc.). Entonces, desde este punto de vista, es *más importante conocer sobre la vida del paciente y de la organización de los servicios que de la historia de la enfermedad*.

De nuevo surge la importancia del la práctica y el valor de lo actitudinal. Solo la construcción de nuevas respuestas a las necesidades de las personas permitirá generar una nueva demanda y así modificar las representaciones sociales de la locura.(4)

Algunas reflexiones sobre el plan chileno

Logros y avances:

Quiero detallar ahora algunos aspectos que a mi entender marcan una valoración positiva de la labor realizada:

- Existencia de un plan, su orientación, sistemática e implementación, así como la continuidad en el tiempo.
- La noción de participación como un recurso básico en su elaboración y en las instancias de construcción cotidiana.
- La propuesta de incorporar activamente en este proceso a los usuarios y los familiares estimulando la creación de asociaciones.
- La inclusión de la salud mental en las políticas de salud; la intención de involucrar a las ISAPRES; la decisión de extenderla a todo el país.
- La riqueza y diversidad de dispositivos y recursos creados.
- El aumento efectivo del presupuesto y su reorientación hacia los nuevos servicios que privilegian la accesibilidad.
- La priorización en la atención de la esquizofrenia; la depresión y las adicciones y el alcohol; la creación del PRAIS.



- El notable desarrollo y la concepción de la atención de las personas con depresión.
- El reconocimiento de la urgencia y la atención en el primer nivel como actividades prioritarias.
- Haber construido espacios para los trabajadores de la salud mental que posibilitan hablar de los miedos y la dictadura.
- Comienzo del registro personalizado de las prácticas.
- La preocupación y medición correspondiente respecto a la satisfacción del usuario.
- La mejora en la accesibilidad, la cobertura y la calidad.
- El criterio de apoyo para con los cuidadores, en especial a los Familiares.
- La disminución en el número de camas de los Hospitales Psiquiátricos.
- La decisión de promover una capacitación continua de los trabajadores de la salud mental.
- La valoración que se hace de la interacción efectiva con instancias sociales y comunitarias como, por ejemplo, el Hogar de Cristo.
- Basar las respuestas en las necesidades de las personas más que en las estructuras creadas.
- Avanzar en el proceso de accesibilidad y cobertura haciendo énfasis en la creación de servicios en hospitales generales que posibiliten disminuir la desigual distribución de las camas, concentradas todavía, en forma predominante, en los hospitales psiquiátricos.
- Extender y priorizar las actividades para una adecuada inserción de los nuevos servicios en los hospitales generales.
- Escaso abordaje de la urgencia en los hospitales generales.
- Necesidad de profundizar el proceso de coordinación entre los diversos servicios, dando preeminencia al territorio y sus usuarios como eje organizador de la tarea cotidiana.
- Enfatizar la coordinación única entre los diversos dispositivos de un territorio común, la realización de reuniones periódicas para reflexionar sobre las prácticas y decidir entre todos.
- Siempre es bueno recordar que la mejor prevención y promoción de la salud mental, es el desarrollo de servicios comunitarios que permitan la abolición de los hospitales psiquiátricos.

Observaciones y aspectos a reforzar:

- Avanzar en la concepción de que la red no son estructuras materiales sino personas que interactúan.
- Profundizar el trabajo en equipo: da la impresión de haber una predominancia de lo biomédico por sobre las otras disciplinas o saberes.
- Poder contar con al promedio de reinternación como una medida de la continuidad de los cuidados, la efectividad de los tratamientos y como expresión de necesidades no resueltas o no previstas originalmente.
- La nueva ley debería incluir las nuevas prácticas y los aprendizajes habidos. Debe ser entendida no como un punto de llegada sino como un paso más de un largo proceso.



- Las respuestas a los casos forenses debe basarse en la excepción y determinarse con el mayor carácter restrictivo posible.
 - Es llamativa la baja incidencia registrada del alcohol como problema de salud.
 - Prestar atención al aumento en la prescripción de anfetaminas a los niños, habría que investigar si se están haciendo los diagnósticos adecuados y si se están efectuando los estudios sobre sus causas profundas.
 - Avanzar en el criterio de plazas como medida de dispositivos, superando el de camas; es conveniente que las nuevas estructuras sean pequeñas: en salud mental *small is beautiful*.
 - Promover indicadores de trabajo en equipo y participación grupal; generar el reconocimiento institucional de las prácticas comunitarias.
 - Extender el apoyo a las instancias comunitarias que se hacen cargo del sostén de personas con padecimiento mental, incluyendo a las familias.
 - Actualizar periódicamente las guías y normas de acuerdo a los aprendizajes que generan las nuevas prácticas.
 - Efectuar las mediciones de efectividad de los fármacos incluyendo las variables del contexto.
 - Proseguir con un aumento gradual del presupuesto.
 - Formar operadores en salud mental.
2. los procesos son heterogéneos, cambiantes, no se dan de una vez; se debe respetar la diversidad y las particularidades locales y regionales.
 3. la dimensión de incertidumbre es un indicador positivo del proceso de cambio asumido.
 4. la prensa tiene los mismos prejuicios y temores que la población por lo que se debe destinar un trabajo específico con ellos para su sensibilización con las nuevas prácticas.
 5. los médicos deben redistribuir el poder, todos deben poder reconocer y valorar la diversidad de saberes: el de un indígena, una madre o un vecino. En salud mental comunitaria no hay un saber más importante que otro.
 6. también el trabajo en equipo no es algo dado sino una construcción cotidiana y compartida.

Reflexiones finales

En los sucesivos viajes a Chile he escuchado cierta preocupación con el burnt out en algunos trabajadores de la salud mental. En este aspecto me gustaría poner énfasis en lo correspondiente al *sentido* que tiene para la persona la tarea que realiza en forma cotidiana. Es evidente que los contextos actuales plantean enfrentar carencias de recursos y a veces hasta la falta del apoyo institucional necesario. Con nuestro protagonismo lo podemos cambiar, encontrar el sentido de la lucha en condiciones adversas nos aleja del síndrome del fusible quemado. En condiciones extremas como lo fueron los campos de concentración en la Alemania nazi, V. Frankl (5) nos enseñó que había quienes con 600 calorías diarias sobrevivían y era la posibilidad de sentir que decidían sobre sus actos, aunque fueran aparentemente hechos insignificantes, lo que los mantenía vivos. También aquellos que podían encontrar un sentido a su sufrimiento vivían más tiempo.

Lo importante en la vida no son las condiciones sino cómo las enfrentamos, decía Frankl.

Algunas otras consideraciones:

Dado que estamos trabajando en un proceso de transformación cultural:

1. las prácticas innovadoras permiten reorientar los presupuestos. Es necesario *ver para creer*.



Nietzsche planteaba que *quién tiene un para qué en la vida encontrará casi siempre el cómo*.

Así como con un paciente intentamos rescatar sus capacidades y potenciar sus habilidades, también debemos ser capaces de descubrir y ampliar los espacios que nos posibilitan transitar los caminos del cambio.

A. Sen decía que la posibilidad de crecer en la pobreza económica es dada por la posibilidad de intercambio que tengan las personas entre sí, de expresarse y participar políticamente.

Pero también, un reciente informe del PNUD (6) sobre la democracia en la región establece con claridad que:

La democracia actual es democracia electoral y plantea la necesidad de hacer efectiva una disminución de la inequidad y las desigualdades. Sabemos también que el modo en que los vulnerables (o vulnerados) son tratados e integrados a la sociedad, es uno de los indicadores más sensibles del nivel de democracia, pluralismo y tolerancia en la sociedad.

Solo cuando las necesidades se pueden satisfacer se convierten en derechos.

Para finalizar, en homenaje al Hogar de Cristo, quiero comentar una anécdota que me ocurrió hace un tiempo. En el 2002 tuve la

oportunidad de participar como disertante invitado en el evento *La ciudadanía e terapéutica*, organizado en Milán, Italia, por Caritas Ambrosiana. En el evento pude escuchar al cardenal Martini el que efectuó una cita de los santos evangelios en la que Jesús escuchaba a un vagabundo que en soledad, desvariaba sin rumbo, decía cosas incoherentes. Jesús se acerca a esta persona que estaba en harapos y entre las lápidas de un cementerio y le pregunta *come ti chiami* (cómo te llamas?) *Mi chiamo nessuno*, respondió (me llamo nadie). Jesús replicó: *chi sei?* (quién eres?), *sono leggione*, le responde (soy una legión, soy muchos). Entonces Jesús propicia su sanación entre otras cosas, haciendo que cientos de cerdos fueran sacrificados.

Cada uno podrá interpretar los múltiples sentidos de este pasaje bíblico. Yo en este caso, además de la dignificación que significa el acercarse a un abandonado y la identidad de persona que intenta darle al preguntarle su nombre y querer saber quién era, quisiera mencionar el hecho del sacrificio de los animales. Esto, nos enseñó el cardenal Martini, quiere expresar que para rehabilitar a una persona también es necesario un costo económico concreto que el estado, los gobernantes, deben proveer. El Cardenal trajo esta referencia creo como una enseñanza moral. Yo creo que también lo es como una enseñanza práctica de salud mental comunitaria.



REFERENCIAS

- (1) Dr. Oscar Feo "La salud publica en las Américas". Políticas y sistemas de salud. Desarrollo estratégico de la salud, OPS/OMS Washington, 2004.
- (2) Nelly Salgado y colaborad. "Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México". Salud publica de México / vol.45, no. 1, enero-febrero de 2003.
- (3) Benedetto Sarraceno "La liberación de los pacientes psiquiátricos"; Editorial Pax, México 2003.
- (4) Hugo Cohen "Principios de la salud mental comunitaria" conferencia Día Mundial de la salud mental, El Salvador, 2001.
- (5) V. Frankl "El hombre en busca de sentido"
- (6) PNUD: "La democracia en América latina, hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos" Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2004.




En la tos fuerte

En cualquier caso, en la congestión en la cámara y en todas las enfermedades de los órganos respiratorios, el JARABE BAYER DE HEROÍNA produce un efecto sorprendente; en casos en que otros medios como frías, etc. sólo resultan efímeros.

La dolencia irritación de la tos y la inflamación desaparecen en la primera media hora.

Se siente más aliviado y aliviado. El estado general mejora con la calma del sueño tranquilo y reposado, particularmente antes que los accesos de tos, momentos tardíos, etc.

EL JARABE BAYER DE HEROÍNA es el indicado especialmente en bronquitis, faringitis, laringitis, etc. de los niños, neuritis, a una laringitis, etc.

Puede ser usado por cualquier persona JARABE BAYER DE HEROÍNA, en el momento oportuno, con el CUIDADO BAYER. Precio: Fr. 1.000. Cada botella en su envase de las Farmacias para de uso.



*Jarabe Bayer
de Heroína*

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

Emilio Javier Blanco Bengoechea

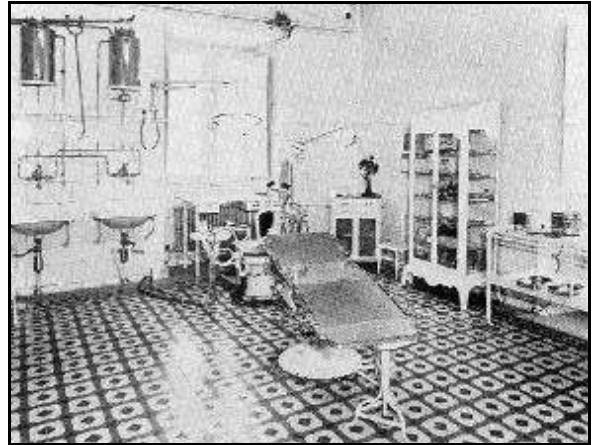
Psiquiatra

Hospital de Zaldibar. Bizkaia

PERIODO 1967-1989

A finales de los años 60 comienzan a surgir ideas y planteamientos nuevos en la Psiquiatría del mundo occidental, lo que origina entre los profesionales un debate sobre cómo abordar la patología psiquiátrica y dónde hacerlo. Surgen diferentes posturas, a menudo enfrentadas unas con otras, que van desde las conceptualizaciones biologicistas de la enfermedad mental a las psicológicas (psicoterapias de todo tipo, desde el psicoanálisis al conductismo), junto con las de orientación familiar (con sus diversas escuelas) y aquellas que niegan el concepto de enfermedad mental, lideradas en esta época por Laing, Szasz, etc. (lo que se denominó “antipsiquiatría”).

En este “campo de batalla”, se van a producir situaciones que obligarán a los psiquiatras a “alinearse” y definirse en una u otra “trinchera” y al mismo tiempo, a compartir su espacio y su tarea con otros profesionales como psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, enfermeros, auxiliares, etc cuya presencia era, hasta entonces, inexistente en la mayoría de los casos, lo que implica un enriquecimiento en las actuaciones terapéuticas y una adaptación de las mismas a las nuevas circunstancias.



Así mismo, se cuestiona dónde debe ser tratado el paciente con problemas de salud mental. Básicamente, se plantean dos opciones: en una Institución Cerrada o en la Comunidad, cada una de ellas con sus correspondientes formas de abordaje. Como consecuencia, surgen tendencias encaminadas al cierre de los llamados manicomios en muchos lugares y, cuando no es al cierre, al menos, a un importante cambio en su estructura y función.



Esta nueva situación y los cambios comentados afectan de una manera global al campo de la Psiquiatría y por tanto, llegan también al Hospital de Zaldibar y repercuten, lógicamente, en su funcionamiento, como queda reflejado a continuación.

En octubre de 1969 comienza a prestar sus servicios en Zaldibar una asistente social, con la misión, inicialmente, de estudiar los casos de aquellas pacientes con una problemática social que dificultara su alta en la unidad de ingresos. En los primeros años 70 se incrementa el número de médicos en el hospital y esto permite llevar a cabo una nueva planificación del trabajo, proceder a la revisión de historiales de las pacientes ingresadas, conocer mejor su situación familiar y sus posibilidades de retornar a su medio. Se lleva a cabo una clasificación de las pacientes crónicas en relación a sus posibilidades de rehabilitación estableciendo niveles y criterios basados en la Escala de Wing y Brown. Lógicamente, esta reestructuración permite un abordaje mucho más adecuado de las pacientes, según su patología, grado de cronicidad, posibilidades de alta, etc.

Se dividen los Servicios del Hospital en cuatro Unidades básicas con diferentes subunidades en algunas de ellas:

- Unidad de Ingresos:
La Unidad está subdividida en:
 - ♦ Pacientes de Ingreso Reciente
 - ♦ Pacientes en Cuidados Intensivos
 - ♦ Pacientes de Corta y Media Estancia
- Unidad de Alcoholismo
- Unidad de Psicogeriatría
- Unidad de Pacientes crónicas subdividida, a su vez, en:
 - ♦ Nivel I de Rehabilitación
 - ♦ Nivel II de Rehabilitación
 - ♦ Nivel III de Rehabilitación
 - ♦ Nivel IV de Rehabilitación

En 1978 se contrata por primera vez una psicóloga, básicamente para llevar a cabo pruebas psicométricas y actividades grupales. Paulatinamente, se va incrementando también el personal de enfermería, sobre todo, auxiliares psiquiátricas; éstas comienzan a prestar sus servicios en 1970 y se llega a contar con 81 diez años después; sin embargo, en el mismo año, aparte del personal religioso, únicamente trabajan dos enfermeras. En los años siguientes, el número aumentará de manera notable y se creará la Dirección de Enfermería. Aunque en esta época ya existían monitoras de terapia recicladas del personal auxiliar, en 1989 se contrata una terapeuta ocupacional.

A mediados de los 60, se abre el primer consultorio psiquiátrico extrahospitalario de Vizcaya, dependiente de diputación y situado en la calle Arbieta de Bilbao. Además de atender a pacientes exclusivamente ambulatorios, los profesionales del hospital de Zaldibar acuden regularmente para llevar a cabo el seguimiento de pacientes que previamente habían estado ingresadas en las diversas unidades de dicho hospital (ingresos, crónicas, psicogeriatría).

Posteriormente, se abren pisos protegidos ubicados en el propio pueblo de Zaldibar con la finalidad de externalizar a aquellas pacientes que fuera posible y más adelante, estos pisos serán ocupados también por pacientes procedentes de otros hospitales y centros de salud mental.

En 1984, y con personal exclusivo del Hospital de Zaldibar (Psiquiatras, Psicóloga, Asistentes sociales y Enfermera) se abren los consultorios de Basauri y Durango, que atenderán todas las necesidades relacionadas con Salud Mental de la zona correspondiente. Posteriormente, dichos Centros, con la reestructuración de Osakidetza, se harán autónomos, contarán con personal propio y el Hospital de Zaldibar dejará de prestar sus servicios en ellos.



En 1985, el Hospital de Zaldibar, que desde su inauguración había dependido de la Diputación, responsable de prestar la atención sanitaria a los Enfermos Mentales, es transferido al Servicio Vasco de Salud-Osakidetza, integrándose en la red sanitaria general. El traslado se lleva a cabo según Decreto 51/1985, publicado en el Boletín Oficial del País Vasco el 5 de marzo de 1985. El decreto entra en vigor al día siguiente: 6 de marzo de 1985.

Por otra parte, siguiendo las corrientes internacionales, desde 1983 se pone en marcha en todo el Estado el proceso de Reforma creándose la "Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica" por orden 27 de julio de 1983, como órgano encargado del estudio, asesoramiento y planificación en materia de salud mental y asistencia psiquiátrica. El informe se presenta al Ministerio de Sanidad y Consumo y se acepta en abril de 1985, proponiéndose como guía de actuación. Consta de dos partes: en la primera se explicitan los criterios para un modelo integrado de asistencia psiquiátrica y en la segunda, se recogen las propuestas. A lo largo del documento, con referencia a la hospitalización, se señalan los siguientes puntos:

- Es un instrumento técnico importante en el conjunto del proceso terapéutico.
- Sólo se puede recurrir a él cuando aporte al enfermo mayor beneficio terapéutico que el resto de las intervenciones realizables en su entorno social y familiar.
- La duración de la hospitalización estará siempre en función de criterios terapéuticos.
- Los ingresos han de ir realizándose progresivamente en el hospital general, pero los hospitales psiquiátricos podrán recibir ingresos en determinadas condiciones.

- Deberá producirse una progresiva reducción en el número de camas en los hospitales psiquiátricos y no una utópica desaparición de éstos.
- Es necesaria la creación de residencias apropiadas con medios humanos y técnicos para la atención y rehabilitación de pacientes con patología de larga duración, que no requieran el confinamiento en un hospital psiquiátrico...



DATOS ESTADÍSTICOS REFERIDOS AL PERIODO 1967-1989

Respecto a los diagnósticos, en 1971, el principal correspondía a las esquizofrenias en más de la mitad de los ingresos. Las demencias y oligofrenias que, como se observaba ya en 1934, no deberían estar ingresadas en hospitales psiquiátricos sino en otros dispositivos, representan en este momento el 23% del total de los ingresos (casi el doble que en el mencionado año 1934).

Figura 1. Movimiento de Pacientes de Ingreso, Alta y Fallecimiento en el Hospital de la Geriátrica y la Neuropsiquiátrica de la Unidad de Corta Estancia.

Movimiento de pacientes de 1967 a 1989

Año	Ingresos	Altas	Fallecimientos
1967	275	267	11
1968	360	350	10
1969	400	375	25
1970	420	338	82
1971	390	330	60
1972	500	344	156
1973	550	400	150
1974	600	400	200
1975	650	400	250
1976	680	380	300
1977	650	350	300
1978	550	300	250
1979	450	250	200
1980	350	200	150
1981	250	150	100
1982	150	100	50
1983	100	50	50
1984	50	50	50
1985	50	50	50
1986	50	50	50
1987	50	50	50
1988	50	50	50
1989	50	50	50

Dr. Roberto Álvarez Rodríguez Hospital de 1989

En la tabla de Movimiento de Pacientes, se exponen las cifras referidas a ingresos, altas y fallecimientos correspondientes al periodo 1967–1989. Como se puede observar, destacan los años 1972–73 por el elevado número de ingresos y de altas que presentan, con cifras que no se alcanzarán de nuevo, ni siquiera al entrar en funcionamiento la Unidad de Corta Estancia en 1990. En cuanto a los fallecimientos, destaca la progresiva disminución de los mismos en la década de los 80.

CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DEL PERIODO 1967–1989

Función terapéutica: frente a la época anterior y sin que desaparezca la función custodial, hay una clara dominancia de lo terapéutico, fundamentalmente, por el avance de la psicofarmacología, pero también por la irrupción de tratamientos psicoterapéuticos individuales, familiares y sociales.

Diferentes profesionales: además de los psiquiatras, intervienen en los tratamientos otros profesionales: psicólogos, terapeutas ocupacionales o trabajadores sociales y cobran más importancia las actuaciones de enfermería.

Múltiples enfoques: se mantiene el enfoque biológico y se añaden otros como psicoterapias de distinta índole: psicoanálisis, conductismo, terapias grupales, terapias familiares... abordajes sociales... se da un “rompimiento” con lo tradicional...

Sensación de caos: cada profesional enfoca el tratamiento de una manera distinta, produciéndose “enfrentamientos” sobre la manera de tratar al paciente. Los propios pacientes, las familias y los grupos sociales toman partido por una determinada línea de actuación.

Ideologización: se plantea en muchos casos una relación de los planteamientos psiquiátricos con la ideología social o política.

Externalización: hay una clara tendencia a externalizar a las pacientes siempre que se pueda y a utilizar los recursos extrahospitales que comienzan a funcionar, sobre todo, en los años 80–90.

Docencia: aumenta de manera significativa el interés de los diferentes estamentos por ampliar lo más posible su formación.

Asociaciones: se crean las asociaciones de enfermos mentales, de familiares de enfermos mentales... su participación en las reformas que se plantean irá aumentando paulatinamente.

Reformas jurídicas: se elaboran diferentes leyes: ley general de sanidad, ley de internamiento, ley de confidencialidad... es decir, cambian ciertos decretos existentes con la finalidad de salvaguardar los derechos del “enajenado mental”. En el hospital de Zaldibar se produce el traspaso de la diputación de Vizcaya a Osakidetza en 1985, como ya se ha mencionado.





Caso Clínico

Infecciones y bacteriemias recidivantes

Esther Fernández Martín

Residente de Psiquiatría.
Hospital de Basurto. Bilbao.

Adela es una mujer de 42 años, remitida a consultas externas de Psiquiatría en febrero del 2004 desde el Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital de Basurto por sospecha de patología psiquiátrica.

Historia personal:

Mujer casada a la edad de 18 años con dos hijos de 19 y 14 años de edad (en la fecha de la primera cita psiquiátrica), que tiene con 21 y 26 años respectivamente.

Es la séptima hija de una familia de nueve hermanos, (dos de ellos ya fallecidos), oscilando el rango de edad entre los 38 y 60 años.

A la edad de un año la paciente enferma de sarampión a la vez que su hermano gemelo y otro de los hermanos. El hermano gemelo fallece y el otro hermano sufre una meningoencefalitis con retraso mental secundario, permaneciendo ingresada en un hospital psiquiátrico hasta su fallecimiento hace 14 años cuando la paciente tiene 27 años.

Finaliza sus estudios a los 13-14 años empezando a trabajar con 16, primero como dependienta y luego en el cuidado de niños.

Tras abandonar su actividad laboral tras el nacimiento de su primer hijo para dedicarse a su cuidado, la retoma cuando éste tiene 7 años y el pequeño uno. Aunque sus intenciones eran esperar unos años más, le ofrecen un trabajo con posibilidad de acceder a un puesto fijo que además le permitía mantener el cuidado del hogar.

Desarrolla su actividad laboral de forma continua excepto en los periodos comprendidos entre los años 1996-98 y 2003-04 coincidiendo

con la aparición y recaída de los síntomas. Fallece su padre cuando tiene 31 años.

Desde entonces la madre vive con ella en el domicilio familiar hasta hace tres años cuando ésta inicia una nueva relación sentimental.

No se recogen antecedentes personales de interés que coincidan con la aparición de los síntomas.

Antecedentes personales

Antecedentes médico-quirúrgicos:

No alergias medicamentosas conocidas. Fumadora de un paquete/día, sin otros hábitos tóxicos. No hubo enfermedades de interés en la infancia.

Quemadura en brazo derecho a la edad de 16 años que precisó injerto presentando infección quirúrgica. Refiere otras quemaduras posteriores que al igual que la anterior han cicatrizado muy lentamente. No se recogen otros antecedentes significantes hasta los 34 años, cuando en julio de 1996 se le realiza artroscopia con menisectomía parcial tras fractura traumática de menisco derecho en accidente laboral.

En noviembre de 1996: nueva artroscopia en el mismo centro sanitario por persistencia del dolor. En mayo de 1997: nueva artroscopia en otro centro hospitalario por persistencia de los síntomas. En el post-operatorio presentó infección de herida y fiebre irregular recibiendo tratamiento antibiótico.

En agosto de 1997: ingreso en Traumatología por infección de partes blandas de rodilla derecha. Es dada de alta el 1 de septiembre. Ingresa de nuevo en dicho centro el 2 de sep-



tiembre por fiebre, tiritona, náuseas y vómitos, siendo trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos el 30 de septiembre con los siguientes diagnósticos: infección de partes blandas de rodilla derecha post-artroscopia, estado séptico mantenido probablemente secundario a flebitis por venoclisis de repetición con múltiples bacteriemias y candidemias, edema agudo de pulmón multifactorial, nefrotoxicidad probablemente por anfotericina y crisis convulsivas de probable causa metabólica. Permanece ingresada en la UCI hasta el 3 de octubre de 1997 cuando es trasladada a la Unidad de Infecciosas con los siguientes diagnósticos: patrón intersticial, sepsis y crisis convulsivas ambas a estudio. Es dada de alta el 9 de diciembre de 1997 con diagnóstico de sepsis polimicrobiana recidivante, fungemia, absceso en brazo izquierdo ya resuelto, coincidiendo con flebitis sin tromboflebitis tóxica en dicho miembro, absceso en zona externa de la rodilla y dolor precordial con alteración en el electrocardiograma por lo que permaneció en la unidad coronaria 24 horas sin volver a presentar dolor y con normalización del E.C.G. Es dada de alta con tratamiento antibiótico y controlada por hospitalización a domicilio. El 9 de enero de 1998 (un mes más tarde) reingresa por fiebre y absceso en cara externa de rodilla derecha presentando además bacteriemia polimicrobiana. Es dada de alta el 28 de ese mismo mes, sin datos nuevos en la exploración, analítica y estudio radiológico.

El 13 de febrero de 1998 reingresa de nuevo con la misma clínica; respondiendo a tratamiento antibiótico por lo que se le dio de alta el 9 de marzo. El 15 de mayo de 1998 se le realiza en Traumatología nueva incisión con posterior drenaje por presentar nuevo absceso en rodilla derecha. Se le realiza una biopsia informada como absceso y tejido de granulación. Tras una semana estable reingresa por presentar nuevo bultoma en rodilla derecha acompañándose de fiebre. Durante todos los ingresos hasta esta fecha mencionados se le han realizado estudios radiológicos (TAC, RMN) sin objetivarse signos de osteomielitis. También se le realiza un ecocardiograma transesofágico con

resultado normal, venografía y eco doppler de ESI para descartar tromboflebitis séptica.

Es remitida tras consentimiento de la paciente a otra comunidad, a una Unidad de Infección Osteoarticular ante la persistencia de infección de partes blandas de rodilla derecha y bacteriemia polimicrobiana con flora siempre de origen fecal y diversa. En aquella estancia se repiten nuevamente diversas exploraciones complementarias sin conseguir demostrar otra afectación que la superficie de la piel de la rodilla y un episodio de bacteriemia que coincidió con la presencia de un catéter central. Con tratamiento antibiótico oral y curas locales curó el proceso.

Permanece asintomática durante 5 años hasta julio de 2003 (36-41 años) cuando presenta un episodio de infección secundaria a una biopsia mamaria realizada tras hallazgo de una imagen en mamografía.

En agosto de 2003 episodio de celulitis en pie derecho acompañado de fiebre elevada y escalofríos.

En octubre de 2003 episodio de bursitis y artritis de rodilla izquierda tras lo cual presenta un episodio de fiebre de origen desconocido con estudio analítico, serológico, TAC toraco-abdominal, gammagrafía ósea y rastreo con galio todo ello con resultado normal. Ante la persistencia de prueba de tuberculina positiva se inicia tratamiento empírico con *rifater*. La fiebre cede a la tercera semana del tratamiento tuberculostático.

En diciembre del 2003 nuevo episodio de bursitis en región rotuliana de rodilla izquierda. Se realizan estudios de inmunidad humoral, celular y autoinmunidad con resultados normales.

El 3 de febrero del 2004 ingresa en nuevo hospital en el Servicio de Infecciosas por persistencia de afectación en rodilla izquierda y febrícula tras abandono del tratamiento antibiótico de forma voluntaria. No otra sintomatología. Durante dicho ingreso se le realizan diferentes pruebas con resultados normales. Es dada de alta el día 11 de febrero del 2004 con



antibióticos y recomendación de extremar las medidas de higiene local y evitar manipulación o rascado en la zona donde presenta la herida. Se le da cita para seguimiento en Consultas Externas de Infecciosas y Psiquiatría.

No antecedentes psiquiátricos previos personales

Antecedentes psiquiátricos familiares:

- Padre: antecedentes de alcoholismo (fallecido por cirrosis de origen enólico).
- Un hermano: retraso mental secundario a encefalitis.

Evolución

En la evolución clínica de la paciente se pueden destacar claramente dos periodos; el primero sería el comprendido entre los años 1996–98 y el segundo, tras permanecer cinco años asintomática, en verano de 2003. Cuando ella enferma por primera vez tiene 36 años. En esta época el hijo mayor comienza con bajo rendimiento escolar y “malas compañías”.

Durante todo este periodo de “síntomatología” hay que decir que hay una sospecha “flotante” de Síndrome de “Munchausen” por presentar infecciones y bacteriemias recidivantes siempre de origen fecal y no coincidentes entre las diferentes localizaciones, lo que plantea ya la posibilidad de que respondan a autoinoculaciones.

Es durante su ingreso en otra comunidad cuando se le informa por primera vez a la paciente de la posibilidad de autoinoculaciones que justificarían el cuadro clínico. Al recibir esta información tanto ella como su marido responden con enfado (“que no sepan lo me ocurre no significa que me esté manipulando las heridas”). No solicita el alta voluntaria.

Se ha seguido a la paciente durante un año, inicialmente con citas semanales, y posteriormente mensuales y bimensuales. En una primera cita comenta que ha accedido a acudir al psiquiatra

(“para descartar la sospecha de manipulación y poder seguir con un estudio orgánico más exhaustivo”).

En todas las entrevistas se muestra tranquila con una actitud colaboradora manteniendo un discurso espontáneo y fluido. Cabe destacar su aspecto masculino y tono de voz firme y rotundo. No se objetiva psicopatología alguna salvo ligera irritabilidad, ciertos sentimientos de abandono y de reproche hacia el marido quien ha padecido un episodio depresivo (ya resuelto), que la paciente refiere no comprender y que entiende como un síntoma de debilidad. Define su relación con él como buena.

Llama la atención que a excepción de la preocupación por la repercusión que pudiera tener una tercera recaída en los hijos no hay una actitud de enfado más allá de lo verbal, lo que sorprende en una persona que ha pasado una estancia en la UCI “al borde de la muerte” y a la que se le ha informado de la sospecha automanipulativa. A raíz de la segunda recaída refiere sentirse agobiada por la preocupación de sus hermanos sobre su estado que ella entiende como excesiva.

Cuando la paciente hace referencia a la sospecha de Síndrome de Munchausen, lo hace utilizando el término de manipulación de heridas y con cierta disonancia afectiva. Es en la segunda cita cuando se le informa a ella y a su marido de la alta probabilidad del diagnóstico respondiendo con enfado aunque con un cierto tono sarcástico e inadecuado. La paciente no ha faltado a ninguna de las citas a pesar de reiterar en varias de ellas que no entiende por qué sigue acudiendo.

Se exploran sus relaciones interpersonales, las cuales son escasas y se limitan al ámbito familiar. Con sus hermanos refiere tener buena relación, fundamentalmente con una de las hermanas.

La paciente habla del fallecimiento de sus hermanos con un cierto distanciamiento afectivo, sin un tono de sufrimiento o de nostalgia. Cuando enferma de sarampión siendo niña, los médicos informan a los padres de su mal pronóstico. Según sus palabras textuales “le



estaban velando a ella cuando fallece su hermano, no le tocaba a él morir”.

Durante el tiempo de seguimiento no ha presentado recaída en los síntomas.

Situación actual

En la última cita avisa que no va a poder acudir por un cambio de horario laboral y que llamará para solicitar nueva cita. Transcurrido un mes sin noticias me informan desde el Servicio de Infecciosas que ha sido atendida por una herida infectada en mano derecha ya resuelta y que actualmente está pendiente de cita en Respiratorio por disnea.

Discusión

Con los datos presentados nos podemos plantear los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Enfermedad real
- Trastorno por simulación
- Trastorno por somatización
- Trastorno por conversión
- Cuadro psicótico
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastorno de la personalidad

Tras el exhaustivo estudio orgánico podemos descartar una enfermedad “puramente orgánica” como etiología de los síntomas.

Como ya he mencionado anteriormente, en las sucesivas entrevistas no se objetiva psicopatología mayor que pudiera hacernos pensar en un cuadro psicótico, trastorno de personalidad o del estado de ánimo.

Por las infecciones y bacteriemias recidivantes siempre de origen fecal y no coincidentes entre las diferentes localizaciones y tras haber descartado otras etiologías, se baraja el síndrome de Munchausen como primera posibilidad.

Revisando las características principales de este síndrome, el caso cumple la mayoría de sus criterios diagnósticos como son la aparente no obtención de ningún beneficio, el patrón de enfermedades intencionadas en diferentes hospitales y en distintas ciudades consiguiendo su ingreso y siendo sometida a procedimientos invasivos, entrando en disputa con los médicos responsables. En este caso clínico la producción de los síntomas parece consciente y su motivación inconsciente lo que le diferenciaría de sus principales diagnósticos diferenciales: simulación e histeria.

	Producción de Síntomas	Motivación de Síntomas
SIMULACIÓN	Consciente	Consciente
Sdr. MUNCHAUSEN	Consciente	Inconsciente
HISTERIA	Inconsciente	Inconsciente

Dentro de los dos subtipos de Síndrome de Munchausen descritos en la literatura, el caso que nos concierne se ajustaría al no clásico (mujeres jóvenes, pasivas, inmaduras e hipocondríacas sin conductas nómadas y con ilimitada variedad de cuadros clínicos) correspondiendo el clásico a hombres con rasgos psicopáticos o criminales, múltiples hospitalizaciones y conductas nómadas. Cabe recordar que a pesar de las múltiples hospitalizaciones todas ellas excepto una se han producido en la misma comunidad y ésta por derivación desde el hospital.

PRONÓSTICO

Ante los últimos síntomas referidos por la paciente y teniendo en cuenta sus antecedentes es evidente la sospecha de una tercera recaída por lo que desde el Servicio de Enfermedades Infecciosas han solicitado nueva cita.





Jornadas Internacionales Heroína y nuevas tendencias en el tratamiento con agonistas y opiáceos Granada, 10-12 de marzo de 2005

Iñaki Markez

Más de 400 profesionales y expertos del mundo de la drogodependencia se reunieron durante estos días en la Escuela Andaluza de Salud Pública, en Granada, con motivo de las II Jornadas Internacionales sobre Heroína. Las I Jornadas se celebraron en 1999 cuando el diseño de este Ensayo clínico peleaba contra la sinrazón y la hipocresía acientífica de los despachos ministeriales. Durante estos días se profundizó en los estudios y programas de prescripción de heroína, en la situación actual, en los retos en el ámbito de la drogodependencia o sobre otros programas e iniciativas que son referentes a nivel médico y científico. Este evento fue un lugar de encuentro para compartir conocimientos y experiencias, se erige en el foro de profesionales de distintas ramas sociales y sanitarias procedentes de distintos países y comunidades tras la evaluación de este ensayo clínico de heroína, transcurrido más de un año desde sus inicios con pacientes, quienes expusieron sus experiencias y hablaron sobre la mejora de sus vidas a raíz de su participación en dichos tratamientos.

Los responsables de los programas de tratamiento con heroína bajo control médico de varios países europeos presentaron sus resul-

tados y explicaron sus métodos y sistemas de actuación. Nicky Metrebian, del Departamento de Ciencias Sociales y Medicina del Imperial College de Londres, hizo un interesante recorrido histórico sobre la evolución del sistema británico en este campo y también disertó sobre el nuevo ensayo que está preparando consistente en la dispensación de heroína bajo supervisión médica. Martin Hosek, del Departamento de Salud Pública del Gobierno suizo, destacó la ausencia de contagios de sida desde que se pusieron en marcha los programas de heroína. Asimismo, hizo hincapié en la estabilización de los programas en relación al número de participantes, y destacó el aumento de la edad media de los usuarios, que situó en torno a los 34 años. Por su parte, Vincent Hendriks, de Comité Central para el tratamiento de Adictos a la Heroína (CCBH) de Holanda, hizo un balance final del ensayo holandés, en el que los participantes fueron seleccionados en los centros de metadona. Hendriks explicó que el apoyo psicosocial que ha ofrecido este programa era el disponible en la red sanitaria holandesa. El experto holandés señaló que ha habido un mayor porcentaje de éxito en los pacientes del grupo de heroína que entre los que tomaron sólo metadona en este ensayo en



el que se ha suministrado heroína tanto de forma inyectada como inhalada. El ensayo alemán fue presentado por Meter Degwitz de la Universidad de Hamburgo que comparó los tratamientos de heroína con los de metadona y explicó que en el programa germano se han llevado a cabo dos tipos de tratamiento psico-sociales: uno de “counselling” y otra a través de entrevista motivacional. Asimismo, señaló que los resultados preliminares del primer año de este programa, que se lleva a cabo en siete ciudades alemanas, se darán a conocer en verano. Tras explicar de forma exhaustiva el por qué es necesario un ensayo de prescripción de heroína en Canadá, Benedikt Fischer, del Centro para las Adicciones y la Salud Mental (CAMH) de Canadá señaló que en este programa se han considerado las ciudades con mayor índice de consumidores de heroína por vía intravenosa. Por último, Joan Colom, Director del Órgano Técnico de Drogodependencias de la Generalitat de Catalunya, explicó que el ensayo catalán compara el uso de la heroína por vía oral y especificó que tiene unos criterios de inclusión muy estrictos —la muestra actual es de 21 personas—, y la segunda parte del estudio que será observacional e incluirá a más pacientes.

Francisco Carrasco, Director Clínico del PEPSA andaluz, actualmente en fase de uso compasivo de heroína para aquellos usuarios que hayan respondido bien a los tratamientos aunque con una diferencia respecto a otros ensayos: la dispensación de heroína bajo control médico radica en la muestra: “Se trata de una población más deteriorada en todos los aspectos de la vida que las que hayan participado en los ensayos de Suiza, Alemania y Holanda”. Además de la recuperación de la convivencia familiar y con los demás, el primer síntoma de mejora de los pacientes del ensayo clínico ha sido, según Carrasco, la adherencia a los dos grupos (metadona y heroína) a ambos tratamientos, en una población en la que es casi misión imposible alterar su *modus vivendi*. Ahora, una vez acabada la primera fase del ensayo y contrastados los resultados, además de la evidencia científica y del impacto social demostrados, estos programas deberían contar con un consenso a nivel europeo, ya que la droga es un problema que trasciende las fronteras, definiendo previamente el perfil a quién va dirigido este tratamiento. “El objetivo del PEPSA es facilitar la reinserción social de salud de un colectivo a través de los medios que la sociedad se dota y éste —el PEPSA— permite recobrar la dignidad de miles de muchos humanos”.





El siglo de la clínica

Para una teoría de práctica psiquiátrica

Madrid 2004. Novalia Electronis Editions. Novallas (Zaragoza)

Roberto Martínez de Benito

Psiquiatra. León.

Rafael Huertas es Jefe del Departamento de Historia de la Ciencia (CSIC), Director, desde su fundación en 2001, de la revista "Frenia", autor prolífico de numerosos artículos y monografías, habitual colaborador de la Revista de la A.E.N., y miembro de diversas sociedades científicas, entre muchos otros méritos.

Recientemente ha publicado su última monografía. En palabras del autor, "el objeto final del presente ensayo es estudiar los principales contenidos del discurso psiquiátrico encaminado a la práctica clínica y procesado desde el nacimiento del alienismo en el tránsito del siglo XVIII al XIX hasta la descripción en 1911 de la esquizofrenia...", centrándose para ello en la producción psiquiátrica francesa y teniendo en cuenta las dos cuestiones fundamentales que constantemente pivotan en el intento de aprehensión del conocimiento psiquiátrico: la consideración única o múltiple del trastorno mental y la confrontación entre ciencias de la naturaleza y ciencias del espíritu.

Previamente establece dos puntos de partida historiográficos y epistemológicos que le guiarán hacia este objetivo:

1. La necesaria relación entre historia y clínica psiquiátrica ya que —muy resumidamente— sólo la recuperación de una visión de la historia de la psiquiatría puede librar a la misma de su disolución ante el empuje de las modernas neurociencias, citando a diversos autores extranjeros; pero también

a los españoles J. M. Álvarez y Francisco Pereña. Todos estos autores, y muchos otros, son fuentes a lo largo de la obra.

2. La historia de la psiquiatría como un instrumento para la confección de "una teoría de la práctica" para lo que el autor estima necesario una "interacción dinámica" entre los historiadores, que desde un enfoque multidisciplinar, y teniendo en cuenta el paso del tiempo, ponga en evidencia la necesidad epistemológica de que el psiquiatra accede a un marco conceptual, en el que la historia puede y debe cumplir un papel preponderante. Además, afronta esta "teoría de la práctica" desde un modelo caro al autor, "desde abajo", investigado en la documentación clínica y administrativa de los manicomios y gabinetes lo que realmente se hacía, y cómo el esfuerzo teórico de los clínicos se reflejaba en unos escritos.

Muy a grandes rasgos divide el trabajo en IV capítulos:

1. **La medicalización de la locura:** en la que describe el nacimiento de la clínica de mano de Pinel, quien separa el concepto de locura y alienación mental, haciendo de ésta última una enfermedad (en singular) y en tanto cuál, objetivo de un tratamiento único: el tratamiento moral, que, a su vez, deberá aplicarse en instituciones especializadas y por los nuevos profesionales (los alienistas).



He aquí ya plasmada la idea “unitaria” de alienación (en singular) que da lugar al paradigma alienista.

Además revisa el concepto de la “pazzia” de Chiarugi, también unitario.

Continúa con un análisis de la obra de Esquirol, haciendo un reordenamiento comprensible de su propuesta de una nosografía, una semiología y una psicopatología, desde una visión anatomoclínica.

Estos desarrollos pinealianos y esquirolianos desembocaron en el constructo de “**monomanía**”, que tuvo importantísimas repercusiones clínicas y medicolegales, casi más importantes éstas que las primeras, pues el concepto se convirtió en un instrumento político de primer orden, en el marco —bien pergeñado por el autor— de la Francia posrevolucionaria.

Sin embargo, entrevé en Esquirol el germen que recogerían Falret y Baillager para el “aislamiento” de enfermedades (en plural), por su proximidad al método anatomoclínico y la instauración de una nosografía, que niega —obviamente— la especie única.

- II. **La somatización del alma:** aborda el paulatino decalaje hacia una visión “corporalizada” de las enfermedades mentales, que tienen como punto de partida la aracnoiditis crónica descrita por Bayle como primera lesión anatómica de una enfermedad mental, aunque cree que Bayle está menos alejado de la ortodoxia pineliana de lo que defienden otros autores. Continúa con la discusión del descubriendo de las lesiones en la Parálisis General Progresiva luética y su repercusión en las teorizaciones clínicas al respecto del origen “cerebral” de la enfermedad mental.

Los siguientes puntos van destinados a esclarecer el nacimiento de la teoría de la degeneración en la especie humana

propugnada por Morel y su repercusión en los clínicos y la nosografía posterior; también se discute la diferencia entre el término demencia precoz que introduce este autor y la *dementia precox* de Kraepelin, así como la distancia —aún vigente— de concepciones entre la psiquiatría francesa y alemana.

Interesante, aunque excesivamente sucinto para mi gusto, el repaso a los delirios crónicos a través de la exposición de las ideas al respecto de Seglas, Serieux, Capgras Chaslin, etc.

- III. **Bordeando la ortodoxia alienista:** en el que se habla de Guislain y su concepción menos organicista y más unitaria basada en el concepto de dolor moral o frenalgia.

También la “psicosis unitaria” está presente a través de varios autores como Griesinger y Kahlbaum y nuestro Bartolomé Llopis entre otros.

Y para finalizar, el capítulo, la gran burladora de la ortodoxia: la histeria, y cómo se enfrentan los clínicos a este constructo, a través de las visiones de Charcot, Briquet, Lasegue, etc. Los neurólogos frente a los alienistas. Muy bien documentado el “gran ataque histeroepiléptico” descrito por Charcot y dibujado, fotografiado y sistematizado por el dibujante Richer y el fotógrafo Londe.

- IV. **Dilemas terapéuticos:** este último capítulo describe el auge y declive del tratamiento moral.

De Leuret (ver “El tratamiento moral de la locura”, libros de Historia de la A.E.N., n° 11) con la intimidación como terapia, pasando por la “distracción de la locura” (en algunos sitios en nuestra era la llaman aún laborterapia), al “non restraint” proveniente de Inglaterra y que postula el abandono de

la violencia y el temor hacia los alienados, dando a cambio dulzura, mansedumbre y moderación a los mismos (¿realmente esto es sólo historia?).

En ningún momento la lectura se hace densa, y el estilo es fluido. Si cabe, quizás por una extensión que yo creo algo corta, quedan algunas ideas sólo apuntadas y se echa en falta un mayor desarrollo que daría a la monografía un mayor peso, aunque estoy seguro que el autor hará nuevas y esclarecedoras incursiones en el tema.

El tratamiento que da a la obra de los autores pudiera aparentar, por la equidistancia entre teorías en la que parece situarse, tibieza para algunos, pero desde esa situación más neutral, el análisis del lector a través de sus propias teorías o visiones son más posibles y universales. Dado que el objetivo es dirigirse a todos, para presentar la historia como instrumento posible para generar un saber actual, la libertad que da para que cada cuál lea la monografía desde sus propios postulados teóricos, es muy de agradecer. Lástima las numerosas erratas que ha filtrado la editorial y que —sé a ciencia cierta— han contrariado extraordinariamente al autor cuyo objetivo es el trabajo bien, muy bien, hecho.

Para terminar, añadir que la lectura es —desde mi punto de vista— de obligado cumplimiento para los que quieran huir de este pretendido reino científico ateoórico (aberración, como muy bien explica al inicio

Rafael Huertas) de la DSM que ha suplido la psicopatología por la receta de síntomas, que “metidas” en un ordenador, generan (¿como las tragaperras!) un diagnóstico y nos llevan a una píldora que también se elige por “consenso” (ver “Monte Miseria” novela de Samuel Shem).

Cabe que sin historia, ni psicopatología, los psiquiatras en breve tiempo seamos superados por “sistemas robotizado inteligentes”, que sólo tienen que oír —que no escuchar— ciertas palabras guía para efectuar un diagnóstico y dispensar una receta.

Diría yo que quién no sabe de donde viene, apenas sabe lo que encuentra. ¿No teneis, al menos algunos, la impresión de que los hacedores del DSM desde su “soberbia de lo todo nuevo” (¡ah esta vieja y caduca Europa!) han optado por subirse en un pequeño mojón, despreciando los “hombros de gigantes” y “reinventado” ralmente descripciones clínicas antaño magníficas y esclarecedoras a “primera vista” (recordar que el XIX es el siglo de la clínica de la mirada)?

Espero disfrutar de los siguientes trabajos y que la lectura de esta monografía y del resto de la obra de Rafael Huertas y de otros autores españoles sobre cómo se ha ido configurando el quehacer y la teorización del mismo en nuestras disciplinas “psi” se conviertan en un lugar común para, sobre todo, aquellos que inician su formación y a los que sólo se les ofrece el recetario de trastornos al uso como único saber.





“Egolatría”

Guillermo Rendueles Olmedo. Ediciones KRK, Oviedo, 2004.

José Filgueira Lois

Nos hallamos ante un libro que culmina la trayectoria intelectual de Guillermo Rendueles. A través de las publicaciones anteriores sabemos de su interés por la historia, su afición por casos psiquiátricos históricos, de su dedicación al estudio y enseñanza de la psicopatología, de su participación en libros de alcance sociológico o antropológico filosófico. Por sus artículos o por sus intervenciones públicas sabemos de sus posiciones ideológicas y políticas de izquierda crítica. En este libro da cuenta de su pensamiento forjado en el recorrido de las áreas de interés citadas y expresado con rigor intelectual y profusión de autores estudiados y citados.

Podemos establecer un tanto artificialmente una estructura del libro en tres partes:

I/ El primer y el último capítulo que a modo de recorrido circular plantea las posiciones ideológicas y sociológicas de partida, enmarca las otras dos partes y finaliza con una nueva crítica ideológica y propuesta final.

En los primeros párrafos tenemos las ideas fundamentales del libro expresadas claramente. El paso de la modernidad a la postmodernidad conlleva a una doble muerte: el *sujeto clásico* que se considera capaz de conocer su mundo interno y actuar voluntariamente sobre la realidad es deconstruido, dejando de ser dueño de la comunicación, “sin otra identidad que la que le es atribuida por la situación creada en el universo de los enunciados” y el *nosotros post-industrial*, mediante la disolución

de cualquier metarrelato en el que fundar la acción comunitaria del individualismo moderno, el *nosotros post-industrial* pasó a convertirse en un yo múltiple, una identidad forzada en un proceso en que un sujeto adaptado a lo real, es reflejo de las discontinuidades del trabajo en precario.

Tras la ilustración el yo se escinde de la colectividad cultural iniciando un proceso de ruptura con las instancias que ordenaban la dirección vital y sus funciones son asumidas por la razón instrumental, el deseo subjetivo y las leyes de mercado. La voluntariedad de la acción humana es una ilusión, un mito social y el yo surge de la necesidad de extraer una síntesis verbal de las experiencias vividas. La memoria sería una reconstrucción y no la reproducción mas o menos fiel de la verdad histórica.

La mera sumisión a lo real supone un impulso determinante en la construcción de una identidad personal incoherente, sucesiva y múltiple. Un “yo ausente” permite circular por la sociedad individualizada multiplicando la subjetividad tantas veces como lo exija el cambio de contexto.

La corrosión del yo post-moderno y la quiebra de lo social arrastra al individuo a una multiplicidad de roles y conductas exigida día a día y al predominio del reino del deseo, tan voluble como la gama de objetos que ofrece el mercado, mientras el sentido de la vida y la responsabilidad respecto a la propia historia o a la tradición de la comunidad desaparecen.



En el imaginario postmoderno lo que mejor expresa la relación entre normal y patológico es el trastorno de personalidad múltiple. La patología de personalidad múltiple y el mecanismo psicológico de la disociación vienen a permitir la construcción de un relato biográfico típicamente post-moderno: autocomprensión personal, con ausencia de compromiso con la coherencia y la responsabilidad respecto de la propia conducta, o para atribuirle un sentido. Por ello van a ser utilizados por Rendueles como eje a partir del cual desarrolla las reflexiones del libro.

2/ Mediante el termino egolatría se refiere a la ambición de los psiquiatras a meterse en campos alejados de su práctica profesional (política, explicar la historia por la psicohistoria, ...) y afirma que el objeto del libro es analizar las consecuencias de la aceptación de las nuevas enfermedades del yo en la representación del campo de la subjetividad, la colaboración psiquiátrica con el poder pastoral y la situación catastrófica que ha creado la psiquiatrización de la vida cotidiana. Insisto en que el libro abarca mucho más, incluyendo sus reflexiones sobre cuestiones de epistemología de las diferentes doctrinas psiquiátricas, su crítica antropológico-social sobre la practica psiquiátrica y muestra el pensamiento antropológico, político y social del autor.

Esta parte de los capítulos 2 al 5 inclusive se dedican especialmente a ello, a cómo diferentes corrientes psiquiátricas vienen influyendo en la representación de la subjetividad, su relación con el actual marco social y la práctica psiquiátrica a que ello induce. Repasa la psicología del yo a lo largo de la historia haciendo un paralelo entre el fracaso de la noción de sujeto racional de los griegos y del sujeto cartesiano en la post modernidad. El modelo neurológico cartesiano, legitimador de la unidad de acción intencional del sujeto a partir de supuestas estructuras fisiológicas integradoras superiores se viene abajo en las

nuevas corrientes neurobiológicas que niegan la existencia de tal función y postulan un modelo multinodular que prescinde del yo fenomenológico como instancia unificadora.

En una sociedad que renuncia a la verdad del sujeto, considerada como un cierre falso de los significados, como una elección entre las muchas metáforas disponibles, y en la que el emotivismo es la doctrina que mejor legitima la nueva forma de identidad personal; las nuevas clasificaciones psiquiátricas retornan a concepciones Janetianas de la personalidad múltiple en que la disociación lleva a la aparición de distintos yoes ocultos que desarrollan memorias y posibilidades de interacción con lo real, específicas para cada situación. Freud se instala en la sospecha al encontrar el sentido de la enfermedad en la motivación profunda del paciente y resaltar el carácter consolador del síntoma en un discurso en el que se mezcla el autoengaño y la verdad.

La psiquiatrización de la vida cotidiana y la extensión de una actitud terapéutica a las agencias de vigilancia y castigo (jueces, cárceles,...) se producen en contexto en el que el denominador común de las teorías psicoterapéuticas es la inexistencia del sujeto moral. El psiquiatra se convierte en notario que confirma a la persona, haciéndola sentirse mas allá del bien y del mal de sus actuaciones, y que dirime la verdad o falsedad del discurso de ésta. La distinción entre enfermedad y simulación se difumina, se crean nuevos síndromes sobre quejas banales o estilos de vida. Se difumina la diferenciación entre simulación y patología. Se produce la ruptura del pacto de veracidad entre paciente y terapeuta.

3/ Los capítulos 6 al 12 se centran en el detallado análisis de casos famosos o casos peculiares por su carácter de actualidad novedosa como el de la adición a las relaciones por internet y la relación con la identidad sexual y el cuerpo; la cirugía de cambio de sexo.



En todos la perspectiva parte de la construcción de una identidad fragmentada siguiendo la hipótesis de la personalidad múltiple y poniéndola en relación con la ausencia de sujeto coherente y responsable de su historia en la sociedad actual. La descripción de los casos, el relato de su mundo, sus vivencias es detallada y de una riqueza apabullante. La descripción de las personalidades del asesino del juego del rol y su relación con éstas y especialmente la comprensión de su mundo; el asesino de Pedralbes; la descripción de la vivencia de conversión religiosa de García Morente; la impresionante descripción de los heterónimos de Pessoa su relación con éstos y el sentido de éstos en una tarea principal literaria; el intento de explicación, de la biografía de Lawrence de Arabia; la renuncia al sujeto moral y responsable de la historia en la autobiografía de Althusser. Se convierten en relatos clínicos de rica lectura y que vienen a confirmar la utilidad del concepto de trastorno de personalidad múltiple para la comprensión de éstos, que se convierten en ejemplo del sujeto actual y confirmación de su tesis sobre los avatares de la construcción de una identidad en la sociedad actual.

Finalmente decir que hay un aspecto peculiar en Rendueles que es su capacidad de observar y describir las prácticas profesionales (gremiales) o sociales con una distancia que le permite una crítica dura difícil para alguien implicado en ellas. Creo que ello se ve

reflejado en el prólogo de Castilla del Pino cuando se pregunta ¿contra quien esta escrito? Realmente está escrito contra los efectos de la sociedad actual sobre la identidad y la falsedad de la propuesta de mundo feliz de Giddens con individuos en proceso de creación continua de un yo por autorreflexión, liberados de la tiranía de la tradición, la familia, la cultura, la moral. Contra la falsa suficiencia de las teorías psiquiátricas y su función en el control de la subjetividad, como guía pragmática de las sociedades postmodernas para la adquisición de normas de sentido común implícitas en las rutinas cotidianas y para reformular los principios morales que normativizan la conducta humana. Las reflexiones sobre la práctica y el rol del psiquiatra en la actualidad nos hacen sentir reconocidos solidariamente y, otras veces, molestos. Así como en ocasiones su crítica de interpretaciones clínicas clásicas en provecho de un abordaje más amplio induce un sentimiento de incomodidad como por una falta de respecto un tanto a la ligera de lo que al fin y al cabo es el fundamento de nuestra identidad profesional, la psicopatología clásica.

Siento que este intento de mostrar las ideas fundamentales del libro oculta el gusto por el detalle y el comentario erudito que de manera muy amena acompaña en su lectura. Si hubiera intentado transmitir algo de esto aun estaría perdido en el mar de los numerosos comentarios y sugerencias que hace el texto. Léanlo.





In memoriam. Jorge Grijalvo

«El Ser esencial es la Vida orientada hacia una eterna transformación»

Karlfried Dürckheim

Jorge Grijalvo López nació en Bilbao, el 29 de marzo de 1957. Toda su infancia y adolescencia están ligadas al Colegio de Jesuitas y a la ría de Urdaibai, que hicieron germinar en él su amor por el conocimiento, el compañerismo, la libertad y la naturaleza.

Estos cuatro pilares van a ser fundamentales en su vida. Su amor por el conocimiento cristaliza en la elección de su carrera: Medicina; su creencia en la persona y en su valía determinan la elección de su especialidad: Psiquiatría; su amor por la libertad le aporta la capacidad para reconocer etapas concluidas y le permite cambiar de afectos, trabajos y lugares cuando fue menester; su amor por la naturaleza se consolida en su respeto profundo por la vida y en su disfrute del mar y de los montes de su tierra.

Su vida profesional, ligada en sus comienzos al Hospital de Basurto le lleva durante casi diez años (1989–1998) al Centro de Salud Mental de Uribe desde donde pudo trabajar en hacer realidad su concepto de Psiquiatría Comunitaria, tendiendo puentes entre la Atención Especializada y la Atención Primaria de salud.

Como grupoanalista, apostaba por el trabajo grupal como herramienta privilegiada en el campo de la salud mental y así coordinó grupos como psicoterapeuta, como docente y como investigador. Estas tres áreas: clínica, docencia e investigación van a ser consideradas por él fundamentales y van a estar presentes sistemáticamente en su trabajo cotidiano.

Obtiene el grado de doctor en Medicina en 1991, con la tesis “Evolución clínica de distintos subtipos de esquizofrenia, con especial referencia al lenguaje” y a partir de este trabajo se va a preocupar siempre por tener una visión investigadora sobre la realidad clínica, por plantear hipótesis contrastables acerca de los modelos de tratamiento y a la vez, por no dejarse guiar exclusivamente por las estadísticas.

Como docente ha dado numerosos cursos a profesionales (médicos, psiquiatras, psicólogos, DUEs, etc.) y ha sido profesor del Master en Salud Mental y Técnicas Psicoterapéuticas y el Master en Psicoterapia Analítica Grupal, organizados ambos por la Fundación OMIE y la Universidad de Deusto.

En 1998 su ejercicio de la libertad le lleva a Donostia, y como psiquiatra, al CSM de Gros donde va a trabajar en el Programa específico de Atención a los Trastornos de la Conducta Alimentaria (PTCA).

Estos últimos siete años, es en esta patología en la que concentra sus energías y su labor profesional. Así lo atestiguan los cursos que ha dictado, las publicaciones realizadas, los congresos en los que ha presentado tanto las estrategias de trabajo como los resultados obtenidos en el PTCA y el proyecto que ha dejado inconcluso: la transformación de la “Guía para Atención Primaria. Tratamiento y Manejo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria” editada por Osakidetza, en una “Guía de Atención Primaria”, lo que implicaba el trabajo grupal de los profesionales de Atención Primaria y de la Atención Especializada, idea omnipresente en su manera de entender la salud.

Quien suscribe esta reseña ha tenido la suerte de compartir con él trabajo, docencia, investigación y vida los últimos 14 años. Ha sido un privilegio tenerle como amigo, maestro y compañero. Y ha sido un lujo vivir a su lado.

Falleció en Donostia el 23 de febrero de 2005, después de recorrer el Camino espiritual que le permitió encontrar al Maestro interior. Y volvió a enseñarnos que lo verdaderamente importante en la vida es el amor y no fallarle a nuestro Ser esencial.



Patricia Insúa, 23 de abril de 2005



Próximas citas

- 23, 24 de junio** **Avilés**
 II Symposium Nacional Sobre Tratamiento Asertivo Comunitario en S. Mental
 Asoc. Asturiana de Rehabilitación psicosocial • Sº de Salud Mental Hosp. S. Agustín
 Secretaría: 985 54 62 60 • symposiumtac2005@hotmail.com
- 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
- 30 de junio – 2 de julio** **Hospitalet, Barcelona**
 3ª Conferencia Latina sobre Reducción de Daños relacionados con el uso de drogas
 www.clat3.org
- 20 – 22 de octubre** **Almería**
 VIII Congreso Salud mental e Inmigración
 Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría
 www.viiiicongresoan.com
- 24 – 28 de octubre** **Pamplona**
 IIX Congreso Nacional de Psiquiatría: *Sólo la mente puede conocer la mente*
 Organiza: SEP y SEPB
- 3, 4 de noviembre** **Gijón**
 IV Jornadas Asturianas de Salud Mental: *Dos décadas de Salud Mental Comunitaria*
- 2, 3 de diciembre** **Madrid**
 XI Curso Anual de Esquizofrenia. *Identidad, Subjetividad y Experiencias Psicóticas*
 www.cursoesquizofreniamadrid.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 80€ 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