

NORTE

DE SALUD MENTAL

Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VI N°24 Noviembre 2005



“Una portada para Norte”

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

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

Autor de portada: Aitor Cabrera • Titulo: Escalera

Esta imagen representa la inquietud del ser humano de llegar a lugares a los que nunca antes nadie ha llegado. El hombre por naturaleza quiere ver más allá de lo que tiene frente a él y en su intento de conseguir lo que quiere y ascender varios peldaños es capaz de poner en la cuerda floja su propia integridad. Muchas veces el ser humano busca respuestas que no halla en su entorno por lo que adquiere una visión más amplia de lo que le rodea y toma la decisión de proseguir la búsqueda en nuevos horizontes.

Volumen VI



Nº22



Nº23



Nº24

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 nº24, Noviembre 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-2000

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

E-mail: ekimen@euskalnet.net

Astor de la portada:

Aitor Cabrera

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 asociados.

Ejemplar atrasado: 6 euros.

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

- Departamento de Sanidad, Eusko Jaurlaritza

ELDKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

HEGALDIAK

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

- Laboratorios farmacéuticos:

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

ISSN: 1576-4940

D. Legal: 1900/00



Asociación Centros Vascos de Salud Mental



Asociación de Salud Interna,
y Pediatría Comunitaria

www.ome.aen.org



www.cuise.com/jen/index.htm

S U M A R I O

EDITORIAL

- Promoción de la salud mental: Resoluciones sí, su aplicación, también** 6
Iñaki Markez

ORIGINALES Y REVISIONES

- Resistir la seducción de la medicina genética.** 10
Clara Valverde
- Revisitando la transferencia: lo singular de la interpretación** 15
M. Carmen Rodríguez-Rendo
- Saber leer, aprender a leer** 23
Hebe Tizio

PARA LA REFLEXIÓN

- Sobre algunas disciplinas fundamentales para la psicopatología general** 28
Ramón Esteban Arnaiz
- Psicoterapia de grupo con niños en edad de latencia** 38
Consuelo Escudero

METÁLOGOS

- A propósito de “Egolatría”: entrevista a Guillermo Rendueles** 41
Ander Retolaza

HISTORIA

- Papel de los Hospitales Psiquiátricos de larga estancia
en la Asistencia a la Enfermedad Mental severa de Curso Crónico (III)** 57
Javier Blanco
- El Dr. Mariano Bustamante, un neuropsiquiatra de la generación del 27** 63
Iñaki Markez

ACTUALIZACIONES

- Guía para el uso autorizado de psicofármacos en España 2005** 69
José A. Martín Zurimendi
- El bilbaíno Ángel Garma, fundador del psicoanálisis argentino** 74
- Guías OMS de salud mental** 76
- III Conferencia sobre Políticas de Drogas en Buenos Aires** 77



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>.



Promoción de la salud mental: Resoluciones sí, y su aplicación, también

Iñaki Markez

Reconocemos que los **trastornos mentales**, son un problema de primera magnitud en nuestra sociedad, por su elevada incidencia (estimada en un 25% de la población general), y por el impacto en sufrimiento de los pacientes, sus familias y su entorno cercano. La enfermedad mental que comprende un amplio número de enfermedades, con frecuencia de larga duración —procesos crónicos—, representa una enorme carga a la familia, al sistema sanitario y a la propia sociedad.

Además, el abordaje de la enfermedad mental requiere complejos procesos de tratamiento y rehabilitación, requiere supervisión y numerosos contactos de profesionales sanitarios y, por tanto, un elevado consumo de recursos a través de la continuidad de cuidados (se estima que el 20% del gasto sanitario en los sistemas sanitarios de la Unión Europea se debe a estos procesos y que para el año 2020, los trastornos neurológico-psiquiátricos serán la causa más importante de discapacidad).

Por otro lado, los problemas de salud mental pueden aumentar el riesgo de exclusión social. La **estigmatización** y la discriminación tienen un efecto perjudicial sobre el desarrollo y el resultado de la enfermedad mental y contribuyen negativamente a la igualdad y a la inclusión social, con repercusiones en la protección sanitaria. De ahí la importancia de conceder una atención específica a la colaboración activa de las políticas y actuaciones con acciones de pro-

moción de la salud mental y de prevención de las enfermedades mentales, así como a promover el intercambio de buenas prácticas, e incluso estimular y respaldar la investigación sobre la salud mental y su promoción.

La Organización Mundial de la Salud publicó el primer glosario de **promoción de la salud** en 1986 con el propósito de aclarar el significado de términos usados en publicaciones y documentos, cuyo uso no estaba generalizado por aquel entonces. En la IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en 1997 bajo los auspicios de la OMS, se aprobó la Declaración de Yakarta sobre la *Promoción de la Salud en el siglo XXI*, se actualizaron, tras la experiencia acumulada en estos años, ideas y conceptos que son fundamentales para la mejora de la salud de la población.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solo las acciones dirigidas a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación (empowerment o empoderamiento) de las personas y comunidades puede ser un signo para determinar si una intervención es de promoción de salud o no. Ser capaz de identificar y comprender las necesidades en salud desde una perspectiva biopsicosocial y de salud positiva.



La promoción y la atención a la salud mental son partes complementarias del espectro de intervenciones necesarias para conseguir buenos resultados de salud mental para la población. Ambos enfoques son elementos esenciales de una estrategia de salud mental global y debería realizarse un balance entre ellos, subrayando un abordaje intersectorial y multidisciplinario. Este balance estaría basado en condiciones y factores históricos, culturales, estructurales (incluyendo la disponibilidad de salud y servicios sociales) y éticos. Habría que basar las acciones en el mejor conocimiento o evidencia disponibles, y someterlas a evaluación continuada.

¿Es la Salud mental una asignatura pendiente?

Aunque en el mundo las técnicas de tratamiento del enfermo mental han progresado, las deficiencias institucionales, sumadas a la insuficiencia del gasto, las hacen inaccesibles para muchos pacientes. Todavía con demasiada frecuencia hablar de enfermedad psiquiátrica es recordar los manicomios en donde los enfermos eran abandonados a su suerte, o a su desgracia. Hoy la realidad es otra. Hoy se utilizan recursos extrahospitalarios o residenciales intermedios evitando en la medida de lo posible los ingresos prolongados, intentando resolver una buena parte de los problemas sociales de las personas anteriormente internadas. Los conceptos de psiquiatría y enfermedad mental han evolucionado como la misma atención a las personas con enfermedades mentales. Nuevos enfoques orientados a la promoción de la salud mental, prevención y tratamiento de los trastornos mentales, así como la rehabilitación del enfermo y su reincorporación a la comunidad, lo que actualmente se llama psiquiatría comunitaria.

Se puede destacar que ha habido importantes avances en la atención a la enfermedad mental, con la utilización de nuevos métodos terapéuticos, tanto en lo referente a psicofármacos como a intervenciones de psicoterapia.

Pero lo más importante es, quizá, la creación de vínculos con la comunidad para evitar el aislamiento del enfermo con respecto a su ambiente social. Así, el enfermo puede sentirse contenido en las diferentes etapas de su enfermedad tendiendo a su reinserción social. Más que la medicación, son la ocupación y la aceptación social y familiar factores primordiales para la recuperación de enfermos que antes se creían irreversibles. Porque el paciente psiquiátrico no es más que la punta de un iceberg, que esconde enfermedades y familiares. A veces, tratando sólo al paciente no se alcanzan los mismos logros que cuando se trata a la familia y a su entorno social.

No cabe duda de que la **prevención** es el tópico prioritario en lo que respecta a la salud en general. Pero en salud mental, resulta un tanto complicado. A diferencia de otros ámbitos sanitarios, aquí no existen vacunas efectivas y fáciles de aplicar. En la prevención de la enfermedad mental, está implicada la Atención Primaria de Salud con la que Salud Mental ha de trabajar muy estrechamente, para el desarrollo de una adecuada atención comunitaria y la promoción de la salud mental, que ha de extenderse también al entorno familiar, escolar y laboral, analizando los diversos factores de riesgo y proponiendo y realizando actuaciones tendientes a mejorar la salud y el bienestar de las personas. La protección social de la infancia, adolescencia, de los adultos y de las personas ancianas, mediante el mejoramiento de las condiciones de vida de cada uno de estos grupos etarios sería la manera de erradicar la vulnerabilidad de padecer enfermedades psiquiátricas. Pero, por supuesto, para alcanzar esos objetivos hacen falta políticas que contemplan las carencias sociales.

El Consejo de Europa

Ya en noviembre de 1999 el Consejo de Europa decidió una Resolución¹ sobre la promoción de la salud mental. En ella recordaba que las Conclusiones del Consejo de 26 de



noviembre de 1998 sobre el futuro marco de actuación en materia de salud pública establecida que los mayores beneficios para la salud de los ciudadanos se obtendrían centrandose en la acción comunitaria, entre otros aspectos, en la disminución de la mortalidad y la morbilidad asociadas a las condiciones generales de vida y a los modos de vida en relación con aspectos tanto físicos como mentales;

Recuerda también la Resolución del Parlamento Europeo de 9 de marzo de 1999 sobre el informe de la Comisión acerca de la situación de la salud de las mujeres en la Comunidad Europea en la que pide a la Comisión que *aumente los escasos datos de que se dispone actualmente en materia de salud mental y enfermedades psíquicas y que sensibilice al público acerca de los tratamientos adecuados para los síntomas depresivos.*

Recoge lo más notorio de la Reunión conjunta que tuvieron la OMS y la Comisión Europea a iniciativa de *Nations for Mental Health* sobre equilibrar la promoción y la atención de la salud mental, celebrado en Bruselas en abril de 1999, siendo un amplio encuentro de expertos y representantes de diferentes organizaciones para analizar aspectos de la situación de la salud mental en la región europea. Sus conclusiones, tituladas *“Sin salud mental no hay salud”* resultaron y siguen siéndolo muy interesantes.

Los principios clave para la promoción y la atención a la salud mental son la autonomía personal, el apoyo, efectividad, accesibilidad, globalidad, responsabilidad, coordinación y eficiencia. Y, siendo consecuentes, los objetivos y estrategias comunes para avanzar en la promoción de la salud mental debieran incluir:

- Mejorar el reconocimiento del valor de la salud mental, *incluso a nivel político.*
- Aumentar el intercambio de conocimientos y experiencias sobre salud mental.
- Desarrollar políticas de salud mental explícitas, innovadoras y globales, consultando a

todas las partes implicadas, *incluyendo usuarios y cuidadores, y respetando las contribuciones ciudadanas y de las ONGs.*

- Definir prioridades en cuanto al escenario, grupos diana y condiciones para actividades e intervenciones para la promoción de la salud mental (por ej. familias, escuelas, lugares de trabajo, cárceles, vecindarios, servicios sociales, atención primaria y especializada,...).
- Desarrollar una atención primaria y servicios de salud mental especializados, fijándose en la calidad de la atención y en el desarrollo de nuevos abordajes no estigmatizantes y de autoayuda.
- Atacar la inequidad en la salud, concediendo especial atención a la promoción de la salud mental y a la necesidad de cuidados de grupos marginales, carenciales y excluidos socialmente, *teniendo en cuenta los serios cambios sociales y las catástrofes que ocurren hoy en día en muchos países de la Región europea, en particular las democracias de reciente instauración.*
- Desarrollar pautas basadas en la evidencia para la promoción de la salud mental, atenciones primaria y secundaria, *incluyendo la rehabilitación y las intervenciones basadas en la comunidad.*
- Desarrollar una estrategia de recursos humanos y subrayar la importancia de la formación continuada.
- Enfatizar la investigación y el desarrollo, estableciendo sistemas de información y monitorización de la salud mental, *incluyendo sistemas para estimar la prevalencia, costes y necesidades de salud mental y resultados de las intervenciones.*
- Desarrollar una legislación de salud mental basada en los derechos humanos, *poniendo énfasis en la libertad de elección y en la importancia de una confidencialidad apropiada.*

Estima que la salud mental contribuye de manera significativa a la calidad de vida, a la inserción social y a una plena participación social y económica; Insiste en que los problemas



y enfermedades mentales son comunes, son causa de sufrimiento humano y de incapacidad, aumentan la mortalidad y tienen repercusiones negativas en las economías nacionales; Destaca que los problemas de salud mental están con frecuencia relacionados, entre otros factores, con el desempleo, la marginación social y la exclusión, la carencia de hogar, la drogadicción y el alcoholismo.

Reconoce que existen métodos eficaces para promover la salud mental y prevenir los problemas y enfermedades mentales; Es necesario resaltar el valor y la visibilidad de la salud mental y fomentar la buena salud mental, en particular entre los colectivos más vulnerables, sean los menores, los jóvenes, las personas mayores, quienes están en las bolsas de pobreza y marginalidad, inmigrantes, desempleados, etc. Considera importante la cooperación con la Organización Mundial de la Salud, de manera coordinada, en las cuestiones relativas a la salud mental, así como con otras organizaciones internacionales; También reconoce la necesidad de tratar la promoción de la salud mental con creciente cooperación con otros países.

Tras lo anterior, invitaba a los Estados miembros a prestar la debida atención a la salud mental y a reforzar su promoción en sus políticas respectivas; a recabar datos de buena calidad referentes a la salud mental y compartirlos de manera activa con otros Estados miembros y con la Comisión; a desarrollar y poner en práctica acciones de promoción de la salud mental y de prevención de las enfermedades mentales, así como promocionar el intercambio de buenas prácticas y la realización de proyectos conjuntos con otros Estados miembros; y a estimular y respaldar la investigación sobre la salud mental y su promoción.

E invitaba a la Comisión a considerar la incorporación de actividades del ámbito de la salud mental, como el intercambio de información y de buenas prácticas y la constitución de redes, en el futuro programa de actuación para la salud pública. Invita a desarrollar y poner en práctica, como parte del sistema comunitario de supervisión de la salud, un apartado para la salud mental y elaborar un informe sobre este ámbito. Finalmente, desde la Unión Europea se insiste en analizar el impacto de las actividades comunitarias sobre la salud mental, por ejemplo en los ámbitos de la educación, la política de la juventud, los asuntos sociales y el empleo.

Lo firmaríamos todo ahora mismo pues la finalidad parece ser, sin duda, mejorar la salud mental. La cuestión es que el tiempo pasa y, aunque las declaraciones de principios son bienvenidas, si no se van materializando en los ámbitos locales ni nacionales, en las políticas sobre salud mental y en los modos de intervención de diferentes instituciones en los diferentes países, queda en eso, en papel nada más.

El compromiso institucional se ha de expresar a través de la política sanitaria con nuevos impulsos a la atención en la salud mental, con mejoras organizativas y nuevos recursos, con mayor competencia profesional, eficacia y eficiencia de los servicios, coordinación adecuada entre el sector social y el sanitario, consideración de la comunidad y del paciente en particular como eje del sistema público de salud.

Todo sea para mejorar la salud. Mental también, por supuesto.



¹ Resolución del Consejo de 18 de noviembre de 1999 sobre promoción de la salud mental. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, 24-3-2000.



Resistir la seducción de la medicina genética

Clara Valverde

Profesora, Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona.
(ad. Universidad de Barcelona).

I. Introducción

Aunque, sin duda, la medicina genética está consiguiendo importantes hallazgos, el aspecto genético se ha convertido en el centro de la narrativa médica que lleva a la exclusión a otras cuestiones científicas, sociales, políticas y humanas, creando la promesa de que la medicina genética llevará directamente a curar al enfermo (1). Este discurso provoca en las personas enfermas o discapacitadas una sensación de esperanza desproporcionada en la cual el paciente visualiza su vivencia como un proceso pasivo, mejor dejado en las manos de “los magos de la ciencia”. También los médicos que atienden a pacientes ven, en el discurso poderoso de la genética, un refuerzo del paradigma clínico más paternalista.

El problema no está en la investigación genética en sí, sino en su tiranía, en su insistencia de que es la única línea válida y no una más dentro de la investigación médica. Y aquí reside el problema de las metanarrativas: que toman y se les da, en la sociedad, un poder absoluto de definición, de ser la verdad.

No hay un debate real sobre la metanarrativa de la medicina genética. No se cuestiona su supremacía. Los únicos que alzan sus voces contra algunos aspectos de este campo de investigación son la derecha más conservadora y la iglesia católica, que sólo cuestionan la investigación en sí y no la forma autoritaria y excluyente del discurso que preferirían reemplazar con el suyo, también autoritario,

castrante y “pro-vida”. Si existen otras voces que cuestionan el espacio dominante que ha tomado la medicina genética, no llegan a ser oídas por la sociedad tan fervorosamente “creyente” en la “salvación” que dice poder ser la genética.

Sin duda, la medicina genética seduce. Su promesa de hacer andar a los parapléjicos, de prevenir y curar las enfermedades degenerativas, de erradicar el cáncer y otras amenazas de la vida moderna es difícil de resistir.

Ya se ha descifrado el mapa de los genes del ser humano. Se conocen los fallos genéticos responsables de varios tipos de cáncer. No parece haber límites a lo que es posible. Es sólo una cuestión de tiempo.

Pero esta metanarrativa no deja espacio para otros aspectos de la medicina al impedir una reorganización de la diversidad de los conocimientos sobre la complejidad del cuerpo y del ser humano. La medicina genética niega que el cuerpo puede ser interpretado de numerosas maneras y hace una reducción radical de lo que es el cuerpo humano y sus sistemas.

Y aún más preocupante es que, en el discurso de la medicina genética, la experiencia y la narrativa del enfermo o discapacitado pierden importancia (2), y la visión de cada uno de qué es un cuerpo “normal” queda profundamente afectada.



2. ¿Curar lo anormal?

Más que un modelo, la medicina genética es una metanarrativa construida sobre un código binario que observa la realidad a través de la diferencia y de una dinámica de presencia/ausencia, tal como normal/anormal, sano/enfermo, válido/inválido (3). En este patrón de dualidad, un lado se valora por encima del otro y es esto lo que en el discurso de la medicina genética, polariza la comprensión de qué es existir, saber y actuar. Esta suposición epistemológica lleva a creer que la medicina genética tiene el conocimiento de lo que el cuerpo realmente es, sin dejar ningún espacio para las ambigüedades inevitables de los contextos humanos incluyendo las dimensiones culturales, psicológicas, sociales y políticas.

La metanarrativa de la medicina genética no sólo promete tener la solución, a largo plazo, del problema del sufrimiento, también da una falsa sensación de seguridad y de control al definir la enfermedad y la discapacidad como desviaciones de la “normalidad” (4) causadas, sobretodo o totalmente, por alteraciones genéticas. Al definir el cuerpo como una máquina complicada (5), la medicina genética se ha comprometido a modelos que sólo pueden manejar los “expertos” y excluyen la experiencia de la persona enferma o discapacitada.

La medicina genética, por tanto, decide lo que es normal (6) y perpetúa su lugar privilegiado con la promesa de curar. Pero, ¿qué es curar? Si la discapacidad y la enfermedad son, en gran parte, una construcción social (en el sentido metafórico, no en el sentido literal o físico), la “cura” también es en gran parte una construcción social. Pero la medicina ignora que es a través de las interpretaciones sociales, culturales, políticas y psicológicas como se construyen la comprensión y los significados del cuerpo y de la enfermedad.

3. La seducción del paciente: curar en vez de transformar

La persona enferma o discapacitada se ve fuertemente afectada por cada información o noticia sobre los milagros que promete la medicina genética a través de los medios de comunicación. Sin recibir información verídica sobre lo que realmente significa cada hallazgo, la persona afectada por un problema de salud entra en un estado de esperar el día en que él o ella se puedan beneficiar de esas investigaciones, una situación parecida a la de una película de ciencia ficción en la que se congela el cuerpo para cuando haya una “cura” (7).

En ese estado “congelado”, el paciente se consume por el deseo de volver a ser “normal”. Es un estado que lleva a la inactividad, la rabia y la depresión, ya que en el mundo lejano de los laboratorios no hay sitio para sus definiciones, sus experiencias ni sus transformaciones, o sea, para su propia “normalidad”. La persona enferma no piensa que pueda ser libre y tomar iniciativa hasta que no sea “normal” (8). No toma en sus manos el poder que podría ser suyo (individualmente o colectivamente, unido con otros que están en su situación) para cuestionar las definiciones y las condiciones actuales en las que se vive una enfermedad o discapacidad (atención médica deficiente y paternalista, largas listas de espera, falta de ayudas económicas, ciudades con barreras y problemas de accesibilidad, discriminación social y laboral, etc.). En la metanarrativa médica dominada por la genética no hay espacio para el cuerpo social del enfermo o discapacitado.

La inaccesibilidad (por su discurso y definiciones) para los no-expertos de la medicina genética, también aumenta la distancia entre el paciente y el médico. Si lo importante es la promesa de la ingeniería genética, entonces la experiencia del sufrimiento cotidiano del paciente pierde importancia, no es el centro de la relación clínica.



Dado que la medicina genética define la normalidad y ve el “éxito” en la “solución” de toda “anormalidad”, mientras existan enfermedades y discapacidades, éstas serán vistas como “fracasos”.

Pero estas enfermedades y discapacidades no son algo abstracto y aislado, están en los cuerpos de personas, personas que, en una sociedad en la cual el discurso médico domina los temas del cuerpo, fácilmente se pueden sentir como fracasos.

El potencial transformador y liberador de redefinir la realidad de uno se ve casi imposibilitado para el enfermo (que podría transformar la idea de “la enfermedad como fracaso” en “la enfermedad como proceso”) en una sociedad donde el reconocimiento, los premios Nóbel, se dan a los investigadores y no a los que sufren.

4. El ejemplo de Superman

El actor Christopher Reeve —“Supermán”—, que quedó tetraplégico como consecuencia de un accidente, dedicó los nueve años posteriores, hasta su reciente muerte, a mantener la masa muscular de sus piernas para —como decía él— el día en que se encontrara, a través de la genética, una cura, una manera de reparar su lesión medular.

No cuestionamos la validez de la decisión personal de Reeve de dedicar sus años de discapacidad a esta actividad. El problema está en que los medios de comunicación y el sistema médico mostraron a Reeve como el mejor ejemplo de cómo un discapacitado debería vivir su situación (9). La actitud de Reeve de entrega total a la preparación y a la espera para cuando los investigadores pudieran hacerle andar de nuevo se exhibía, una y otra vez, como la manera más válida de vivir una discapacidad.

Ante tal reverencia al comportamiento de Reeve, ¿cómo se sentían otras personas que viven con una lesión medular?

La primera consideración a tener en cuenta en la situación de Reeve es su privilegiado nivel económico, que le permitía tener un equipo de fisioterapeutas y cuidadores para ayudarlo en su propósito de mantener la masa muscular. La mayoría de las personas con discapacidades o enfermedades crónicas vive una situación económica inferior a la media (10) y no se puede permitir tales objetivos, aún si los tuvieran.

Pero es más importante todavía que cada persona enferma o discapacitada debería poder definir lo que significa para él o ella esa experiencia y cómo ve su futuro, y que esa visión individual fuera considerada por el sistema sanitario y por la sociedad tan importante y admirable como la de Reeve.

Algunas personas discapacitadas ven sus limitaciones como algo a superar, otras como restricciones a aceptar, unas como una espera hasta el día de la “cura” y otras como una oportunidad para reevaluar el sentido de sus vidas (11). Y hay los que no quieren seguir viviendo.

La medicina genética, a través del ejemplo de Superman, ha mandado un claro mensaje a los discapacitados y enfermos crónicos de que no hay opciones, de que sólo hay una manera posible de vivir con una discapacidad o enfermedad crónica: esperar y tener fe en la investigación.

5. El paradigma clínico en tiempos de la medicina genética

Sin hacer una crítica exhaustiva del paradigma clínico actual, queremos resaltar los efectos de la metanarrativa de la medicina genética sobre la relación médico-paciente.

En el Estado Español, aún no se ha comenzado a desarrollar una praxis en la consulta, utilizada ya en otros países, (12) centrada en la narrativa del paciente y basada en la riqueza de la interpretación mutua (13). El paradigma



clínico sigue siendo uno en el que la autoridad médica recoge “evidencia científica” y, de una manera lineal (síntoma–análisis–diagnóstico–tratamiento) reduce la complejidad de la vivencia física y humana del paciente ante un pronunciamiento autoritario y científico que no toma en consideración las experiencias del paciente y sus definiciones propias.

El médico tratante también se ve profundamente afectado por el auge actual de la metanarrativa de la medicina genética en la prensa, Internet y en congresos médicos. Su posible rol como acompañante y geógrafo en el viaje que representa una larga enfermedad o discapacidad para el paciente se ve ridiculizado por las grandes promesas de la medicina genética, que dejan al médico de primera línea la tarea de transmitir a los pacientes los valores de pasividad y de fe en el futuro hallazgo que “solucione” el problema de salud.

Esto crea una creciente frustración en el médico tratante, ya que no obtiene la satisfacción a corto plazo que podría darle un rol más dialogante y una metodología centrada en el paciente, en el fascinante proceso de conocer y descubrir.

Al mismo tiempo, el poder y la fuerza de la metanarrativa de la medicina genética dan permiso, e incluso le animan, al médico para seguir adoptando una actitud y metodología paternalistas, la de “yo–sé–lo–que–es–bueno–para–ti”.

6. Desenmascarar el discurso de la medicina genética

Mientras la medicina genética consigue avances (la mayoría de ellos sin aún poderse aplicar al ser humano), la complejidad, la imperfección y la fragilidad del cuerpo humano surgen y se hacen obvias por el aumento de enfermedades tales como el Síndrome de las Sensibilidades Químicas Múltiples, el Síndrome de la Fatiga Crónica y la Fibromialgia (aunque para estas enfermedades también se han halla-

do marcadores genéticos (14); esto no disminuye los sentimientos crecientes de complejidad, reto e inutilidad de los médicos ante tales enfermedades).

Aún con todo su poder, la intolerancia de la metanarrativa de la medicina genética hacia las diferencias, las ambigüedades y las contradicciones. Le llevará progresivamente a un mayor alejamiento de la sociedad civil. A esto se añade el secreto a voces de que la medicina genética en un negocio muy lucrativo del sistema capitalista (15) del que se benefician, de una manera espectacular, las compañías farmacéuticas y los investigadores.

El enfoque de esta metanarrativa se equivoca al no admitir que, como todos los modelos, el suyo es limitado y provisional porque se desarrollarán otros modelos y se alzarán otras voces.

Al no reconocer la importancia de la diversidad de los diferentes puntos de vista, la medicina genética se desarrolla al margen de, y sin la aportación de los procesos sociales que crean nuevos modelos. En el movimiento “altermundista”, al cual se van incorporando los discapacitados y los enfermos crónicos (rompiendo las barreras de la inaccesibilidad por Internet), feministas, pensadores post–modernos y escépticos en general, se comienza a proponer la idea de que hay diferentes tipos de cuerpos y maneras de vivir en el cuerpo (16).

Si los enfermos crónicos y los discapacitados empiezan a pensar que no hay nada que “curar” o arreglar genéticamente, entonces estas condiciones mostrarán su aspecto de construcción social y se verán libres de la necesidad de ser “curadas” por el discurso de la medicina genética.

La medicina genética debería limitarse a hablar de los genes y no a definir las experiencias de los pacientes como secundarias.



La discapacidad no es sólo una condición médica esperando a ser curada o manipulada genéticamente, sino una identidad en gran parte definida por los que la viven y por la sociedad (17). Y a medida que la sociedad civil entiende que el discurso de la medicina genética es, al fin y al cabo, sobre *nuestros* cuerpos y no sobre el cuerpo (18), podrá comenzar a perder su fe ciega en esta línea de investigación. Con el tiempo, las nuevas definiciones del cuerpo y de las limitaciones que producen las enfer-

medades y discapacidades se alejarán de la seducción de la medicina genética, construyendo narrativas amplias, diversas y abiertas.

Porque la pregunta ya no es qué puede hacer la medicina genética por nosotros sino quién vamos a ser aún con nuestros cuerpos imperfectos, si vale la pena “esperar” y a qué, y qué se deja de lado en la espera. La fe en la medicina genética, ¿para qué no deja espacio en nuestras imaginaciones?



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Haslett, C., Chilvers, E.R., Hunter, J.A.A. and Boon, N.A. (eds) (1999) *Davidson's Principles and Practice of Medicine*, 18th edition. London: Churchill Livingstone.
- 2 Kleinman, A. (1995) *Writing at the Margin*. Berkeley: University of California Press.
- 3 Derrida, J. (1978) *Writing and Difference*. Chicago: University of Chicago Press.
- 4 Foss, F. (1989) “The challenge to medicine: a foundations perspective”, *Journal of Medical Philosophy*, 14: 165–91.
- 5 Elliott, C. (1999) *A Philosophical Disease: Bioethics, Culture and Identity*. London: Routledge.
- 6 Gayther, S.A., Pharoah, P.D. y Ponder, B.A. (1998) “The genetics of inherited breast cancer”, *Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia*, 3:365–76.
- 7 Van Dijck, J. (1998) *Imagination: Popular Images of Genetics*. New York: New York University Press.
- 8 Linton, S., (1998) *Claiming Disability: Knowledge and Identity*, New York: New York University Press.
- 9 Cheu, J. (2002), “De–gene–erates, Replicants and Other Aliens: (Re)defining Disability in Futuristic Film”, en Corker, M. y Shakespeare, T., *Disability/postmodernity: embodying disability theory*, Londres: Continuum.
- 10 Bach, M. y Rioux, M. (1996) “Social policy, devolution and disability: Back to notions of the worthy poor?” en Pulkingham, J. y Ternowetsky G. (eds), *Remaking Canadian social policy: Social security in the late 1990's*. Halifax: Fenwood Publishing.
- 11 Wendell, S. (1996) *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability*. New York y London: Routledge.
- 12 Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington D.C.: National Academy Press.
- 13 Kleinman, A. *Ibid.*
- 14 *NIDC Focus*, otoño 2002, National Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta.
- 15 Van Dijck, J. *Ibid.*
- 16 Moss, P. (2000) “Not Quite Able, Not Quite Disabled: Experiences of Being «In Between» ME and the Academy”, *Disability Studies Quarterly* 20: 287–93.
- 17 Thomson, R.G. (2000) “The beauty and the freak”, en Crutchfield, S. y Epstein, M. (eds), *Points of Contact: Disability, Art, and Culture*. Ann Arbor: University of Michigan Press, pp.181–96.
- 18 Rich, A. (1986) *Blood, Bread and Poetry: Selected Prose 1979–1985*. New York: W.W.Norton & Co.



Revisitando la transferencia: lo singular de la interpretación¹

M. C. Rodríguez-Rendo

Psicoanalista, Madrid.

Desearía a lo largo de ésta presentación articular algunas ideas que a veces se nos quedan en el baúl de los recuerdos. Si consigo desempolvarlas y transmitir mi preocupación por recuperar nociones denostadas, por recuperar la sangre silenciosa de la pulsión de vida que lucha contra el bostezo depresivo e inerte de éstos tiempos; si lo consigo, al final de ésta tarde podré decir: tarea cumplida.

En relación con el título que nos convoca formularé tres preguntas que marcan los ejes de éste texto: ¿Por qué visitar la transferencia?. ¿Acaso la interpretación no debería ser siempre singular?. ¿Existe una división entre psicoterapia y psicoanálisis desde la función del analista y desde la escucha de lo inconsciente? Y en caso de respondernos, haría una 4ª ¿qué hacemos con éstos conceptos?

REVISITAR LA TRANSFERENCIA, puede ser un movimiento obligado ante la llegada a nuestras consultas de un cierto tipo de pacientes con serias dificultades para el trabajo asociativo, a veces, con la casi imposibilidad de recordar su infancia y en cuyos discursos el presente impone a la demanda la búsqueda de una inmediatez en la resolución de algo que no siempre es identificado como conflicto; sino como un dolor insoportable que pide “que se le quite”.

Hago referencia a esos casos donde falta la subjetivación de una dolencia que aún no ha encontrado el sitio para enunciarse como conflictiva, ya que éste recorrido deberá formar parte, de una pregunta al otro, al analista sobre el grado de compromiso con su malestar.

Hasta que ese paso sea dado por el paciente, podríamos decir que el malestar, cae del lado del analista; que tendrá que abrir una historia con el otro estableciendo un vínculo que ignora si podrá devenir transferencia. Podríamos decir que es allí donde el malestar del analista se transforma en oficio.

CAJA DE HERRAMIENTAS

Sabemos que mientras intentamos transformar la queja en demanda de análisis, ésta misma demanda pueda virar a la queja y la queja tornarse reclamación. En medio de ese trasiego, tal vez el paciente formule con más claridad lo que quiere, pero esto no debería hacernos olvidar que la presencia del analista convoca a la memoria del cuerpo.

En una ocasión recordaba el profesor Laín Entralgo que “Más de una vez se ha dicho que los diccionarios son cementerios de palabras, fríos depósitos de cadáveres verbales... el diccionario para saber... La convivencia para conocer... Quien habla, otorga carne, nervios,

¹ Presentado en las Jornadas de la AMPP. “Lo inconsciente y su interpretación en la psicoterapia psicoanalítica y el psicoanálisis.” Madrid, 4 de junio del 2005.



piel y vida a los huesos sobre el que ese hablar suyo se funda...” (Laín Entralgo, 1981).

Por esto decía que la condición del buen escritor o del buen hablante era según él, esta sentencia: “Nada sin el diccionario; nada con sólo el diccionario”. En el lugar en el que Laín pone al diccionario, yo pondría la teoría psicoanalítica, y diría: Nada sin la teoría; nada con sólo la teoría.

Cuando el paciente habla, otorga, como decía Laín “carne, nervios, piel y vida a los huesos sobre los que ese hablar suyo se funda” y el psicoanalista a quien le interese curar no debería abandonar la ambición de llegar a los huesos, o al menos a alguno de ellos, para que algo del ser del sujeto haya sido tocado.

Desde un principio, transferencia, vino a designar el encuentro entre médico y paciente, un vínculo específico e inédito en relación al inconsciente, a las formas de tramitar las pulsiones, a la eterna falla y por ende a la repetición.

La situación analítica presta el límite a la selva, en el sentido en el que usa ésta palabra el filósofo Eugenio Trías: selva, como metáfora del inconsciente; grito de lo arcaico, donde el cuerpo, los sonidos, y el gesto emiten significantes de nombre desconocido.

Dice E. Trías que más allá del espacio en el que habitamos y que a la vez nos identifica y nos constituye, estaría “el cerco hermético... que sólo a través de antenas simbólicas puede ser advertido y colonizado... Y siempre de forma precaria, insuficiente... ese cerco hermético se halla muy cerca de lo que Freud llamaba Inconsciente.” (Trías, 2004)

Por todo esto querría retomar ahora la noción de vínculo, abandonada hace un tiempo, por el desvío sufrido por éste concepto, quizás a causa de un uso imaginario que se habría hecho de él, recogiendo su sustancia para la sugestión en ocasiones, y desproveyendo su valor de existir. El concepto de vínculo parecería haber sido absorbido con los años por el concepto de transferencia.

La globalización también ha entrado en la teoría y en la práctica psicoanalítica y probablemente ésta última, con ánimo de mantener su especificidad en el quehacer clínico, fue engullendo la noción de vínculo, dentro de lo imaginario de la transferencia.

Vínculo es una noción que surge fuera de la experiencia analítica aunque en la actualidad sea ineludible reconocer su existencia. No para interpretarlo, sino respetando su registro de no-analizable.

Trabajar con un concepto que podría pensarse como el 5° elemento a sumar a los 4 fundamentales que en su día escribe Lacan: inconsciente, transferencia, repetición, pulsión; sabiendo que discurre más allá de lo enunciable, puede ser una herramienta rentable para negociar la economía de la pulsión.

Algunos autores han hablado del “*coup fou-dre*”, del flechazo que se produce en algunos encuentros con el paciente, justamente porque son los atractivos, los hechizos, que en el juego del análisis fundan los cimientos de una historia entre esas dos presencias hablantes.

Voy a citar brevemente el libro de una psicoanalista francesa, R. Zygouris, para subrayar lo que ella recupera del vínculo.

Con el interés por volver a pensar lo no-verbal (y no digo lo pre-verbal) y su tejido en la transferencia Radmila Zygouris, publicó el año pasado en Brasil: “O vínculo inédito”.

Primero diferencia la transferencia vertical de la transferencia horizontal.

Diciendo que “la transferencia que se evoca mas frecuentemente es la transferencia vertical... El analista es amado justamente en función de un saber supuesto. Pero el saber que se le supone es un saber respecto de una única cosa: algo sobre el inconsciente de su analizante. Sólo esto. Y es justamente de eso de lo que él nada sabe. Si no especificamos que se trata del inconsciente, continuaríamos en el campo de la medicina, ya que todo enfermo supone que su médico sabe algo sobre su cuerpo enfermo... y en principio, así debería ser. Para el analizante, se trata de una ilusión”.



La transferencia horizontal, por su parte, es menos desigual, pero conserva la diferencia y continúa siendo asimétrica. Zygouris agrega que hay una interdependencia psíquica que estaría en el meollo del proceso analítico al tener en cuenta que entre dos seres humanos, sea cual fuere la relación oficial entre ellos, acontecen una serie de cosas que escapan al control de los protagonistas, aunque el analista cumpla con la regla de abstinencia y no las manifieste. Recordemos que lo que pertenece al campo de lo lúdico no admite una relación de pura verticalidad.

Próxima a ésta transferencia horizontal encontraríamos la noción de vínculo, sin que ambas nociones sean asimilables.

“Forma, sustancia y diferencia” es un artículo en el que el antropólogo Gregory Bateson, comenta la fórmula del semántico Korzybski: “el mapa no es el territorio”. Para la realización de un mapa es imprescindible reflejar en él las diferencias respecto del territorio: clima, altitud, suelo, etc.

Una diferencia es una abstracción que no pertenece ni al mapa ni al territorio, ocupa un lugar tercero, que será la condición para pasar de uno a otro.

La relación que se establece entre analista y paciente está fuera de los mapas y sólo podríamos decir que forma parte del territorio en tanto esa relación discurre en un marco, el de la práctica clínica, sujeta a unas leyes que imponen un corte y una relación singular en cada caso con el saber del otro.

El mapa del que nos servimos los analistas describe un territorio que nos incluye.

Nuestro método nos incita a invocar al lenguaje pero quienes dan soporte a las palabras son dos cuerpos en presencia.

El analista presta su presencia para la narración de una historia única que sólo puede transcurrir en la escena analítica, que posibilita que en la intimidad de ese acto, se produzca

la experiencia de un psicoanalista con una persona.

El territorio como espacio en el que se hace el vínculo, está poblado por infinidad de posibilidades, de las que sólo unas pocas, pueden ser aisladas por los conceptos teóricos.

“El tejido del vínculo es lo real entre dos organismos humanos... Lo que hace vínculo entre dos humanos son los cimientos, los atractivos de una presencia. Atractivos de una singularidad nunca generalizables... El vínculo no pertenece al mapa sino al territorio. El vínculo se vive.” (Zygouris, 2004)

Si se produce, ha habido encuentro y éste encuentro escapa a todo tipo de promesas.

Si años atrás se decía que todo principio de un análisis contenía “una promesa de separación”, está claro que el vínculo excede al sentido, a toda ambición de captura por la significación. “Una parte de él puede emerger y volverse analizable, pero la parte de la relación analítica a la que le podemos exigir un final es sólo a la transferencia”.

“El vínculo es el ombligo del acto analítico, así como existe el ombligo del sueño. No es analizable... Al fin de cuentas el análisis se apoya en lo no analizable, en caso contrario no pasaría de ser un trabajo de laboratorio donde los pacientes serían cobayas y los analistas maestros de ceremonias”. (Zygouris, 2004)

Gracias al artificio de la situación analítica, gracias al “como si” del juego, se instala un vínculo, un “Más allá” de las palabras que no debería ser reducido al concepto de transferencia. Lo no analizable del vínculo es el campo de lo no-verbal, del contacto, de lo sensible, siempre presente en el estar con el otro, es como una voz que habita en el silencio.

Volvamos a ahora a la cuestión del malestar de hoy.

Éste lado de lo no-verbal lo considero de particular interés para ser recordado, en un



momento en que el poder de la imagen y las tecnociencias lanzan sobre el sujeto una identidad que se le supone.

En que los discursos, al igual que la comida, están pre-cocinados por otros para asegurarse de que lo que se dice es políticamente correcto, y el poder de los medios nos proponen “identidades pre-formateadas” donde la finitud es negada, mientras que el sujeto se queja de que “no llega”, de que no tiene tiempo para detenerse y pensarse, mientras tanto sigue corriendo.

Cada época exige re-pensar el dispositivo del que disponemos.

El antagonismo entre cultura y vida pulsional ya es tratado por primera vez por Freud en 1908. Antes que él, otros estudiosos habían abordado éste tema. En 1895 era Von Krafft-Ebing, citado por el mismo Freud, el que escribía: “El modo de vida de innumerables hombres de cultura presenta hoy una multitud de aspectos antihigiénicos, sobrados motivos para que la nerviosidad se cebe fatalmente en ellos, pues esos factores dañinos actúan primero y las más de las veces sobre el cerebro... y todo ello a expensas del sistema nervioso.” (Freud, *La moral sexual y la nerviosidad moderna...* 1908)

En 1929/30, Lorca recorría Times Square solo y errante evocando su infancia y decía que la poesía le permitía huir “del inmenso ejército de ventanas donde ni una sola persona tiene tiempo de mirar una nube” o de “dialogar con una de esas delicadas brisas que tercamente envía el mar sin tener jamás una respuesta”. (Lorca, Conferencias)

Lejos de afirmar que “cualquier tiempo pasado fue mejor...” se trataría de aceptar que así como pensamos al sujeto en singular, en cada momento social convergen con éxito y con torpeza las singularidades de su arquitectura, las aristas de sus muertos y el ritmo de sus vivos, esclavos de una angustia vacía que se cuelga cotidianamente de un Yo molesto por el malestar.

Paul Virilio, buscador y centinela de los peligros de la técnica y de la democracia virtual, ha hecho suya una frase de Balzac: “La vida sólo está en los márgenes”. Advierte del progreso del estrago de la información en la red. Por un lado nos encaminamos a una humanidad unida y por el otro a “una humanidad reducida a la uniformidad”. La noción de velocidad puede devenir amenaza tiránica ya que no se puede separar de la riqueza ni del poder. Agrega “Lo propio del hombre es resistir”.

Esto me hace preguntarme en cómo resistir a éste “deprisa, deprisa” en la clínica actual, sabiéndonos “en los márgenes”.

Por un lado, “blanquear” nuestro quehacer y cuestionar el Ideal del analista, confrontado con la dificultad de convivir con lo que no sabe. Curiosa paradoja la de esa función analítica que es convocada por el saber que se le supone. Por el otro recoger ésta dimensión histórica de la pulsión que hoy cobra la forma de rellenar los vacíos porque se da por hecho que caeríamos en su interior. Y por otro cómo convivir con el peligro recordando la fábula de Sade: la destrucción abre la puerta a una nueva construcción.

Algunos de los sujetos que llegan a nuestras consultas, no son tan frágiles aunque lo parezcan, no carecen de metáfora aunque lo parezcan, de lo que carecen es de discurso. Hay que enseñarles a hablar del otro lado del “cerco hermético” que guardan con celo ortopédico porque desconocen la dimensión olvidada del inconsciente.

VOLVER SOBRE LO SINGULAR DE LA INTERPRETACIÓN es retomar algo obvio en tanto se supone que toda interpretación es singular; sin embargo nuestro oficio no es ajeno a los cambios políticos, económicos, ni al estilo globalizante que nos anudan como el síntoma, al paciente.

Revisitar la transferencia y la interpretación compromete a una posición ética del analista introducida por Freud en 1929 en *El malestar en la cultura*.



Sabemos que lo que Lacan llamaba el sujeto supuesto saber, es responsable de los efectos imaginarios de la transferencia, de la constitución del síntoma como analítico y del inconsciente como interpretable, pero también sabemos que el S.s.S, está soportado por un analista que habita una cultura y su malestar: momento de descreimiento y de dificultad para adjudicarle un saber al otro.

Etapas de decepción, también entre los analistas respecto a las limitaciones de nuestro dispositivo y etapas de borramiento de las diferencias. Tiempo en que la familia tradicional desfallece, y donde el poder, la preocupación por el tener y la velocidad, aísla y separa. Esto no sólo forma parte del paisaje que nos rodea, sino que además se ha metido en nuestras consultas.

Con la palabra interpretación nombramos la intervención del analista que tiende a hacer surgir un sentido nuevo en el coagulado discurso del paciente. A su vez: “El intérprete es el analizante” como afirma Lacan en el seminario XIX de ahí la palabra analizante. Luego en la interpretación hay una búsqueda y si hay búsqueda se abre el campo de la creación.

La teoría freudiana, particularmente en este sentido no es evolucionista, es creacionista porque en el campo de la palabra, el deseo mismo se presenta como creación. El deseo inconsciente es el responsable de la novedad del sujeto, por “ser una falta articulada en la palabra” (Chemama, 2004) tiene la potencia de introducir algo nuevo que antes no existía.

El sujeto actual llega como si hubiese sido eyectado de sí mismo por una geometría angustiada que no puede ser condescendiente con la escucha desde un saber fragmentario. El saber fragmentario es sordo. Nosotros, los analistas también habitamos ese pueblo geométrico, aunque estemos alojados en la periferia, en los márgenes.

Pero asumirnos como fragmento del texto de nuestra propia vida no es igual a identificarnos con un saber fragmentario.

No es el momento de despreciar recursos sino de ponerlos en marcha dentro de nuestro dispositivo y sin apartarnos del rigor que la teoría, en su función de Ley nos requiere.

La primera tarea por abordar sin perder el norte de dirigir la cura será que la queja pueda devenir historización, facilitar la creación de un vínculo que permita el surgimiento de ese sujeto eclipsado por una concepción del hombre, más próxima a tratarlo como objeto de consumo, que como sujeto del inconsciente.

El campo de lo inconsciente entraña una Spaltung, una división. Una división es siempre una dificultad.

La dificultad de nuestro trabajo consiste justamente en violentar el llamado de la muerte que atenaza al sujeto. Ese vacío del Das Ding, de la Cosa. Ese vacío que el psicoanálisis no puede permitirse rodear como lo hace la religión. El espíritu freudiano ajeno a la resignación, nos lanza hacia la búsqueda de ese lugar imposible y a no desfallecer en el intento de aproximarnos a lo que en términos lorquianos sería: el corazón del sueño.

Si la experiencia humana la debemos pensar desde la articulación significante, presente desde el inicio de la vida, dentro de ese campo estructurado del inconsciente hay siempre un vacío que escapa a dicha articulación.

El ser psíquico del que nos habla Freud no es, se va construyendo, transita sus fantasías y escribe su propio guión. Las producciones del inconsciente, verdaderas creaciones como la transferencia, vienen a testimoniar que bajo la modalidad del hallazgo o del fracaso, lo inconsciente tiene una estructura de discontinuidad, de brecha que se cierra y se bate en una temporalidad en la que el objeto del deseo se fuga en un instante.

Ahora bien, el Amo de lo inmediato insiste hoy en presentarse entero. Se duele, pero rehúsa su responsabilidad en el dolor. En éste sentido podríamos decir que la pulsión, hoy, “hace su agosto”, ya que en el discurso social no sólo se



entroniza el goce, sino que el imperativo actual pareciera ser prohibir el no-goce:

- Hay que ser feliz, entero e inmortal.
- Responder al despotismo de la imagen: ocultar el envejecimiento.
- No pensar demasiado... y si es indispensable, que sea lo justo para que no se diga "que no estamos al día".
- Y por encima de todo "no hay que equivocarse", y si ocurre que no se vea el fallo, "no hay que comerse la cabeza y hay que olvidar"... etc.

Funcionar como sostén de la transferencia dejándose "habitar por las transferencias del analizante y que ellas vayan saturando el vínculo" (Korman, 1996), es parte fundamental de nuestra práctica.

Prestarse al juego del análisis es también prestarse al juego de las pulsiones. Pero no hay juego sin reconocimiento de la diferencia, perderíamos el "como si" que permite entender el famoso enunciado de Korzybski: "el mapa no es el territorio."

Lo que debemos descifrar es el acto de creación del paciente en que somos tomados como objeto de transferencia sin enunciarlo para salirnos luego del lugar atribuido. Esperarlo allí donde nunca hemos estado.

La presencia del analista y su palabra dan soporte imaginario, una plataforma que autoriza perderse en la fantasía, para que el paciente pueda construir con sorpresa el lazo que lo liga al otro y que sin él no re-escribe la historia que lo sitúa en su stirpe. Historia actual que acoge la leyenda del pasado y hace de tejido vinculante para acoger a la transferencia como acontecimiento.

Esta estrategia del analista, descifrar sin enunciar, dejarse capturar en un lugar que permita el despliegue fantasmático, exige la castración en la función analítica, sabernos soporte de una figurabilidad a la que nos han convocado tanto desde el amor como desde la repetición con el obligado tropiezo de la resistencia, siempre entrecruzados en la transferencia, (discurrir entre la

metáfora y la metonimia, ya que mientras el amor funciona como metáfora, el deseo funciona como metonimia). Ésta ficción ejemplar que permite la puesta en escena de la situación analítica hace posible la construcción mítica sobre el origen. Instantes que marcan y gestan la historia relativa a la identidad del sujeto. Y sólo así es posible para el paciente apropiarse de su leyenda.

PSICOTERAPIA Y PSICOANÁLISIS

Antes de Freud ya se sabía que ocasionalmente, hablar podía curar. La medicina y la religión sabían antes de insertarse en el discurso de la ciencia y del alivio de la confesión, que existía una relación entre el mal y la palabra. Hasta la palabra "somatizar" denuncia que cuando falta la palabra, habla el cuerpo.

Entre psicoterapia psicoanalítica y psicoanálisis hay una relación y una oposición lógica. Una zona de intersección marcada ya por la conjunción "y". La "y" une y separa.

El primer punto de cruce estaría en que ambas proceden por la palabra, ponen en función las propiedades elementales de la intersubjetividad. En principio, se trataría entonces de dos tiempos distintos: la primera se circunscribiría al tiempo del sentido y el segundo al tiempo del sonido en el que la palabra y su música convergen abriendo sentido.

El proceso psicoterapéutico conseguiría una disminución del dolor, un alivio sintomático, puesto que dar sentido a la angustia permite domarla, ya que no es lo mismo padecer el miedo que el miedo del miedo.

El proceso psicoanalítico en cambio implicaría una transformación de la posición subjetiva con respecto a la castración, el fantasma, el deseo y el goce. Como dice Lacan en el seminario XI: "No basta, ciertamente, con decir que el inconsciente es un concepto dinámico, pues con ello sólo se sustituye un misterio particular por un misterio más corriente." (1987) No en vano Freud va detrás, del fallo, del tropiezo,



del hallazgo de la hiancia kantiana que rebasa al sujeto en su centro más desconocido.

Si tuviera que definir el “viaje analítico” lo haría diciendo: de la verdad al deseo pasando por la mentira; sin que esto excluya la ilusión por encontrar una verdad liberadora, pero sabiendo que el deseo ocupa el lugar de una función tercera en torno a la que pivota el discorrir de la economía psíquica y que todo análisis pasa en su desarrollo por un tiempo terapéutico.

Los momentos en los que se va disolviendo la consistencia imaginaria del Yo y el poder narcicista comienza a diluirse, son buena prueba de ello.

El momento del tiempo analítico se caracterizaría por una apertura del inconsciente que precipitaría una re-actualización del pasado, una re-significación del presente, y un reordenamiento de los baluartes del yo.

La posición del analista frente al conflicto estaría próxima a la de un obrero del tiempo, *deconstrucción* y *construcción*, a la de un negociador de la pulsión. Por éste motivo el trabajo analítico puede durar unos meses, un año, varios años... Llegará hasta donde el paciente quiera llegar. No todas las bellezas tienen raíz, ni todas las capas del “tu tienes la culpa” conviene descolgarlas de los hombros de ciertos sujetos.

Segundo punto de cruce: el amor de transferencia.

El amor siempre tiene un destinatario, por amor el sujeto está dispuesto a invertir el proceso transitando la historia, y comprendiendo retroactivamente. Pero con la afirmación: “Wo Es war, soll Ich werden” Freud sitúa en un solo movimiento la especificidad del discurso analítico y la posición del analista. Viene a decir que el discurso del psicoanálisis no es un programa epistemológico sino una exigencia ética que debe llevar al sujeto a colocarse en otro lugar en su propio discurso. Viene a decir “que el efecto del hombre sobre el hombre no es técnico sino discursivo”. (C. Vígano)

Luego no se trataría de una oposición entre psicoterapia y psicoanálisis sino de una dificultad lógica intrínseca que opondría la posición de la

escucha en uno y otro, junto con la inexorable entrada de una y otra palabra en un problema político, su servidumbre al Estado y a la lógica del poder.

La técnica, el programa, el domeñar el sentido, implica una posición que resumiría así: el saber tiene la razón porque dice la verdad. De aquí solo un paso a la transferencia imaginaria en una relación de dominación ejercida por la imagen del otro sobre el yo del sujeto.

Nuevo punto de cruce. El analista en lugar de Amo. En éste sentido, en el de la sugestión el psicoanálisis es una psicoterapia, es decir terapia por identificación. Luego el problema nuevamente cae del lado del analista: llevar al sujeto a corto circuitar la identificación y abrir el camino al deseo. Ya que “Lo que es terapéutico en la operación analítica es el deseo... Contra la angustia, es el remedio más seguro”. (Miller).

Ahora bien, la posición del analista es la que rechaza el lugar de Amo, el que rehusa el poder de la transferencia para ponerlo en su sitio: el poder de transformación creadora del paciente a partir de las mismas palabras con las que se ha constituido.

El amor especular entre saber y verdad se fractura a partir de Freud. Va más allá del concepto de modelo, de la valoración del uso de una técnica.

Freud ya sabía que el amor entre saber y verdad, no era cosa de 2, sino un asunto de 3. La palabra “inconsciente”, es el lugar del 3º que viene a introducir que la verdad se resiste al saber y que cuando se dice se dice a medias. Porque la verdad del inconsciente no entiende de manuales, ni de una ideología de la prevención, ya que si apuesta por un ser sujetado al lenguaje, ese es un ser sintomático.

Estoy diciendo con esto que cualquiera que sea el nombre con que un consultante bautiza a lo que hace en una sesión: entrevista, terapia, análisis, clase, psicoterapia... será la posición que opera en la escucha la que marque el destino de ese encuentro.



Cuando yo digo: “soy psicoterapeuta”, digo una verdad, pero una verdad de diccionario, psicoterapia: “método de tratamiento de los desórdenes psíquicos o corporales que utilice medios psicológicos, y de manera más precisa, la relación del terapeuta con el enfermo...en éste sentido el psicoanálisis es una forma de psicoterapia”. (Laplanche–Pontalis, 1977) Es decir es definido como “un método psicoterapéutico”.

Pero ésta no es toda mi verdad, pues mi posición en la escucha tiene como norte la causalidad psíquica y averiguar cómo operar sobre ella. Cuando mi deseo de ser analista es más poderoso que el deseo de ser el Amo, cuando me pregunto junto con Lorca: “¿Dónde está el duende?”... es porque lo enigmático del deseo me ha ganado la partida.



BIBLIOGRAFÍA

- J. Allouch: *Revisitando el estadio del espejo* en “El sexo del Amo”.
- J. Alemán–S. Larriera: *Filosofía del límite e inconsciente. Conversación con Eugenio Triás*. Editorial Síntesis. 2004.
- G. Bateson: *Forma, sustancia y diferencia* trabajo publicado en su libro, “Pasos hacia una ecología de la mente”. Ediciones LOHLE–LUMEN, 1998.
- J. Dor: *Estructuras clínicas y psicoanálisis*. Amorrortu Editores, 1991.
- S. Freud: *El porvenir de una ilusión*. (1927). Amorrortu Editores, 1996.
- S. Freud: *El malestar en la cultura*. (1929/30). Amorrortu Editores, 1996.
- S. Freud: *La moral sexual “cultural” y la nerviosidad moderna*. (1908). Amorrortu Editores, 1996.
- R. Chemama y B. Vanderersch: *Diccionario del Psicoanálisis*. Amorrortu Editores. 2004.
- García Lorca: *Conferencias. Obras Completas*. Tomo III. Edición de Miguel García Posada. Galaxia Gutemberg–Círculo de lectores. 1997.
- J. Lacan: *Seminario VII. La ética del psicoanálisis*. Editorial Paidós.
- J. Lacan: *Seminario XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Editorial Paidós, 1987.
- Laín Entralgo: Prólogo para el “*Diccionario enciclopédico*”. Durbán, Ediciones. 1981.
- Laplanche–Pontalis: *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor. 1977.
- J.A. Miller: *Psicoterapia y psicoanálisis*.
C.Vigano: “La necesidad de la terapia y su límite”, artículos publicados en: *Clínica Psicoanalítica: “Psicoterapia–Psicoanálisis”*. Instituto del Campo Freudiano–Sección Clínica de Madrid.
- G. Pommier: *El amor al revés. Ensayo sobre la transferencia en psicoanálisis*. Amorrortu Editores. 1997.
- M.C. Rodríguez–Rendo: “El revés de la violencia” artículo publicado en la revista del INJUVE.
- M.C. Rodríguez–Rendo: *Lo narrativo y lo mítico en la transferencia analítica*. Conferencia pronunciada en Ápice–Madrid 2002.
- M.C. Rodríguez–Rendo: “Viaje analítico” publicado en el n° 29 de *Diván El Terrible* (2005).
- V. Korman: *El oficio del analista*. Editorial Paidós. 1996.
- P. Virilio: *El cibermundo, la política de lo peor*. Ediciones Cátedra. 1999.
- R. Zygouris: *O vínculo inédito*. Editora Escuta. Colección Ensayos: Psicanálise. Brasil 2003.



Saber leer, aprender a leer*

Hebe Tizio**

La preocupación existente alrededor del tema de la lectura es una constante en los medios educativos: se lee cada vez menos, cómo hacer para que los niños y jóvenes amen la lectura... Cuando es difícil sostener una interrogación se precipitan las sentencias catastrofistas que en realidad sirven para tapar ese agujero que nos cuestiona. Por eso es prudente mantener la cuestión abierta: ¿Se lee menos o se lee diferente?



El proceso de transformación del ser viviente en un ser hablante, su socialización, sienta las bases de la lectura. Vivir en el mundo es vivir leyendo, desde el campesino analfabeto que lee en el cielo los signos de las nieves y las tormentas futuras hasta el que lee en un rasgo del otro su condición de amor o busca en el poema los giros de las letras que siempre dicen otra cosa. Sin embargo, no todas las lecturas son iguales.

Desde un punto de vista general toda lectura es interpretación aunque hay la lectura del lado del sentido que se otorga a las líneas del texto —porque el lector rescribe, tiene la capacidad de decidir sobre el sentido—, y la lectura del inconsciente como intérprete. El inconsciente intérprete es un aparato de lectura que interpreta la realidad siempre de la misma manera, de allí el dicho “las cosas son según el cristal de las gafas con las que se mira”. Podríamos decir que ese aparato de

interpretar colorea los cristales de las gafas.

El inconsciente implica la suposición de un sujeto que sabe leer y que puede aprender a leer porque se parte de la afirmación de que hay escritura en el inconsciente.

El ser viviente nace a un mundo donde el significante introduce su marca y esa marca primera es productora de goce. Esto configura la estructura de la repetición que es así búsqueda de un goce particular a cada sujeto. La repetición se lee pero hay allí una zona de irrepresentabilidad, por eso es una lectura sin sujeto.

En todo caso el efecto de esa lectura es el sujeto. Se trata de un saber leer distinto del que da el sentido de la cadena significativa, es una pura pragmática de la satisfacción. En este sentido leer no implica comprender.



Para Freud esta primera interpretación remitía a un juicio donde lo rechazado era la base del aparato psíquico. Es un juicio que se realiza con el cuerpo, con la boca, lo que gusta se acepta, lo que no se rechaza. El sujeto pasa a ser así una respuesta porque lo que le da un “ser” queda fijado a partir de una interpretación.

El “ser” del sujeto es un libro muy particular. En el “Apocalipsis” la voz le dice a Juan que tome el libro abierto de la mano del ángel

* Conferencia en la Universidad de Deusto. Bilbao. 14 de octubre de 2005

** Profesora de la Universidad de Barcelona. Doctora en Psicología por la Universidad de Barcelona. D.E.A. du Champ Freudien, Universidad de París VIII. Responsable de Docencia en la Sección Clínica de Barcelona – ICF. Es también A.M.E. de la Escuela Lacania de Psicoanálisis y Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Coordinadora del libro “Reinventar el vínculo educativo”, Gedisa, 2003.



quien sentencia: “Toma y cómelo, y amargará tu vientre, más en tu boca será dulce como la miel”. Se trata del libro profético y no se sabe lo que dará cuando el apóstol salga a predicar... ¿Qué es ese libro? El argumento de la letra que vela con una significación fantasmática particular el modo de goce del sujeto.

El niño debe descubrir que no es un libro abierto para el Otro, cosa que a veces el adulto explota cuando le dice: “mírame a los ojos que me dará cuenta si dices la verdad”. Por eso hay un momento donde el niño cuenta mentiras al adulto para comprobar, con júbilo, que puede engañarlo lo quiere decir, entonces, que no es omnipotente. Claro que tampoco nadie es un libro abierto para sí mismo. La introspección encuentra un límite por eso muchas veces para saber de sí se tiene que pasar por el Otro como lo demuestra el psicoanálisis. Es un saber leer que se reduce a un gozar sin saber de allí que el analizante deba aprender a leerlo bajo transferencia.

Alrededor de la marca se organiza un mundo. Los primeros aprendizajes dan elementos para envolverla ya que la necesidad debe someterse al lenguaje para ser satisfecha. Hay saber en el Otro y debe aprenderse y esto permite que se anuden los registros que dan existencia a la realidad psíquica.

Decíamos que hay escritura en el inconsciente. Freud deletrea el inconsciente como un saber perfectamente articulado del que ningún sujeto es responsable. Cuando el sujeto tropieza con ese saber inesperado, cuando lo puede leer por el trabajo analítico, aparecen efectos de sorpresa.

La interpretación de los sueños señala la creencia en que el inconsciente es un texto, es algo que se hace y retroactivamente se interpreta. La idea del inconsciente como texto es tan antigua como la Humanidad, basta recordar la interpretación del sueño del Faraón que recoge la Biblia.

En el inconsciente la marca conductora de goce define la legibilidad. Legible quiere decir que permite introducir relaciones constantes.

Lo legible es lo que se descifra pero el goce no tiene verdad a descifrar por lo tanto es un saber leer inconsciente que se reduce a un saber hacer con el goce.



Para realizar el aprendizaje de la lectura hay que tocar el sin-sentido por eso Lacan¹ recomienda *Alicia en el país de las maravillas* como libro introductorio para trabajar con niños por el juego del sin sentido.

Violeta Núñez² decía que el niño para aprender a leer deberá disponerse a atravesar una barrera, que por un lado aboca al sinsentido radical de la m con la a, ma, y por otro, le da acceso a la posibilidad de encontrar una significación propia, una particular combinatoria para anudarse a un mundo nuevo.

La lectura tiene efectos incalculables porque existe la interpretación íntima del sujeto que fija algo, que recorta un mundo posible pero el agente de la educación no puede anticipar que será. No se puede evaluar el efecto en sus repercusiones futuras. Leer puede dar elementos para encontrar un camino, una salida a la particularidad de cada uno.

Jacques Le Goff, el célebre medievalista francés, encontró su sueño leyendo *Ivanhoe*. Jane Goodall, premio Príncipe de Asturias de Investigación encontró su futuro leyendo a Tarzán, era su sueño y efectivamente se transformó en Jane de los monos. Sin embargo, no todos los que lo han leído han seguido ese camino. Sin duda que cada producción tiene unos valores y mucho se podría decir de Tarzán para algunos el primer ecologista, para otros la nostalgia colonial de hacer de un blanco, que además era un Lord inglés, el rey de la selva. Pero, el valor último lo dará el lector; con esto quiero señalar que no hay una relación directa, una correspondencia punto por punto, entre los valores de una producción y los que recepta el lector.

En última instancia, la educación es un intento de ayudar a que cada uno pueda hallar



recursos para hacer con su modo de satisfacción algo que le permita circular socialmente. Lo que implica también que ayuda a velar, a regular, la relación con el mal que habita en cada uno.

Así una cosa es el soporte de la letra en el inconsciente y otra en la cultura. Cuando se dice que cada vez se lee menos hay que pensar si esto es así o si se lee de manera diferente y por otro lado, si las diferentes formas de lectura en lo social influyen en la forma de leer el inconsciente.

Hay lenguaje, palabra, saber, la lectura es posterior. La letra es efecto de discurso y hay que recordar que surgió del mercado. Efectivamente, los registros de cuentas no podían mantenerse oralmente y es a partir de este problema que nace la escritura. Las milenarias tablillas de Uruk guardan las listas de sacos de granos y otros bienes. El soporte, en este caso, las tablillas de arcilla, es el producto de un discurso concreto. Esto permite ver que los distintos tipos de lectura están siempre relacionados con la tecnología y el mercado. Las verdaderas revoluciones, las que tienen la capacidad de cambiar los parámetros del mundo, son tecnológicas y por tanto, son revoluciones de mercado que organizan el horizonte de época.

La revolución Internet ha cambiado, por ejemplo, las coordenadas temporo-espaciales. Del tiempo de la sucesión se ha pasado al de la simultaneidad, de la ubicación espacial a la deslocalización.

Las producciones culturales alimentan el circuito pulsional, esos vínculos con la cultura despiertan el deseo y ayudan a interpelar lo imposible.

Lo políticamente correcto aplasta muchas veces esas posibilidades de la cultura.

Veamos un pequeño ejemplo de una película argentina, *El oso rojo*. Una niña se reencuentra con su padre al que no conocía porque estuvo muchos años en prisión por un crimen. La niña le pregunta si ha matado y el padre le

dice que no porque eso está mal. La niña tiene un síntoma, una dificultad con la lectura. El padre le regala un libro, *Cuentos de la selva* de Horacio Quiroga. Leyendo un cuento de violencia y dolor, "Las medias de los flamencos", la niña encuentra alivio para su síntoma. Es la forma que encuentran el padre y ella de hacer algo con la cara oscura.

La lectura es un campo de posibles... permite encuentros. ¿Qué encuentra cada uno? No se sabe... Podemos recordar lo que encuentra la pequeña costurera china leyendo a Balzac!!! "...Balzac le había hecho comprender algo: la belleza de una mujer es un tesoro que no tiene precio". Y esto le abrió la puerta para hacer su camino. Claro que no todos encuentran lo mismo...



Frente al tema del mal hay dos concepciones, que podemos ejemplificar en Rousseau y Freud. La primera dibuja la idea de que el mal es un producto social, el sujeto sería bueno por naturaleza y la sociedad lo corrompería. La segunda, señala que el mal habita en cada uno, son las apetencias pulsionales, y la cultura intentaría regularlas.

La función pacificadora de la educación se realiza por la vía de la cultura que separa al sujeto de su rivalidad con el prójimo porque lo interesa en otra cosa. El tema del mal se puede tratar de forma maniquea o mostrar la división de los personajes que tienen dificultades, errores y que rectifican y se transforman. El mal se interpela con los semblantes de época que pueden brindar la posibilidad de tomar distancia de una realidad, interna o externa, que agobia y hacer algo con ello.

Cualquier agente de la educación que esté bien orientado encontrará en cada momento el uso específico que puede hacer de la lectura. Lo importante es que no descuide la función educativa porque su capacidad pacificadora ayuda a evitar la violencia. Tampoco



hay que confundir moralización con educación. La educación apunta a despertar el deseo para que el sujeto de su consentimiento a la oferta educativa y esto sólo se logra por la vía del interés. La moralización es violencia disimulada tras el argumento de ejercerla por el bien del otro. Esta presión, tributaria de un exceso —“no querías sopa? ¡Toma dos platos!”—, genera una transferencia negativa, mucho más en este momento donde no funcionan las figuras de autoridad tradicionales.

Los contenidos culturales no son solamente para el alumno sino que son también para mantener interesado al maestro porque sólo así podrá causar el interés de los niños. No se trata entonces de demonizar la violencia regulada por la producción artística sino de dar elementos a los alumnos para que sepan leer los mundos posibles.

Sin embargo, el problema que se plantea es el reciclaje de los profesionales. Los cambios de la hipermodernidad han dejado una cierta desorientación. Podemos decir que el mercado define los soportes de la lectura por los objetos que ofrece, de hecho siempre se lee sobre el objeto porque eso es el soporte: objeto tablilla de arcilla, objeto libro, objeto pantalla... Esos soportes se inscriben en una realidad discursiva, el cambio que promueve la revolución burguesa, Internet, etc.

Es el mercado —*vía mangas, animes, play station* y navegaciones varias—, y no la escuela quien ha enseñado a los niños de nuestra cultura a leer de derecha a izquierda, a leer páginas estalladas y pantallas que requieren una rápida lectura fragmentaria. ¿O acaso los mensajes de móviles no han introducido una nueva escritura y por tanto una nueva lectura donde el sujeto es más activo porque lee sin vocales?

Si los adultos no entran, de alguna manera, en estos procesos se transforman en analfabetos de las nuevas lecturas y concluyen que son los otros los que no leen y pierden el tiempo. No es que se lea menos sino que se lee de manera diferente porque es una lectura adaptada a las nuevas propuestas del mercado y sus objetos. Esto no quiere decir

que se deba dejar a los niños sin orientación a merced de un mercado que los puede alienar por el tipo de oferta que realiza centrada en el poder captante de la imagen. Simplemente se trata de realizar la tarea educativa que de fondo siempre ha sido dar los recursos para hacer al sujeto actual a su época. También hay que recordar que las distintas modalidades de lectura no son excluyentes si bien hay que saber registrar los efectos de los cambios.



La lectura toca el cuerpo. La letra escrita y leída agrega a la palabra el espacio, la mirada y la voz. La letra fija e incluye un vacío así el texto es un tejido, se teje la trama tela que sostiene al sujeto como es el texto el que lleva al escritor.

La relación de la letra con el cuerpo también se ha expresado en los castigos corporales. Como forma de escribir en él lo que se quiere grabar, basta recordar “la letra con sangre entra”.

Podemos decir que cada soporte de lectura, que cada objeto, compromete el cuerpo de una manera diferente. La lectura memorística del texto sagrado en las madrazas implica el movimiento de balanceo. La lectura razonada en la linealidad del libro necesita no sólo la inmovilidad sino también los signos de puntuación que introducen una regulación de la voz, la mirada y la relación al Otro. Para que eso fuera posible introducía los cortes necesarios para la “actividad física”. La lectura de la imagen y de los signos que acompañan los videojuegos es una lectura fragmentada tributaria de un tiempo muy rápido que da al cuerpo una tensa excitación.

La hiperactividad de hoy, lejos de ser medicada de forma estándar y no digo que no haya casos que no lo necesiten, responde a la aceleración de los tiempos cotidianos y al modo en que los soportes actuales capturan a los sujetos frente a la abstención de las funciones del adulto. Las horas de sueño que necesitan los niños no se cumplen, tienen una alimentación de capricho, no hay intervalo para la “actividad física” y una voracidad consumista que es en realidad la voracidad de un mercado que se los come con su publicidad.



Desde que se introducen las máquinas en el mundo los tiempos comienzan a acelerarse, ya Freud hablaba de la “nerviosidad moderna”¹ citando a autores de finales del XIX. Sin embargo no es lo mismo la aceleración moderna que la hipermoderna por los cambios que, como ya se ha señalado, introduce la revolución Internet. Así se puede ver como se pasa de “una cosa por vez” a “varias cosas a la vez”, de la sucesión a la simultaneidad. Los niños de hoy lo saben: escuchar música, tener la pantalla abierta, enviar mensajes, hacer deberes... Es el sujeto el que confecciona su propio menú como en el *zapping*.

Ya no se trata del saber que hay que profundizar sino de un saber que se encuentra en la red, un saber que no necesita de la autoridad de la enunciación sino que lo alberga un buscador, se “googlea” como dicen los estudiantes de la universidad. Un saber que no exige de la memoria porque está siempre en la memoria del Otro y solo hay que conectarse y cuando no es necesario se desconecta. Un buscador que extrae de miles de fuentes cosa que sería imposible para el mejor investigador y lo hace al instante. Se trata de una pragmática operativa a ultranza sólo posible porque hay el dispositivo que lo permite.

Como ya se ha señalado, el soporte es producto de la tecnología dominante. El mercado, desde la antigüedad a nuestros días, ha determinado el tipo de lectura. Esto hoy es más visible porque es la misma tecnología la que orienta directamente nuestras vidas y hace que una parte importante del aprendizaje se realice sin el maestro. La hipermodernidad es la caída de ciertos ideales que daban la ilusión de que existía un garante que a mayor trabajo y renuncia pulsional daba más premios y oportunidades. La caída de la ilusión de un estado garante del bienestar, las

regulaciones legales del mercado que muestra ahora toda su voracidad en eso que se llama capitalismo salvaje, la pérdida de las figuras a las que se les suponía una autoridad (capellán, maestro, médico...), la crisis de una sociedad patriarcal...ponen en primer plano, sin velos, la dominancia del objeto. Por supuesto que no se trata de plantear retornos nostálgicos que siempre son autoritarios sino de nuevas definiciones que sólo podrán surgir del análisis de la situación actual.

Por eso el problema no son los niños y jóvenes sino los adultos que van quedando cada vez fuera del proceso y entonces se desautorizan a sí mismos. Si se pierde la función mediadora del adulto entre el mercado y la exigencia pulsional del niño sólo queda la judicialización cada vez mayor de las infancias y las adolescencias de hoy.

Los efectos de este momento también se hacen sentir en la subjetividad, los adultos también estamos tocados por el *zapping*, por la lógica de la fragmentación que se expresa en “enchufes y desenchufes”, dicho en otros términos, nos olvidamos de todo lo que no sea lo del momento porque hay una pérdida de antecedentes y consecuentes que es lo que pone en juego la cadena significante. ¿Cómo afecta esto la relación con el inconsciente? Tal vez se funciona más en concordancia con su producto, el objeto y hay menos necesidad de otorgar grandes sentido, no se hacen ya grandes relatos.

Esto da gran importancia al síntoma porque es la forma que tiene cada sujeto de hacer con la marca y previene de las catástrofes subjetivas que pueden aparecer si se lo ataca, como sucede cada vez con más fuerza. No se trata de erradicar el síntoma sino de hacer el buen síntoma más operativo en tanto es la forma de hacer con el goce, de regularlo.



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lacan, J. Seminario El deseo y su interpretación (inédito) 21.1.59. París.
- 2 Núñez, V. Conferencia en el VI Stage organizado por el Grupo de Investigación sobre Psicoanálisis y - Pedagogía “Lo incalculable de la educación”. Barcelona, 2002.
- 3 Sijie, D. Balzac y la costurera china. Salamandra. 2001.
- 4 Freud, S. “La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna”. En Obras Completas. Ed. Amorrortu, Buenos Aires. 1992. TVIII.



Sobre algunas disciplinas fundamentales para la Psicopatología General¹

Ramón Esteban Arnáiz

El objeto de la Psicopatología es la investigación y explicación de las manifestaciones del malestar psíquico. El foco principal de esta disciplina se centra sobre el pathos subjetivo y sus modalidades particulares, pero sus fronteras se extienden hasta los contornos de ese otro ámbito determinado por algunas enfermedades del organismo de las que se ocupa la Medicina. Desde el siglo XIX la Psicopatología trata de consolidar su estatuto como ciencia natural, pero se podría aventurar que la propia etimología del neologismo 'Psicopatología' resulta a su vez sospechosa de no haber sido capaz de librarse de un indeseable dualismo y de incurrir en redundancia o circularidad: *pathos* alude tanto a 'pasión' («movimiento del alma») como a 'sufrimiento', sea éste de la *psijé*, sea enfermedad corporal. Además, por insuficiencias del lenguaje, el término 'Psicopatología' tiene dos significados: uno extenso, el señalado líneas arriba, más o menos equivalente en Medicina somática a la suma de la Patología General más la Patología Médica, y otro más restringido, el estudio de los mecanismos psíquicos propios de los trastornos mentales, algo así como lo que supone la Fisiopatología para la Medicina.

Componentes

La Psicopatología debe conjugar la escucha y la observación de las manifestaciones morbosas con una teoría capaz de poder explicarlas, tanto en su dimensión particular (caso por caso) como general (estructuras clínicas). De este modo, se relacionan con la Psicopatología

General tanto los estudios semiológicos (estudio de los síntomas y signos morbosos observables) como los patogénicos (mecanismos del «enfermar» y reacciones ante la «enfermedad») y los etiológicos (causas y desencadenantes de la «enfermedad»), así como los nosológicos (definición y delimitación de las «enfermedades»), los nosográficos (descripción de los trastornos o estructuras psicopatológicas) y los nosotáxicos (su clasificación). Dichos enfoques dan lugar a las correspondientes disciplinas fundamentales de la Psicopatología. Además, el enfoque histórico no debe faltar.

Aplicaciones

Alrededor de la Psicopatología confluyen actualmente al menos tres ámbitos del saber y las respectivas prácticas que de ellos se derivan: la Psicología clínica, el Psicoanálisis y la Psiquiatría. Lamentablemente, una versión empobrecida de la Psicopatología ha ido asentándose en estos últimos años entre muchos especialistas, reduciéndola a una idea a su vez errónea de la Semiología, esto es, a la descripción de un listado de signos patológicos que sirvan al clínico para establecer un diagnóstico exclusiva y engañosamente determinante de la prescripción farmacológica. Esta orientación no sólo se empeña en erradicar toda brizna de subjetividad (del clínico y, lo que es peor, del paciente) sino que defiende soslayar cualquier tipo de reflexión teórica, acogiendo a una presunta objetividad clínica que en realidad está impregnada por lo menos riguroso del modelo organicista de la mente.

¹ Conferencia–coloquio en Proyecto Hombre, Burgos, 18 de mayo de 2005.



Aproximación histórica

Los primeros desarrollos descriptivos y teóricos de la Psicopatología se remontan a la Antigüedad, tal como atestiguan los textos médicos, filosóficos y literarios, pero hasta finales del siglo XIX no comenzó a perfilarse la autonomía de esta rama del saber. En esos años el término en cuestión comenzó a ser empleado con una acepción próxima a la actual, si bien bastante subsumida aún en la Psiquiatría dominante en aquella época (por ejemplo, H. Emminghaus publicó en 1878 la *Psicopatología general para la introducción al estudio de los trastornos mentales*, y R. von Krafft-Ebing tituló una de sus obras editada en 1892 *Tratado de Psicopatología jurídica*). También a finales del siglo XIX empezó a alentarse el estudio de la Psicopatología desde el punto de vista de la incipiente Psicología.

Faltando al rigor histórico y doctrinal se ha afirmado en múltiples ocasiones que la Psicopatología en sentido estricto fue fundada por Karl Jaspers en su obra *Allgemeine Psychopathologie (Psicopatología General, 1913)*. Pero la versión que desarrolla el mencionado autor resulta parcial a nuestro entender: «El objeto de la Psicopatología es el acontecer psíquico realmente consciente. (...) Los procesos extracóscios, en cambio, cuando no son procesos corporales que podamos percibir, no se pueden demostrar nunca». Una afirmación de estas características abandona, lamentablemente, el ámbito más propio de la subjetividad, ése que desde Freud llamamos el Inconsciente.

Optamos pues por un enfoque no reduccionista que no soslaye el estudio del determinismo inconsciente de los fenómenos descritos tradicionalmente por la Psicopatología, de su causalidad psíquica, sus mecanismos patogénicos específicos y la particular conformación clínica que el sujeto imprime a su malestar. Este enfoque no debe ser confundido con el eclecticismo de algunos autores, los cuales barajan una mezcla de explicaciones para cada tipo de

problema con el que se topan pero en realidad se abstienen de darles ninguna.

* * * * *

Me centraré en cuatro componentes (o auxiliares) de la Psicopatología General:

- La Semiología Clínica
- La Nosología y la Nosografía tomadas una frente a otra
- El enfoque histórico (la Historia)

SEMIOLOGÍA CLÍNICA

El objeto de la Semiología clínica es el estudio de los síntomas y signos que se advierten en los trastornos mentales, es decir, busca un conocimiento descriptivo de las alteraciones psicopatológicas manifiestas que pueden apprehenderse mediante la observación y la escucha de los pacientes. A propósito del valor atribuido a la Semiología clínica se erigen dos posiciones contrarias: mientras la Psicopatología psiquiátrica tradicional tiende a conferirle un valor casi absoluto en materia de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, la Psicopatología psicoanalítica relativiza su trascendencia y la considera únicamente orientativa aunque necesaria, especialmente en todo lo relativo a los fenómenos elementales de la psicosis. Una tal discrepancia se asienta, naturalmente, en que aceptar la existencia de lo inconsciente, en el caso del Psicoanálisis, amplía el terreno de la Semiología y exige una técnica distinta para la apprehensión de esos otros signos.

Los autores clásicos (Gall, Séglas, Chaslin, Sérieux y Capgras, Clérambault, Griesinger, Kahlbaum, Kraepelin, Bleuler, Jaspers y un largo etcétera) se inspiraron en la «Psicología de las facultades» emanada de Thomas Reid (1710–1796), Dugald Stewart (1725–1828) y la «Escuela escocesa del sentido común». La «Psicología de las Facultades», que tanta influencia ejerció en la consolidación de la Psicopatología del siglo XIX, dividió los fenómenos mentales en tres grandes esferas presuntamente independientes: la



de las emociones, la de la razón y la de la voluntad. Según la Psicopatología inspirada en dicha escuela, la enfermedad mental consistiría en la alteración de una o varias de tales esferas. Esta sistematización pronto fue objeto de serias críticas, pero su clasificación de las funciones mentales se siguió empleando con algunas modificaciones, al menos *more didáctico*, a falta de un criterio mejor.

Sin embargo, salvo honrosas excepciones, a partir de 1920 esos apartados semiológicos no sólo disminuyeron en extensión sino que se devaluó su interés, hasta ser reducidos con demasiada frecuencia a consideraciones más bien marginales debido a su dispersión, su deficiente estructuración y su monótona redundancia. Pues, prescindiendo ya de las agudas descripciones de los fundadores, los tratados y las monografías no solían contener sino lo que sería después repetido a lo largo de la obra como un listado de signos al tratar de cada descripción clínica, como puede apreciarse en las sucesivas ediciones del *Tratado* de Bumke o el de Reichardt, autores que describían los síntomas según grupos diagnósticos, pareciendo confundir el concepto de Semiología —y su actitud de observación, fino análisis y reflexión diagnóstica— con el de una apresurada Nosología cuando no con el de una monomaniaca Nosotaxia.

No es raro pues que muchos de los recientes tratados de Psiquiatría prescindan hoy completamente del capítulo «Semiología», pero sí resulta llamativo que lo hagan en proporción directa a la medicalización con que abordan la patología mental: organizan sus páginas mediante etiquetas diagnósticas y ofrecen una Semiología desvirtuada y tramposa —posterior al diagnóstico— amparándose, por ejemplo, en la afirmación de no poder escribir acerca de la alucinación fuera del marco de referencia de determinada especie morbosa.

La Semiología no consiste en considerar los signos como meras entradas de un catálogo,

sino percibir y estudiar su naturaleza de rasgos diferenciales («oír voces» frente a «no oírlas», igual que en Medicina se contrasta la matidez pulmonar de la pulmonía frente a sonido claro de la normalidad). El conjunto de signos que presenta un paciente concreto se configuran como una *Gestalt* que remite a otro saber nosotáxico o nosológico, un conjunto coherente que obedece a leyes estructuralistas y sobre todo a aquella de que si cambiamos algunos, incluso uno sólo de los elementos del conjunto, cada elemento adquiere distinto valor y su conjunto tendrá otro significado. Por ejemplo, la lectura de la esquizofrenia centrada sobre el signo del autismo, hecha por Bleuler, conllevó un «desclasamiento» de los delirios y alucinaciones a síntomas secundarios, al revés de lo que habían supuesto para el diagnóstico en Kraepelin o en Morel.

Además, la Semiología clínica sigue necesariamente presente en la enseñanza que los jóvenes psiquiatras y psicólogos clínicos demandan en su período de formación, la cual suelen recibir de sus mentores mediante transmisión oral, perviviendo incólume al paso del tiempo y revelándose insustituible e imprescindible para su formación. Tal demanda y tal enseñanza no nos parecen ajenas a ese movimiento actual cuya piedra armilar lleva grabado el lema «Retorno a la clínica» —según expresión de Tribolet y Shahidi en *Précis de sémiologie des troubles psychiques* (2000)— y que parece dar la razón a la sentencia dictada por Chaslin en sus *Éléments de sémiologie et de clinique mentales* (1912): «Podemos estar tranquilos: las teorías mal asentadas pasan, la clínica permanece».

Síntoma, signo y síndrome

El éxito del Estructuralismo durante los dos últimos tercios del siglo XX consagró a la Semiología General como un «género» definido por el estudio de la relación entre el signo y la cosa significada, compuesto por «especies» que se diferencian por distintos rasgos característicos y en particular según tal relación parezca



fundada sobre una convención arbitraria, como ocurre con la lingüística, o sobre una causalidad natural, caso de la Semiología Médica, rama más antigua a la vez que predecesora del tronco de la moderna Semiología General.

La Semiología Médica (o Semiología Clínica) estudia pues los síntomas y signos de las enfermedades, y como expresión significativa pertenece además a un campo semántico compartido con 'síntoma', 'signo' y 'síndrome'.

'Síntoma', del griego *simptomá*, 'coincidir', procede del área semántica del verbo *to pipto*, 'llegar', 'caer', que dio *simptomá* con un significado inicial de 'suceso', 'acontecimiento', 'lo que ocurre'. Siempre ha tenido un matiz de subjetividad incluso fuera del ámbito médico: en la Lingüística actual, 'síntoma' se utiliza a veces como sinónimo de una de las funciones del lenguaje que Bühler, en 1918, denominó *Kundgabe* o función «expresiva», esto es, la que permite al hablante expresar su estado psíquico. Síntoma es lo que cuenta el enfermo de su malestar, "lo que le ocurre a alguien".

'Signo'. La raíz griega *sema*, 'huella', 'señal', y el verbo *semaino*, 'dejar huellas', 'señalar', produjeron *semeion*, 'señal' o 'signo', la cual emparentará con la latina *signum* que, además de 'huella' (*lupi signa*), admite los significados de 'presagio' (*Deus signum dat*), 'sello' o 'marca' y 'contraseña'. En un latín algo más tardío, *signum* adquiere un significado médico equivalente a 'síntoma' (*morbi signa*, 'señales de una enfermedad').

Una de las definiciones de 'signo' más habitualmente citadas en Semiología General es aquella que propuso el filósofo norteamericano Charles S. Peirce: «algo que bajo cierto aspecto o de algún modo representa alguna cosa para alguien». Y ciertamente, en el terreno de la Semiología clínica esta definición se adecua perfectamente a sus objetivos y fines, pues el clínico capta en el paciente ciertas señales o signos que para él representan algo en el ámbito de la patología mental. Naturalmente, el

psicoanalista debe dar ahí al menos un paso más al considerar que «el síntoma es un nudo de signos».

'Síndrome' (*sin-dromé*, 'pasar con', 'ocurrir a la vez'), significaba originalmente 'coincidencia' o 'conurrencia'. Su significado médico denota la constatación de que los síntomas y los signos, sea cual sea su relación patogénica con las enfermedades, ni se agrupan al azar ni sus combinaciones son infinitas (como ocurriría si sólo obedeciesen a las leyes matemáticas de la combinatoria), de modo que en la clínica sólo aparecen algunas de ellas. Es éste un fenómeno similar al que ocurre dentro de una lengua dada con la relación de las letras dentro de una palabra o de las palabras dentro de la frase: debido a limitaciones puramente sintácticas, muchas cadenas de palabras combinatoriamente posibles —al margen de su sentido— no aparecerán jamás, mientras otras serán muy frecuentes. Un síndrome es un conjunto de síntomas y signos que siempre aparecen juntos y manifiestan un trastorno reconocible, pudiendo formar parte de una o varias enfermedades diferentes (palidez, cansancio, taquicardia y cifra baja de hematies conforman el «síndrome anémico» presente en todas las anemias, sean del tipo y causa que fueren; el síndrome depresivo o el confusional aparecen en diversas situaciones clínicas y se incluyen en distintos diagnósticos nosológicos, etcétera). En Medicina, un síndrome es la manifestación de uno o varios mecanismos fisiopatológicos concretos entre los muchos que pueden estar presentes en una enfermedad. Empero y por más que se haya intentado, la Psicopatología no se somete a las leyes que fundan el discurso médico sobre las enfermedades, razón por la cual han sido muchas y notables las dificultades de importar el modelo médico al ámbito mental. Este hecho ha venido motivando el que algunos psiquiatras de orientación neurobiológica —como Dupré, Guiraud o Porot— hayan preferido manejarse en la práctica con los «síndromes» dada la imposibilidad de establecer una Nosología coherente, «tentación ambiciosa y estéril siem-

pre, sobre todo en Psiquiatría», como recuerda A. Porot en su *Manuel alphabétique de Psychiatrie*. Independientemente de la orientación del clínico, no resulta inapropiado convenir que el conocimiento psiquiátrico acerca de la mayoría de los trastornos mentales está, hoy por hoy, más cercano al concepto de síndrome que al sentido fuerte —anatomoclínico y fisiopatológico— que la expresión «entidad nosológica» tiene en Medicina.

‘Síntoma’ frente a ‘signo’

Conviene repetir y detenerse en que tradicionalmente la Medicina ha distinguido entre síntomas y signos. El síntoma es aquello que el paciente dice acerca de su malestar, de ‘lo que le ocurre’; es pues una manifestación subjetiva y no siempre es observable por el interlocutor (dolor, sensación de cansancio, sentirse angustiado). Todo cuanto el paciente relata como síntoma es siempre vivido por él como patológico, si bien puede haber aspectos de su relato que no conciba relacionados con la enfermedad (consumo excesivo habitual de alcohol sin embriaguez, ser influido por los marcianos), o incluso dichos aspectos pueden extenderse a la totalidad de su discurso —lo cual es frecuente en la clínica mental— cuando no se experimenta conciencia de enfermedad. Así, la connotación patológica estará determinada por una atribución del clínico, razón por la cual entraremos de lleno en el terreno de los signos. Éstos, por el contrario, carecen en Medicina de la subjetividad característica de los síntomas, pues son anomalías observadas por el médico, ya sea espontáneamente o mediante la exploración clínica y las pruebas auxiliares (cifra alta de colesterol, embotamiento afectivo, retraso psicocomotor).

Desde Laennec (1781–1826), los signos fueron concebidos como manifestaciones objetivas o físicas de un estado patológico. Para el *Dictionnaire de médecine* de Littré y Robin, «El signo es una conclusión que el espíritu extrae de los síntomas observados; el signo pertenece

más al juicio y los síntomas a los sentidos». Recogían así estos lexicógrafos la opinión de algunos médicos que, como Bouchet, pensaban que el valor de los síntomas residía en ser también «observados», no sólo en «lo que el paciente dice que le ocurre» sino en la apreciación crítica del síntoma después de ser analizado e interpretado por el médico. Síntomas y signos obligan al observador a hacer una reflexión basada en un saber previo: todos los elementos pertenecientes a la enfermedad y al organismo enfermo pueden así ser transformados en signos. El concepto de ‘signo’ implica, pues, un *quantum* de interpretación por parte del explorador, aunque sólo sea el mínimo de considerarlo relevante, significativo o patológico; a toda manifestación de enfermedad hay que unir una reflexión médica, basada en un saber previo, que le dé un significado, y si eso no es posible no habrá —de momento— síntoma ni signo pues tales fenómenos no serían relevantes al no serles «acordada» función significativa.

También la diferenciación entre síntomas y signos existe en Psicopatología, pero es más borrosa aún que en la clínica médica. Un paciente puede relatar sus delirios de persecución sin que su queja revista para él ninguna implicación patológica; las alucinaciones auditivas, sólo cognoscibles por el relato del paciente, son descritas como ‘signo’, etcétera.

Respecto a esta distinción, pues, se producen no pocas discrepancias doctrinales y hasta geolingüísticas. Así, la Medicina y la Psicopatología psiquiátrica en lengua española e inglesa siempre han mantenido esa diferenciación conceptual, al menos *more didáctico*. En cambio, en el alemán médico parece haber un predominio de das Symptom como término de uso, extensible a la Psiquiatría, probablemente por la escasez de alternativas de ese idioma. Los franceses más psicodinámicos, por su parte, gustan también de emplear generalmente ‘síntoma’, pero no dudan en utilizar ‘signo’ cuando su discurso se inspira en los constructos de la Semiología



general. Y por lo general los autores más biologicistas, sean de los países que fueren, manifiestan una fuerte querencia por el 'signo', subrayando con ello la noción de 'objetivación'.

Otro foco aún que favorece la confusión es el que proviene de las traducciones. En inglés y francés, *trouble* ('problema') significa en Medicina tanto 'síntoma' como 'signo', incluso 'trastorno', acepción ésta mucho más general e indefinida que también en ocasiones, al menos en su valor de uso, se hace equivalente de 'síndrome' o se amplía a 'enfermedad'.

De cualquier modo, y quizá sólo para consuelo de los fanáticos de un malentendido pragmatismo, las actuales clasificaciones psiquiátricas «de consenso» han arrasado tales disquisiciones y sutilezas clínicas: síntomas y signos son, en ellas, reducidas a *items* que la computadora o el algoritmo mental del consensuador irá amontonando hasta llenar el cesto de la correspondiente «categoría» diagnóstica.

LA RELACIÓN PARTICULAR ENTRE SEMIOLOGÍA Y PSICOPATOLOGÍA

Hay una diferencia de fondo entre la Semiología y la Psicopatología: la primera es intrínseca a la clínica e históricamente acumulativa, la segunda discontinua, extrínseca a la clínica y de ascendencia antropológica.

La tradición académica pretende que la Semiología es un conocimiento progresivo de las enfermedades mentales en relación directa con la Psicopatología, entendida a su vez como conocimiento progresivo de los mecanismos de producción de dichos trastornos, lo cual podría ser cierto —en los dos últimos siglos— para la Patología Médica pero no para la Psicopatología. Hay una sustancial heterogeneidad e independencia de la Semiología respecto a la Psicopatología, siendo la primera el único saber acumulativo y persistente en el tiempo, como lo demuestra la vigencia simultánea de los sig-

nos descritos por Hipócrates y por Clérambault. La Psicopatología es, por el contrario, un saber discontinuo, y puede ser considerada como el imaginario antropológico que la Medicina y la Psiquiatría toman prestado en cada época de las ideas vigentes (*Zeitgeist*), lo cual hace que la locura sea sucesivamente discrasia de los humores, alienación mental, degeneración o conflicto inconsciente. Este imaginario, a diferencia de la Semiología, es extrínseco a la clínica, no puede ser exclusivamente deducido de la observación del paciente, aunque es lo que fundamenta y legitima el quehacer terapéutico, el cual dimana de la elaboración diagnóstica que cada teoría psicopatológica hace con los signos recogidos por la Semiología Clínica.

NOSOLOGÍA versus NOSOGRAFÍA

Si queréis saber con precisión qué significan estas dos palabras no recurráis a los diccionarios al uso, bien sean de la lengua común o del lenguaje técnico. Revisadas recientemente dos docenas largas de estas obras, en ninguna aparecieron definidas con claridad, con límites nítidos y sin interdependencias ilegítimas, y mi sorpresa fue aún mayor pues tampoco encontré allí las claras acepciones que aprendí en mi época de estudiante y que desde entonces —con una cierta decantación posterior— venía empleando en mi discurrir. De ambas suele decirse en los diccionarios que son “el estudio y/o la clasificación de las enfermedades”, y no es así.

Los lexicógrafos son inocentes: ellos sólo recogen el uso que por escrito los técnicos hacemos de las jergas que inventamos, y los aparentes defectos de sus diccionarios son precisamente el indicador más estridente de los defectos de nuestra comprensión y utilización de aquéllas. Y a punto he estado de escribir pedantemente “los defectos de nuestro *logos*”, pues en verdad la dificultad se halla no solamente en los vocablos técnicos entendidos como signos lingüísticos sino en el razona-



miento al que pretenden servir. (Hay alguna honrosa excepción francesa que tampoco acaba, sin embargo, de cuajar).

El caso es que según las definiciones que había aprendido en los cursos de Patología General del Prof. Fernández Cruz y, sobre todo, en el de Historia de la Medicina de los Profs. Laín Entralgo y Albarracín, la **Nosología** tenía que ver en su sentido más amplio con el estudio general de las enfermedades, y en otro más restringido con el de la naturaleza particular y diferenciadora propia a cada especie morbosa, esto es, los mecanismos patogénicos y fisiopatológicos subyacentes que la identifican como tal. De la mano de ese estudio identificador corre el establecimiento de las correspondientes teorías sobre el enfermar, establecidas las cuales quedarían sentadas las bases para una clasificación de las especies morbosas, pero ninguno de esos fines compete ya a la Nosología propiamente dicha.

La **Nosografía** estaba más relacionada con la descripción de los fenómenos manifiestos y los objetivables de cada entidad morbosa, prescindiendo de sus mecanismos subyacentes (y esto último es precisamente lo que la diferenciaría de la Nosología). La Nosografía puede también aportar datos aprovechables para clasificar, pero tampoco es esa su tarea específica.

Resumiendo mucho para no cargaros, la **Nosología** sustentaría una actitud comprensiva y explicativa de los modos de enfermar, contemplando además todos los rasgos que diferencian un modo de otro; la **Nosografía** es una descripción ateórica —clínica si se quiere, pero ateórica— que sólo trata de dar cuenta de aquello que es observable, los presuntos “hechos”, actitud sobradamente sospechosa en Psicopatología cuando se rigidifica y no admite alternativa. Un tercero en discordia, la **Nosotaxia**, sería la aplicación con fines clasificatorios de las reglas de una ciencia general, la Taxonomía, a los datos que sobre las enfermedades aportasen las repetidas protagonistas de

esta charla, dando lugar a la Nosología a clasificaciones comprensivas y explicativas basadas en los procesos, y a clasificaciones descriptivas basadas en las apariencias —más bien a meras ordenaciones— la Nosografía.

Me gusta llamar «sistemáticas» a las clasificaciones nosológicas y «metódicas» a las nosográficas, dicho en el sentido más pobre que pueda darse a ‘método’. Para explicar sus diferencias, rápida y gráficamente, no se me ocurre nada mejor que recurrir a una anécdota que me contaron acerca de un oficinista a quien encargaron despejar un despacho rearchivando los expedientes utilizados durante una jornada de trabajo. Ni corto ni perezoso, vació sobre una mesa las carpetas que contenían la variopinta documentación aportada por cada cliente amontonando indiscriminadamente sus contenidos, separó después los documentos por tamaños y colores agrupándolos en primorosos montoncillos, atólos con sendos bramantes y guardólos en el armario de las escobas pues era en el que más sitio libre había y donde, según él, menos podían estorbar. Actuando *more nosografico*, en su afán organizador ni reparó en los archivadores ni se le pasó por las mientes que por encima de su “método” de ordenación pudiesen primar las virtudes identificadoras —y hasta identitarias— inherentes a un sistema centrado alrededor del orden alfabético. Suavizando las aristas de esta caricatura, el ejemplo más palmario que tenemos en Psicopatología surge al comparar los modos como Freud y Kraepelin abordaron respectivamente la Nosotaxia mental: nosológicamente el primero, nosográficamente el segundo.

(Entre paréntesis doy cuenta de una batalla perdida: prácticamente desaparecido de nuestro lenguaje técnico por diversas causas, el término **Nosotaxia** se ha visto fraudulentamente suplantado por Nosografía. No lo creo adecuado pero tiro la toalla. Lo que me parece inadmisibles es que algunos pretendan reducir la noble Nosología a una mera compulsión clasificatoria. Y los hay).



Aunque no se encuentren definiciones claras, lo que sí se puede comprobar es que las disciplinas de las que vengo hablando sí aparecen frecuentemente como adjetivos; por ejemplo, 'nosográfico' como 'propio de la Nosografía', etc. Estas y otras académicas perogrulladas podían ser tomadas, pues, como indicadores de que si bien los conceptos se resistían a ser definidos, no ocurriría lo mismo con las actitudes o modos de pensamiento que podrían calificar, y podía ser conveniente dejarse guiar por la Historia de la Lengua y por la Historia de la Medicina y ver en qué circunstancias aparecieron tanto los vocablos como las actitudes.

Aunque no son fáciles de datar, 'Nosología' y 'Nosografía' aparecen hacia la segunda mitad del siglo XVIII en las lenguas de cultura (quizá primero en francés: 1747 y 1798 respectivamente). Mirándose en el espejo de la Botánica de Linneo, en aquella época toda ciencia que se preciase clasificaba monomaniacamente los objetos de su estudio. La Medicina, que buscaba entonces alcanzar el *status* de lo científico (anécdota de la SFC), necesitaba estructurarse y describir y clasificar a su vez sus cimientos, sus disciplinas componentes y auxiliares. A caballo entre el Barroco y el Neoclásico, produjo una amplia serie de términos, a veces tomados del pasado ('Semiología') y otros creados como neologismos técnicos basados en las lenguas cultas de la Antigüedad ('Nosología'

y 'Nosografía', entre otros). Los médicos de la época no siempre fueron capaces de señalar las lindes entre tales partes, pues eran —y son— borrosos (por ejemplo, entre Patología General y Nosología en sentido estricto, o entre Semiología General, sintomatología particular y Nosografía. Además, según algunos, ¿hasta qué punto describir (*graphein*) es o no explicar (*legein*)?, aunque para mí son cosas bien distintas.

Se dieran cuenta o no, antes que entes reales lo que los médicos de la Ilustración estaban tratando de nombrar eran «actitudes del logos médico» mantenidas a lo largo de la Historia y que, en la práctica, se ejercían y se ejercen casi simultáneamente. El origen de la «actitud nosológica» y de la «actitud nosográfica» se encuentra en la Medicina hipocrática de la Grecia clásica, respectivamente en las llamadas Escuela de Cos y Escuela de Cnido, siglos VI y V antes de Cristo. Los hipocráticos abandonaron la concepción mágico-religiosa de la enfermedad y trataron de conocerla mediante el razonamiento, como cualquier otra cosa del mundo material. La experiencia les mostraba que cualquier tratamiento no iba bien para cualquier enfermedad, surgiendo pues la necesidad de identificarlas o «separarlas» (Nosología estrictu sensu). Para ello, unos optaron por construir especies morbosas según criterios explicativos (escuela de Cos) y otros según criterios descriptivos (escuela de Cnido).

HIPÓCRATES, 470-406 a. C.
(s. VI-V a. C.)

Escuela de COS

Nosos: el hecho de enfermar y estar enfermo: un hombre determinado
Importancia del paciente y su tipo de enfermedad
Enkrankung

Cuatro humores (s. bn, ha, a)
"Lo físico"
Del caso al tipo de enfermedad
Palabra del enfermo como información y como malestar subjetivo
Sensación del cuerpo / exploración
"Modos típicos" del enfermar

Pronóstico

Escuela de CNIDO

Nousos: entidad del estarlo morbooso o modo típico de enfermar.

Krankheit, malacia, illness, enfermedad

Dos humores (b, p)
"La tisis"
Del tipo de enfermedad al caso
Palabra del enfermo como información
Menor importancia de la exploración
Exagerado nº de modos típicos de enfermar (diferencias más nominales que reales)

Pronóstico



Las diferencias entre ambas escuelas, por supuesto, no eran radicales. Posteriormente, Galeno (138–201 d. C.), en Roma, mantuvo una actitud fundamentalmente nosológica sin por ello dejar de utilizar la Nosografía ni la Nosotaxia. Aun así, a través de sus sucesivas asimilaciones en la Edad Media, el Renacimiento y el Barroco, el galenismo “nosológico” se fue agotando por falta de un fundamento sólidamente científico que le permitiese elaborar una Patología Médica consistente. En el siglo XVII, el pragmático Sydenham (1624–1689) apuntilla al pensamiento nosológico y establece su concepto de “especie morbosa” con criterios estrictamente descriptivos —nosográficos—, falto de confianza en cualquier teoría acerca de lo invisible interior.

En el siglo XVIII, Cullen (1710–1790) utiliza el término inglés *nosology* como sinónimo de ‘clasificación’, y aunque coexiste unos años con el latín *nosologia* (= Nosología propiamente dicha), la confusión Nosografía–Nosología–Nosotaxia queda instaurada en la Medicina Occidental, aunque es de justicia mencionar la distinción detectable en algunas escuelas médicas alemanas de finales del siglo XIX que, quizá por la facilidad que en eso les brindaba su idioma, siguieron mencionando los dos aspectos señalados en la tabla anterior.

Trasplantado todo esto a la Psicopatología del siglo XX, o más bien a la aplicación que de todo esto ha hecho una parte importante de la Psiquiatría, el problema es que por debilidad de los referentes teóricos y quizá por falta de habilidad en las descripciones, muchas taxonomías se han acercado demasiado a la taxidermia...

EL ENFOQUE HISTÓRICO IMPRESCINDIBLE EN PSICOPATOLOGÍA

En los famosos «miércoles del Sainte-A-nne» de la segunda época dorada de la Psiquiatría francesa (1945–1965), se presentaban casos clínicos complementados por una exposición histórica, clínica y psicopatológica del diagnóstico en cuestión, seguidas de un debate en el

que participaban los más prestigiosos psiquiatras parisinos de la época (Henri Ey, Minkowski, Dautézon, Lantéri–Laura, Follin, Lacan, Rouart). La apreciación que aquella escuela hacía del saber histórico tenía un aire completamente distinto al de quienes consideran la Historia de la Psicopatología un saber de lujo pero superfluo y marginal, aire que se respira en muchos lugares de la Psiquiatría.

Al incorporar el estudio de la mentalidad de cada época, el enfoque histórico proporciona a la Psicopatología una unidad de sentido capaz de englobar la esencia de nuestro saber objetivo, la esencia de nuestra subjetividad como autores de tal saber, y también la esencia de la subjetividad del paciente que de tal saber es a la vez fuente y materia. Eso no significa que la Psicopatología se reduzca a su propia Historia y que su único interés sea la evolución de su discurso en el tiempo. Lo que llamamos Psicopatología es un ente imaginario en cuyo interior «colocamos» hechos reales, estableciendo así entre ellos una continuidad y unas relaciones que son muchas veces arbitrarias y que dependen del tipo de historiografía en que nos movamos. Por ejemplo, no debe deducirse que el degeneracionismo de Morel sea la continuación, desarrollo o evolución del modelo de la alienación mental de Pinel por el simple hecho de que apareciese a continuación. En realidad son hechos muy distintos entre sí, perteneciente el primero al catolicismo social de la segunda mitad del siglo XIX, y el otro al ambiente ilustrado de los ideólogos de finales del XVIII.

No es posible soslayar que tanto el saber clínico de la Semiología como la Psicopatología y sus otras disciplinas auxiliares están inscritos en la Historia de las ideas y en la de la sociedad en que se producen. O, dicho con palabras de Lantéri–Laura, la reflexión epistemológica en Psicopatología no puede producirse seriamente de modo intemporal y sin referencias precisas; sin las oportunas localizaciones históricas correríamos el riesgo de especular en vacío, a



propósito de una problemática sin contenido y encarada con una metodología sin consistencia.

Los datos «sensoriales» de la Semiología quizá proporcionen la única certeza, la única objetividad que podemos adquirir, pero es una certeza tan pobre de significado que no puede sostenerse sin la relación con un paradigma histórico y psicopatológico que le otorgan algo de sentido, a la vez que introducen un cierto grado de incertidumbre por tratarse de paradigmas cambiantes con el tiempo. Como científicos no podemos hurtarnos a la confirmación sensorial, pero un mínimo rigor epistemológico nos impedirá desconocer que en el estudio de lo mental hay que dar con otro modo de hacer ciencia que incluya lo biológico, lo social, lo cultural, lo consciente y lo inconsciente.

El enfoque histórico ayuda al profesional a suavizar el «desgarramiento» que intelectualmente le cause la contradicción mencionada, y

a asumirlo como esencia de nuestra condición de psicopatólogos (y de humanos). Orienta también hacia una precisa y concreta línea de investigación: aprehender la Psicopatología actual lacerada por su escisión entre las neurociencias, por un lado, y el modo de estar—en—el—mundo que manifiesta la locura; y avanzar en el intento de llegar a comprender la articulación de estos dos distintos aspectos como facetas de un saber unitario acerca del hombre. Antes que eso, incluso, la Historia muestra que ninguna doctrina psicopatológica ni ningún abordaje clínico pueden sustraerse al análisis de sus propios límites, so pena de caer en los errores propios del dogmatismo. Y, sobre todo, la Historia está siempre recordándonos que para dedicarse a cualquier profesión relacionada con lo mental y con la Psicopatología es preciso tolerar la incertidumbre, pues sólo desde la convicción delirante o desde la más boba ignorancia puede alguien instalarse en el mundo rodeado de certezas.



BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ MARTÍNEZ, JM^a; ESTEBAN ARNÁIZ, R.; SAUVAGNAT, F., *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Síntesis, 2004.
- CHASLIN, PH.: "Is psychiatry a well-made language? (1914)", *History of Psychiatry*, 1995, VI, pp. 398–405.
- CHASLIN, PH.: *Éléments de sémiologie et clinique mentales*, Paris, Asselin y Houzeau, 1912.
- ESTEBAN ARNÁIZ, R., "Georges Lantéri-Laura (1930–2004): el camino de un maestro", *Frenia*, 2005 (en prensa).
- ESTEBAN ARNÁIZ, R., *Nosología, Nosografía, Ciencia–Ficción*. Conferencia en la Docencia del Hospital Psiquiátrico "Dr. Villacán", Valladolid, 21–11–2003 (inédito).
- ESTEBAN ARNÁIZ, R.: "Kaiser Kraepelin" (Prólogo), en E. KRAEPELIN, *Cien años de psiquiatría*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Colección Historia, 1999, pp. 7–22.
- FERRATER MORA, J.: *Diccionario de Filosofía*, 4 vols, Barcelona, Ariel, 2001.
- JASPERS, K.: *Allgemeine Psychopathologie*, Springer-Verlag, 1946 (1913) [ed. española: *Psicopatología general*, México D. F., Fondo de Cultura Económica, 1993].
- LAÍN ENTRALGO, P.: *Historia universal de la medicina*, 7 vols., Barcelona, Savat, 1972–1975.
- LAÍN ENTRALGO, P.: *La medicina hipocrática*, Madrid, Alianza, 1982.
- LANTÉRI-LAURA, G., "Sémiologie. Introduction générale à la sémiologie en psychiatrie", *EMC–Psy*, 1973.
- LANTÉRI-LAURA, G., "Una perspectiva histórica y crítica de los problemas epistemológicos en Psiquiatría", *Textos de Psiquiatría francesa*; 2000; Volumen 3; 13–26.
- LANTÉRI-LAURA, G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Editions du temps, 1998 (Ed. española: *Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna*, Madrid, Fundación Archivos de Neurobiología, 2001).
- LANTÉRI-LAURA, G., "La sémiologie psychiatrique: Histoire et structure", en Fuentenebro, F.; Huertas, R.; Valiente, C. (eds), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Ed. Frenia, 2003.
- LANTÉRI-LAURA, G., *La psychiatrie phénoménologique* (Paris, PUF, 1963).
- LANTÉRI-LAURA, G., *Les apports de la linguistique à la psychiatrie contemporaine*, Masson, 1966.
- LANTÉRI-LAURA, G., *Les Hallucinations*, Masson 1991 (Las alucinaciones, México, FCE, 1994).
- MINKOWSKI, E.: *Traité de psychopathologie*, Le Plessis–Robinson, Institut Synthélabo, 1999 (1966).
- POROT, A.: *Diccionario de Psiquiatría*, 2 vols., Barcelona, Labor, 1977 (1967).
- SAUSSURE, F. 1922, 2^a ed., CH. BALLY y A. SECHEHAYE (eds), *Curso de Lingüística General*, Barcelona, Alak, 1980.
- SÉGLAS, J.: "Las alucinaciones y el lenguaje", traducción de R. Esteban Arnáiz, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1998, XVIII, 68, pp. 673–677 [original: Jules Séglas, "Préface", en EY, H., *Hallucinations et délires*, Paris, Alcan, 1934].
- SÉGLAS, J.: "Sémiologie des affections mentales", en G. Ballet (dir.), *Pathologie Mentale*, Paris, Gustave Doin, 1903, pp. 130–270.
- TRIBOLET, S.; SHAHIDI, M.: *Précis de sémiologie des troubles psychiques*, Thoiry, Heures de France, 2000.



Psicoterapia de grupo con niños en edad de latencia

Consuelo Escudero Alvaro

Coordinadora Programa de Niños y Adolescentes.
Servicio de S.M. de Getafe.

En términos generales se entiende por edad de latencia la comprendida entre los 7/8 años y los 10. Desde el punto de vista psicoanalítico es un periodo etario que se caracteriza por la salida del conflicto edípico, la represión de las pulsiones que han estado activas en la elaboración del conflicto y su utilización al servicio de la socialización, las relaciones paritarias y el aprendizaje. Es un periodo en el que se ha producido una internalización de la normativa parental y la apertura hacia mundo externo a la familia. A pesar de este planteamiento teórico comprobamos, con mucha frecuencia en la clínica, los fallos en el periodo de latencia y la sintomatología consiguiente.

Los grupos de psicoterapia a los que me voy a referir están integrados por niños y niñas entre los 8 y 11 años, que presentan una sintomatología de registro neurótico, trastornos del comportamiento, depresiones, ansiedad, dificultades en las relaciones entre pares, inhibiciones, problemas en el rendimiento académico, etc. Se llevan a cabo en un Servicio Público de Salud Mental, en el programa de atención a niños y adolescentes. Su duración es la de un curso académico, con una periodicidad semanal, en sesiones de hora y cuarto. Una vez al mes se realiza una sesión grupal con los padres / madres de los niños, con el objetivo de apoyar el tratamiento de los hijos. En ningún caso supone una psicoterapia para los padres.

Debido a los conflictos que estos niños tienen planteados en su entrada en la latencia, la psicoterapia de grupo con técnica de juego es sumamente apropiada y ofrece la posibilidad de visualizar un escenario donde los niños pueden mostrar, mas allá de la palabra, sus dificultades. Estos niños presentan una gran fragilidad del yo y escasa capacidad para la introspección. Lo que unido a los mecanismos de defensa predominantes en esta edad, la negación y la proyección, les lleva a atribuir su malestar a causas externas y no a las dificultades de su propio funcionamiento psíquico.

En los grupos de psicoterapia no existen consignas de juegos o dramatizaciones concretas, dejando que los niños se expresen libremente, hablando, jugando o dibujando. Hay una serie de normas que se explicitan en el encuadre y que sirven como limite y contención para poder trabajar juntos (cuidar el material, no pintar en las paredes, no salir hasta que el grupo haya terminado, comprometerse a guardar el secreto grupal, etc). El objetivo es favorecer la ley de la asociación libre en el desarrollo del juego, que remite siempre a la historia individual, familiar y grupal de cada niño. El material para jugar es simple, lápiz y papel, muñecos pequeños, baterías de cocina, coches, juegos de construcción, etc.

Es de todos conocido que el juego es un elemento muy importante en la experiencia de



los niños. Necesitan jugar para aliviar tensiones, explorar la realidad y relacionarse con otros, tanto adultos como pares. Sin embargo algo menos observado es que hay diferentes tipos de juegos en función de con quien se juega, es decir de la relación que se establece con los adultos y con los iguales. Si los niños juegan con un adulto desarrollan juegos según el modelo adulto-niño, en una relación vertical, actuando papeles o realizando actividades que saben que el adulto quiere, pero que ellos no harían con otros niños. Los juguetes se utilizan de una manera formal, cumpliendo el objetivo para el que se han fabricado (a los muñecos se les da de comer, se les viste, con los coches se hacen carreras, etc.)

Si los niños juegan entre iguales, generalmente sin presencia de los adultos, desarrollan otro tipo de juegos que responde al sistema de relación entre pares. En esta relación horizontal los juegos son completamente diferentes. Se utiliza mucho más la imaginación, la fantasía, los juguetes pierden su finalidad formal y se pueden utilizar de formas muy diferentes. Este sistema de relación está fuera de la relación con el adulto pero permanentemente influida por ella.

Las relaciones de los niños con los adultos se organizan sobre el modelo del conflicto edípico y las relaciones paritarias son la sede del aprendizaje por la experiencia. Hay funciones del yo que se desarrollan sobre el modelo adulto y otras por la experiencia del niño en el mundo de los pares. Es un modelo de desarrollo en dos vías diferentes que interactúan una sobre la otra y ambas necesarias.

En los grupos de psicoterapia que realizo, el terapeuta no interviene en los juegos. La función del terapeuta es facilitar el modo de relación entre pares a través del juego, manejando dos niveles transferenciales, el que se establece entre el coordinador adulto y los niños y el que se da entre pares. La potenciación de la interacción entre iguales supone siempre un reforzamiento del yo del niño y un

descenso de la sintomatología. La psicoterapia de grupo es un escenario privilegiado donde se producen este tipo de fenómenos, el juego y las relaciones paritarias, que no pasan por el terapeuta adulto aunque necesitan de su presencia y de su intervención.

El juego, visto desde la dinámica grupal, facilita el pasaje desde la “cultura de pares” a la “cultura del grupo terapéutico”, siguiendo la línea de Bión. La “cultura de pares” responde a las referencias internas que los niños traen de su experiencia en otros grupos. Fundamentalmente la familia y el colegio. En estos contextos los adultos siempre ostenta una autoridad definida, son los que imponen las normas, aplican castigos si se incumplen y en general intervienen para resolver conflictos, enseñar, dar consignas o proteger y cuidar al que lo necesita. Por tanto los niños esperan en el comienzo del grupo que el terapeuta adulto cumpla también estas funciones.

“La cultura del grupo terapéutico” pasa por la aceptación de los afectos y sentimientos provocados en la interacción grupal. Debido a que muchos se viven como peligrosos y se califican como negativos, tanto por ellos como en general por los adultos, la posibilidad de instrumentalizarlos en el grupo producirá la consiguiente disminución de culpa y temor al castigo. Esta aceptación se realiza fundamentalmente por la experiencia en el juego grupal y se produce gracias a la posibilidad de ver y experimentar, primero en los otros y después en sí mismo, sentimientos rechazados a través del juego y de la acción. Este pasaje se produce progresivamente a medida que el grupo avanza.

Desde el punto de vista técnico podemos observar varios niveles en el juego grupal. En primer lugar el contenido. Jugando con diferentes materiales, a diferentes cosas, los niños incorporan y elaboran experiencias, expresan su necesidad de comunicarse y alivian tensiones. En segundo lugar la forma en que se



emplea el juego, como defensa o expresión de fantasías o temores y el modo de relación (comunicarse o aislarse). Finalmente esta el significado del juego según el momento en el que aparece dentro de la dinámica grupal. Un mismo juego puede tener distintos significados dependiendo del momento en que se produce. La combinación de estos tres elementos forma el entramado del discurso del juego grupal.

Los temas que más a menudo se plantean en los grupos con niños en edad de latencia, son los relativos a la dependencia-independencia, fundamentalmente de los padres y de los adultos en general. La capacidad de tomar decisiones, de asumir y respetar las normas acordadas para poder estar juntos, de cuidarse de sí mismo y de los compañeros, al tiempo que se tiene que renunciar a la protección permanente de los adultos significativos. Este tema conlleva necesariamente la revisión de las teorías infantiles sobre la familia y el lugar que se ocupa en ella. Finalmente la competitividad y el

control de la agresividad, unido a la diferenciación sexual ocupan gran parte del trabajo terapéutico.

Las intervenciones que realiza el terapeuta pueden oscilar entre el señalamiento o la interpretación verbal, de uno o varios miembros del grupo, o del grupo entero. Dependiendo de la dinámica del momento, se pueden organizar juegos en subgrupos, niñas por un lado y niños por otro, puede estar algún integrante descolgado, o bien se da un juego en el que interviene todo el grupo. Cada una de estas secuencias muestran alianzas, conflictos y rechazos que los niños actúan o sufren en su vida cotidiana. Pueden ir dirigidas al contenido, al significado, o al modo (resistencias), en que se utiliza el juego. También pueden consistir en sugerencias, propuestas o variaciones del juego, que produzcan un cambio en la dinámica grupal.

Salamanca, 20 de mayo de 2005





A propósito de “Egolatría”: entrevista a Guillermo Rendueles¹

Ander Retolaza

Psiquiatra. CSM de Basauri-Galdakao (Bizkaia).

Guillermo ha tenido la amabilidad de responder a un cuestionario de quince preguntas que, tras la lectura de su libro, le fue enviado por correo electrónico. Después de las transcripciones y correcciones oportunas nos ha parecido adecuado (tanto al entrevistado como al entrevistador) dar forma de coloquio al intercambio habido. Lo que sigue es el resultado de ese proceso.

ANDER RETOLAZA: ¿No resulta algo forzada la tesis de que el Trastorno de Personalidad Múltiple (TPM) es el paradigma del sujeto postmoderno? Llegas a afirmar, creo que con evidente riesgo, que este diagnóstico está adquiriendo cada vez más popularidad y está en franco aumento en las consultas de psiquiatría. He leído que esto puede haber sido verdad en los USA durante algún tiempo ¿Pero es así la situación en todas partes? ¿Hasta dónde la metáfora y hasta dónde la realidad?

GUILLERMO RENDUELES: En el libro la centralidad del Trastorno de Personalidad Múltiple no parte de un análisis cuantitativo. No analizo si el diagnóstico se realiza muchas o pocas veces en las distintas psiquiatrías nacionales (efectivamente en América mucho más que en Europa), sino su popularidad y su exportación como entidad paradigmática en las ciencias limítrofes. La esquizofrenia se diagnostica mucho menos que la distimia, pero todos los análisis sobre el significado o la insignificancia de la locura o las relaciones entre genio y locura, por parafrasear un texto clásico, se hacen a partir de la esquizofrenia. De la popularidad del Trastorno de Personalidad Múltiple dan cuenta los millones de copias que vendió Sybill o el paso de *Las tres caras de Eva* desde el diván al cine. La falta de límites entre la psicología popular y la psiquiatría, el hecho de que sean los pacientes quienes diagnostiquen, me parece uno de los problemas centrales de la disciplina.

¹ Guillermo Rendueles Olmedo (1948) trabaja como psiquiatra en un Centro de Salud Mental de Gijón. Ha sido profesor de psicopatología de la Universidad de Oviedo durante diez años y actualmente es profesor en el centro asociado de la UNED en Asturias. Ha publicado, además de numerosos artículos y colaboraciones, *El manuscrito encontrado en Ciempozuelos* (La Piqueta. Madrid, 1989), *Las esquizofrenias* (Júcar. Gijón, 1990), *Las psicosis afectivas* (Júcar. Gijón, 1991), *Las neurosis* (Júcar. Gijón, 1991), *La locura compartida* (Belladonna. Gijón, 1993). Participó en la ponencia de la AEN *Ética y praxis psiquiátrica* (AEN Estudios nº 23. Madrid, 2000) que coordinó el Dr. Fernando Santander y fue presentada en el Congreso de Santiago de Compostela en Junio de 2000. También ha coordinado la obra colectiva *Neoliberalismo vs Democracia* (La Piqueta. Madrid, 1998) y ha participado, entre otras recopilaciones, en C. Castilla del Pino (ed.), *La sospecha* (Alianza Madrid, 1998) y E.J. García Wiedemann (ed.), *Los tiempos de la libertad* (Ediciones del Serbal. Barcelona, 1998).

N.R.: Metálogos. Un metálogo es una conversación sobre un tema más o menos problemático. Tiene que ser tal, que no sólo los participantes discuten sino que la estructura de la conversación en su totalidad es pertinente al tema.



De las repercusiones legales del TPM puede dar idea el uso televisivo que se dio del mismo en juicios como el del asesino del rol en Madrid, en el que se habló continuamente de las 35 personalidades del acusado. Que una pantomima como esa sea aceptada como enfermedad por un gremio como el psiquiátrico y rechazada por la ley, facilita que el imaginario popular pueda colar cualquier tipo de queja simulada ante personas tan crédulas e incapaces de descubrir simuladores como somos nosotros. Desde la queja de dolor a la fatiga crónica o la depresión, esa aceptación de la simulación posibilita que todos los quejicas del mundo que circulan por las agencias sociales buscando ventaja la logren de un *psi*, que —a diferencia de papá— no me obliga a ir al colegio cuando digo lo mal que me encuentro (sin tener fiebre) y que me cree y dice que tengo *mobbing* cuando le cuento que el jefe o los compañeros me tienen rabia.

Hablando más en serio. La idea de un yo múltiple es una idea que atrae a todos los neurólogos partidarios de la teoría multimodular de la mente (es decir a todos). Damasio, por ejemplo, plantea que al no haber ningún homúnculo que habite el teatro cartesiano para observar el curso de la acción, ni ninguna neurona pontificia que diga “ejecútese”, una personalidad disociada y múltiple resulta muy concordante con su modelo, con el que ya se atreve a explicar los *Delirios de Sosías* como una falta de concordancia entre el núcleo que reconoce la cara de una persona y la que le asigna el sentimiento, por lo que racionaliza la duplicación o falsificación de nuestros prójimos.

En esta misma línea: *Economics* es el título de uno de los más importantes manuales de sociología de Elster. En él este autor mantiene la necesidad de preconizar un yo sucesivo para explicar, en términos de lo que él llama *Decisión Racional* (que es un paradigma con fuerza similar a la selección natural en biología) la vida humana y su patología. Que el yo del fumador no sea el mismo del de la persona que luego

padecerá cáncer hace que la decisión del fumador sea racional pero irreflexiva (como la del que no ahorra para la vejez) en lugar de irracional. La *akrasia* tendría igual análisis según unas curvas de interés decreciente para los distintos *yoes* que constituyen la vida humana.

Finalmente, en economía, la *Teoría del Elector Racional* también exige un modelo de personalidad múltiple. Cada vez que las preferencias manifiestas que definen la conducta del consumidor cambian, me identifico como un consumidor *otro* y, por ello, incoherente. Esa imposibilidad de definir las necesidades reales fue el fin de la economía planificada y del comunismo. Efectivamente los consumidores prefieren pantalones tejanos a libros o sanidad y son tan volubles como para dejar definir o herir su cuerpo por las modas (piercing etc). Las interpretaciones de la familia desde la teoría de los juegos que dio un Premio Nobel de Economía a Becker, también precisan de un modelo incoherente y sucesivo de aquél sujeto que invierte en muchos o pocos hijos, según vaya el mercado.

Todos estos datos me llevaron a proponer los TPM como algo universal. También parto de la única forma de predecir el futuro que conozco. Miro lo que pasa en EEUU, en los telefilmes y similares, y en unos años ya pasa en España. Pero, desde luego, tu opinión de que el TPM está extrapolado en el texto es también válida. Un texto cuando es publicado se independiza de las intenciones del autor y es cada lector el que decide. Borges ya respondía a propósito del comentario sobre un cuento suyo: “¿De verdad dije yo eso?”.

A.R.: En tu libro se plantea la presencia creciente en nuestras sociedades postmodernas de un tipo de sujeto, con un yo discontinuo o múltiple, como producto de la propia evolución de las relaciones económico-productivas y como valor social emergente. A diferencia de algunas tradiciones orientales, el concepto de un yo continuo y fuerte, como núcleo de la



persona, es una constante en el ideario occidental por lo menos desde Descartes ¿Cuáles son —en tu opinión— las consecuencias para la moral individual de este nuevo sujeto disociado y múltiple? ¿Cuáles sus repercusiones sociales?

G.R.: Creo que la quiebra del yo cartesiano plantea, en principio, la emergencia de un sujeto postmoderno incoherente en sus planes vitales, que flotando por un mercado que disuelve cualquier certeza lo obliga a definirse como un oportunista en su curso vital. El mercado hace que los viejos saberes caduquen y que el trabajo —antes, el eje de las edades del hombre— sea algo precario y marginal. El hecho de que gremios enteros deban cambiar de actividad (en Asturias, de repente, las vacas están obsoletas y pagan millones por matarlas y se cierran ganaderías) supone que nadie sabe como va a ser su vida dentro de cinco años.

En el nivel íntimo esos cambios de la realidad social provocan, a mi juicio, la desaparición de la facultad que los clásicos llamaban *sindéresis*. Ante cada acción los antiguos tenían una parte de su psique que la calificaba de buena o mala con la misma naturalidad con que el cuerpo suda con el ejercicio. Piaget revela la génesis de ese sujeto moral orientado por una capacidad ética para marcar como bueno o malo de forma tan automática como se percibe el amarillo o el rojo. Todo el modelo sociológico de Goffman afirma que nuestras vidas y cada una de sus interacciones estaban presididas por el deseo de quedar bien.

Todo ese universo económico, social, personal y ético ha desaparecido en la sociedad liquidada. La quiebra actual del yo hace desaparecer ese yo moral y creo que cancela todo el modelo aristotélico de definir un buen hombre o una vida buena (que no era para los antiguos un balance de deseos cumplidos, sino una vida lograda). La vida buena, hasta la modernidad, consistía en pasar por todos los grupos naturales floreciendo como protagonista de interac-

ciones naturales. Ser un buen hijo, un adolescente estudioso, seguir con vocación el trabajo, crear una familia, defender la ciudad como persona libre y otro conjunto de antiguallas. Esa buena vida no se puede adquirir individualizándose ni mediante ningún proceso intimista de aclarar y seguir los deseos, como plantea Guidens en su elogio de la democracia emotivista de nuestros días. La buena vida sólo se logra cuando esos deseos íntimos son convertidos en virtudes, mediante su paso por los grupos naturales y la interiorización de las tradiciones que presiden esos grupos. Por ejemplo, para adquirir la templanza en el comer debo vivir la comida como un ritual de primer plato, segundo plato y postre a horas fijas, en un contexto familiar; a fin de que mi deseo de comer no sea algo que flote y me conduzca a no saber cuando estoy saciado o hambriento.

Saber que nada garantiza esas adquisiciones y que cada hombre puede torcerse y fracasar, entrena esa voluntad para el *Bien* con una nueva virtud que Aristóteles llama Prudencia y que puede adquirirse en las actividades como ciudadano. Si, tras el paso por una mala familia, no hay grupos sociales que induzcan la vergüenza de iniciar esa mala vida o grupos estables donde reparar la mala socialización primaria, la sociedad de los individuos y la perspectiva amoral—hedonista está servida. *Bueno* significará entonces “lo que despues de hecho me hace más feliz” y con ello el desarrollo de un idiota moral (la mayoría de la multitud postmoderna) parece inevitable.

Naturalmente puedo llamarme libre por comer cuando quiera, o decidir operar mi cuerpo según mi deseo o sólo ser cooperante y solidario cuando sienta empatía por la tarea. Pero los riesgos que con ello afronto, cuando la infelicidad o el duelo me alcancen, no deberían estar atenuados por la fantasía de unos *psi* que me reparen si extravió esa libertad con bulimias o adiciones o encuentro que mi vejez esta abocada a la soledad y temo que nadie descubra mi cadáver en Agosto (como en aquel terrible



año de París). Como dice Mc Quinter, ya estamos viviendo después de las virtudes y no estamos esperando a los bárbaros, sino viviendo entre ellos, y quizás sólo quepa resguardarse en grupos que conserven esas tradiciones de buena vida al objeto de poder transmitir esas citas con la historia a los que vengan detrás.

A.R.: Me ha llamado la atención que en tu libro no desarrollas, cuando menos no de una forma explícita y más pormenorizada, un cierto análisis de la noción de responsabilidad ligado a un concepto fuerte de yo y las consecuencias de su actual ruptura. Y sin embargo ésta parece una derivación importante de muchas de tus tesis. En cierto momento citas a Sánchez Ferlosio para decir que este autor insiste en la necesidad del remordimiento y la vergüenza como componentes centrales de la conciencia moral, pero da la impresión de que no sigues ese hilo en tu texto ¿Prefieres que sea el lector el que saque sus propias conclusiones? ¿O sólo te interesa el análisis general de este nuevo yo disociado y múltiple?

G.R.: Seguro que escribí mal Egotría si no se entiende mi postura enteramente a favor de las tesis moralistas de Sánchez Ferlosio. Creo que uno de los problemas más graves de las intervenciones *psi* es la descalificación de la culpa y la comprensión, o incluso empatía, que cualquier malvado puede encontrar. Por no hablar de las peritaciones psiquiátricas que encuentran disculpas y simetrías entre malvados y víctimas con razonamientos repulsivos (a éste respecto algún texto sistémico me parece blasfemo).

Frente a ellos un viejo artículo —de cuando el actual Papa era un “teólogo progre”— compara la psicoterapia con la confesión y achaca a la primera el no valorar adecuadamente la necesidad del dolor de corazón y de acentuar, en cambio, la inutilidad de la culpa y los mecanismos de reparación. Yo estoy de acuerdo con él y, en ese sentido, en la evolución negativa de las intervenciones psiquiátricas en la cárceles

(el análisis del asesino de Pedralbes en el libro, por ejemplo). Parto también de esa falsa conciencia que hace a los presos pensar que pagan con su encierro el crimen cometido. Cerveto, como tantos presos, sólo estaría rehabilitado si se avergonzase hasta el día de su muerte por sus crímenes. Por el contrario, los héroes de Conrad —Lord Jim, por ejemplo— a pesar de su valor están continuamente amargados por el hecho de que una vez en sus vidas no fueron leales, o enteramente buenos, y otros sufrieron por ello. La amnesia de la culpa forma parte de las tradiciones *psi* y del viejo lema freudiano de que donde había ello, y por lo tanto super-yo, debe haber yo.

El poder de la vergüenza me parece otro de los elementos centrales de una sociedad buena que el terapéutico degrada. Frente al tener que soportar el deseo sin el avergonzarse propio de la postmodernidad, la incitación a la vergüenza (como se observa en que su carencia esté presente en insultos modernos como “*sinvergüenza*”, o en reproches como “*debería darte vergüenza*”) me parece nuclear en el mantenimiento de una sociedad buena.

A.R.: En varias ocasiones utilizas un término tomado de Foucault como es el de “*Poder Pastoral*”, para referirte a la connivencia de la psiquiatría con el proceso disciplinario de subjetivación e individuación típico de la sociedad moderna y sus formas de dominio. En tu opinión ¿Hay alguna posibilidad de un ejercicio crítico y razonable de las profesiones *psi*? ¿O simplemente están condenadas a este trabajo pastoral, de readaptación y control social de los individuos?

G.R.: Foucault planteaba que las funciones de la cárcel eran iguales tanto si eran públicas como privadas. Aunque parezcan lejanos, los proyectos anti-institucionales de los años 70 no consistían sólo liquidar los manicomios sino también en despsiquiatrizarse la vida cotidiana. Ningún sentido tenía el lema “abajo los muros del manicomio” sin el de “autogestión para la



depresión”. De la misma manera que levantar el secreto de lo que pasaba en el manicomio desveló cuánto de falso saber había allí, denunciar qué o cuánto hay de saber y de técnicas de servidumbre voluntaria en las psicoterapias fue la clave de las críticas foucoltianas que yo comparto enteramente. Cuando *el hombre del magnetófono* de la publicación sartreana intentaba grabar su sesión psicoanalítica, el terapeuta llamaba a la policía. Descubrir lo banal del discurso *psi* resultaba escandaloso. Criticar los pseudo-saberes *psi* hizo a una parte importante de la población culta de los 70 desconfiar del mismo y tratar de gestionar sus vidas sin guías terapéuticas y con apoyos en sus próximos cuando la desgracia los alcanzaba. La prudencia para conducir la vida podía encontrarse en cualquiera y no en una terapia. Desde entonces la facilidad de los *psi* para convertirse en agentes de orden resulta complementaria de las peticiones de *pastor* por parte de la multitud, que pide guía para concebir hijos con sexo sano, para criarlos, para envejecer, para sobre llevar la muerte de los próximos etc.

De aquellos conspiradores que fuimos en la Coordinadora Psiquiátrica de oposición al franquismo, la gran mayoría terminó siendo cargo de confianza del gobierno. Individualizar los sufrimientos del trabajo conduce a su tratamiento *psi* como *mobbing*. Forzar una perspectiva intimista de las *malaria*s cotidianas suele conducir a llamar depresión a cualquier malvivir. Y así podíamos seguir hasta la totalidad de la vida cotidiana postmoderna en la que apenas hay alguna contingencia que no pueda ser transformada en queja o síntoma psiquiátrico.

Aristóteles nos había avisado de que lo mismo que no hay expertos en moral (todo hombre sabe qué es bueno), la Prudencia —un saber común— es la única inteligencia o virtud que puede ordenar la vida personal y social del hombre. De ahí la necesidad de democracia y no de amos sabios que determinen la buena vida mediante un consejo al amo filantrópico y una higiene ciudadana como pretende Platón.

Solo los sofistas, antiguos o modernos, ofrecen técnicas o “ciencias” para resolver los problemas vitales. Ser buen o mal terapeuta depende más de esa virtud de Prudencia que de ningún saber. Por eso el des-psiquiatrizar desde esa posición aristotélica (y aquí Marx es un continuador de Aristóteles) me sigue pareciendo hoy una tarea pendiente, que pasa por aceptar que los gremios psiquiátricos tienen el gusto de aparentar saberes que no tienen y de ponerse al servicio de una masa en camino de servidumbre que los pervierte. Me divierte un dilema pseudoético que aparece en *Escuchando al Prozac*, donde se pregunta cuándo es ético frenar un duelo con antidepresivos y que muestra lo mentiroso y pretencioso de un discurso incapaz de contener un duelo como lo hace el grupo natural y sus rituales tradicionales.

A.R.: ¿Tiene sentido la psiquiatría como servicio público? ¿Cuáles serían sus tareas? ¿Qué opinas de la psiquiatría comunitaria?

G.R.: Naturalmente que tiene sentido la psiquiatría como servicio público. Lo público, en sociedades dotadas de estado, convierte a sus funcionarios en cumplidores de los planes estatales mediados por los gerentes. En la psiquiatría de estos últimos años esos planes parten de un consenso perverso entre unas multitudes que piden amos que las tutelen con psicología y gobiernos que, puesto que no pueden intervenir en las decisiones del mercado, desarrollan una nueva versión del pan y circo incluyendo servicios de pseudo-reparación para aquello que la postmodernidad destruye. Respecto a la psiquiatría comunitaria mi planteamiento es que el mercado ha arrasado todos los grupos naturales previos a lo social y que la propia psiquiatría es una práctica individualizadora que sólo habla de comunidad cuando ya no existe o trata con grupos artificiales, recreados para reparar a individuos flotando “por las heladas aguas del calculo egoísta. La ideología filantrópica de esa psiquiatría comunitaria que ayuda a todos los necesitados, que suministra calor afectivo mercenario y “*corazón*” en un



mundo que no lo tiene, se complementa con visiones panglosianas del mundo que me resultan muy ajenas.

A.R.: En un plano más personal, pero muy relacionado con tus tesis ¿Cómo puedes ejercer la psiquiatría tras la crítica a la que la sometes? ¿No hay también un desdoblamiento, un yo múltiple, quizá una cierta inconsecuencia en un psiquiatra que realiza su trabajo clínico a diario y que, además, es autor de un texto como éste? ¿Se trata también de una disociación? ¿O debemos tomarnos las cosas que dices con una cierta relatividad?

G.R.: Parece que en la pregunta está implícita la teoría de que el trabajo en nuestras sociedades sigue guiado por *Vocación*, como antiguamente, y que se puede vivir de rentas y no de la percepción de que la mayoría de los trabajos son ganapanes a los que se renuncia cuando a uno le toca la lotería. Yo, aún creyendo en la vocación, creo que es necesario trabajar con una cierta distancia al rol si no se quiere caer en lo que Marx llamaba los idiotismos profesionales. Aquel juez que creía encarnar el derecho natural mientras defendía los intereses de los terratenientes alemanes. Al tiempo pareces reprocharme una deslealtad al gremio, como si vivir en esta realidad pero anhelar otra radicalmente distinta no fuese posible sin ser un traidor. Durante un interrogatorio de la brigada social uno de aquellos funcionarios —Claudio Ramos que en los infiernos esté— me decía algo parecido a lo que parece implícito en tu pregunta: “*Si no te gusta todo lo que hay en España vete, hasta te doy un pasaporte*”. Por otro lado, en cuanto a la figura del traidor, Blunt y los otros espías ingleses a favor de la URSS fueron siempre modelos para mí, como ejemplo de aquellos que estaban dispuestos a cometer un pecado imperdonable para vivir y pensar de una forma no fascista.

En lo concreto no querría eludir la pregunta. La práctica psiquiátrica habitual me gusta siempre con psicóticos y trastornos obsesivos.

Algunas históricas inteligentes me fascinan y debí entrenarme bien para disimular ese interés por el teatro y la falsedad vital y que los pacientes no saquen ventaja y se conviertan en “cronófagos”. Respecto al resto de la clínica creo que hay dos tipos de pacientes: de un lado, aquéllos que con unos contactos psicoterapéuticos cortos con alguien que no presume poderes de cura que no tiene, “se curan”, o sea, aprenden a sobrellevar sus trastornos y, lejos de los psi, vuelven más sabios o estoicos a sus relaciones habituales y, de otro, un ejército de quejicas y buscadores de ventaja que me resultan pesados de aguantar. En conjunto nada distinto del dolor de cualquier otro trabajo que consiste siempre en vender la vida (eso que fluye cuando en un año sabático no contamos el tiempo en días negros y rojos), como fuerza de trabajo a cambio de dinero. Junto a esa distancia con el rol como precaución para no “quemarme”, otra suplementaria, que sí he tratado de llevar a rajatabla, es la distancia al poder, no implicarme en cumplir la razón gerencial y desde luego no aceptar ningún cargo que suponga mandar o coordinar, lo que me obligaría a fingir con los colegas unas lealtades a esos planes gerenciales cuando no los profeso. Y como soy mayor ya, me moriré sin ser jefe de nada.

A.R.: Ya en anteriores trabajos has utilizado el término “vicio” para referirte a algunos trastornos, por ejemplo los relacionados con las adicciones o el juego patológico ¿Es esto una simple provocación o tiene alguna intención más descriptiva o analítica?

G.R.: En un texto antiguo calificué todo el lenguaje de las toxicomanías como metáforas tóxicas. Calificar al que toma cocaína y no lo deja de enfermo me parece extender, de forma indebida, la significación del término *enfermedad* que trata de lo que son malestares de los que la persona no puede librarse por voluntad y ante los que habitualmente uno cumple los consejos médicos, aunque supongan maniobras tan dolorosas como quemarse con radioterapia. El “no



puedo dejar de esnifar" no se parece al "no puedo caminar" del hemipléjico más que en la afirmación no puedo y sucumbir a la falsa analogía de los dos "no puedo" es fuente de incontables desastres, al crear un juego perverso del lenguaje que la noción de vicio aclara al introducir el carácter voluntario, tanto del inicio del daño como de su solución. Lo que necesita un adicto no es tanto un tratamiento psi que le descubra grandes secretos internos sobre sus deseos de muerte, como salir del autoengaño, ser honrado consigo mismo, adquirir prudencia y una norma moral. Decirse, por ejemplo: es una vergüenza seguir drogándose.

La prueba más sencilla de que los vicios no son enfermedades es su tratamiento. Cualquier médico obtendrá mejores resultados terapéuticos y mayor pericia pronóstica en cualquier enfermedad que un lego. Y sí no es así se le puede reprochar mala práctica. En lo que toca al vicio de beber, Alcohólicos Anónimos tiene resultados muy superiores a cualquier terapeuta. Los factores pronósticos en toxicología son mitos que no tienen mayor capacidad predictiva que el saber común. Si un toxicómano asiste a mi consulta y sigue drogándose ¿debo preguntarme qué hice yo mal en mi praxis psicoterapéutica? Si el toxicómano fuera un enfermo, tendría razón al exigir a su médico que lo cure o que le dé un pronóstico, o sea, que sepa más que el propio adicto sobre su conducta, como en la práctica médica el endocrino aclara la sed del diabético. Sólo si confesamos nuestra impotencia sobre estas pseudo-enfermedades y volvemos a valorar la voluntad perdida es posible salir del marasmo que crean esos falsos enfermos. Un paso para aclarar el lenguaje es llamarlo vicio.

A.R.: En líneas generales pareces muy pesimista respecto a las posibilidades terapéuticas de cualquier tipo de psicoterapia. Leyendo tu libro da la impresión de que la mayor parte de ellas sólo llevarían a un cálculo de probabilidades para maximizar el placer inmediato, sin ningún tipo de jerarquía u objetivo vital de

nivel superior. Por otro lado afirmas que se trata de tecnologías un poco vergonzantes en cuanto que, casi siempre, prometen más de lo que dan ¿Ves alguna alternativa para algún tipo de psicoterapia?

G.R.: Los enfermos de Freud enseñan mucho sobre psicoterapia. Voy a comentar dos de sus casos clínicos más famosos porque me parece que pueden aclarar mi pensamiento al respecto. Anna O es una enferma a la que Freud da como curada de su histeria, pero que tras el alta recae y reingresa en varias clínicas con sintomatología que hoy calificaríamos de trastorno límite (fue —según la terminología de la época— morfínomana). Pero a pesar de todo ese sufrimiento y ese periplo vital, logra des-psiquiatrizarse y convertirse en una mujer espléndida. Escribe una obra valiosa para el feminismo, es una figura bendecida por su grupo cultural sionista y tiene una vida rememorada con un sello conmemorativo por su ciudad como benefactora de la infancia. Cuando a B. Von Papenheim, ya anciana, le preguntan por el valor de la psicoterapia, dice que —como la confesión cristiana— es algo que puede ser valioso dependiendo de la persona con la que se practique y de que sea durante un tiempo limitado. En ella la psicoterapia, a pesar de la mala baba con la que la describe algún psicoanalista que evaluó a posteriori su caso (Israel le reprocha que su narcisismo histérico le impidió ver el fuego nazi y no hizo emigrar a sus protegidos que fueron masacrados por la canalla alemana), me parece un éxito en la medida en que logra cumplir un proyecto de vida autónomo y enlazar de forma innovadora con el judaísmo de sus tradiciones.

El caso contrario es Sergio, *el hombre de los lobos*, que se parece bastante a nuestros pacientes ventajistas, al cobrar por seguir psicoterapias interminables. Sergio, efectivamente, pasa prácticamente toda su vida examinándola de terapeuta en terapeuta y, desde antes del final de su primer psicoanálisis, cobrando de los "escotes" psicoanalíticos inaugurados por



Freud y justificados en que es “un paciente interesante para la teoría analítica”. Dos rasgos de la personalidad de Sergio sorprendieron a Muriel Gardiner, la persona más atractiva para mí del mundo psicoanalítico (es la Julia de la película, o el personaje real de Palimpsesto), y quien le facilitó la salida de Viena para su tercer psicoanálisis. Esos dos rasgos son: el primero, cómo —tras la psicoterapia— Sergio se ha hecho más deshonesto en materia de dinero y no duda en ocultar sus bienes para seguir beneficiándose de las colectas psicoanalíticas (el hombre lobo es descrito por Freud como de una honradez intachable, mientras apenas se disculpa con Gardiner de sus engaños diciendo “es cosa de mujeres”, en referencia a su madre y esposa) y, el segundo, la ceguera histórica y moral para vivir el terrible tiempo que le tocó. Viena está sufriendo la barbarie nazi y cientos de judíos se suicidan cada día. Cuando Teresa, su esposa, le anuncia su voluntad suicida, Sergio le pregunta tan tontamente como en el maligno chiste de los judíos y los boticarios: “¿Por qué sí no eres judía?”. En el mismo sentido, cuando pide un pasaporte para continuar su análisis en Londres y Gardiner le plantea sus dudas morales (ella es una militante de la resistencia), dado que tiene que quitar el pasaporte a alguna persona en peligro, Sergio insiste y la convence de la gravedad de su trastorno, logrando un pase de ida y vuelta a Inglaterra y viviendo el resto de su vida, ajeno a la historia (¡hasta al punto de pintar en acuarelas el cuartel ruso y estar a punto de ser fusilado!), de donativos y cobros por los recuerdos de su terapia.

Cuando Sergio escribe su autobiografía, frente a Ana O que puede decir yo y hacer un balance vital de tareas colectivas, aporta como seña de identidad su papel de paciente y se identifica con él: “Yo soy el hombre de los lobos que fue uno de los pacientes más queridos por Freud”. Es decir que la psicoterapia articula y llena su biografía. La perspectiva fundamental para contar su vida es el psicoanálisis y lo hace como si se tratara de una especie de enferme-

dad presidida por su historia infantil y la mala suerte, mientras permanece ciego para ver como la Historia (la Revolución Rusa, la guerra Mundial) han condicionado su existencia real.

Dicho esto, que hay enfermos que pasan por psicoterapia y les va bien, como Ana O, y otros que se instalan gracias a la psicoterapia en la enfermedad y se entontecen o envilecen con ella como Sergio, creo que debo enfatizar que —desde luego— la psicoterapia es una *Práctica Artesanal* y no una praxis científica o técnica. Contra mis buenos amigos Tizón y Fernández Liria, creo que cada terapeuta ejerce esa práctica con sus habilidades personales, con independencia de su pertenencia a ninguna escuela. Todos los terapeutas obtienen éxitos y fracasos, menos en función de sus técnicas o teorías, y más en función de su prudencia. Lejos de indicar las mismas cosas para una lesión como el calor o el frío del fisioterapeuta (que en caso de equivocarse puede explicar el error como un cálculo fallido), cada terapeuta aconseja acción o inacción con éxito en función de sus creencias, pero tiene éxito o fracasa en función de su arte y virtuosismo personal. De nuevo la distinción de Aristóteles entre saber científico o técnico, como saber no aplicable a la praxis humana necesitada de un saber prudencial, me parece oportuna en este punto.

A.R.: En relación con lo anterior ¿Cuáles es tu posición respecto a los desarrollos de la Bioética aplicada a la psiquiatría? ¿Qué opinas de la Psiquiatría basada en la evidencia (o en pruebas, que es como debe decirse en castellano)? ¿Crees que se puede hacer ciencia desde los parámetros actuales de la práctica psiquiátrica o psicológica?

G.R.: Me parece que la psiquiatría basada en la evidencia es una pura contradicción en sus términos. Evidente es algo que termina en una denotación, en señalar con el dedo a lo que nos referimos y nada mediado por el lenguaje, como la psiquiatría puede serlo con los desarrollos actuales. Evidente que esto es amarillo,



supone señalar con el dedo varias cosas amarillas. La más abstracta ecuación de Einstein termina en una de esas señales lumínicas que muestra su verdad, falsedad o imposibilidad de medir. Las prácticas mediadas por el lenguaje son imposibles de denotar. Si digo este *paciente es evidente que tiene ictericia* todo el mundo sabe que debe mirar su piel; si digo que tiene leucemia que debo mirar su sangre y señalar las formas anormales. Si, señalando con el dedo, digo esto es *una depresión* nadie sabría si mirar la cara, escuchar o hacer un análisis de sangre. Y si lo que el paciente relata son unas actuaciones marcadas por las máximas puntuaciones del Hamilton puede tratarse de un actor.

Lo que se llama Psiquiatría basada en la evidencia suele ser el meta-análisis de los ensayos clínicos aleatorios. Es un razonamiento que tiene una refutación sencilla. Recordemos un experimento de botánica de principios del Siglo XX que cumple todos los requisitos del meta-análisis aleatorio: un famoso botánico ponía cada mes plantas procedentes de la misma cepa en la misma cantidad de tierra, que era a la vez de la misma calidad, y las alimentaba con la misma cantidad de agua. Medía y pesaba cada poco tiempo el crecimiento de las distintas plantas y como no conocía que la fotosíntesis, y por tanto la cercanía de la ventana, era lo que decidía la síntesis de clorofila, todo el experimento —perfectamente diseñado— obtenía resultados disparatados. Lo mismo ocurre en la psiquiatría de la evidencia que es la aplicación del método científico a un error conceptual.

Uniendo esta pregunta con la anterior uno de esos análisis basados en la evidencia afirma que el mejor tratamiento para los Trastornos Borderline es la terapia conductual dialéctica, que supone un mezcla de técnicas cognitivas, filosofía dialéctica y práctica Zen. ¿Supone eso que alguien que, en lugar del Zen rece el rosario, practique el lenguaje común como filosofía y la dialéctica le parezca un disparate, deba ser descalificado como terapeuta? ¿Y ese alguien

no acepta la evidencia, si no renuncia a cambiar avermarías por mantras tibetanos?

A.R.: En el contexto de trabajo actual en psiquiatría ¿Crees que es posible ser ético?

G. R.: Obviamente se puede ser ético en psiquiatría si no se promete lo que no se puede cumplir, si no se aparenta lo que no se sabe y si la modestia de nuestros saberes no adquiere la *hibrys* que pretenden los planes gerenciales que el Estado asigna hoy al tratamiento psiquiátrico a fin de legitimar el daño causado por el mercado. Por seguir con el ejemplo de Alcohólicos Anónimos. Los dos fundadores de la asociación recorrieron muchos especialistas que les prometieron curarlos y sólo hubo uno que les dijo que desde la psiquiatría poco alivio había para ello. Desde esa confesión fueron capaces de crear un grupo de autoayuda. Y a la vista están sus resultados. Fueron personas faltas de ética las que fingieron potencia y saber para curar y una persona honrada quien se confesó impotente. De nuevo la Prudencia aristotélica. Este es el tipo de razón común que debe seguir el psiquiatra con voluntad ética.

En lo interno del diálogo psicoterapéutico me parece que se comporta mal quien confunde al paciente animándolo a continuar buscando un *insight* a menudo imposible y fomenta la dependencia de personas frágiles que buscan identificarse con cualquier fetiche mediante curas interminables.

A mi juicio es importante también, para comportarse honestamente, no fingir una relación libre de valores. Si yo soy devoto del Opus Dei y debo tratar a un paciente anarquista, mejor explicitar mis valores previamente. Frente al traumatólogo que me puede tratar una fractura sin problemas, con valores y visiones opuestas sobre mi definición de vida buena, en psicoterapia debe explicitarse que se esconden palabras tan aparentemente neutras como placer o gozo porque son fuente de indecibles equívocos. No encubrir el sistema de valores



del terapeuta resuelve lo falso de aparentar neutralidad ética. Los relatos feministas repiten cientos de casos en que tras años de terapia se descubre la incompatibilidad de su sistema de valores con el del terapeuta cuando surgen, por ejemplo, temas como el aborto. Desde luego para la Psiquiatría Pública eso sí que supone un conflicto importante. ¿Puede hacer psicoterapia una adolescente musulmana con un terapeuta laico sin entrar durante la cura en la necesidad de derrumbar el fanatismo de la obediencia a la familia para escoger esposo? ¿En tiempos de multiculturalismo, habrá que reservar cuotas en salud mental por religiones? Varios de mis pacientes engañan a sus parejas, y ellos dicen que es por salud mental, suponiendo en mí una tolerancia *psi* sobre esos temas. Comentan que después de relaciones sexuales esporádicas y secretas se encuentran mejor y todo mejora en casa. Yo, en general, no oculto que desapruero esas mentiras que interpreto como falta de amor real hacia sus parejas. De lo dicho se deduce que no hay, a mi juicio, ninguna práctica científica en sentido fuerte en la psiquiatría. La falta de cierre categorial es evidente cuando sólo logramos pseudoconsensos para nuestras prácticas como es éste de la terapia dialéctico conductual.

A. R.: Hablando de consensos ¿Ves alguna alternativa razonable entre, por un lado, las antiguas escuelas psiquiátricas, las “Psiquiatrías nacionales” y, por otro, el DSM-IV (vale decir también la CIE-10) en lo referente a la mejor manera de desarrollar una clasificación universal válida y fiable de los trastornos psiquiátricos?

G. R.: La retórica de la ciencia en psiquiatría es el subtítulo de un libro, *The selling of DSMIII*, que me parece imprescindible para la discusión nosológica porque relata con todo detalle la génesis y los chismorreos de la genealogía de esa clasificación que se basó en equilibrios de grupos de poder plasmados en votaciones bastante reñidas. Desde luego todo ello bastante ajeno a la ciencia normal que no se suele votar.

La lectura del libro me lleva a interpretar que la motivación central de la forja del DSM-III fue el deseo contrarrevolucionario de poner coto a la antipsiquiatría. Que los libros Thomas Szasz tuviesen tanto éxito podía pasarse por alto, que Goffman —después de publicar *Internados*— fuese elegido presidente de la Asociación Americana de Sociólogos era más alarmante. Pero que *Nature* publicase “Enfermos en lugar equivocado”, donde se mostraba cómo el diagnóstico de Esquizofrenia fue simulado de una forma tan sencilla como mostró aquel experimento y que la toma de notas de los investigadores fuese etiquetado como síntoma de psicosis ya pasaba de castaño oscuro, porque colocaba en ridículo a la disciplina frente al juzgado y a la industria terapéutica. Y para colmo las réplicas de Millon y otros teóricos de la APA al mencionado artículo sobre la facilidad de simular enfermedad mental, no pasaron las exigentes normas de publicación de esa revista y sus artículos no fueron publicados por irrelevantes. Tras ello los representantes de la psiquiatría tradicional americana tocaron a rebato para defender la disciplina.

Esta vivencia de amenaza, de ver la psiquiatría como una ciudadela rodeada de enemigos, que presidió la génesis del DSM-III, llevó a sus autores —como en todos los movimientos contrarrevolucionarios— no a volver atrás y reinstalar un modelo fenomenológico, sino a revolucionar al revés todas las clasificaciones imponiendo un sistema que liquidaba cualquier análisis de lenguaje bien hecho. El Trastorno Límite, al que me referí antes, muestra cómo se puede estar *un poco* delirante frente a las nítidas separaciones entre proceso y desarrollo. Con la liquidación de cualquier significado del síntoma —ventaja con el síntoma en la histeria— o de todas las finuras en el análisis de las tectónicas de los sentimientos desaparece cualquier posibilidad de una psiquiatría que encontrase en esos sufrimientos claves para explicar las biografías humanas.

Por otro lado López Ibor debería haber reivindicado el haber sido el precursor (con sus



“Neurosis como enfermedades del Animo” o sus textos sobre los equivalentes depresivos) de todo ese sistema que reafirma su tesis de tratar con antidepressivos toda la patología neurótica o de afirmar no encontrar más que patoplastia en la relación de la enfermedad mental con la biografía del enfermo. También creo por ello que todo en el DSM manifiesta otra vez el deseo de aparentar un saber que no tenemos, de decretar por votación la existencia o inexistencia de Personalidades sádico–autoagresivas o de perversiones y llegar a consensos que impiden la lucha de paradigmas e hipótesis etiológicas que exigen reconocer el no saber. Si se hubiese decretado por votación que la úlcera de estómago era consecuencia del estrés o de aquellos disparates que pueden leerse en los libros de psicósomática, jamás se hubiese descubierto la etiología infecciosa. En psiquiatría yo creo que las clasificaciones nacionales o aún más las nosologías de escuelas reflejan mejor esa lucha de paradigmas que nos clasifica como terapeutas psicodinámicos o familiaristas y, a la vez, reflejan mejor el estado artesanal de nuestras prácticas que los falsos consensos destinados a legitimar la profesión o intervenir en los juzgados. Si hace 10 años me hubiesen dicho las dosis de neurolépticos que a día de hoy toma cada psicótico, el número de personas que toma ansiolíticos o el tanto por ciento de pacientes ingresados que permanecen atados, yo hubiera afirmado que el futuro era una utopía al revés. Pues ese es el universo contrarrevolucionario de la psiquiatría que el DSM ha contribuido a crear.

Supongo que tu pregunta también tiene que ver con la polémica que mantuvisteis en la revista de la AEN con Fernández Liria. Yo creo que el futuro inmediato no ofrece ningún problema para consolidar el imperio DSM. Y ello por un fenómeno de “dependencia de la senda” que dicen los darwinistas. Una vez elegido un camino, aunque no sea el óptimo, la evolución no vuelve atrás y continua por esa senda. El mercado tampoco. Yo creo que los futuros éxitos del DSM hacen referencia más al mercado

que a la ciencia. Una vez impuesto un modelo de vídeos o una forma de circular es muy costoso el cambio y, por ello, tiende a consolidarse aunque otro camino u otro modelo sea mejor.

A. R.: De tu libro podría deducirse una cierta nostalgia por las tradiciones comunitaristas y un cierto aroma antiliberal. ¿No te parece que también aquéllas tenían sus problemas? Por ejemplo la falta de libertad en cuanto a las posibilidades de elección en lo personal.

G. R.: En una crítica de *Egolatría*, más bien un panegírico, que hace Santiago Alba Rico en *Rebelión* y reproducida en la revista cubana *Jibarillo*, me presentan —efectivamente— como un “gran teórico antiliberal y comunitario”. También en *Gara* salió una referencia en ese sentido. Efectivamente creo que comparto el horror ante la uniformidad del mundo que la postmodernidad nos ha traído y siento que como dice un dirigente abertzale de vuestra tierra en una película que ví no hace mucho que “si todos los pueblos del mundo van a ser como un barrio del imperio y todos los humanos clones de los héroes americanos poca pena va a dar morirse”. Pero también creo que, desde luego, el comunitarismo no da ninguna garantía de buena vida. El horror del siglo nació de una ideología perversamente comunitaria como fue el nazismo. Esa ideología simplificó todo el discurso político subsumiéndolo en la lealtad a la tierra y la sangre en lucha contra otras tierras y sangres enemigas. El narcisismo nacionalista (lo mío por ser mío es lo mejor) es, desde luego, otro gran riesgo del comunitarismo.

Pero, a pesar de todo ese peligro, sigo creyendo que cualquier definición de vida buena no cabe en clave intimista o emotivista y que el horror del mundo parte de la barbarie del mercado que ha logrado cancelar la estabilidad de cualquier vínculo humano. Los primeros teóricos liberales formularon una teoría de los sentimientos que funciona como dogma y que los terapeutas no debemos olvidar. Dice, casi literalmente Mill, que la sociedad funciona no



por la benevolencia del panadero o la caridad del industrial que trabaja para el bien común, sino por su codicia, por la de todos, y sólo con estimular ese sentimiento es posible crear riqueza más allá de una economía de subsistencia. Por otro lado la teoría liberal afirma que a cualquier londinense le disgusta más que un aguacero inunde su patio de atrás, que un diluvio ahogue a un millón de chinos. Sea o no así la naturaleza del hombre, el mercado ha logrado imponer un universo donde la Conducta Racional y los planes empresariales se basan en esos asertos egoístas y en la imposibilidad de explicar la conducta humana en términos solidarios o de bien común. Frente a ellos el comunitarismo moderno acentúa la definición del hombre como un ser dependiente y formula cómo esa dependencia condiciona unos riesgos de drama personal altos si se vive con los criterios del individualismo emotivista. Una pareja que hace sus votos de convivencia “mientras nuestros sentimientos nos unan” tiene casi garantizada la incapacidad de criar niños con vínculos estables o de darse seguridad de cuidados en caso de enfermedad o vejez. No cabe guiar, por tanto, una vida solidaria con ese cuidado en la desgracia o en la dependencia con los criterios de gozo (aunque no goce limpiando el pañal de mi esposa incontinente, si llega la ocasión espero hacerlo y me consideraré un mal hombre si sigo mis sentimientos de asco que me impiden hacerlo o si sigo mis deseos de irme con una joven). La única alternativa a ese hombre individualizado de cualquier grupo de identidad, sin deberes fuertes, guiado por el cálculo sentimental y dotado de esos sentimientos básicos, a los que sólo la empatía puede llevar, mientras dure, a conductas solidarias o a cuidar de los dependientes, es insertarla en grupos con historia. Acertar con los grupos que permitan florecer las virtudes humanas es la difícil apuesta de un buen comunitarismo contra la sociedad sin vínculos ni deberes morales estables que representa el liberalismo o el dejarse flotar por una sociedad sin otro cemento social que los sentimientos egoístas.

A. R.: En tu libro lo que llamas *San Mercado* y el individuo multiforme e irresponsable de sus actos aparecen como íntimamente relacionados en la sociedad actual. Lo uno deriva de lo otro. ¿No caben ya individuos críticos? ¿No pasaba algo de lo que mencionas, ya antes, en la —llamémosla— tradición comunitaria obre-ro-capitalista de la modernidad industrial?

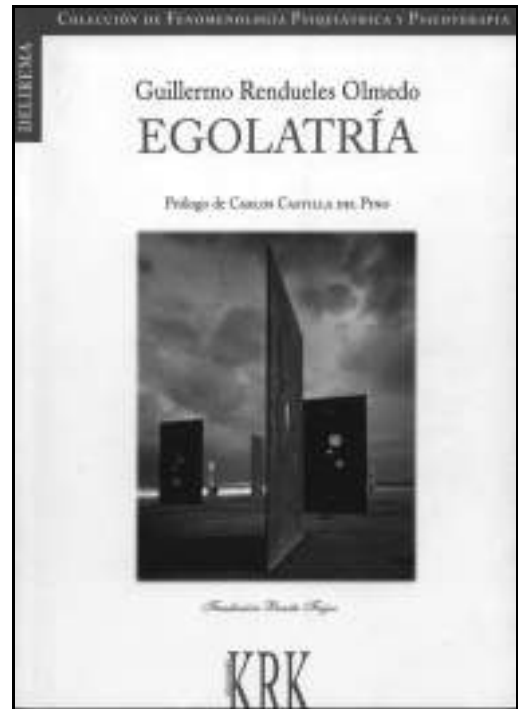
G. R.: Creo que una clave del presente eclipse de la razón crítica es asumir de forma irreflexiva la noción de progreso y no atender los elementos de biopolítica que persisten en las sociedades democráticas. La idea de que la sociedad progresa impide ver cómo esa mejora se hace a costa del sufrimiento y la sangre de los derrotados por ese progreso que exige olvidar a los de abajo. En cada monumento romano persiste esa sangre del esclavo que construye el camino o que muere para divertir al pueblo en el circo. Pero también en cada fábrica, en cada mina, en cada autopista reverbera para la conciencia solidaria ese sufrimiento exigido por el progreso. Benjamín ejemplifica ese recuerdo en la imagen del *ángel de la historia* que es arrastrado por el viento y, horrorizado, ve la matanza que nosotros llamamos historia. Foucault insistió en la necesidad liberal de controlar el propio programa de producir libertades con unas biopolíticas que disciplinasen estratos de población basándose en someterlas, como simples cuerpos, como “homo sacer”. El trato a los emigrantes ejemplifica bien esas dos nociones. No es el carácter de humano lo que da derechos humanos en España, sino *los papeles* que suministra un estado europeo con soberanía. Sin papeles se puede tratar a individuos con los mismos criterios de no pertenencia al mundo de las leyes con que los nazis trataron a los judíos en los campos. Muchos emigrantes viven su vida en la metrópoli con la misma indefensión, con el mismo *sin derecho* que los internados en los campos alemanes. La permanencia de islotes de biopolítica en los estados democráticos y la falta de respuesta de la multitud marca bien el horror en que nos movemos. Que mientras hablamos de esto, la



población española se conmueva más por las ficciones políticas del Estatut de Cataluña que por esas imágenes bíblicas de miles de negros vagando hambrientos en el desierto por orden de un faraón magrebí y la colaboración de los demócratas españoles, da poco espacio a la esperanza.

A. R.: Perdona la provocación. Pero ¿Qué te ha hecho el pobre Althusser? ¿No te parece que ya tuvo bastante con no poderse explicar ante los demás debido al “no ha lugar” de un juicio público tras asesinar a su esposa? ¿No aparece aquí un cierto tufillo vengativo y oportunista respecto a uno de los santos del 68, ahora que está de moda denigrarlos públicamente?

G. R.: Va de confesiones personales. Cuando daba clase en la Universidad de Oviedo, cada año, me enteraba del mote que los alumnos me ponían y eso aumentaba mis simpatías o antipatías por ese curso. Sólo fui una o dos veces a la cena de fin de curso que organizaban los alumnos. Uno de esos años en que creo que funcionó la relación, los alumnos me había puesto el apodo de *Mayo del 68* por las torradas que daba, y sigo dando, con aquel pronunciamiento estudiantil del que aún me vienen dulces recuerdos (que nos quiten lo *bailao*) y la esperanza en que lo inesperado es posible. Althusser “me hizo”, en lo público, que fue el traidor absoluto a los amigos de aquel tiempo. Fue el falsario que mandó a las barricadas o a las selvas americanas a los mejores de una generación con uno de sus libros en la mochila y luego manifiesta no haber leído a Marx. Fue el simulador que “me hizo” aplazar algún examen de pediatría por discutir un seminario sobre su *Pour Marx* (que luego confesó que era un texto heiddegeriano). En lo personal también me indigna su cobardía para apropiarse de su crimen y el cinismo de su texto, que inventa un doctor para hacerlo su abogado defensor. Defensor de él y de todo el mundillo que le rodeó (incluyo a Foucault) y desfigurar a Helene hasta el punto de convertir a la víctima en culpable.



Pienso que eso no es escupir sobre Mayo del 68. Me parece claro por el contrapunto que hago en *Egolatría* con el anti-Althusser, con Sartre, como el héroe de ese tiempo. Sartre representa, a mi juicio, el freudo-marxismo más valido, el que inspiró personalmente a la antipsiquiatría por el impacto que provocó en Basaglia (la imagen de la enfermedad y su doble está tomada literalmente de los Escritos sobre Literatura), Laing o Cooper. Él fue quien, sin haber previsto nada sobre Mayo, se sumó a la revolución y gastó literalmente la vida y hacienda que le quedaban apoyando a todos los grupos izquierdistas por enloquecidos que pareciesen. Sartre se equivocó en casi todas sus posturas políticas pero —a mi juicio—, y creo haberlo enfatizado en el libro, dejó una obra sobre la libertad, la mala conciencia, los burgueses-cabrones y un largo etcétera que le hacen imprescindible. También tuvo una forma de vida ejemplar.

A. R.: Volvamos al tema de la responsabilidad. Hay autores que están insistiendo en el error de considerar al loco como persona irres-



ponsable ¿Qué opinas de la responsabilidad pública de los pacientes mentales respecto de sus actos? ¿Deben responder, por ejemplo, penalmente si llega el caso? ¿Cuáles serían los límites de esta responsabilidad?

G. R.: Castilla del Pino insiste en que la esquizofrenia no totaliza la vida del esquizofrénico. Es obvio que un psicótico tiene un montón de conductas no psicóticas. Compra el periódico, interactúa normalmente con vecinos, va a la peluquería y, de otro lado, tiene otras acciones que sí son esquizofrénicas en cuanto están en relación con sus alucinaciones, sus delirios o su autismo.

Creo que la noción de irresponsabilidad debe afirmarse de estas conductas relacionadas con la psicosis. Un esquizofrénico al que trataba violó a una chica y yo creo que su acción no tenía ninguna relación con su psicosis, por lo que a mi juicio era responsable de su conducta. Otro, al que afortunadamente no trataba, degolló a un niño en el curso de un delirio místico y obviamente no era responsable de actuar determinado por sus delirios. Strawson disuelve bastante bien todos esos dilemas de la responsabilidad. En el fondo se trata de algo tan banal como decidir si el que me pisó esta mañana en el metro lo hizo por el frenazo (y no debo reprochárselo más que al bulto que me cayó a la espalda) o debo considerarlo un sujeto con intención de pisarme y devolverle una patada. Es decir, tratarle como un humano con intenciones o como un móvil determinado por causas físicas (bioquímica cerebral, sinergia neuronal etc). Algunos casos concretos sobre *¿a quien pertenece lo ocurrido?* son más complicados por multicausales y necesitan poner un límite arbitrario para asignarles autor. Cuando me atropella un coche, ¿a qué o quién se debe? ¿al freno del coche?, ¿a la carretera mojada?, ¿al chofer?

De cualquier forma no me gusta hacer de compañero de viaje de jueces, abogados y demás especialistas sobre cuánto de loco y

cuánto de malvado hay en los delincuentes. Lo ético hoy es suministrar munición contra el mal y no construir utopías para el bien, como piensan los filántropos. Hoy la resistencia al mal en ese terreno está en los movimientos anticarcelarios que continúan las viejas luchas de la Copel articulados, por ejemplo, en torno a la Revista Panóptico o, en País Vasco, Shalaketa o en el movimiento católico de Mil voces presas. Yo siempre colaboro con ello y trato en cambio de evadirme de las asociaciones de juristas o similares. Mi modelo es inevitablemente Foucault, que cuando los *progres* luchaban por abolir la pena de muerte en Francia, creó los GIP (Grupos de Información Prisión) que a la larga revolucionaron las ideas punitivas.

A. R.: ¿Si no hay un yo, qué hay? ¿Un sujeto? ¿Es necesario ser alguien para estar cuerdo? ¿Cómo sobrevivir con un cierto espíritu crítico? ¿Cómo formarlo y educarlo?

G. R.: Si no hay un yo, sinónimo de un alma que nos es asignada desde la vida a la muerte, hay una serie de *yoes* sucesivos y *yoes* para las distintas actuaciones que podemos tratar de hacer coherentes y buenos en un Sujeto Moral, o por el contrario dejar flotar los *yoes* en actuaciones oportunistas basadas en el cálculo de beneficios emotivos o materiales. La receta de la racionalidad postmoderna es el yo oportunista que trata de sacar el máximo beneficio de cada interacción y que, de la cama al trabajo, trata de obtener el máximo placer o beneficio del otro, dándole lo menos posible (a menos que la empatía genere gozo al dar). Actuar de forma altruista, sacrificarse por los otros siempre se interpreta desde esas posiciones como algo cercano a la neurosis. ¿Qué culpa estás pagando?. Me preguntaba un psicoanalista hace mil años. También se inventan complicadas teorías para reducir el altruismo a egoísmo ilustrado. Cuando veo que algunos amigos realizan acciones heroicas, yéndose a lugares peligrosos como voluntarios, y observo que otros, en lugar de interpretar su acción de forma ejemplar, lo trivializan con justificaciones



egoístas del tipo "casi saco más que doy al atender refugiados", me siento bastante desilusionado.

Como decía arriba, cuando la desgracia toca uno de estos yoes basados en el emotivismo egoísta debe ser terrible. Llevar un duelo pensando que el sentido de la vida es ninguno ("el cuento lleno de ruido y furia que no significa...") y que no hay ningún *nosotros* que recoja la cita y continúe lo que nosotros continuamos, me parece atroz para sus seres queridos. En el mismo sentido, afrontar el hecho de depender de que alguien te ponga el pañal, y suponer que lo hace con empatía en un contexto en que el sentido de la vida es gozarla, me parece complicado. Un yo sucesivo, articulado en un nosotros y enmarcado en un contexto de deberes morales fuertes, afronta con total naturalidad esa dependencia. Yo dependo de tí como tú del siguiente y cada generación es una comunidad imaginaria en donde se está seguro del deber de ayudar y la generosidad de recibirla. De nuevo la solución comunitaria me parece que resuelve mejor ese dilema. La continuidad del yo se forma sobre un contexto de tradiciones ya dadas, que dan coherencia a los yoes sucesivos al integrarse en ese *nosotros*. Ese "nosotros" juzga como bueno o malo el desarrollo del yo en función de la adquisición de virtudes. Y atender al dependiente es una obligación fuerte. Te cuidaré siempre, aunque mis sentimientos me hagan vomitar al ponerte el pañal o desee tener tiempo para mí. Si no lo hago, no me sentiré culpable, sino que lo seré y —desde luego— no perteneceré a los nuestros. La vieja anécdota del caballero que iba a la batalla y le decía a su cuerpo descompuesto: "tiembla carroña que verás lo que te espera", porque descompuesto y deseoso de huir, pelearía hasta el final con sus conciudadanos, ejemplifica el cómo dar unidad a esos yoes en torno a un discurso sobre los deberes comunitarios.

A. R.: Para acabar y siguiendo en esta línea. Casi todas las tesis de tu libro (o las consecuencias que pueden derivarse de ellas) son

negativas y parecen conducir a un "no hay salida". Quizá al final hablas algo sobre cómo recuperar lo más importante del nosotros colectivo, sin negar al sujeto libre. En algún lugar dices que la alternativa al yo múltiple estaría, además de en las tradiciones comunitaristas, en algún tipo de imperativo (ya sea moral o biológico). Háblanos de esto último, incluídas esas dos formas de imperativo categórico.

G. R.: Los movimientos antimilitaristas en España fueron un punto de inflexión importante para mí. Lo fueron en el doble sentido de desafiliarme de proyectos reformistas y despertarme otra vez las energías utópicas. Goffman siempre había igualado la estructura de los manicomios con la estructura de los cuarteles. Sus análisis de la destrucción del yo por las instituciones totales ponía ejemplos alternativos de agresiones a los rasgos de identidad tanto en el ingreso manicomial como en el reclutamiento. Cuando cientos de chicos empezaron en Asturias a gritar que mejor presos que soldados y el gobierno del PSOE empezó a encarcelarlos, el acontecimiento supuso para mí volver a correr otra vez delante de los grises (la moda cambiaba el color del uniforme, pero nosotros gritábamos que de verde, de azul o de marrón un cabrón es un cabrón). Esperaba ver apoyos de los psiquiatras que decían luchar contra las instituciones totales. La soledad en que ví a los insumisos, abandonados por los que habían sido mis compañeros de lucha contra la psiquiatría del franquismo (ni una nota diciendo que la mili era mala para la salud mental) y algunas circunstancias personales (mi hijo fue condenado a dos años de cárcel por romper sus papeles militares y, gracias a que ganó la derecha política, no los cumplió) me hicieron cambiar mis ideas y volver a reunirme con grupos de resistencia radical.

Marcuse termina uno de aquellos libros que marcó aquel Mayo de mis ilusiones con una cita que he repetido algunas veces y dice que, en tiempos sombríos, "solo de los sin esperanza nos viene la esperanza". Pienso que hay una



contrarrevolución en marcha (la descripción de Imperio que hace Toni Negri me convence) y sólo desde puntos muy marginales del planeta llegan reflejos que se oponen al eclipse de la razón crítica. El último capítulo de Egotría —siempre hay que empezar un libro por el final, porque así se escriben— se plantea que aunque no haya muchas esperanzas de victoria hay que resistir a esa contrarrevolución (un ángel se lo dictó al Poeta: “¿quién te habló de victorias? Resistir eso es todo”) articulando un nuevo sujeto histórico. Las referencias a Negri, Virlo y los autónomos italianos de los años de hierro, muestran que no hay alternativas reformistas para ese sujeto y que, puesto que el mercado es global y el imperio mundial, la única alternativa al mismo es también una alternativa global contra el estado y el mercado. Sobre ese contexto discuto en el texto qué hacer *Mientras Tanto*, qué formas de sabotajes y traiciones pueden mantener mejor la distancia de ese nuevo agente social revolucionario con las multitudes que consumen mercancías y aceptan el Pan y Circo.

Las dos formas posibles de esa militancia están tomadas a propósito, no de mi cosecha particular, sino de las reflexiones de unas jornadas de la revista *Página Abierta*, próxima a *Liberación*, que para quién se haya perdido en las siglas y sólo conozca las ministeriales, es el grupo que sucede al antiguo Movimiento Comunista. De las dos formas posibles de permanecer fuera del rebaño, como ovejas negras, una es la del sujeto intermitente, la militancia postmoderna articulada en la red y en redes, que consiste en estar emboscado, viviendo, eso sí, sin ninguna lealtad a lo social y en los márgenes de lo que llaman la delincuencia, —esa acción del Profesor Agustín García Calvo de no haber pagado nunca a Hacienda la ejemplifica bien— esperando acciones puntuales en que, mediante convocatorias por la red, se organicen movimientos antimercado como en Génova o Barcelona. No querría dejar de recordar, en ese sentido, a Carlo Giuliani que murió en los enfrentamientos con la policía en Génova.

Pier Giorgio Samboloni me contó que debía haber ingresado, unos días antes de los hechos, para una cura de desintoxicación, pero prefirió ir con sus compañeros de Frente Negro a devastar la ciudad. Siempre he querido para él que sintiese la dicha que Borges cuenta en uno de sus mágicos relatos, cuando un enfermo salido de la UVI por un banal traumatismo, sale de la cantina para luchar a machete y seguramente morir, y siente que todo está cumplido. Esa disposición a estar conectado en Internet, por ejemplo a *Rebelión* y, cuando nos llamen ir, es una forma nueva de resistencia que está creando una reedición de aquel viejo topo que, sin que se enteren mucho los de arriba, socava todo lo que puede.

La otra es insistir en las viejas organizaciones con militantes, que frente al mal samaritano —aquél que hace voluntariado sólo cuando sus sentimientos se lo piden y sin tratar de convertir su acción en ejemplo de virtud— están siempre ahí, cuidando locales sindicales o iglesias donde sólo van viejos, manteniendo una memoria y unos espacios físicos y permitiendo que la llegada esporádica de esas multitudes en rebelión cuente con una mínima intendencia (Génova o Barcelona no hubiesen sido posibles sin unos lugares de cita donde dormir o donde volver tras las algaradas).

Nietzsche decía que los libros, como la música, debían provocar euforia y dar fuerza a los fuertes, que los textos debían ser una gaya ciencia. Adorno, por contraste, afirmaba que en tiempos como los que vivimos es necesaria una ciencia melancólica que haga sentir la tristeza orquestada por el progreso del que antes hablaba. Egotría trata de ser un híbrido y al pesimismo del análisis opone el optimismo del corazón. El libro termina enfatizando con una cita de Negri, quien invoca a San Francisco de Asís cómo, frente a la tristeza de unas vidas quemadas en y por el mercado, cabe la “alegría de ser y vivir comunista”. No creo que *Egotría* sea por ello un libro desesperanzado salvo para quien tiene esperanzas reformistas.



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

Emilio Javier Blanco Bengoechea

Psiquiatra

Hospital de Zaldibar. Bizkaia

PERIODO 1990-2005

En 1990 se lleva a cabo una reestructuración de la asistencia de Salud Mental en Bizkaia y el Hospital de Zaldibar será el encargado de atender a los pacientes que precisen ingreso hospitalario en una Unidad de Corta Estancia, procedentes del denominado Sector Bilbao B (núcleo urbano de Bilbao en su margen derecha, salvo las zonas de Deusto y San Ignacio). Además, se atenderán por primera vez en su historia, pacientes masculinos, hito importante en la historia del Centro. Inicialmente se creará una Unidad de 26 camas. Posteriormente, se añadirán otras 6 más, denominadas de Prolongación de Estancia, para aquellos pacientes que precisaran un tiempo de ingreso muy superior a los ratios habituales en Unidades de Corta Estancia. Todo esto, lógicamente, implicará un cambio de mentalidad entre los profesionales del Centro y en las pacientes ingresadas, no acostumbradas a la mixtificación. Se establecerán acuerdos y protocolos con los Centros derivantes, aspecto muy enriquecedor, pero al mismo tiempo conllevará un detrimento en la atención (salvo cuidados de enfermería) del resto del hospital; es decir, de aquellas pacientes ingresadas en las Unidades de Crónicos.

La Unidad permanecerá realizando su labor hasta 1997, cuando tras una nueva reestructuración psiquiátrica y con el planteamiento generalizado de que las Unidades de Corta Estancia deben estar en las Hospitales Gene-



rales, la Unidad se reconvertirá en una Unidad de Media Estancia de 40 camas.

En 1990 y dependiendo del Hospital de Zaldibar se abrirá un Hospital de Día en Bilbao, en las antiguas dependencias del C.S.M. de Garamendi. Posteriormente otro en Durango y en febrero de 2005, un tercero en Ermua. Aunque el Hospital de Zaldibar ha contado desde hace años con Pisos Protegidos en el pueblo, se llega a un acuerdo con el Ayuntamiento y éste proporciona tres Pisos, que acogen aquellas pacientes, mujeres, externalizadas de las Unidades de Crónicos, y que no puedan reintegrarse a sus domicilios de origen, por su patología, problemática social u otras razones y a pacientes procedentes de otros dispositivos (Otras Unidades hospitalarias y CSMs).



En los últimos años, el Hospital de Zaldívar fundamenta su línea de trabajo, básicamente, en dos aspectos:

- 1) salidas a la comunidad, a pisos protegidos y en hospitales de día
- 2) programas específicos de rehabilitación con dos opciones:
 - externalización a su domicilio.
 - mantenimiento y mejora (si es posible) de las capacidades de las pacientes, cuando no es posible el alta hospitalaria

Ir introduciendo paulatinamente los Programas de Rehabilitación, ha sido posible gracias a una mayor concienciación en el trabajo interdisciplinar (psiquiatra, psicóloga, trabajadora social, terapeuta ocupacional, personal de enfermería...), aspecto en muchas ocasiones muy dificultoso por la propia historia del Centro, con departamentos estancos, actitudes recelosas entre los diferentes profesionales y miedos a “compartir” y sobre todo a perder poder.

Considero que esta línea de acercamiento entre profesionales de diferentes disciplinas y el consiguiente funcionamiento interdisciplinar ha sido el elemento más valioso durante este periodo, mientras que la pérdida de “fuerza” de las Unidades de Crónicos dentro del propio hospital y la limitación de los recursos de todos los profesionales, excepto enfermería (enfermeros y auxiliares), podrían ser señalizados como los aspectos más negativos, pues los recursos estaban más en la Unidad de Corta o en el momento actual en la de Media Estancia y en los dispositivos extra-hospitalarios, con lo que lógicamente la atención a las pacientes de Crónicos quedaba mucho más limitada.

Otro de los aspectos diferentes a otras épocas es la “judicialización” de los pacientes psiquiátricos, planteada en principio, para “protegerles”, al ser considerados “incapaces”. Esto ha llevado, a mi entender, a aspectos positivos como la imposibilidad de un ingreso no-voluntario sin la autoriza-

ción judicial, pero al mismo tiempo a una incapacitación “en masa” de aquellas pacientes que se encuentran ingresadas en Unidades de Larga Estancia y que en el momento actual en el Hospital de Zaldívar, en las Unidades de Larga Estancia y Psicogeratría, significa que un 90,24 % estén incapacitadas o en proceso de incapacitación.

La situación legal de las pacientes ingresadas en unidades de larga estancia presentaba un importante número de INCAPACITADAS: 131 están tuteladas, de ellas, 48 por el Instituto Tutelar de Vizcaya, y 83 por familiares. En proceso de incapacitación, 17 pacientes y otras 16 no están incapacitadas

DATOS ESTADÍSTICOS REFERIDOS AL PERIODO 1990-2005

Respecto a los diagnósticos correspondientes a este periodo hay que reseñar, que a finales de 2004, había ingresados 204 pacientes, de los que 40 lo estaban en la Unidad de Media Estancia y el resto 164, en las Unidades de larga Estancia y Psicogeratría.

El mayor porcentaje (72,56 %) seguía correspondiendo a los Trastornos Esquizofrénicos y las Demencias y Oligofrenias que en 1971 representaban el 23 % del total de ingresadas, en 2004 habían disminuido significativamente al 9,75 %. (datos en Tabla I).

DIAGNÓSTICO	Nº	%
Trastornos Esquizofrénicos	119	72,56 %
Psicosis afectivas	10	6,10 %
Demencias	3	1,83 %
Psicosis Alcohólica	4	2,44 %
Otras Psicosis	4	2,44 %
Neurosis	4	2,44 %
Trastornos de la Personalidad	4	2,44 %
Dependencia Alcohólica y otras Toxicomanías	2	1,22 %
Retraso Mental	13	7,92 %
Corea de Huntington	1	0,61 %
TOTAL	164	100 %



Tabla 2. MOVIMIENTO DE PACIENTES DE 1990 A 2003.

AÑO	INGRESOS Y REINTEGROS	ALTAS	FALLECIMIENTOS
1990	262	257	6
1991	366	346	8
1992	409	404	6
1993	407	397	9
1994	481	479	6
1995	404	388	5
1996	435	449	8
1997	352	297	11
1998	134	127	5
1999	156	150	10
2000	178	165	10
2001	145	147	6
2002	166	152	7
2003	155	150	9

Tabla 3. EDADES DE LAS PACIENTES EN LAS UNIDADES DE LARGA ESTANCIA Y PSICOGERIATRÍA

EDADES	NÚMERO	%
<20	1	0,61 %
21 - 30	4	2,44 %
31 - 40	18	10,98 %
41 - 50	15	9,15 %
51 - 60	25	15,24 %
61 - 70	27	16,45 %
>70	74	45,13 %

El dato de que un 68,58 % de pacientes sean mayores de 65 años resulta muy significativo en cuanto a las enormes dificultades para lograr una reinserción socio-familiar.

En la Unidad de Larga Estancia

(44 pacientes), la edad media es de 41,73 años.

En Geontopsiquiatría I

(54 pacientes), la edad media es de 69,19 años.

En Gerontopsiquiatría II

(41 pacientes), la edad media es de 71,27 años.

En Gerontopsiquiatría III

(25 pacientes), la edad media es de 78,64 años.

CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES del PERIODO 1990–2005

REHABILITACIÓN: Aunque se siguen manteniendo planteamientos terapéuticos y custodiales, se plantea como labor fundamental, la función rehabilitadora, tanto con el fin de mantener las capacidades que se conservan, como evitar o frenar, en lo posible, el deterioro.

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR: Intervienen diversos profesionales conjuntamente, con un enfoque multidisciplinar, no con abordajes dispares como en la época anterior.

CONSENSO EN LOS TRATAMIENTOS: Hay Guías, Protocolos que son “universales”, con la finalidad de seguir pautas comunes.

PROGRAMAS INDIVIDUALIZADOS: Se establece un Programa individual a cada paciente, con unos objetivos concretos, revisiones periódicas, nuevos objetivos...

COMUNITARIA: Parte de los recursos extrahospitalarios pertenecen al propio hospital y se intenta sean la base de los programas terapéuticos.

INVESTIGACIÓN: Gran aumento de publicaciones, asistencia a cursos, congresos.

IMPLICACIONES JUDICIALES PARA PACIENTES Y PROFESIONALES: Para los pacientes, consolidación de todas las normas y decretos que les afectan directamente (ingresos no-voluntarios, incapacitaciones, derechos...) y para los profesionales, implicaciones legales por posibles demandas, solicitudes de informes de pacientes, familias y jueces,...

GESTIÓN BASADA EN PLANES DE CALIDAD: Modo de funcionamiento para toda la red sanitaria de Osakidetza y, por tanto, también incorporado al Plan Estratégico del Hospital de Zaldibar.

NUMERO DE CAMAS EN EL HOSPITAL DE ZALDÍBAR A LO LARGO DE SU HISTORIA

Cuando el Centro fue reconvertido de Balneario a Psiquiátrico, estaba pensado para 250 camas, pero a lo largo de su historia, el número ha variado significativamente, según necesidades.

Tabla 4. Variación de camas

A FINAL DEL AÑO	Nº DE PACIENTES INGRESADOS
1923	18
1924	105
1926	249
1934	277
1940	308
1950	340
1960	390
1968	405
1971	345
1972	312
1973	273
1980	280
1990	226

Desde 1991 y con la inauguración de la Unidad de Corta Estancia mixta y sectorizada, se establecen el número de camas en 218, distribuidas en: 26 de Corta Estancia, 6 de Prolongación de C.E. y 186 de Larga Estancia y Psicogeriatría.

Tras la desaparición de la U.C.E. y la reconversión en Unidad de Media Estancia, así como el cierre de una de las Unidades de Psicogeriatría y el traslado de 14 pacientes al Hospital de Bermeo, en 1998, finalmente el número de camas en el Hospital de Zaldívar y su distribución por Unidades queda de la siguiente forma:

Número de camas: **204**

Distribuidas en: U.M.E. 40
 U.L.E. 44
 G. I 54
 G. II 41
 G. III 25



PACIENTES INGRESADAS POR DIAGNÓSTICOS EN DIFERENTES ÉPOCAS: 1934-1971-2004.

(Tabla 5)

PSICOSIS ESQUIZOFRÉNICA:	1934:	64,98 %
	1971:	51,59 %
	2004:	72,56 %
PSICOSIS AFECTIVAS:	1934:	8,30 %
	1971:	2,03 %
	2004:	6,10 %
DEMENCIAS:	1934:	6,13 %
	1971:	8,41 %
	2004:	1,83 %
RETRASOS MENTALES:	1934:	7,94 %
	1971:	15,36 %
	2004:	7,92 %
EPILEPSIAS:	1934:	6,13 %
	1971:	2,89 %
	2004:	0,00 %
T. DE LA PERSONALIDAD:	1934:	0,00 %
	1971:	1,44 %
	2004:	2,44 %
OH Y OTRAS TOXICOMANÍAS:	1934:	1,44 %
	1971:	2,61 %
	2004:	1,22 %



PRESENTE Y FUTURO DEL HOSPITAL DE ZALDÍBAR:

PLAN ESTRATÉGICO 2004 / 2008 de Osakidetza,
Servicio Vasco de Salud.
ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

“El Plan establece la necesidad, en primer lugar, de continuar avanzando en la potenciación del modelo comunitario que nuestro Sistema Sanitario adoptó como propio en los años ochenta, siempre teniendo como guía las necesidades de pacientes, usuarios y profesionales y, todo ello, dentro de la política de calidad que Osakidetza ha establecido para sus Organizaciones de Servicios”. (Gabriel M^a Inclán Iríbar, Consejero de Sanidad).

OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN ESTRATÉGICO:

- Establecer una visión estratégica común y compartida de la salud mental y de su abordaje que permita una mayor coherencia, integración y articulación de la organización y de los dispositivos de la red.
- Establecer las líneas directrices del modelo asistencial de la salud mental en Osakidetza, fijando las prioridades en el desarrollo de las tareas asistenciales y teniendo en cuenta las áreas de mejora existentes (hospitales psiquiátricos versus “manicomios”, residencias sociosanitarias, estructuras intermedias, etc.)
- Conseguir la participación de los profesionales en la definición y desarrollo del modelo.
- Definir la cartera de servicios en función de las necesidades de los pacientes, definiendo las estructuras proveedoras de dichos servicios y los perfiles de sus profesionales.

SERVICIOS DE LOS QUE SE DEBE OCUPAR EL HOSPITAL DE ZALDÍBAR, SEGÚN EL PLAN ESTRATÉGICO 2004/2008:

1. Rehabilitación en las Unidades de Larga Estancia y Psicogeratría de pacientes de toda la Provincia, conjuntamente con el Hospital de Bermeo.
2. Rehabilitación en la Unidad de Media Estancia de la Comarcas de Bilbao B e Interior.
3. Hospitales de Día en Bilbao, Durango y Ermua (total 70 plazas).
4. Pisos Protegidos en Zaldibar (9 plazas).

FUTURO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ZALDÍBAR

DESAPARICIÓN:

Lógicamente sería una de las posibilidades a tener en cuenta, como ha ocurrido en otros lugares, planteándose toda la Asistencia Psiquiátrica en Servicios Comunitarios y Unidades de Corta Estancia en Hospitales Generales. Algunos pacientes deberían ingresar en Centro Asistenciales y/o Residenciales. Sin embargo, al menos en un plazo medio y teniendo en cuenta el Plan Estratégico 2004/2008, sobre Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental, no parece ser esta la opción más viable.

MANTENIMIENTO DEL CENTRO:

Programas más elaborados de Rehabilitación, que permitan un tratamiento multidisciplinar más adecuado, para aquellos pacientes que llevan ingresados mucho tiempo y escasas posibilidades de Alta, y para aquellos nuevos ingresos, programas específicos, con la finalidad de lograr un grado de rehabilitación suficiente que permitan el alta y su abordaje en dispositivos comunitarios.

Mixtificación.

El Hospital sigue (salvo la Unidad de Media Estancia) atendiendo sólo a mujeres y se indica en el Plan Estratégico, que los Centros ingresen indistintamente en todas sus Unidades pacientes de ambos sexos. El Hospital de Zaldívar lo ha planteado como una de sus prioridades de este periodo.

Aportación comunitaria.

Incrementar los recursos comunitarios dependientes del hospital, que permitan tratamientos que eviten la hospitalización y/o que permitan una mayor rapidez en el alta hospitalaria.

Especialización.

Creación de unidades que aborden patologías concretas.

“Patología dual”.

Abordaje adecuado de uno de los problemas que entraña más dificultades en el momento actual, con la reestructuración de las Unidades y elaboración de programas más específicos para esta patología.

Así mismo, existen en el momento actual, negociaciones entre el Ayuntamiento y Osakidetza, para realizar obras en el Centro, que llevarían a una reestructuración de los edificios del Hospital.



A nivel funcional, se ha dividido la asistencia del Hospital en tres grandes áreas, que permitan un abordaje terapéutico más adecuado:

- Unidad de Rehabilitación (Media y Larga estancia).
- Unidad Asistencial (Psicogeriatría).
- Unidad Comunitaria (Hospitales de Día y Pisos Protegidos).

Finalmente, quisiera expresar, que se cumplan o no totalmente estos proyectos, el Hospital de Zaldívar seguirá teniendo un importante papel en el tratamiento de las Enfermedades Mentales de Curso Crónico en la provincia de Bizkaia, como lo ha tenido durante los últimos 82 años.



El Dr. Mariano Bustamante, un neuropsiquiatra de la generación del 27*

Iñaki Markez

CSM de Basauri. Bizkaia. Osakidetza.

Nació en 1902 en León siendo su padre, D. Arturo Bustamante, médico en la capital leonesa y que antes había trabajado también en Madrid. Padre, madre (Aurelia Burón), abuelos maternos y paternos, todos leoneses. Mariano era el menor de seis hermanos.

Pasó su adolescencia y cursó sus estudios de Bachillerato en el mismo León. Marchó la familia a Madrid para poco después volver a León y luego a Palencia.

MARCHA A MADRID

Atraído por las noticias de fervor cultural que allí se respiraba, acudió a la Residencia de Estudiantes en Madrid con 17 años. Allí estaba el loco de Dalí, y estaban García Lorca, Garma, y esa gente. Esta época la recordaba muy rica, de mucha cultura. Tuvo por maestro a Ortega y Gasset que fue el introductor de la cultura alemana... era excepcional la cultura que tenía. Mariano, aunque le gustaba mucho la literatura rusa y leía muchos libros de Tolstoy y de Dostoyesky, también le apasionaba lo alemán.

Se fue a Madrid a estudiar medicina y lo hizo en la vieja Facultad de San Carlos. Durante los años de carrera iba voluntariamente a las clínicas de Marañón, Madinaveitia y Sanchis Banús a quienes buscó ávido de conocimientos.

Comenzó a acercarse a la Psiquiatría trabajando durante cinco años en Carabanchel, en la clínica del profesor Lafora, quien a finales de 1932 obtuvo la plaza de Jefe del Servicio de Mujeres del Hospital Provincial de Madrid y relanzó la idea de un nuevo hospital psiquiátrico en Alcalá de Henares cuyo anterior promotor, ya fallecido, había sido su también profesor Sanchis Banús. Con Lafora publicó su primer trabajo, "Mielitis funicular de Lichtheim. Cura-



Mariano Bustamante en 1944

ción con la dieta hepática", presentado en la Academia Nacional de Medicina de Madrid. Allí fue compañero del Dr. Luis Valenciano, que después tendría su sanatorio en Murcia, quien comentara de él: "no era un hombre fácil, el intercambio comunicativo sufría cambios bruscos e inesperados. A momentos era de una cordialidad expresiva, sencilla, casi ingenua; en otros se mostraba hosco, ensimismado, monosilábico... y tenía vocación por lo difícil. Nunca

* Nota del autor: para la elaboración de este artículo se han intercalado opiniones y comentarios de Ana Wulle, viuda del Dr. Bustamante, que aparecen en letra cursiva.



aceptaba o asimilaba a la ligera unos conceptos o unos métodos para su utilización rutinaria”.

En Madrid, en 1933, conoció a Ana Wulle, joven alemana que estudiaba Derecho y quería hacer la carrera de Diplomática y para la Política Exterior y necesitaba muchos idiomas: francés e inglés tenía aprendidos del colegio y en Madrid aprendí español e italiano. Nos conocimos en un encuentro en la Residencia de Estudiantes. Venía alguien de fuera a dar conferencias y allí nos encontrábamos todos.

Leía los textos de Jaensch, de Skalweit sobre la esquizofrenia, de Birbaum sobre el “análisis estructural de la psicosis”, el psicodiagnóstico de Rorschach, el “diagnóstico poli-dimensional” de Kretschmer, el cuestionario de Jurovskaja,... También se interesó por el psicoanálisis hasta el punto de estar casi un año en un análisis didáctico con Ángel Garma en Madrid, siendo uno de los primeros pacientes didácticos de éste, por otro lado, gran amigo. Y no abandonaba sus aficiones para las cuales siempre buscaba tiempo disponible. Afición deportiva a la montaña y el motociclismo, o de deleite espiritual como la música sinfónica.

1935. VA A ALEMANIA

Comenzó con una consulta y estuvo junto a su amigo Ángel Garma en León. Pronto obtuvo una beca de la Junta de Ampliación de Estudios para el curso 1935-36 y se fue a Marburg donde desarrolló trabajos en el Instituto y clínicas de aquella ciudad. Allí trabajó con los ilustres profesores Kretschmer y Jaensch. Mariano fue gran admirador de Alemania y de su literatura... sabía mucho alemán y por eso se fue allí a estudiar hasta lograr una de las más sólidas formaciones en el ámbito de la neuropsiquiatría.

Volvió a España en 1936, obligado a retornar al iniciar la guerra civil. Vino en barco desde Hamburgo yendo a Lisboa para, después ir a casa del padre a León. Entró en el ejército con los requetés, pues el quería estar con los vascos y los navarros

que tan bien le habían caído en su época de la Residencia. Y esto hasta que en 1938, a través de un amigo de la embajada alemana logró salir y poder ir de nuevo a Alemania y trabajar en Breslau en la clínica neuroquirúrgica Wenzel-Hancke-Krankenhaus con el profesor Foerster durante un año. Después obtuvo otra beca a través de la embajada alemana y marcharía a Berlín para trabajar en el Kaiser Wilhelm Institut für Hirnforschung durante tres cursos, de 1939 a 1942 colaborando con los profesores Spatz y Lemke. El siguiente curso lo hizo en la Clínica Quirúrgica de Tübingen estando en los departamentos de Neurología de los profesores Usadel y Stauss así como en el de Psiquiatría del profesor Hoffman. En todas estas clínicas tuvo oportunidad de ver y tratar un considerable número de tumores cerebrales y procesos craneales.

Los ocho años que pasó en Alemania configuraron una capacitación clínica y de investigación así como de pensamiento muy acordes con los avances de los especialistas en ciencias de la salud alemanes.

Regresó a España en 1944, incorporándose al Instituto Cajal en la sección de Neurología, al lado del profesor Castro, durante casi tres años... aquel Instituto al lado de la Escuela de Ingenieros. Estando en el Cajal salieron las oposiciones para Bilbao.

1947. EN VIZCAYA

Tras unas brillantes oposiciones se encontró con que estaba prevista dar a otro la plaza. Para el año siguiente, 1948, se movió y a través de un amigo del Juzgado, logró que se supervisara la prueba del año anterior, se hicieron nuevas oposiciones, apreciándose la gran diferencia entre opositores, y asignándole el puesto. Obtuvo la plaza de Jefe de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación Provincial de Vizcaya, al frente de los cuales se mantendría hasta su jubilación. El deseaba esta plaza pues recordaba los buenos amigos vascos que había hecho en la Residencia de Estudiantes, los Balzola, Duñabeitia, y muchos más que no recuerdo porque han pasado muchos años.



La primera vivienda en Bilbao fue en Alameda de Rekalde 7, frente al Colegio Alemán. Allí inició la consulta, mañana y tarde. Volcado en los Servicios de Diputación y también en la consulta privada porque no se ganaba nada. Un científico ganaba 3000 pesetas al mes. Llegaba para poco pero se podía vivir sin pasar hambre ni necesidades... teníamos el extra-perlo para comprar lo que no encontrabas... dependía de los barcos que entraban y que la gente iba por el monte a diferentes zonas de Santander, Burgos y otros lugares o mediante el tren, "el hullero" de La Robla, donde bajo los asientos traían cosas para comer. Fue época de malas cosas como las cartillas de racionamiento, los fieltos, los carabineros... aunque la guerra había pasado hacía unos años.

Los planteamientos de las necesidades asistenciales, docentes y de investigación se encontraron con las dificultades sociopolíticas una época de postguerras por lo cual algunos de sus proyectos quedaron en las memorias. Ya en aquellos finales años 40 proyectó y aconsejó una unidad de Psiquiatría en el Hospital de Basurto y una Clínica Psiquiátrica en el barrio bilbaíno de Deusto que chocaron con los reglamentos del momento que impedían su creación.

En la década de los años 40-50, introdujo y supervisó tratamientos biológicos como el TEC, Insulina, psicocirugía y la cura con neurolépticos en los dos hospitales psiquiátricos existentes en Bizkaia, el de Bermeo, con casi medio siglo de vida, y el de Zaldibar, inaugurado en 1925 y siendo su Director, López Albo, neuropsiquiatra formado en Alemania. Ambos hospitales tenían cierta escasez de medios y de personal.

A recordar que el Dr. Wenceslao López Albo, antes de 1936, materializó el diseño de un gran hospital psiquiátrico que pretendía albergar a la totalidad de los enfermos mentales de la "región", estimando cerca de tres mil camas, lo cual no se llevó a efecto y el enorme

edificio fue cedido por la Diputación al Obispado de Bilbao y se instauró en el año 1950 el Seminario de Derio. "Nuestro criterio fue opuesto a llevar adelante este proyecto-mamut. Por el contrario se propugnó la habitación de una clínica de 60 camas, perfeccionar los servicios ya en marcha y construir en el futuro nuevas estructuras según las exigencias sanitarias... En ninguna circunstancia se debía producir una aglomeración asistencial superior a los 400 enfermos", diría Bustamante en 1964 y que ya había expuesto con anterioridad¹ y coincidente con las directrices de la OMS unos años más tarde².

En 1966, siguiendo con sus ideas de renovación, creó el Servicio de Asistencia Extrahospitalaria en un consultorio urbano en el centro de Bilbao —el consultorio de Arbieta posteriormente— para el seguimiento al alta hospitalaria y servir de recurso de primera línea para los enfermos psíquicos evitando un considerable número de recaídas e ingresos. Era el preámbulo de la red extrahospitalaria de salud mental.

1968. INSTITUTO "Nicolás Achúcarro"

En el verano de 1968, tras casi veinte años de diseño y organización, participó en la inauguración del Instituto Psiquiátrico "Nicolás Achúcarro" (actual Hospital de Zamudio) en la finca propiedad de la Diputación, siendo su primer director y donde trató de desarrollar las ideas más avanzadas de la asistencia psiquiátrica del momento. *El Instituto venía entre lo apalabrado cuando Mariano sacó la oposición en 1948.* Este hospital tenía previstas originariamente unas cien camas mixtas para enfermos agudos y doscientas cincuenta de cada sexo para enfermos en rehabilitación a largo plazo. Por motivos económicos solo se habilitaron las 100 primeras plazas además de servicios diversos: exploración, laboratorios de análisis clíni-

¹ Referido ya en "El Correo Español- El Pueblo Vasco" de 12 y 14 de mayo de 1948.

² Organización Mundial para la Salud (Baker, Davis, Sivadon: WHO. Genf. 1957 y 1959).



cos, hospital de día y de noche, unidades especiales, unidad de medicina interna, terapia ocupacional, etc. En esa época señalaba: “En psiquiatría la mayoría de las enfermedades se deben a trastornos dismetabólicos cerebrales que generan circuitos informativos neuronales no suficientemente integrados con la realidad. Según la naturaleza de la dolencia se producen fantasías, patrones negativos de la conducta y sufrimientos que los enfermos realimentan inconscientemente. La acción curativa médica debe comprender tres direcciones fundamentales: normalizar el metabolismo; amortizar farmacológicamente los circuitos informativos anormales y reorganizar e inducir nuevos circuitos neuronales integrados, con una suficiente regulación hedónica, a los principios socio-culturales de ambiente. Este último aspecto, esencial en toda asistencia psiquiátrica organizada, comprende con las psicoterapias, individual y de grupo, una ergoterapia sistematizada y dirigida”.

El Instituto representaba la primera estructura de un amplio plan asistencial de la psiquiatría en Bizkaia que comprendería también otros muchos recursos: un Centro de Investigación experimental relacionado con otras especialidades médicas; Hogares de Tránsito en las periferias provinciales para las gentes sin cobijo, sobre todo en zonas de fuerte inmigración incontrolada; el Consultorio Neuropsiquiátrico de Bilbao existente dos años antes y orientado a la atención de pacientes dados de alta y para evitar en lo posible la hospitalización; creación progresiva de Centros Sociales por toda la provincia como lugares de reunión, aprendizaje cultural, cultivo de la higiene mental y física; atención domiciliaria con trabajadores sociales y personal de enfermería con labor de profilaxis de las recaídas en el alcoholismo; organización de la psiquiatría de la Infancia; sistema de ambulancias coordinado con los cuartos de socorro; transformación de los Sanatorios Psiquiátricos de Bermeo y Zaldibar tanto en aspectos estructurales con obras de modernización y reforma, como incluso adap-

tándose a las orientaciones más modernas para la asistencia psiquiátrica. Un plan de Mariano Bustamante muy ambicioso, pensado en “proporcionar salud al enfermo mental... para lo cual se han realizado cuantiosos esfuerzos, destacando también la formación del personal en todas sus escalas y categorías”.

SU OBRA

Su amplia experiencia sobre Psicodiagnóstico a través de test de Rorschach como prueba importante de valoración de la personalidad, no quedó plasmada en alguna monografía a pesar de la insistencia de algunos amigos y colaboradores como fue el caso del Dr. Ángel González Guija. Como bien reflejara este ya en 1975, “... llegué a saber de su extensísima preparación psiquiátrica, de sus profundos conocimientos neurofisiológicos, de su hondura en el quehacer clínico, de su capacidad de pensamiento profundo, pero, por encima de todo ello, de su inmensa afectividad, que le califican como persona dotada de una exquisita humanidad y, como suele suceder en los “fuera de serie”, de una humildad nada común (...) Bustamante ha hecho para la psiquiatría una gran obra, ha publicado, ha creado y deja unas ideas muy claras de lo que debe ser la asistencia al enfermo”.

Las líneas maestras de su amplia obra de investigación neuropatológica y neurofisiológica, de la psicogenética y del psicoanálisis, el estudio de lo psicofísico como un todo integra, llegando a señalar que le parecía artificial las separaciones entre lo endógeno y lo exógeno.

Fueron muy particulares sus puntos de vista: los temores infantiles, la evolución de la sexualidad o la vida afectiva dependen del soma, su actuación se inicia en el diencéfalo verdadero eslabón psicosomático; el sueño como defensa de estímulos y la función catártica del ensueño; la medicina psicosomática como conjunto de recíprocas influencias con aspectos de la fisiopatología relacionada con el



psicoanálisis y la neurofisiología; la estructuración cerebral, sobre todo en el papel conector del cuerpo caloso, tanto más preciso cuanto más compleja sea la fórmula cinésica, por ejemplo en algunas funciones de lenguaje, destreza, fuerza, etc; el papel metabólico de la neuroglia de gran interés como refuerzo en las lesiones cerebrales. Fue un gran investigador muy reivindicativo de la obra de los sabios Achúcarro y Cajal que supo aplicar a trabajos sobre tumores cerebrales, traumatismos cerebrales, accidentes vasculares, meningitis, neuralgias, etc.

En psiquiatría, sus trabajos con el psicodiagnóstico de Rorschach aplicado a la esquizofrenia, trastornos obsesivos o la agresividad.

Realizó trabajos en farmacología clínica. Fue el primer español que publicó su experiencia con casos neurológicos y psiquiátricos con clorpromazina analizando las acciones del fármaco o los efectos sobre los mecanismos neuronales y bioquímicos. También realizó trabajos con los timolépticos, y no olvidaba señalar los riesgos de los psicofármacos, posibles productores de síndromes aquinéticos o hiperquinéticos.

En 1971, fue el primer presidente de la Asociación Vasco-Navarra de Neurología y Psiquia-

tría. Después de su jubilación, en 1974, cambiaron de domicilio. *Con la mudanza de Bilbao a Las Arenas se perdieron muchas cosas, fotografías y documentos... claro que a Mariano le gustaba muy poco salir en las fotos.* Desde esa edad —72 años— comenzó a llevar una vida más tranquila, de buscar más los momentos para estar en familia. *Él tenía ilusión por solo coger enfermos muy escogidos. Cuando nació en primer nieto, Fermín, Mariano tenía ya 79 años. Ese año fuimos a Viena porque tenía ganas de estar en aquella ciudad desde hacía muchos años. Todos los años fuimos diez o quince días a Alemania para estar cerca del hijo que, primero trabajó en Tübingen, donde estudió Medicina con el profesor Kummer, y años después este le instó para ir juntos a instalarse en Badem-Badem. Esos años, Mariano quería estar al lado de Iñaki, su hijo cirujano. Se entiende ¿no?. Pasábamos unos días por allí, por la Selva Negra.*

Sus últimos años estuvo ilusionado haciendo un libro, "Sólo Dios lo sabe", pero quedó sin terminar. Él era muy metódico y tenía trabajados capítulos sueltos. Estaba todo en crudo aquel libro. Estábamos en Alicante, en Benidorm, hijos y nietos, y tuvo un ictus. Vino en ambulancia y murió en el hospital. Fue en 1984. Se marchaba así, un gran neuropsiquiatra de la generación del 27.



Iñaki Markez
imarkez@euskalnet.net

BIBLIOGRAFÍA

- Bustamante, Mariano. *Estudios sobre Neurobiología, Neurología y Psiquiatría*. Publicaciones de la Excma. Diputación de Vizcaya. Bilbao, 1976.
- Bustamante, Mariano. El Instituto Neuropsiquiátrico Nicolás Achúcarro (Presente y futuro de la asistencia Psiquiátrica). *Revista Vizcaya*, Vol. 29: 17–28. Diputación de Vizcaya, Bilbao, 1968.
- González Guija, Ángel. *El Instituto Neuropsiquiátrico "Nicolás Achúcarro" y su primer Director, Mariano Bustamante*. En Bustamante, M. *Estudios sobre Neurobiología, Neurología y Psiquiatría*. Publicaciones de la Excma. Diputación de Vizcaya. Págs. 721-748. Bilbao, 1976.
- Markez, Iñaki. *El bilbaíno Ángel Garma, fundador del psicoanálisis argentino*. Edita BBK. Bilbao, 2005.

3 N.de la R.: *Sólo Dios lo sabe* también fue el título de una película de 1957 bajo dirección de John Huston. Un drama romántico que combinaba suspense y humor, ambientado en la IIª Guerra Mundial, protagonizado por Robert Mitchum y Deborah Kerr. Varados en una isla del Pacífico, una monja irlandesa y un sargento de la Marina viven en constante peligro escondiéndose de las tropas japonesas, las cuales tienen una base en la isla. Con el tiempo, el sargento se enamora de la mujer religiosa y esta cuestiona sus votos. Esta película se convertiría en un auténtico clásico.



Dibujo de la Residencia de Estudiantes en la época de Mariano Bustamante



“Guía para el uso autorizado de psicofármacos en España 2005”¹

Editores: Luis Pacheco y Juan Medrano

José A. Martín Zurimendi

Director S. Mental y A. Psiquiátrica.

Osakidetza.Bizkaia.

Es un motivo de satisfacción la presentación de esta Guía cuya cuidada edición, portada en rojo con recuadros en naranja nos indica que estaríamos ante un producto de comprometida manipulación, del que ni autores ni editores “asumen responsabilidad alguna por los posibles daños que pudiera generarse a terceras personas como consecuencia de su contenido”. Esta prudente actitud estaría justificada desde el “Prefacio” cuando nos señalan cómo “muchos profesionales de la psiquiatría no cumplimos criterios para la utilización y aplicación de psicofármacos fuera de las indicaciones terapéuticas para los cuales está aprobado su uso, lo cual va a suponer un serio problema en la actividad psiquiátrica asistencial ante la adaptación a una legislación que parece obsoleta”.

Quizá por ello la extensa y amena “Introducción”, a pesar de lo técnico del contenido, desarrolla el marco jurídico de la utilización de medicamentos en el contexto en el que realizamos los psiquiatras nuestra actividad profesional. El profesor Barrios, nos recuerda que antes de la Constitución del 78 la legislación sobre el medicamento era escasa. Sin embargo para entonces psiquiatras en ejercicio ya habían terminado la carrera de medicina y tenían la capacidad jurídica de prescribir tratamientos farmacológicos y emitir recetas. Contaban con

los primeros talones de recetario a su nombre y pronto fueron poseedores de los primeros sellos.

Pero si en la formación como estudiantes de Medicina habían tenido que estudiar, y cómo, farmacología y las orientaciones terapéuticas en las asignaturas clínicas, poco les habían informado sobre los aspectos legales de la regulación jurídica de la prescripción de medicamentos. Por eso recomendamos no saltarse esta introducción, que nos hace un repaso de la reciente historia de la legislación.

La necesidad de contar con estos conocimientos se ha hecho más manifiesta en la reciente práctica profesional de los especialistas en psiquiatría. Podemos recordar los cambios legales en la regulación de la utilización de opiáceos para el desarrollo de los programas de manteniendo con metadona, la necesidad de utilización de medicación extrajera o la inclusión del protocolo de utilización de la clozapina. Después surgieron nuevos cambios como la desautorización de la prescripción de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina en niños, el reciente visado exigible para los nuevos antipsicóticos atípicos en mayores de 65 años, el debate surgido, hace no mucho, sobre la utilidad del visado para

¹ Presentación del libro en Bilbao el 20 de octubre de 2005



estos fármacos para todo tipo de patologías, la desaparición de fármacos históricos como el Meleril y la aparición y recomendación del uso de genéricos

Más recientemente en la actividad clínica de nuestro entorno ha surgido el “uso compasivo” de medicamentos, es decir la posibilidad y obligación en determinadas circunstancias, y acogiendo al Real Decreto sobre ensayos clínicos, de utilizar fármacos para indicaciones distintas de las autorizadas, cuando el médico, bajo su estricta responsabilidad, lo considera indispensable. El libro que presentamos recuerda el régimen restrictivo de este tipo de uso, que precisa, entre otros requerimientos, el consentimiento informado del paciente, un informe clínico y la participación de un servicio de farmacia hospitalaria pues, tal y como nos ha recordado recientemente el Ministerio el empleo compasivo de los medicamentos es de uso hospitalario. Según los autores, este uso compasivo de medicamentos tendría un campo abonado en la Psiquiatría.

Más adelante, se comentan también las ventajas y desventajas de los antipsicóticos atípicos. Ya nos son neurolépticos, ya no producen “leptos” de las capacidades mentales, haciéndose hincapié en sus aspectos más terapéuticos. Pero los antidepressivos inhibidores de la recaptación de la serotonina y los antipsicóticos atípicos, y en especial su elevado coste, compensado con una mayor efectividad y menores efectos secundarios, nos ha puesto ante un reciente dilema. Son muchos los estudios que nos hablan de la eficacia de los nuevos productos en los ensayos clínicos, menos los estudios de coste efectividad.

Aunque algunas indicaciones de los fármacos están obsoletas, (nos vamos adentrando en el libro y según avanzamos en su lectura, descubrimos cómo nos van desenmascarando la trama) surgen nuevas indicaciones para “modernos” cuadros síndrómicos o los mismos fármacos, ante las objetivas dificultades de comercialización de nuevos fármacos, sirven para novedosos cuadros. Así, ya existen psicofármacos indicados para la fobia social, pronto

aparecerán para el síndrome postvacacional, el bulling, el acoso laboral, el cuadro por privación lumínica que padeceremos en otoño, o la vigorexia.

Conocíamos que los psicofármacos son de gran eficacia en numerosos trastornos psiquiátricos, pero en otros como en la histeria, en ciertos trastornos de personalidad y en los síntomas cognitivos y los déficits sociales de las psicosis, nuestro arsenal farmacológico es limitado. La adherencia a tratamiento sigue siendo un problema de primera magnitud, minimizado por la disminución de los efectos secundarios de los nuevos fármacos y por vías de administración más sencillas.

Nuevos dilemas surgen desde la bioética en el cruce de diferentes derechos en la relación médico-paciente desarrollada en un contexto, en nuestro caso, de asistencia pública. Cobra fuerza así el respeto de los intereses de los pacientes, su derecho al consentimiento informado, que debe entroncarse con la libertad de prescripción de los médicos y el deber de la administración a optimizar recursos, y no sólo por una actitud economicista. Nos podríamos preguntar por qué si están limitados los crecimientos de las plantillas de la asistencia psiquiátrica, el gasto farmacéutico sigue a un ritmo que parece imparable, siendo claro que deberíamos tener una corresponsabilidad social ya que nadie duda, que ante similar eficacia, deberíamos prescribir el fármaco más económico. Posiblemente seamos, como cita Barrios, “víctimas irónicas de nuestros propios avances”.

Visto ya el **planteamiento** del libro, pasemos al **nudo**. Segundo apartado. **“El listado de psicofármacos en España y uso autorizado de los mismos según ficha técnica”**.

Antes de referirme a este listado me gustaría repasar otro listado. El de los autores del libro. Un total de 22 personas, de ellas 20 psiquiatras, casi todos de Osakidetza, la mitad de la red Extrahospitalaria de Salud Mental de Bizkaia.

Este libro se une a otros editados recientemente y en los que hemos/ han participado un

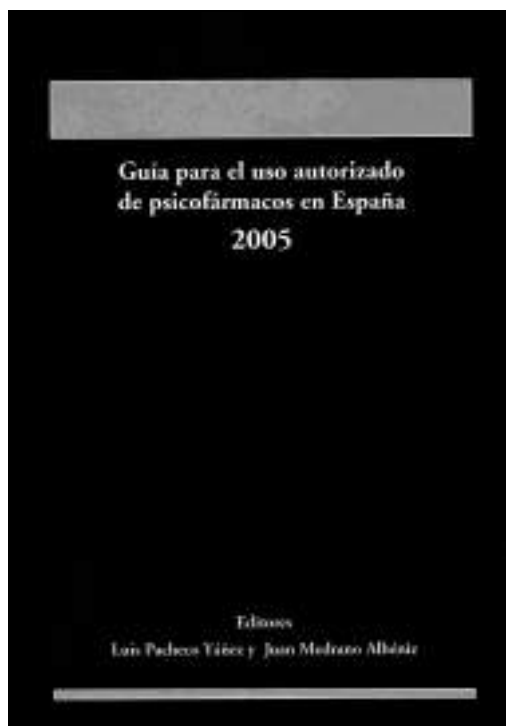


número importante de psiquiatras de Osakidetza en Bizkaia. Libros de casos clínicos, de psicopatología, de gestión clínica, planes estratégicos, protocolos farmacológicos, biografías, tratados de psicofarmacología y este último que ahora se nos presenta. Mucho de ellos elaborados por grupos de profesionales, como en este caso, en el que han unido su saber y su trabajo para ofrecernos este contrastado trabajo. Todo ello no es sino el reflejo del desarrollo de la red asistencial de Salud Mental en nuestro entorno y de la riqueza de sus miembros, los profesionales, auténticos artífices de la calidad técnica de nuestros servicios a la población.

Ante esta lista, ahora ya la de los psicofármacos, hemos revisado hasta qué punto el exhaustivo recuento de los principios activos, 150 en total, tiene coherencia con la realidad de la prescripción farmacológica de nuestra red. Así comprobando la prescripción de los psiquiatras de los Centros de Salud Mental de Bizkaia a lo largo del año 2004, de los 115 psicofármacos directamente prescritos por estos facultativos, la practica totalidad de los envases prescritos, tendrían cabida en esta Guía.

Tal cantidad de psicofármacos nos habla sin duda, y a pesar de las limitaciones (algunas ya mencionadas), del importante abanico de posibilidades terapéuticas con que contamos a la hora de afrontar las enfermedades mentales. Pero haciendo una revisión más detallada nos encontramos con que 20 fármacos, el 17% de los utilizados por los psiquiatras de nuestra red suponen el 80 % de las recetas dispensadas y tan sólo cinco fármacos, tres benzodicepinas y en la misma proporción los dos antipsicóticos atípicos más representativos, consumen la mitad del gasto sanitario de la prestación en psicofármacos de los psiquiatras de los Centros de Bizkaia.

Esta practica asistencial nos indicaría que a pesar de que nuestras posibilidades de utilización de fármacos son amplias, es posible que se tienda a una unificación de los criterios terapéuticos de los profesionales en la red y en el caso de antipsicóticos y antidepresivos, nues-



tras prescripciones son coherentes con la “Lógica de los hábitos prescriptivos de psiquiatras británicos”, estudio reciente llevado a cabo por psiquiatras del Maudsley (1), en el que se constata que sus preferencias de prescripción coinciden con las nuestras.

Parece que no son simétricas las preferencias de psiquiatras y médicos de cabecera, en la Comunidad Autónoma Vasca, pero la pérdida del miedo al uso, sobre todo de antidepresivos, puede dejar a los especialistas con menos alternativas farmacológicas para ofrecer a los pacientes.

Las opiniones que oímos nos indicarían que el crecimiento en el consumo de psicofármacos es elevado. Revisando el consumo de estos medicamentos entre los años 1998 y 2002 en la Comunidad Autónoma del País Vasco, la información sanitaria nos muestra que el porcentaje de los envases de psicofármacos con respecto al total de los envases prescritos en Osakidetza ha sido similar en los años 98 y 2002, un 12,4 % del total de envases prescritos. Los facultativos de Osakidetza prescribieron a lo largo de este último año casi 3.700.000



envases de psicofármacos, más de dos por habitante mayor de 15 años. Casi un 5% de la población, un 1% psicóticos, está en tratamiento psiquiátrico en la red de Osakidetza en Bizkaia, y de ellos el 70 % reciben tratamiento farmacológico, cifras nos desdeñables si tenemos en cuenta su repercusión presupuestaria y social.

Sí parece que ha aumentado el porcentaje del gasto dedicado a psicofármacos que se ha incrementado en un punto en estos cinco años llegando al 11,8 del gasto. El precio por medio envase se ha elevado en esos años y la media del precio de los envases prescritos por los psiquiatras en el año 2004 fue más elevada que la media del total de la prescripción de psicofármacos, quizás por el peso de los antipsicóticos. En definitiva, mientras que en el quinquenio señalado el total de envases prescritos ha aumentado en un 17,8 %, el gasto de dicho fármacos lo ha hecho en un 62,2%.

Volviendo al libro, después de una detallada enumeración de las indicaciones de los fármacos, que incluye sus nombres comerciales y la existencia o no de genéricos (sólo 20 psicofármacos cuentan con genéricos, aunque 9 de los 12 más prescritos por los psiquiatras de los CSM de Bizkaia cuentan con esta posibilidad de prescripción) el trabajo recoge las *“Dosis recomendadas en las fichas técnicas de los medicamentos”*, tras lo que, estamos ya en la página 141, se abre un *“Análisis de algunos psicofármacos no autorizados en ciertas patologías y otras paradojas que han encontrado los autores”*.

Sorprende la dificultad que narran para localizar estas fichas en la búsqueda que han llevado a cabo a través de Internet y del vademécum. Ahora, con el nuevo libro, es tarea que se nos facilita. Resaltan a primera vista las diferencias de las indicaciones de los nuevos y antiguos psicofármacos, desde genéricas y vagas indicaciones hasta muy concretas y restrictivas indicaciones, que nos lleva a la absurda situación de “no se utilizan fármacos para los que existen concretas indicaciones y son de uso común indicaciones no autorizadas”.

En esta parte del libro los autores realizan una reflexión sobre la práctica asistencial

orientada a tratar síndromes o síntomas más que en función de los trastornos, y más que una paradoja, parece una contradicción, que la utilización de ciertos fármacos encontrados en las guías y protocolos de nuestra especialidad no gocen de la oportuna autorización para su uso.

Se destacan cosas tan “curiosas” como que el ácido valproico no se encuentre indicado para el trastorno bipolar, o las indicaciones para la medicación ansiolítica con límites temporales muy breves. Lo que los autores señalan como una paradoja, que “el haloperidol está autorizado para la esquizofrenia crónica que no responda a la medicación antipsicótica normal”, puede ser que ya no sea tal.. El haloperidol ocupa el puesto 25 en el listado de los psicofármacos más usados por los psiquiatras de los CSM de Bizkaia, no llegando al 1% de los envases. El haloperidol en contraste con los nuevos fármacos parecía ya algo “atípico”.

Pero los nuevos antipsicóticos no se libran de esta contrariedad, no pueden ser utilizados a dosis bajas como inductores del sueño en pacientes ancianos o en la demencia (con alguna exclusión). Sin embargo podríamos usar los neurolepticos, (antipsicóticos típicos, si existen los atípicos), en una gran variedad de síndromes, tics, vómitos, náuseas dolor y hasta en el hipo.

En las fichas no son extrañas las referencias a denominaciones muy dispares para síndromes determinados: depresión, labilidad psicoafectiva, estados, episodios y síndromes depresivos, trastornos emocionales, distimia depresiva, trastornos de la afectividad,...

A pesar de la importancia del tratamiento combinado (tratamiento psicofarmacológico y apoyo psicoterapéutico), una de las preferencias de los abordajes terapéuticos según encuestas a psiquiatras, y a pesar de la demostración de la evidencia de la eficacia de estos tratamientos conjuntos, pocos fármacos (metilfenidato, fluoxetina, bromacepan), y algunos que llama la atención (disulfiram, carbimida o naltrexona) aparecen con esta indicación.

Y por fin el **desenlace**. ¿Terminarán todos los psiquiatras en las asesorías jurídicas en



busca de defensa?. ¿Cambiarán las leyes y las normativas?, ¿Mejorarán las fichas técnicas y las indicaciones de utilización de los psicofármacos?

En el último capítulo del libro se propone una **“Adecuación crítica al uso autorizado de psicofármacos en la práctica clínica cotidiana”** en los que se recomienda la revisión de estas fichas, sobre todo de las más antiguas, porque en nuestra práctica no nos encontramos ni con entidades unívocamente diferenciadas (definidos como batiburrillos de dudosa validez), están moduladas muchas veces por el entorno social y la comorbilidad, siendo una realidad asistencial, a veces es forzada para explicar ciertos fenómenos. Tampoco contamos con fármacos con acciones específicas.

A las **“Conclusiones”** se llega después de pasar a través de una revisión crítica y muy amena del desarrollo de los psicofármacos, una vez que hemos doblado ya la aspereza de los listados de indicaciones, nombres y dosis.

Los autores nos confrontan con nuevos paradigmas, no de la farmacología, sino de la psiquiatría, ante el auge de lo biológico, el uso generalizado de fármacos por parte de la

población, la necesidad del consenso y de la investigación (muchas veces lo más evidente es que hay que seguir investigando), y de la responsabilidad social y legal de los prescriptores, en donde el uso compasivo, al que deberíamos estar obligados, no es una práctica realista y adquiriría, si no cambia la normativa, un papel fundamental.

Profundizar en el consenso, los protocolos, el uso frecuente de los medicamentos basado en la **“lex artis”**, el papel de la enfermería y de los usuarios a través de su opinión y de su consentimiento como sujetos de pleno derecho, son los retos que nos deja el libro.

Creemos que es una obra bien indicada como libro de consulta, sin duda, para tener en las consultas de los psiquiatras, posiblemente de cabecera, tampoco les vendrá mal a nuestros colegas de la atención primaria, que ha puesto sobre la mesa la necesidad de un debate profundo e independiente. Por ello hay que felicitar a los editores, los doctores Luis Pacheco y Juan Medrano, a los demás autores y al laboratorio que ha empleado sus fondos en esta necesaria cuestión.



BIBLIOGRAFÍA

- ¹ MAYET, Soroya, SMITH, Michelle y OLAJIDE, Dele. La lógica de los hábitos prescriptivos de los psiquiatras. *Eur. J. Psychiat. (Ed. esp.)*, jul.-sep. 2004, vol.18, no.3, p.187-192. ISSN 1579-699X



El bilbaíno Ángel Garma (1904–1993), fundador del psicoanálisis argentino

Edita Fundación BBK, Bilbao. 2005. 178 págs.

Autor Iñaki Markez

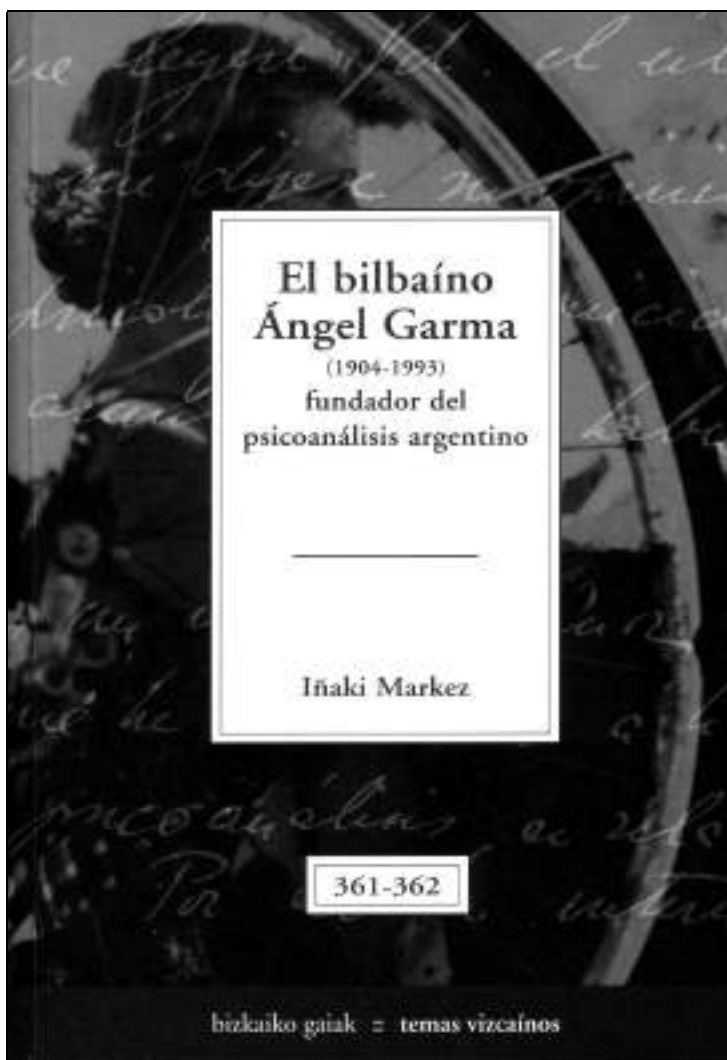
Por primera vez se publica una biografía dedicada a Ángel Garma, padre y fundador del psicoanálisis en Argentina. Curiosamente Garma es un gran desconocido en Bilbao, y también en España, aunque es muy posible que se vaya divulgando su obra y su biografía, de momento gracias a la iniciativa de la Fundación BBK publicando este libro biográfico, centrado en el personaje, en su inmensa humanidad y no tanto en su obra.

Inició sus estudios de Medicina en la Universidad Complutense de Madrid y ya desde el comienzo pensó en dedicarse a la psiquiatría, tuvo insignes profesores como Santiago Ramón y Cajal, José Ortega y Gasset, y fue durante cuatro años alumno interno en la cátedra de Fisiología de Gregorio Marañón. Vivió en la Residencia de Estudiantes donde hizo amistad con Federico García Lorca, Salvador Dalí, Luis Buñuel, *Pepin* Bello, Pedro Garfías, Severo Ochoa, José M^a Hinojosa y otros futuros artistas de la Generación del 27, nada famosos aun en esa época, con quienes se generó una importante complicidad intelectual, y que evocan la eclosión de nuevas formas y desarrollos del arte y la cultura de aquellos años.

Posteriormente, tras consejo de Sacristán, su profesor de psiquiatría, se orientó hacia la neurología y la psiquiatría, yendo a Alemania a especializarse en 1927. Obtuvo el diploma de

Psiquiatra por la Universidad de Tübingen. Más tarde, desarrolló estudios de perfeccionamiento médico y psiquiátrico en Berlín y acudió al Instituto Psicoanalítico de esa ciudad. Coincidió con grandes nombres de la historia del psicoanálisis y de la psiquiatría, algunos de los cuales fueron compañeros: Franz Alexander, Edith Jacobson, Wilhelm Reich, René Spitz, Carl Gustav Jung, Erich Fromm, Alfred Adler, Hans Sachs y otros, y también estableció una gran amistad con su “hermana de diván”, Paula Heimann, así como con Anna Freud y Lou Andreas-Salomé. Obtuvo en 1931 su diploma de estudios de grado como psicoanalista siendo admitido como miembro de la Asociación Psicoanalítica Alemana.

Ángel Garma fue el primer psicoanalista, entrenado como tal, miembro de la International Psychoanalytical Association (IPA). Garma regresó a Madrid, y se integró en el ambiente cultural y científico dominante en los años previos a la Guerra Civil. Cinco días antes del estallido militar, dejó voluntariamente España, el mismo día en que Calvo Sotelo fue asesinado. Tenía simpatías republicanas y decidió permanecer primero en Burdeos y después en París. Dos años después, escapando de la guerra civil española y de la inminente II^a guerra mundial, decidió residir en Buenos Aires, donde llegó en barco el 24 de junio de 1938.



En Buenos Aires, Ángel Garma, comenzó a reunirse con el grupo dinamizador del psicoanálisis, con los fundadores: Arnaldo Rascovsky; Enrique Pichon Rivière, Marie Glas de Langer, Celes Cárcamo... Al llegar Ángel Garma a Buenos Aires, llevaba una importante formación psicoanalítica, una firme convicción en sus puntos de vista científicos y una poderosa personalidad creadora que desarrollaría durante las siguientes décadas. Y ello hasta los últimos años de su vida, en los que vio comprometida la producción de sus textos al padecer una dolencia neurológica —enfermedad de Parkinson— que le dificultaba los movimientos y el habla.

En esos años, en varias ocasiones había manifestado que tras su fallecimiento arrojaran sus cenizas en la ría de El Abra, en el país de su nacimiento e infancia, lo cual es muy significativo. Fue el último viaje de Ángel Garma a Bilbao.

Sin duda, es de agradecer la energía, el esfuerzo, el tiempo, el amor y el cuidado puesto en la elaboración de este libro. No creo que se pueda haber rendido mejor homenaje a tan gran maestro. El rigor documental es exquisito, el material fotográfico es deslumbrante y la edición un marco a la altura de todo ello.





Guías de salud mental

Edita OMS

Edición en castellano

Las 14 guías sobre servicios y políticas de salud mental elaboradas en 2003 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el objetivo de contribuir a la mejora de los sistemas de atención de salud mental en el mundo, serán editadas al castellano con el fin de que puedan sus directrices puedan ser adoptadas más fácilmente en España y, especialmente, en los países latinoamericanos de habla hispana.

Así lo explicó el jefe del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Hospital de Jove (Gijón) y miembro del departamento de Salud y Abuso de Sustancias de la OMS, Dr. Víctor Aparicio, durante la presentación de la primera de las guías ya editadas y que contempla los temas de legislación y derechos humanos en materia de salud mental.

El Dr. Aparicio comentó que el castellano será el primer idioma al que se traduzcan la totalidad de las guías, que tienen por objetivo

“ayudar a los planificadores de política a la de desarrollar estrategias amplias para la mejora de la salud mental, utilizar los recursos existentes para obtener los mayores beneficios posibles, proporcionar servicios eficaces a aquellos que los necesiten y colaborar a la integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad, mejorando de esta forma su calidad de vida”.

La traducción al castellano ha sido impulsada por la Fundación Hospital de Jove, en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Cajastur y GlaxoSmithKline y, junto con el doctor Aparicio, coordina la Guía el Dr. Caldes de Almeida, jefe de la Unidad de Salud Mental de la OPS.





III Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas

Conclusiones y Propuestas

Los días 10 y 11 de agosto se desarrolló en la ciudad de Buenos Aires, la III Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas, organizada por Intercambios Asociación Civil con el apoyo del Fondo para la Reforma de las Políticas de Drogas, administrado por la Tides Foundation de Nueva York.

Este encuentro se realizó en el Salón Auditorio de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación, y reunió a más de 450 participantes entre legisladores, jueces, políticos, profesionales del sistema judicial, y de instituciones de salud, representantes de ONGs y usuarios de drogas. Esta conferencia fue declarada de interés por la Cámara de Diputados de la Nación y por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires. Fue auspiciada por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, la Procuración General de la Nación, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA) y la Oficina de las Naciones Unidas para la Droga y el Delito (ONUDD), entre otros organismos nacionales e internacionales.

En el panel de apertura, la presidenta de Intercambios, Graciela Touzé, señaló que *“sobre este tema se aplican políticas que no sólo no ayudan, sino que agravan la problemática. Por eso proponemos pensar nuevas alternativas, y modificar las normas para poder implementar políticas”*. Touzé se refirió a la reciente modificación a la ley de drogas: *“Nos preocupa altamente que esta quizás bienintencionada expectativa de responder mejor a los desafíos de la circulación de drogas ilegales, a través de la desfederalización, pueda profundizar la criminalización de la pobreza, los problemas sociales no se resuelven desde el*

sistema judicial. Necesitamos políticas basadas en estudios científicos rigurosos”.

En el mismo panel de apertura la presidenta de la Comisión de Prevención de Adicciones y Control del Narcotráfico de la Cámara de Diputados, María Teresa Ferrín, sostuvo que *“no es fácil en nuestro congreso introducir el debate en temas como estos, hay proyectos presentados para despenalización de la tenencia para uso personal y para el uso de la marihuana con fines terapéuticos y pese al esfuerzo que ponemos ni siquiera se puede dar ese debate”*. La diputada Ferrín agregó que *“hay muchos culpables del fracaso de las políticas de prevención, lo cierto es que hay que buscar nuevos caminos”*.

En el primer panel sobre el “Contexto Sociocultural del Fenómeno de las Drogas”, el Dr. Francisco Maglio (Presidente de la Sociedad Argentina de Medicina Antropológica) sostuvo que *“el alcohol genera mucha más violencia que las drogas ilegales”*. Por su parte, el Director de la Escuela Terciaria de Estudios Radiofónicos —Eter, el periodista Eduardo Aliverti señaló: *“La gente que está en este congreso habitualmente no es llamada para comentar las noticias que puedan tener que ver con esto, porque el discurso vigente hoy es el discurso represivo”*. El sociólogo Gabriel Kessler presentó la investigación “Consumo de drogas y alcohol en el delito amateur”, en la que se analizan experiencias de los jóvenes que realizaron delitos contra la propiedad, y donde no encontró una relación necesaria entre delito y uso de drogas.

Por su parte, el psicoanalista Juan Carlos Volnovich sostuvo que *“dealer no es el que quiere sino el que puede, y puede quien tiene el poder. Entonces es importante quien es el enemigo, que no es el usuario sino el narcotráfico”*.



Martín Jelsma, Coordinador del Proyecto Drogas y Democracia del Transnational Institute (Holanda), presentó una visión crítica sobre las políticas de drogas de Naciones Unidas. Afirmó que *“el porcentaje de consumidores ocasionales de cannabis que desarrollan consumo problemático es tan reducido que conviene reclasificarlo y quitarlo de la equiparación actual con la heroína”*. Explicó que el espíritu original de las Convenciones de la ONU era proteger el bienestar de la humanidad pero la prohibición ha causado gigantescos problemas, involuntarios, que es necesario corregir de manera urgente para salvar vidas humanas. *“Si se hace oír la voz de países que buscan políticas eficaces, la ONU podría transformarse en un foro útil”*, agregó.

En la segunda jornada de la “IIIª Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas”, Allan Clear, Director Ejecutivo de la Coalición Norteamericana de Reducción de Daños (Harm Reduction Coalition) expresó que *“nuestro trabajo en reducción de daños es eficiente, pero el gobierno actualmente prohíbe hablar del tema y el resultado es silencio, miedo, falta de fondos, listas negras y gente que muere”*.

La Dra. Gabriela Hamilton, Directora del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS de Argentina, señaló que *“podríamos debatir, pensar una dimensión ética acerca de repartir jeringas, pero la evidencia empírica es tan grande que ese debate pierde sentido y como política de salud. Tenemos que aplicar estrategias de reducción de daños y repartir jeringas”*.

Mirtha Sendic, representante del Programa Nacional de SIDA de Brasil relató cómo desde hace más de diez años las políticas de reducción del daño han mejorado la situación de salud en Brasil. En el mismo sentido se pronunció la Dra. Lourdes Chamorro, Directora del Plan Nacional sobre el SIDA de España, quien enfatizó: *“nosotros llegamos diez años tarde con esta política, que ya ha demostrado sobradamente su efectividad. Es conveniente aplicar estas estrategias a tiempo y con fuerte apoyo”*.

En el panel denominado “Derechos Humanos y Usuarios de Drogas”, Hernán Gullco, coordinador del área jurídica de la Asociación por los Derechos Civiles, presentó un panorama de antecedentes legales para definir hasta donde la ley invade la intimidad y la propiedad privada al implementar la ley de drogas.

Por su parte, la Defensora General de la Nación, la Dra. Stella Maris Martínez, afirmó que *“si se legalizara habría mas control estatal, pero hoy plantear la despenalización es una utopía. Pero sí es posible exigirle al Estado una conducta distinta frente al usuario. Hoy el Estado no ayuda con su política sino que causa más daño”*.

Alicia Gillone, coordinadora de la comisión de salud de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos, señaló que *“estamos lejos de efectivizar el derecho a la salud, ya que éste implica una serie de ámbitos que van más allá de la exclusiva atención médica del daño”*.

En la mesa sobre “Formación e investigación para el desarrollo de políticas” se habló sobre la necesidad de acercar el ámbito académico con el de la gestión pública. María José Bravo de la Organización Panamericana de la Salud señaló: *“en la región se realizaron algunas experiencias exitosas, como las realizadas por Intercambios, pero no siempre hay el apoyo gubernamental necesario”*.

En el cierre del segundo y último día, Pablo Cymerman, de Intercambios Asociación Civil, cerró la jornada afirmando: *“nos preocupa el avance de posiciones políticas y de leyes que castigan la pobreza detrás de un discurso de seguridad social. Quizás sea más conveniente estar atento a la riesgosa implementación de respuestas fáciles a problemas complejos, un camino que en un año de campaña electoral no parece ser extraño en la política argentina”*. Y finalizó diciendo que *“es necesario construir una política de drogas que permita encontrar nuevas formas de regulación social y que incorpore la perspectiva de los derechos humanos”*.



Para más información:
www.intercambios.org.ar

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