

NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VI N°26 Noviembre 2006



“Una portada para Norte”

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

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

Autora de portada: Sandra Bernal

Para esta portada he utilizado una fotografía en blanco y negro realizada en “El Bosque de la Vida”, monumento para el recuerdo de aquellos que donaron sus cuerpos a la investigación y con ello permitieron el progreso de la ciencia y la medicina. En el interior de cada estructura que conforma este conjunto, y numerados, se encuentran las cenizas de esos hombres y mujeres. El monumento, situado en una ladera próxima a las facultades de Medicina y Ciencias del campus de la Universidad de País Vasco en Leioa, imita las formas orgánicas de los árboles que se elevan hacia el cielo, unidos entre sí por finos cables, todo ello quiere transmitir el ciclo de la vida y la existencia.

Con esta imagen quise transmitir la unión, no sólo entre las personas, sino también entre los recuerdos, acontecimientos, lugares... que marcaron nuestras vidas y que conforman el misterioso entramado de nuestra memoria. Así, los cables que unen cada estructura personifican los recuerdos, mientras que las estructuras metálicas que se levantan hacia el cielo son nuestros deseos y anhelos de trascendencia y de algo más en nuestras vidas.

Volumen VI



N°22



N°23



N°24



N°25



N°26

Volumen V



N°16



N°17



N°18



N°19



N°20



N°21

Volumen IV



N°11



N°12



N°13



N°14



N°15

Volumen III



N°5



N°6



N°7



N°8



N°9



N°10

Volumen II



N°1



N°2



N°3



N°4

NORTE de Salud Mental

Revista de:

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

Consejo Editorial:

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

Francisco Chicharro
Germán Molina
Juan Medrano
Pilar de la Viña

Director Revista NORTE:

Iñaki Markez

Consejo Asesor y de Redacción:

Alvarez, JM.
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.

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.

Sede Social: Apdo. Correos 12, 48950 - Erandio. 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 nº26, Noviembre 2006

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 nº12, 48950 Erandio. Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79

E-mail: ekimen@euskalnet.net

Autora de la portada:

Sandra Bernal

Logo Norte de Salud Mental:

Eduardo Chillida

Fotografías:

Archivo OMEditorial

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

Publicación gratuita para asociad@s.

Ejemplar atrasado: 6 euros.

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

– Departamento de Sanidad. Eusko Jaurlaritza



– Laboratorios farmacéuticos:

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

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



Asociación Española de Salud Mental



Asociación de Salud Mental y Recursos Humanos

www.ome.aen.org



www.pulso.com/aen/index.htm

S U M A R I O

PRESENTACIÓN

¿Año Freud? Con Salud Mental Comunitaria	6
Iñaki Markez	

ORIGINALES Y REVISIONES

¿Es posible el cambio?	9
Miguel Marset	
El niño pensado en clave sexual	19
Ana Bloj	
La educación y los cuerpos de hoy	34
Hebe Tizio	
Autoengaño y adicción	39
Carlos Sirvent	

PARA LA REFLEXIÓN

Estigma y enfermedad mental	49
Uriarte, J.J. Arnaiz, A.	
El buen Comunista y la Mala Mujer: Althusser y Helene Legothier	61
Guillermo Rendueles	
Reflexiones sobre el rol profesional de los psicólogos en Osakidetza	65
Joaquín Ponte	

FORMACIÓN CONTINUADA

Caso clínico: El caso Miguel	69
Juan Luis Borda	

HISTORIA

La llegada del psicoanálisis a Cataluña	75
Clotilde Pascual	

PHARMACONS

Mogens Schou y el Litio (1918–2005)	82
Juan Medrano	

INFORME

Informe de la Sección de Infanto–Juvenil	89
Encarnación Mollejo	

ACTUALIZACIONES. Oscar Martínez, Ander Retolaza, Iñaki Markez, Mónica Marín.

Política, planes y programas de Salud Mental. Guías OMS de Salud Mental	91
Ataque de pánico y ciencia	93
Cannabis: salud, legislación y políticas de intervención	94
Tratado SET de Trastornos Adictivos. VV.AA.	96
Estudios sobre la Psicosis. José María Álvarez.	97
Pensar y resistir. La sociología crítica después de Foucault. VV.AA.	99

PÁGINAS ASOCIATIVAS

XXIII Congreso AEN	101
---------------------------------	-----

AGENDA

Próximas citas	103
-----------------------------	-----



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. 12, 48950 Erandio. 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 utilization*. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Otros trabajos publicados

Artículo de periódico

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

Material audiovisual

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

Diccionario y obra de consulta semejantes

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

Trabajos inéditos

En prensa

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

Material electrónico

Artículo de revista en formato electrónico

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



¿Año Freud? Con Salud Mental Comunitaria

Iñaki Markez

En este mes de octubre se celebran muchos aniversarios: cuando Colon y los suyos llegaron a las Indias, el fallecimiento de Teresa de Ávila, como también de Emil Kraepeling en 1926 y Otto Rank en 1939. O los nacimientos de Michael Balint en 1896, de Kretsehmer en 1888 o de Sigmund Freud hace 150 años,... Freud, que junto a Marx y Einstein constituiría un trío de judíos cuya genialidad tuvo, tiene y tendrá trascendencia universal. Recientemente se han prodigado artículos, conferencias, encuentros, jornadas y congresos sobre el *año Freud*, como lo han llegado a denominar algunos. Cuando menos está sirviendo para recordar o actualizar concepciones del pasado de gran interés aun en el presente y, también, considerar que conocer la historia —también la historia de las ciencias de la salud mental— es un buen instrumento de trabajo. Lo otro es la ignorancia y esta no es un buen camino.

Pensando y revisando algunas anotaciones, veo que por estos lares, en el Estado español somos más bien tardíos en esto del psicoanálisis. No es hasta 1908 cuando aparecen publicaciones en castellano que citan a Freud, a través del psiquiatra César Juarros. En 1909, el movimiento psicoanalítico inicia su expansión internacional, llegando a España sólo en forma de noticia, como se constata en el documentado artículo del Dr Miguel Gayarre, *La génesis sexual del histerismo y de la neurosis en general*, publicado en la Revista Clínica de Madrid donde se comenta críticamente el caso Dora, se niega la etiología sexual de la histeria¹ y se

rechaza el método freudiano de la asociación libre. Ello era reflejo de una amplia concepción sobre la novedad freudiana en la clase médica.

En 1910 se escucha en España la primera voz no médica, pero con autoridad, pronunciarse sobre el psicoanálisis. Fue José Ortega y Gasset. El joven filósofo publica en 1911 un breve ensayo titulado “*Psicoanálisis, ciencia problemática*”, que marca en gran medida el modo de recepción del psicoanálisis en la península: un modo claramente ambivalente: “*El psicoanálisis es una de esas doctrinas más que falsas, no verdaderas, pero científicamente sugestivas... Una objeción a hacer al psicoanálisis es la de considerarlo una justificación científica del confesionario.*” Considera también en dicho ensayo que el concepto freudiano de Inconsciente es una de las ideas del psicoanálisis más criticables, además de atribuir ingenuidad a Freud. Pero esas resistencias no impiden a Ortega una admirable clarividencia respecto a la originalidad de la propuesta y su potencialidad, lo cual le lleva a impulsar la traducción de las Obras Completas (en aquellos momentos) de Freud en 1922. El papel de Ortega en la introducción del psicoanálisis en España fue claramente doble: simpatía por una parte y prevención científica por otra.

En los años posteriores a la I guerra mundial, en el ámbito de la psiquiatría de la época, la inclinación o rechazo del psicoanálisis se convierte en indicador ideológico (conservador, progresista, moderado). Entre los psiquiatras progresistas se encuentran Rodríguez

¹ Llegando a decir, en tono irónico, que “quizá no haya aquí material adecuado. Según se dice, casi todos los casos de Viena son judíos en los que por tanto, se acumulan los estigmas degenerativos y las neuropatías sexuales”.



Lafora, Sanchis Banús o Mira i López, entre otros. Estos médicos, interesados de diferente modo y en grado también distinto en el psicoanálisis, no constituyen en ningún momento un núcleo de estudio o de seguimiento sistemático del psicoanálisis. Entre 1921–1922 aparecen un grupo de clínicos eminentes en la psiquiatría y la medicina interna que abordan al psicoanálisis de forma constructiva: García Hurtado, Novoa, Marañón, Mira y López, Peset, etc.

El psicoanálisis, en España, era un elemento de encuentro cultural en los ambientes intelectuales. Se habla de él en libros, revistas, academias, conferencias, centros culturales, tertulias, etc., y se produce la situación curiosa de que en la España de los años 20 existe un discurso social sobre el psicoanálisis y sin un solo psicoanalista. En esos años se publican los dos primeros libros sobre psicoanálisis escritos por autores españoles a cargo de Emili Mira i López en 1926 (*La psico-análisis: Aplicacions practiques de la Psico-análisis*). Y por César Juarros en 1928, con una recopilación de sus conferencias bajo el título *Los horizontes del psicoanálisis*.

Ramón Sarró tiene la voluntad devenir un verdadero psicoanalista. Tras unas primeras lecturas de Freud, que le dejan impactado, viaja a Viena (1924) decidido a analizarse, para lo cual se entrevista con Freud. Este no lo toma en análisis, sino que le deriva a Helen Deutsch, con la que se analiza durante un año y medio, periodo largo en una época en que los análisis podían durar 6 meses. Freud le recomendó además que frecuentase la Clínica de Neurología y Psiquiatría y que abandonase las lecturas psicoanalíticas. Pero acabó abandonando.

Cuando Ángel Garma llega a España, Mira ya ha editado su monografía *El Psicoanálisis*, que reedita en 1934 sin modificaciones. Mira insiste en la idea de la utilidad del psicoanálisis como método de exploración de la afectividad y, además, extiende el campo de las aplicaciones del psicoanálisis al área jurídica, lo que no sorprende dada la disposición aca-

démica de la época, que mantenía unidas en una sola Cátedra la Psiquiatría y la Medicina Legal.

Carles hace la observación de que la introducción del psicoanálisis en España no es homologable al modo en que tuvo lugar en el resto de países europeos y algunos latinoamericanos, donde hubo discípulos directos de Freud o de sus discípulos más destacados y luego apostolado. En España no ocurrió así, sino que el psicoanálisis llegó por la vía de la lectura de la obra freudiana y su aceptación fue progresiva, a cuentagotas podríamos decir. El siguiente dato habla por sí mismo: ningún psiquiatra español practica el psicoanálisis antes de los años 30. El primer psicoanalista español reconocido por la Internacional de Psicoanálisis (IPA) fue Ángel Garma en 1931.

El vuelco de la Guerra Civil, desde 1936, con la instauración del régimen de Franco repercute sobre el psicoanálisis, provocando una drástica paralización y marcha atrás. Resulta emblemática en este sentido la obra de López Ibor, *Lo vivo y lo muerto del psicoanálisis*, 1936, en la que el autor acusa a Freud de dogmatismo y de organización feudal del movimiento psicoanalítico y llega a afirmar que: “la concepción psicoanalítica del hombre es demasiado mezquina para comprenderle en toda la grandeza y servidumbre que supone el hecho de vivir, de desarrollarse, de crecer y aún de estar enfermo...la esencia íntima del hombre se le ha escapado siempre, y sus análisis abisales no han pasado del subsuelo; por ello no ha extraído más que el carbón, negro y ardiente de sus instintos. Pero el hombre tiene otros afanes y mas egregios anhelos.” Para situarnos bien en la época, tenemos que tener presente que López Ibor fue el psiquiatra más influyente del territorio español desde la guerra civil hasta 1970.

En la década de los 40, no había en España ningún psicoanalista reconocido por la IPA, pero, sin embargo, empezaron a desarrollarse en




Madrid, en torno a J. Molina Núñez (analizante de Garma) y en Barcelona, a partir del grupo Erasmo, dos núcleos interesados por el psicoanálisis, que no cesarán en el intento de instaurar un movimiento psicoanalítico ortodoxo en España. El grupo catalán consiguió ser reconocido como sociedad componente de la IPA en 1959, bajo el nombre de Sociedad Luso-Española de Psicoanálisis, grupo al que se incorporarán algunos ilustres del psicoanálisis en Madrid. Tras la fundación en 1910 de la IPA, en los años 20 y 30 habían fundado asociaciones psicoanalíticas en la mayor parte de los países europeos. Roudinesco afirma en su Diccionario dedicado a la Historia del Psicoanálisis: “*Esa (España y Portugal) no fue una tierra que acogiera al psicoanálisis, sus partidarios emigraron a América latina en la guerra civil. Después el franquismo obstaculizó la implantación del freudismo.*”

La crítica fácil más frecuente es la referente a la sexualidad. En los primeros artículos y años se constataba una fuerte oposición a admitir la teoría traumática de la histeria y la etiología sexual de las neurosis. Hoy día, tópicos al margen, las cosas han cambiado mucho. Son muchos los modelos explicativos del psiquismo, las experiencias clínicas muy diferentes, las prácticas terapéuticas diversas, mayor rigor. También son muchas las dificultades para la práctica psicoanalítica en las instituciones y en la sanidad pública, con una enorme presión asistencial. Además, no lo olvidemos, estamos en una época donde el fármaco es el actor principal. Pacientes y terapeutas son actores subordinados.

El tema de la Salud Mental, va adquiriendo un creciente interés y preocupación en la población y también, en políticos y autoridades diversas. El objeto de estudio, de ayuda, de

gestión o utilización, es el ser humano, que es de una gran complejidad, e implica a diversas ópticas de análisis, siendo campo de debate y discusión. Las insuficiencias actuales marcan la necesidad de crear un nuevo modelo epistemológico, superador, que rompa con las limitaciones de los paradigmas de las ciencias naturales y de las ciencias sociales. Debería permitir la construcción de nuevos elementos para abordar los problemas de salud aún no resueltos.

Como señala Mezzich, presidente de la WPA, se puede caminar hacia una *Psiquiatría para la persona, de la práctica clínica a la salud pública* con una perspectiva contextualizada e integradora, que articule la ciencia y el humanismo al servicio de la integridad de la persona que sufre, dentro de la comunidad. De acuerdo con ello, se debe promover la integración de la salud mental, la salud general y los servicios sociales. Con perspectiva holística e hipocrática como base para la promoción de la ética en Psiquiatría. Si desde aquí nos fijamos en Salud Mental Comunitaria es porque además de las cuestiones psicológicas o de las enfermedades mentales, pretendemos atender y que se atiendan otros aspectos relacionados con el bienestar social. Intentar favorecer desarrollar la salud mental y atender de forma temprana los problemas en la salud mental reconocidos por las propias personas o detectados por el personal sanitario o por quienes viven cerca de ellas. Por eso, ante todo, es preciso adecuar el modelo de atención, cubrir el déficit de recursos es un gran problema de salud. Es precisa la implicación de todos: profesionales, los diversos recursos comunitarios o los propios usuarios. Y que los demás recursos de atención a la salud mental, tanto sanitaristas como psicosociales, sean los suficientes y con un modelo comunitario bien definido y asumido. 

-
- Carpintero, H, y Mestre, MV. *Freud en España. Un capítulo de la historia de las ideas en España*. Valencia: Promolibro. 1987.
 - Roudinesco, E. *Diccionario del Psicoanálisis*. Ed Paidós.
 - Carles, F; Muñoz, I; Llor, C *El psicoanálisis en España en el siglo actual* en Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría. Editan AEN y AGSM. Ourense, 2001.
 - Martínez Westerhausen, A. *Prehistoria del movimiento psicoanalítico en Cataluña*. Any Freud. L'arribada de la Psicoanàlisi a Catalunya. 7 octubre 2006. Barcelona.
 - Mezzich, JE. Consolidación institucional e impacto global: hacia una psiquiatría para la persona. *World Psychiatry* /Ed Esp) 4: 265-66. Sep 2006.

¿Es posible el cambio?*

Miguel Marset

Psiquiatra-psicoterapeuta. Ex-director del Programa de Prescripción de Heroína de Ginebra.
Miembro del Grup Igia de Barcelona.

Resumen

El gobierno de España hace 20 años intentó, a través del Plan Nacional sobre Drogas, coordinar una política nacional en plena transición no solo política sino de valores morales, éticos y culturales. Las iniciativas que en aquella época se desarrollaban en los países más avanzados como Inglaterra, Suiza y Holanda contrastaban con algunas actitudes e iniciativas que en aquel momento se veían en nuestro país.

El autor analiza el cambio desarrollado en estos últimos años así como las iniciativas más novedosas desarrolladas en España, especialmente la sala de consumo de Bilbao y el Programa de Prescripción de Heroína de Andalucía. En este sentido valida sus resultados y señala la dificultad de realizar ensayos clínicos con un perfil de población de drogodependientes cuya gravedad clínica dificulta su aplicabilidad al mundo asistencial fuera del marco experimental hasta el punto de comprometer su viabilidad. La prescripción de heroína es técnicamente posible, puede llevarse a cabo de un modo seguro, es clínicamente eficaz en la gran mayoría de los casos y constituye un recurso más, complementario en una red de atención al drogodependiente.

Finalmente concluye en un "cambio posible" que conduzca hacia: El fomento de la investigación en el campo psicosocial; La diversificación efectiva de los enfoques terapéuticos en la oferta a los drogodependientes, incluyendo la utilización de agonistas adaptados al estado clínico de los más afectados; El control de los mensajes que manipulan la voluntad de los jóvenes convirtiéndolos en adictos al consumo; Contra la represión y la marginación del usuario y, en definitiva, por la planificación política necesaria que sitúe a la sociedad por delante de los acontecimientos y no al revés.

Palabras clave

Drogodependencias, prevención, salas de consumo, prescripción de heroína, reducción de daños.

Summary

The government of Spain 20 years ago tried, through the Plan Nacional sobre Drogas, to coordinate a national policy in the heat of transition nonsingle policy but moral, ethical and cultural values. The initiatives that then were developed in the most advanced countries like England, Switzerland and Holland resisted with some attitudes and initiatives that at those moments were seen in our country.

The author analyzes the change developed in these last years as well as the developed most original initiatives in Spain, specially the injection room of consumption of Bilbao and the Program of Prescription of Heroin of Andalusia. In this sense valued their results and indicate the difficulty to make clinical trials with a profile of population of addicts whose clinical gravity difficulty its applicability to the clinical domain outside the experimental frame until the point to jeopardize its viability. The heroin prescription is technically possible, can be carried out of a safe way, is clinically effective in the great majority of the cases and constitutes a resource, complementary more in a network of attention to the addictse.

Finally it concludes in a "possible change" that it leads towards: The promotion of the research in the psycho-social field; The effective diversification of the therapeutic approaches to the addicts, including the use the best agonist for adapted to the clinical state of the more affected addicts; The control of the messages that manipulate the will of the young people turning them addict to the consumption; Against the repression and the marginalization of the user and, really, by the necessary political planning that it locates to the society in front of the events and not the other way around.

Key words

Addictions, prevention, rooms of consumption, prescription of heroin, reduction of damages.

* Conferencia realizada en el seminario: "Retos posibles e imposibles ¿se puede cambiar la sociedad desde los programas de drogas?" con motivo de la conmemoración del 20º aniversario del Plan Nacional sobre Drogas. Sevilla, 31 de marzo de 2006.



Introducción

Me han invitado a *hablar de un cambio posible* y esto me estimula porque la pregunta conlleva y asume que quedan cosas por hacer tras 20 años de política coordinada sobre drogas en España. De todos modos, al encontramos ante un aniversario siempre viene bien recordar acontecimientos y asumir algunos errores antes de centrarnos en el futuro que es hacia donde yo quiero proyectar mi intervención. Lo haré desde el “observatorio privilegiado” de quién asistió a su desarrollo “desde fuera” aunque con evidente interés en unos momentos y con desesperanza en otros. Por otro lado, también tuve la suerte de participar directa o indirectamente en algunas de las experiencias más novedosas, valientes y apasionantes que se han desarrollado en este campo en España, como la Sala de consumo con menos riesgo de Bilbao o el Programa de Prescripción de Heroína de Andalucía (PEPSA) que tuve el honor de dirigir en su fase de diseño y de asesorar en su fase de desarrollo.

Creo que en la política sobre drogas en España existió en los últimos 20 años un primer cambio que ya se realizó pero que existe otro que, en mi opinión, queda por acometer. Y en este sentido afirmo que es posible y deseable.

Mirada histórica desde la perspectiva de un profesional que busca su sitio...

Lo que es el destino... Hoy me encuentro en esta mesa con Amando Vega. Para mi este reencuentro tiene un gran valor. Conocí a Amando Vega en noviembre de 1985, hace algo más de 20 años cuando todo empezaba en España a organizarse en torno a las políticas sobre drogas. Fui a verlo a su casa de San Sebastián para proponerle su participación a modo de asesoramiento en una idea apasionante que surgió de un grupo de personas que constituíamos el grupo de trabajo sobre marginación juvenil y toxicomanías del Consejo de la Juventud de Cantabria y que se extendió después por toda España en los años sucesivos

tras el gran éxito que supuso en 1987, el Encuentro Internacional sobre Juventud y Drogas que organizamos en la sede de Santander de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo y que tuve la suerte de dirigir siendo entonces estudiante de medicina. La idea fue de reunir a 300 jóvenes de toda España para analizar el fenómeno desde una perspectiva educativa, jurídico-penal, médico-sanitaria y psicosocial asesorados por los expertos nacionales e internacionales que en aquella época tenían cosas que decir en torno a las drogas para de esta forma sembrar el germen de un grupo de trabajo que diera sentido al asociacionismo juvenil como alternativa activa a la marginación, a las conductas de riesgo y a las drogodependencias en una época donde predominaba la falta de alternativas y de coordinación y abundaban las personas interesadas en explotar el sufrimiento de algunos jóvenes. Todo estaba muy embarullado y nosotros intentamos aportar la claridad necesaria a los jóvenes para implicarles activamente como un recurso específico y alternativo. Me parece incluso que este mensaje estaría hoy de plena actualidad. Amando pronto se convirtió en consultor, formador, entusiasta y amigo de nuestra idea. Aquella iniciativa fue apoyada incondicionalmente por el Instituto de la Juventud y por el Plan Nacional sobre Drogas demostrando que aquel plan emergente tenía la intención de cambiar las cosas, fomentando la participación de los agentes sociales y los protagonistas, los jóvenes, de aquel fenómeno que nos cogió a todos a “contrapié”.

Yo después decidí dejar España para continuar mi formación en psiquiatría y psicoterapia siguiendo los pasos de lo que en aquella época emergía en el mundo de las drogodependencias en Europa: en Inglaterra, Holanda y Suiza, convencido de que aquellas maneras de ver el problema, que muchos demonizaban, podían enseñarme cosas. Me hice una pregunta simple: no es normal que países tan avanzados hagan tan mal las cosas, sobretodo tras ver las cifras de aquella época que hablaban claramente en nuestra contra.



Yo en tanto que joven, estudiante de medicina y de alguna manera, trabajador social tenía una visión socio-sanitaria y psico-social de la reducción del daño muy marcada en el abordaje del problema. Para mí, en aquella época, esto consistía en la prevención de enfermedades y en la lucha contra la marginación a través de la educación. Pensaba, por ejemplo, que era muy importante frenar la llamada hepatitis no A no B que luego fue la hepatitis C, antes de que el SIDA irrumpiera dolorosa y brutalmente en la escena de la droga.

Recuerdo mi estancia en Holanda en 1987 donde tuve la fortuna de visitar los centros de emergencia social y sanitaria del barrio chino de Róterdam y estar con los educadores de calle en las zonas de mayor conflicto de Ámsterdam. Para mí aquel viaje fue una revelación más que un descubrimiento. En Róterdam, existían dispositivos sanitarios ambulantes donde se asistía a la población de prostitutas y de drogodependientes con problemas, incluyendo la distribución gratuita de preservativos y de material de inyección. Una intervención que tenía un componente psico-educativo importante y que servía evidentemente para promover el cambio de actitudes y comportamientos personales y colectivos hacia el problema.

En aquella época John Marks lideraba una experiencia en Liverpool y sus alrededores. Se implanta un programa amplio de reducción de daños (entre 1985 y 1991) que incluye, entre otras muchas cosas, el intercambio de jeringas y la participación de usuarios y ex-usuarios que realizan un trabajo de acercamiento, así como de los pequeños traficantes en la distribución de material de inyección. Se desarrolla una política de prescripción amplia que incluye la inyectable donde en 1985 era ya muy importante. Se puede prescribir metadona, heroína, cocaína, anfetaminas por vía oral, fumada e inyectada. Esta prescripción bajo control médico no provoca ningún accidente mortal y además hace que esta sea la región que menos tasas de seropositividad VIH tiene en todo el

Reino Unido. En 1990 la prevalencia por el VIH es la más baja del país (1% contra el 13,5% de la media nacional).

En Suiza, se prescribía metadona ya desde mediados de los años 70. En 1986 tras la situación desencadenada por la epidemia del SIDA se abrían las primeras salas de consumo de Berna y de Zurich y posteriormente los PPH tras el fracaso de las llamadas “escenas abiertas”, que es la versión marginal de lo que en España se conoce como “botellón” y que en Suiza a pesar de los problemas que ocasionó permitió hacer visible el fenómeno, sensibilizando a la opinión pública y a la clase política hacia posiciones más sanitarias que represivas. Se define la llamada política de los 4 pilares donde se legisla la reducción de daños en el contexto de la política general sobre drogas. Esta política se basa en asumir varios principios y poner los mecanismos necesarios para desarrollarlos. Entre ellos, que la drogodependencia debe ser considerada como una situación de vida transitoria y potencialmente reversible y que las estrategias terapéuticas deben ser diversificadas en función de la situación personal y contextual de cada drogodependiente y que, de todos modos, éste debe encontrar los recursos necesarios que le permitan su supervivencia. Esta política, en Ginebra, donde no está permitido tener listas de espera para drogodependientes en los programas públicos de tratamiento, ha dado resultados muy positivos en cuanto al seguimiento y a la reducción de daños. El 52% de los que empezaban un tratamiento, en 1985, con metadona eran seropositivos al VIH. En 1995, el 8%. La prevalencia al VIH en las curas de mantenimiento con metadona, en 1985, era del 37%. En 1995 del 10%. La seroconversión en los programas de MTD es inferior al 1% y en las desintoxicaciones ambulatorias, la tasa de seroprevalencia es inferior al 4%.

Todo esto contrasta con algunas actitudes e iniciativas que en aquel momento se veían en nuestro país. El gobierno de España intentó, a través del PND, coordinar una política nacional



en una época donde estábamos en plena transición no solo política sino de valores morales, éticos y culturales.

Recuerdo sólo varios aspectos en aquella época que yo viví directamente, asistiendo al llamado “efecto terapéutico” de las listas de espera y donde yo, como soldado sanitario en un Hospital Militar, custodiaba en el año 1989 a un enfermo de SIDA en un ala de un pabellón de aislamiento. En aquella época la intervención hacia el usuario no estaba exenta de una buena dosis de sadismo y también de ignorancia. En el año 2001 participé en una mesa redonda, en una ciudad española, donde el responsable de sanidad de ese ayuntamiento no contemplaba el intercambio de jeringas en un programa de metadona argumentando que se fomentaba el consumo y se enviaba un doble mensaje al paciente.

Después de la mili tuve la ocasión de participar en el “terremoto nacional” que supuso la campaña “Póntelo, pónselo” desde el Consejo de la Juventud de España, donde en Cantabria tuvimos que tirar prácticamente el 90% de los preservativos que nos enviaron después del fracaso que significó la campaña tras la presión que ejercieron las fuerzas más conservadoras de nuestro país, entre ellas la Iglesia, que tanto ha hecho desde sus bases en la lucha contra la marginación y la pobreza y que tanto se ha equivocado en la lucha contra el SIDA. Entonces, muchos y algunos todavía ahora, abogaban por la abstinencia, a drogas y sexual, como la única manera de vencer el SIDA.

Valores morales, sexualidad, placer... y drogas

Aquí reside uno de los problemas que siempre hemos tenido en nuestro país, intentar compatibilizar las políticas de salud con el mantenimiento de los valores morales. Muchas veces estos conceptos se han presentado como antagónicos y yo creo que son complementarios, sobretudo si estos se basan en la solidaridad y el respeto a la vida. No hay mayor respeto a la vida que la prevención de enfer-

medades. Entresaco unas palabras que Miret Magdalena dijo en aquella época: “Es de católicos elegir el menos dañino de entre dos males y si la opción es adquirir la enfermedad o evitarla, es mejor usar el preservativo”.

Hoy sabemos que hablar de sexo seguro es la mejor manera de prevenir las enfermedades de transmisión sexual o los embarazos no deseados. Por ello y relacionándolo con las drogas, creo que solo reconociendo el consumo como una opción que mucha gente toma por diferentes razones, estaremos en las mejores condiciones de prevenirlo y también de dar alternativas a aquellos usuarios que quieran optar por una vida sin recurso a las drogas.

La abstinencia era el mensaje que predominaba en aquel tiempo en el sexo y, en las drogas. No sé por qué razón pero siempre que nos encontramos con el placer nos referimos a nuestras referencias culturales y morales, ponemos en marcha la represión y nos equivocamos, en el análisis y en la medida que adoptamos. La noción de placer es inherente al ser humano y no se puede disociar de su desarrollo físico y psicológico. Si el placer genera problemas es más por su represión que por su ejercicio. Sin embargo, el placer que está detrás de todo consumo de sustancias, es vivido por los drogodependientes de una manera ambivalente. La búsqueda de este placer es la base de ciertos fracasos terapéuticos en las curas de metadona y lo que es una realidad es que este no es abordado suficientemente por los terapeutas o simplemente es anulado con otros productos de sustitución. La aceptación del placer significa la aceptación de la persona del usuario en su globalidad. Pienso que detrás de todo consumo de heroína o de cocaína no existe tanto un proceso destructivo físico y psíquico sino una tentativa o necesidad psicológica y afectiva de sobrevivir. Lo vemos en ciertos consumos con objetivo de automedicación y en la dinámica cotidiana de nuestro trabajo. El abordaje del placer en un programa de tratamiento para drogodependientes debe ser uno



de los aspectos centrales ya sea para vivirlo e integrarlo de una manera no problemática en la vida del sujeto o en la terapia, caminando progresivamente hacia la búsqueda de los placeres y sensaciones perdidas sin recurso al producto

De la abstinencia a los programas con agonistas

La abstinencia durante muchos años, ha sido el objetivo en torno al que ha girado todo el proceso terapéutico en el abordaje de las drogodependencias. La prescripción de agonistas opiáceos ha sido considerada como sinónimo de consumo significando el fracaso de la capacidad de vivir sin dependencia. Prescribir nos impediría acceder a la causa del problema, perpetuando el síntoma. Por ello **los programas de tratamiento a base de agonistas** se han presentado clásicamente como antagónicos a un proyecto de abstinencia y su introducción en España y en otros países de nuestro entorno no ha estado exenta de una gran polémica, social, política y científica. Los programas con agonistas fueron planteados desde ópticas de reducción de daños, como programas menores, limitando accesibilidad y planteándose en ocasiones como un tratamiento paliativo compasivo o caritativo. Poco a poco se fueron desarrollando y demostrando su valor terapéutico. Estos han dado suficientes muestras de su eficacia en términos de la retención en tratamiento, de la disminución del consumo de heroína ilegal y otras sustancias, del riesgo de contraer enfermedades infecto-contagiosas, de la mortalidad, de la criminalidad y de la mejora de la calidad de vida de los drogodependientes.

El equipo de Di Clemente y Prochaska nos han proporcionado un modelo que preconiza que el camino hacia la abstinencia constituye un proceso, más allá del discurso dicotómico consumo/abstinencia en el que hemos estado inmersos demasiado tiempo. En este sentido programas de reducción de daños pueden cohabitar con enfoques terapéuticos, pudiendo claramente sobrepasar los umbrales de exigencia en las diferentes estrategias de intervención

y caminar hacia el diseño de un enfoque terapéutico cada vez más individualizado, diversificado y adaptado a la realidad de los usuarios. Hoy en día, afortunadamente, esto ya no es una urgencia en nuestro país. Pero creo que existe, una población gravemente afectada, refractaria a los tratamientos convencionales, ya sean con agonistas o libres de drogas para los que todavía no existe una alternativa eficaz. Esta población tiene y genera múltiples problemas para ellos mismos y para la sociedad en la que viven. En este sentido, se sitúan **los programas de prescripción de heroína** en el marco de un abordaje terapéutico y de reducción de daños que acogen a una población que, a pesar de sus reiterados fracasos terapéuticos, continúa demandando ayuda social y tratamiento médico a los servicios asistenciales. Estos no reemplazan y son absolutamente compatibles con **los programas de acercamiento y acogida** o a **las salas de consumo higiénico**, que son iniciativas mucho más próximas a los usuarios que no plantean el abordaje terapéutico de su drogodependencia, sino el reconocimiento de la misma y su práctica en las mejores condiciones de higiene, así como intervenciones de emergencia social desde el abordaje de la marginación y del deterioro socio-sanitario que estas personas padecen y para las que también hay que desarrollar una alternativa. En este sentido se enmarca también el abordaje de las drogodependencias en medios específicos como el **penitenciario** que necesitan igualmente de una revisión en profundidad.

La diversificación de los tratamientos como alternativa de futuro

Desde esta perspectiva, abogo por **la diversificación como alternativa** desde el más amplio sentido de la palabra: diversificación de los recursos, de las sustancias, de los agonistas opioides de sustitución, de las vías de administración y hasta de los enfoques terapéuticos pudiendo de esta manera individualizar los tratamientos y responder a la especificidad de cada realidad de vida, adaptando los programas a los usuarios y no al revés.

Los programas de prescripción de Heroína cuyos resultados en Suiza y en Holanda han abierto una gran esperanza sanitaria y psico-social para esta población. Los resultados del estudio ginebrino para el grupo tratado con DAM fueron significativamente diferentes en relación al grupo control con una mejoría generalizada en todos los parámetros estudiados, llegándose a la conclusión de que estos programas, en el contexto socio-cultural y político en el que se desarrollan y para la población de adictos a la que va destinada, son eficaces y perfectamente factibles. Pero los resultados más espectaculares se han alcanzado en el campo de la prevención de la delincuencia donde el estudio realizado en la Universidad de Lausanne muestra una disminución global de la delincuencia del 80%. Concluye este estudio en que el tratamiento apoyado en la diacetilmorfina (DAM) representa uno de los sistemas de prevención de la delincuencia y de la criminalidad más eficaces nunca antes experimentado.

Estos aspectos fueron reconocidos por el comité de expertos encargados, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de evaluar estos programas, destacando la calidad asistencial y la mejoría clínica y social de los drogodependientes tratados. Esta evaluación, concluye además en señalar ciertos errores metodológicos y aconsejar la realización de nuevos ensayos clínicos controlados. De este modo se desarrolla en Holanda otro estudio, cuyos resultados concluyen que el tratamiento experimental de DAM más co-prescripción de metadona es más efectivo que el grupo control de metadona oral, y ello independientemente de la vía de administración utilizada. En relación a los efectos adversos los autores concluyen en que el tratamiento es factible y se puede administrar en condiciones de seguridad.

La introducción de **los programas de heroína en España** estuvo cargada de una gran polémica política que en mi opinión acabo con ellos mucho antes de que se pusieran en marcha. Me recuerda a las primeras experien-

cias piloto de prescripción de metadona en los años 80 que nacieron para fracasar, con una planificación nefasta que acabo demostrando que la metadona era un fracaso. Esto sirvió de argumento para que muchos pospusiesen su implantación hasta 8 o 10 años después, con las consecuencias dramáticas que todos conocemos.

Pero volviendo a los PPH, el PND de la época, más que aferrarse al sabotaje debió ejercer su labor de coordinación que, en ese momento, podía haber sido fundamental económica y sobretodo éticamente. Asistimos a dos iniciativas en España, una cargada de “prudencia” desde Cataluña y la otra cargada de “osadía” desde Andalucía. Muy al contrario, se permitió que en Barcelona, donde había mayoría de inyectores se diseñara un ensayo con comprimidos de DAM y en Andalucía, con abrumadora mayoría de inhaladores se diseñara un ensayo con inyectores. Este tuvo sin embargo el interés de responder a una realidad socio-sanitaria como era la marginación de los inyectores a través de una labor de captación extraordinaria del equipo PEPSA que consiguió integrar en el ensayo clínico a la práctica totalidad de los inyectores de Granada. De alguna manera se dejó que ambos ensayos fueran directamente a estrellarse contra el muro de la significación estadística por falta de efectivos y que se llegará a las conclusiones que el gobierno ha llegado: hay que seguir investigando. Es decir, llegaremos a conclusiones significativas justo cuando ya no exista el problema porque los usuarios hayan desaparecido o por un problema que hace tiempo que estamos viendo en la calle así como en nuestras consultas: el desplazamiento del problema al consumo de cocaína, para la que dicen que no hay solución.

Es importante señalar que los ensayos clínicos con este tipo de población son de difícil aplicabilidad al mundo clínico asistencial fuera del marco experimental. La inestabilidad clínica, propia de una población con un perfil de gravedad de la dependencia importante, que se somete a tratamiento en situación de crisis y



habiendo fracasado en todas las tentativas anteriores dificulta la protocolización de la intervención y la metodología del ensayo hasta el punto de comprometer su viabilidad. Esta población queda con frecuencia fuera de los ensayos clínicos controlados. Todos los ensayos clínicos con esta población de drogodependientes, que intente integrar los aspectos psicosociales serán siempre susceptibles de ser mejorados. Es decir hacer un ensayo clínico, con este nivel técnico, con los resultados obtenidos, consiguiendo controlar una población con un perfil de gravedad de su drogodependencia extrema es excepcional. Es prácticamente imposible hacerlo mejor. Por lo que el trabajo realizado por el equipo PEPSA es de un gran valor clínico y científico. El PEPSA ha conseguido transformar una escena de consumo marginal, insalubre y lleno de riesgos individuales y colectivos en un consumo sanitizado que mejora la calidad de vida de sus usuarios y los introduce en un proceso de cambio que en muchas ocasiones tiene la abstinencia como meta de un largo proceso terapéutico. En este sentido, hay que afirmar que ha quedado ampliamente demostrado que la DAM es una sustancia que se conoce perfectamente desde el punto de vista farmacológico, que su prescripción es factible y segura y que su utilización en el contexto de un programa médico-psico-social es eficaz. Esto se ha demostrado en Suiza, en Holanda y en Andalucía.

En Andalucía tenemos un ensayo en stand-by, siendo netamente superior al suizo en términos metodológicos y sus resultados para el grupo tratado con DAM significativamente superiores en relación al grupo tratado con heroína en la mayoría de los parámetros estudiados. Tiene el problema de no haber obtenido la n que pretendía obtener. Esto es una lástima pero no es suficiente para invalidarlo.

De todas formas saludo el protocolo que ha aparecido en **Euskadi** aunque lamento que no sea en prisión, como inicialmente estaba previsto. La prisión es el lugar ideal para asegu-

rar la calidad metodológica que se esta demandando ya que en este medio, esta población es posible controlarla. Las experiencias en las dos prisiones de Suiza son muy satisfactorias.

Según los datos que obran en nuestro poder y en relación a nuestra experiencia clínica de 12 años de tratamiento: 20% de los usuarios que participan en los programas de heroína no responden al tratamiento, pero el 80% si de una población que estaba al 100% en fracaso terapéutico. En términos de reducción del consumo paralelo de otras sustancias, de la mejora de la calidad de vida y de la situación médico-psico-social, de la criminalidad y de la marginalidad. De estos 80%, un tercio toman iniciativas hacia la abstinencia, otros vuelven a integrar los programas de metadona y otros continúan en el PPH con sus altos y sus bajos. Por ello puedo decir que la prescripción controlada de heroína no pretende en ningún momento relevar a los programas libres de drogas ni hacernos entrar por la puerta de atrás a un mercado libre de drogas. La prescripción de heroína se inscribe en el marco de una política amplia y diversificada que se integra en cualquier programa de tratamiento global y diversificado.

La prescripción de heroína, como todo tratamiento farmacológico, tiene sus indicaciones y sus contraindicaciones. Pero lo que es seguro es que para el sector de población a los que van destinados tiene muchas ventajas y muy pocos inconvenientes. Tampoco genera problemas a largo plazo y en todo caso muchos menos que por ejemplo, las benzodicepinas, ni de tipo inmunitario ni degenerativo del sistema nervioso central. Los cambios morfológicos, aparecidos en la experimentación animal podrían corresponder a lesiones neuronales o a cambios adaptativos asociados a modificaciones del estado funcional de las neuronas dopaminérgicas. Además, ningún estudio epidemiológico ha confirmado todavía estos resultados. Por otro lado, una incidencia mayor de enfermedades neurodegenerativas ligada de manera



específica al consumo de heroína o al tratamiento con metadona nunca ha podido ser establecida.

En este sentido y en relación al futuro me atrevo a pedir al PND, que no se dedique a esperar los resultados aislados de las comunidades autónomas y coordine de manera multicéntrica lo que puede ser una alternativa real para muchos drogodependientes como pasa en Suiza, en Holanda y en Alemania. Por otro lado que se realicen proyectos de investigación adaptados a sus realidades sanitarias y psicosociales.

En España y sobretodo en Andalucía se consume la heroína y la cocaína por vía inhalatoria. En estos momentos, en Suiza, se está terminando el ensayo clínico con comprimidos que intenta demostrar su seguridad y tolerabilidad en pacientes con 3 criterios de selección:

- El consumo de heroína por inhalación.
- El que así lo decide en el proceso evolutivo positivo de su adicción, pasando de la vía parenteral a otra con menos riesgo y más normalizada.
- El deterioro grave del sistema venoso que impide su consumo por vía intravenosa.

Por otro lado, el consumo oral provoca también, para los consumidores concomitantes de cocaína, una disminución muy significativa de la euforia de la heroína y de la cocaína lo que disminuye sobremanera los trastornos de comportamiento.

Los resultados son francamente buenos. Todos los pacientes que yo he tenido en Ginebra con comprimidos, han dejado de consumir heroína inhalada y solo I siguió consumiendo cocaína. En estos momentos, en Suiza, el 20% de todos los pacientes en PPH están en tratamiento con DAM oral. Este método ya ha sido estudiado en Inglaterra pero sobretodo en el tratamiento del dolor y en la analgesia postoperatoria.

Los comprimidos de DAM no provocan euforia pero los usuarios refieren un cierto *flooding* con sensación de plenitud y de tranquilidad

subjetiva que empieza a los 30 minutos después de la toma del comprimido. En un principio se creía que no iba aportar más ventajas que la morfina oral pero los recientes estudios del equipo de Fatiguer en la Universidad de Zurich han puesto de manifiesto que con la administración de DAM oral la biodisponibilidad de la morfina es mayor. Es decir proporciona concentraciones plasmáticas más elevadas de morfina que la morfina oral. Además la cinética de la DAM oral tiene un pico de absorción rápida que explicaría la sensación subjetiva de ligera subida y *flooding* que los pacientes experimentan. La administración combinada de heroína retard y normal proporciona un efecto inicial de mayor intensidad asociado con un efecto sostenido retardado.

La **morfina oral** es también otra alternativa interesante para drogodependientes enfermos del SIDA o para los que la metadona ha provocado trastornos de la conducción cardíaca. Porque no olvidemos que la metadona tiene muchas **interacciones medicamentosas** ya que su metabolismo esta mediado por el sistema del citocromo P450 hepático. La heroína y la morfina carecen de interacciones medicamentosas clínicamente significativas ya que no utilizan esta vía de metabólica. En general se obtiene una mayor estabilidad en las dosis y una mejor respuesta en cuanto a las eventuales interacciones medicamentosas en el tratamiento de sus enfermedades de base: depresiones, terapias antituberculosas o SIDA.

No quiero dejar de saludar, antes de terminar, a la multitud de **centros de emergencia** social que se han abierto en España en los últimos años y las iniciativas de las **salas de consumo** de Madrid, por ser la primera, y la de Bilbao, por su gran coherencia en su gestión sanitaria y psico-social, consiguiendo integrar a la mayor parte de usuarios que circulaban por la calle, primero con un sala de inyección y después con una de inhalación en el contexto de una dinámica de compromiso conjunto de profesionales y de usuarios en pleno centro de Bil-



bao. Este centro también ha ayudado a cambiar el panorama que veíamos no hace mucho en la vía transformándolo en un consumo con los menos riesgos posibles.

Para finalizar...

Quiero felicitar al PND por su vuelta a Sanidad, y por la ley antitabaco aunque le pediría ir más suave. También por la represión del tráfico. Aunque creo que el tráfico de drogas, siempre deleznable, no es tan devastador como algunos mensajes que la sociedad de consumo nos envía y que quiero presentar aquí como reflexión final. Estos están manipulando la voluntad de nuestros jóvenes y de esta manera fomentando el consumo de drogas con el beneplácito, por omisión, de los poderes públicos en las sociedades occidentales. Hay algunos mensajes que son intolerables. Tenemos una sociedad de consumo que nos prepara para ser adictos. Ya no sirve amar la música, hay que ser, como dice la publicidad de la casa “Virgin” de Londres: adictos a la música. De todas maneras no es grave porque unos portales más allá nos encontramos el remedio: la tienda “Therapy” que se encargará de reparar los daños ocasionados. Ver para creer. La adicción representada como un valor de la sociedad de consumo. Yo, tras ver este anuncio, me pregunto si cuando trabajamos directamente con los usuarios no nos situamos en otro planeta. Tenemos que tomar en cuenta el consumo, si queremos prevenirlo y tenemos que dar a la gente las alternativas necesarias para decidir en libertad. Hay muchas cosas que se nos han ido de las manos: el consumo de drogas, los precios y, lo que es más grave los mensajes manipuladores de la sociedad de consumo. Las escenas abiertas que aparecen en todas las ciudades y pueblos de España bajo forma de “botellón” deben ayudarnos a reflexionar sobre los mensajes, las alternativas de ocio y sobre el propio consumo que es una realidad de la que ni los profesionales ni los poderes públicos podemos negar. El llamado botellón no es más que una “vía alternativa” de un consumo que ha existido siempre y que se ha generalizado porque, entre otras cosas,

los precios han hecho inasequible el consumo convencional y controlado en los locales públicos y porque ya no existen lugares donde el consumo vaya acompañado de comunicación. Existen lugares en España que yo he visitado en los que el botellón no es problemático y donde los ayuntamientos han colaborado poniendo urinarios y contenedores para reducir los daños del mismo. No hay que reprimir este tipo de consumo sino prevenir el exceso y fomentar su compatibilidad con una serie de normas de conducta pero lo que es perverso como mensaje es tener por objetivo la simple vuelta de los jóvenes a los bares.

Tenemos dos realidades bajo un mismo concepto. Dos sociedades de consumidores de drogas, una estigmatizada, situada en barranquillas y otra socialmente integrada, en las plazas de las ciudades de España. Las dos tienen el mismo comportamiento: el recurso al consumo de drogas, legales o ilegales. ¿Con qué motivo? ¿Como recreación o como automedicación?.

Las sociedades conservadoras suelen ir por detrás de los cambios sociales. Marcan las pautas que toma como dogmas en los que se instala sin tener en cuenta los comportamientos actuales ni las tendencias. Por ello y porque España es una sociedad avanzada quisiera terminar invitando a todos no tanto a cambiar sino a mantener un **predisposición permanente de cambio** hacia el consumo a hacia los consumidores. Esta predisposición será la garantía de que nos podemos situar por delante de los cambios sociales en relación a dar las respuestas necesarias a aquellos que la necesitan y para aquellos que pensamos que no las necesitan.

Un cambio posible...

Porque ahora, más que nunca, se están acometiendo cambios históricos en materia de política social y de derechos ciudadanos invito al gobierno a acometer un cambio que alcance al consumo y a los consumidores de drogas. Un **cambio posible** hacia:



- El fomento de la investigación en el campo psicosocial.
- La diversificación efectiva de los enfoques terapéuticos en la oferta a los drogodependientes, incluyendo la utilización de agonistas adaptados al estado clínico de los más afectados.
- El control de los mensajes que manipulan la voluntad de los jóvenes convirtiéndolos en adictos al consumo.
- Contra la represión y la marginación del usuario.
- En definitiva, por la planificación política necesaria que nos sitúe por delante de los acontecimientos y no al revés.

Muchas gracias y felicidades, PND.

En reconocimiento al Consejo de la Juventud de Cantabria, en el 20 aniversario de su constitución.



Correspondencia: **Miguel Marset**. Director Médico adjunto, **Clínica La Métairie**, Nyon, Suiza.
mmarset@lametairie.ch

REFERENCIAS

- Ali R, Auriacombe M, Casas M, Cottler L, Farrel M, Kleiber D, Kreuzer A, Ogborne A, Rehm J, Ward P. (External Evaluation Panel) Report of The External Panel on the Evaluation of the Swiss Scientific Studies of Medically Prescribed Narcotics to Drug Addicts. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (Substance Abuse Department) 1999.
- François A, Marset M, Mino A, Broers B. Follow-up of substance abusers having left the heroin prescription program in Geneva. *Basic and Clinical Science of Opioid Addiction*. Bibliotheca Psychiatrica, n° 170, 2003. Girardin F, Rentsch KM, Schwab MA, Maggiorini M, Pauli-Magnus C, Kullak-Ubick GA, Meier PJ, Fattinger K Pharmacokinetics of high doses of intramuscular and oral heroin in narcotic addicts. *Clinical Pharmacology & therapeutics*. October 2003.
- Henman A. *Drogues légales: L'expérience de Liverpool*. Editions du Lezard. 1995.
- Killias M, Aebi M, Ribeaud D, Rabasa J. Rapport final sur les effets de la prescription de stupéfiants sur la délinquance des toxicomanes. Institut de police scientifique et de criminologie. Université de Lausanne. Septembre 2002– Marset M. De l'héroïne à la diacetylmorphine. *Revista La Cène*. Paris, 1999.
- Marset M, Hevia A, Carrasco F, Perea E, Aceijas C, Ballesta R, Sánchez-Cantalejo E, Martos F, Ruiz I, March JC. Estudio comparativo, aleatorizado y abierto entre la prescripción diversificada de agonistas opioides apoyada en la diacetylmorfina administrada por vía intravenosa y la prescripción de metadona por vía oral—ambas en procedimientos individualizados, y protocolizados, con apoyo médico-psico-social— durante nueve meses en el tratamiento de pacientes dependientes de opioides que hayan fracasado en tratamientos anteriores: programa experimental de prescripción de estupefacientes en Andalucía (PEPSA). Escuela Andaluza de Salud Pública. Aprobado por la Agencia Nacional del Medicamento de España el 3 de Mayo de 2002.
- Marset M, François A, Broers B, Croquette-krokar M. Enfoque clínico y científico de los programas de prescripción de heroína. *Revista de la Sociedad Española Interdisciplinaria sobre el SIDA*. Volumen 14, número 5. Mayo de 2003.
- Mino A. Les prescriptions d'opiacés injectables : histoire-situation actuelle. Exemple genevois. Thèse de privat docent. Faculté de Médecine. Université de Genève, 1999.
- Mino A. Análisis científico de la literatura sobre la prescripción controlada de heroína o morfina. Informe solicitado por l'Office Fédéral de la Santé Publique Suisse. Ed. Citran, 1994.
- Perneger T., Giner F., Del Rio M., Mino A. Heroin maintenance under medical supervision: an experimental program for heroin users who fail in conventional drug abuse treatments. *BMJ*, Julio de 1998.
- Prochaska JO, Di Clemente CC. The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. New York. Daw-Jones Irwin, 1984.
- Rehm J, Gschwend P, Steffen T, Gutzwiller, Dobler-Mikola, Uchtenhagen A. Feasibility, safety, and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *The Lancet*, Vol 358. October 27, 2001.– Roques B. La dangerosité des drogues. Rapport au secrétariat d'État de la Santé. Editions Odile Jacob. 1999.
- Seidenberg A, Honegger U. Metadona, heroína y otros opioides. Manual para el tratamiento ambulatorio de mantenimiento con opioides. Traducción al español de Francisco Carrasco y Antonio Hevia. Editorial Díaz de Santos. Madrid, 2000.
- Strang J, Gossop M. Heroin prescribing in the British System: a historical review. *Eur Addiction Res* 1996; 2: 185–193.
- Uchtenhagen A., Dobler-Mikola A, Steffen T, Gutzwiller F, Blättler R, Pfeifer S. Prescription of narcotics for hewroin addicts. Main results of the Swiss National Cohort Study. Ed. Karger. Basel, 1999.
- Van den Brink W, Hendriks VM, Blanken P, Huijsman IA, Van Ree JM : Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *BMJ* volume 327. 9 august 2003.

EL NIÑO PENSADO EN CLAVE SEXUAL

Ana Bloj

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Rosario.
Santa Fe, Argentina

Resumen

El presente artículo se enmarca en la investigación titulada "Los pioneros: Psicoanálisis y niñez en la Argentina. 1923-1969". En esta presentación abordaremos la obra de Elizabeth Garma, psicoanalista miembro de la APA (Asociación Psicoanalítica Argentina).

Este trabajo tiene por objeto analizar las concepciones de la niñez que se vislumbran en la obra de los pioneros que trabajaron con niños tomando algún aspecto de la teoría psicoanalítica. Consideramos la niñez como una categoría de análisis con valor instrumental, respecto de la cual pueden surgir los modelos particulares y específicos de la producción teórica de la autora a tratar. Se utilizaron como procedimientos: rastreo de publicaciones de la época indagada y exploración en revistas y publicaciones de época.

Garma contribuyó a la conformación de la idea freudiana del niño como sujeto sexuado. Esta idea, inicialmente resistida, va a instalarse en el imaginario social desde finales de la década del 60 en nuestro país.

Palabras clave

Psicoanálisis, Niñez, Historia, Argentina.

Summary

The present report deals with the research work entitled "The Pioneers: psychoanalysis and childhood in Argentina. 1923-1969". In this presentation we abord the Elizabeth Garma's production, psychoanalyst member of APA. (Psychoanalytic Argentine Association)

The subject of this work is to analyze the conceptions of infancy reported by the first authors, who have worked with children by taking some specific content of the psychoanalytic theory. We consider the infancy as a category of analysis of instrumental value since it may provide specific models related with the theory production belonging to the author that we are analyzing. We based our study on the following procedures: tracking of publications belonging to the period analyzed, and by exploring journals and magazines from the same period.

Garma's worked in the way to think the infancy as a sexual subject. This conception comes into force in the social representations during the sixties.

Key words

Psychoanalysis, Childhood, History, Argentina.

I. Biografía

El acercamiento de Elizabeth Goode de Garma¹ al psicoanálisis fue diferente al del resto de los pioneros de la APA. En su caso, fue el idioma inglés lo que curiosamente produjo el surco que le dio ingreso en el incipiente universo del psicoanálisis de niños en nuestro país.

Nace en 1918 en la ciudad de Paysandú, Uruguay, un 3 de febrero. Hija de Alfred Goode, ingeniero inglés asesor de la compañía inglesa Hufnard Gautier y de Anita Rasmussen, argentina descendiente de dinamarqueses.

¹ En adelante Betty Garma.



En 1921, su familia se muda nuevamente a Inglaterra, donde permanece hasta la pubertad, para regresar luego a la Argentina. Entre sus alumnos de inglés se encontraban Nora Rascovsky y Carlos Mario Aslan. Fueron ellos quienes la estimularon a comenzar su formación psicoanalítica y a iniciar su propio análisis. Marie Langer fue su analista a partir del año 1942.

También tenía por alumno al empresario Francisco Muñoz, posterior integrante activo de la Fundación que llevó su nombre y que financió gran parte de las publicaciones de la *Revista de Psicoanálisis*.

Unos años después, en 1944, comienza a trabajar con Arminda Aberastury, inicialmente en la corrección de la traducción que Arminda Aberastury había realizado del libro de Melanie Klein *El psicoanálisis de Niños*. En este período se produce el encuentro con quien iba a ser su marido, Ángel Garma, a partir de la traducción de algunos trabajos que él estaba preparando para presentar en Nueva York.

Fueron Ángel Garma, Arminda Aberastury y Marie Langer quienes le aconsejaron que comenzara a analizar niños en lugar de dar clases de inglés. Así fue que Betty Garma, con un interés motorizado por una permanente actitud de búsqueda de lo nuevo, inicia en 1945 trabajos de investigación con Arminda Aberastury sobre el desarrollo temprano del psicoanálisis de niños. Comienza a analizar niños en el año 1947.

Tal vez fue también su herencia inglesa (además de haber pasado prácticamente toda su niñez en ese país) lo que posibilitó una relación empática con Klein y su grupo.

*Para mí fue fácil porque yo era uno de ellos [Klein y su grupo], aunque yo vivía acá.*²

Así como Aberastury había estado imbuida desde su niñez del mundo cultural porteño, Betty Garma tenía una importante vocación artística. Cantaba y actuaba en diferentes medios radiales y en teatros de la ciudad. Su padre había desempeñado una labor de difusión del teatro en su medio de origen.

Además de actuar y cantar, Betty Garma escribía en algunas ocasiones sketches musicales humorísticos. Hacia finales de la década del 30 tenía un programa en Radio Excelsior, y cantaba en radio El mundo y Radio Nacional.³

*...yo era muy capaz en esto desde que era muy chica... llegué a ser la reina de la comunidad británica... tengo una cantidad de recortes del diario inglés donde hacen loas de mi estrellato en este campo.*⁴

Aquel universo poblado de expresiones artísticas permitió tanto a Garma como a Aberastury esa relación empática interesante para trabajar con niños a través de diferentes medios de expresión, no siempre de tipo verbal.

En 1949 concurre al primer congreso de psicoanálisis que se realiza en Zurich. Allí conoce personalmente a Anna Freud, Melanie Klein y otros destacados integrantes del grupo kleiniano: Paula Heimann, Betty Josephs, Hanna Segal.

En 1953 viaja con Ángel Garma a Europa por tres meses. Presenta en Londres un trabajo referente al análisis de un niño con problemas orales y dicta una conferencia en Roma sobre aspectos técnicos. En el mismo viaje presenta diariamente durante más de un mes, casos clínicos y problemas de la teoría y enseñanza psicoanalítica a Klein y su grupo.

Dos años después de la muerte de Arminda Aberastury, funda el Departamento de Psicoa-

2 Emilia Cueto. "Entrevista a Betty Garma". *Revista Imago Agenda*. Buenos Aires: Junio 2001, n° 50. p. 33.

3 A.A.V.V. "Entrevista a Betty Garma, realizada por la comisión de publicaciones". En *60 años de Psicoanálisis en Argentina. Presente, pasado y futuro*. Buenos Aires: A.P.A., Lumen SRL, 2002. p. 88.

4 Rosa Laura Cantú, "Una pionera del psicoanálisis de niños. Entrevista con Betty Garma". En *Evolución de la clínica psicoanalítica*. s.d. p. 2

nálisis de Niños y Adolescentes “Arminda Aberastury” de la APA, siendo la promotora del primer programa de estudios para acceder al título de “analista de niños”.

Otros temas que suscitaron el interés de Garma tuvieron que ver con el espectro de lo psicossomático: anorexia y otros trastornos gástricos y tuberculosis fundamentalmente. También se ocupó de abordar el tema de los niños adoptivos.

Tres desarrollos innovadores en la obra y en la clínica de Garma la restituyen más al lugar de pionera que al de colaboradora. Fue la primera en trabajar con un niño muy pequeño, de 21 meses. Realizó el primer tratamiento pre-quirúrgico en el mundo y comenzó a trabajar con el primer grupo de madres del país en la sede de la APA en calle Juncal (en aquel momento los padres no eran incluidos en los grupos)⁵. Lamentablemente estas innovaciones no fueron suficientemente transmitidas en sus publicaciones. Especialmente en el tema de los grupos con madres de la primera época, de la que no hemos podido encontrar material publicado ni inédito⁶.

Nos llama la atención el hecho de que Garma hubiese quedado en el plano de “colaboradora” allí donde parece haber trabajado muy a la par de Aberastury en los primeros tiempos. El hecho de que haya realizado innovaciones y producciones propias respecto de la clínica, así como el hecho de haber sido convocada aparentemente de un modo más directo que Aberastury por Melanie Klein, nos permite ubicarla en el lugar de pionera. Los tres valiosos e innovadores aportes que realizó como analista argentina la hacen merecedora de un lugar destacado en la historia del psicoanálisis de niños en nuestro país.

again?
The Congress was, I think,
successful but about this
you will hear from Dr Garma
and the others in detail.
I am now spending a quiet
and pleasant holiday at
this lovely spot and hope
to return well rested to
London in three weeks time.
Again many thanks and
kindest regards!
Yours
Melanie Klein

Carta de Melanie Klein a Betty Garma

II. “Esto es lo que necesito de clínica para presentar mi teoría.” Melanie Klein.

Melanie Klein: “¿Cómo es que los chicos responden allí tan rápidamente?”

Garma: “Se trata de aplicar su teoría, Sra. Klein.”

Klein: “Hay algo más.”

Garma: “Interpretamos, pero además estamos muy pegados al niño, muy cerca.”

Este pequeño diálogo invita a comprender ciertos rasgos o perfiles propios del grupo argentino. Se trata de la presencia de un modo muy particular de ejercicio del psicoanálisis, especialmente del psicoanálisis con niños en nuestro país. El trato con niños y niñas en este territorio tuvo rasgos que le fueron propios y que le permitieron gran parte de los “éxitos” clínicos, sumado a un importante grado de aceptación de los consejos o desarrollos teóri-

5 Elizabeth Garma; Evelina Costa; Sylvia Fendrik. “Acerca de los orígenes de la Clínica con Niños en la Argentina”. En *Psicoanálisis para niños. Ficción de sus orígenes*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1989. p. 60.

6 Agradecemos a Carmen Garma la posibilidad de contar para esta investigación con el material tanto inédito como de publicaciones de su madre.

7 A.A.V.V. “Entrevista a Betty Garma, realizada por la comisión de publicaciones”, *op. cit.* p. 88-89.



cos del psicoanálisis por parte de la comunidad lega dos décadas después.

A mediados de 1949 se realizó en Zurich el XVI Congreso Psicoanalítico Internacional, el primero después de la Segunda Guerra Mundial, al que la autora viajó en compañía de su marido, y de Arnaldo y Matilde Rascovsky y Teodoro Schlossberg. Allí se produjo el encuentro de los argentinos con Melanie Klein y su grupo. Aberastury había tenido contacto epistolar con Klein, pero el primer encuentro personal se produjo entre Garma y Klein.

Según cuenta Garma, era ella quien tenía más “soltura” que Aberastury en el trabajo concreto con el niño.

Ambas escribían luego de cada sesión para intercambiar notas y observaciones. Se trataba de un momento en el que la teoría no resultaba suficiente, por lo que se iba construyendo junto con la clínica. Garma afirma que en tanto Aberastury se dedicaba con más profundidad a la producción teórica, ella encontraba su mayor “calidad” en el desempeño clínico.

En un primer momento lo que hacíamos era comparar, tantear y ver...era el chico el que me mostraba cosas.⁸

Garma habla de aquellos primeros tiempos de la clínica psicoanalítica con niños como un período de invención considerable. Se trataba de un trabajo “a tuestas” (que apuntaba a realizar interpretaciones lo más ajustadamente posible) a partir de aquellos escasos primeros libros de Melanie Klein y Anna Freud a los que tenían acceso.

Después de que Klein supiera del trabajo de Betty Garma con un niño de 21 meses, se mostró muy interesada en escuchar los casos

de esta psicoanalista argentina. Se trataba del niño más pequeño que hubiera sido atendido en el mundo entero desde un abordaje psicoanalítico. En ese momento, la niña más pequeña analizada por Klein había iniciado el tratamiento teniendo casi 3 años de edad.

Tal vez por el enigma que esto despertara en Klein, fue que la invitó a pasar una temporada en Londres para trabajar con ella y su grupo. Para ello Klein “le pide permiso” al esposo de Garma, quien no avala esta posibilidad. Además de las cuestiones afectivas que pudieran estar jugadas, por aquel entonces los preceptos en nuestro país —y más aún en la comunidad psicoanalítica— indicaban que la familia debía permanecer unida. No obstante, el Hotel Camberlant de Londres los tuvo como huéspedes año y medio más tarde. Allí Betty Garma tuvo oportunidad de trabajar y supervisar con Klein y su gente por el lapso de un mes y medio compartiendo encuentros diarios.

A Klein le interesaba tener elementos para defenderse de una de las acusaciones de Anna Freud: que hablaba de un psiquismo temprano del niño sin haber tratado niños menores a 2 años. Garma atiende a este niño, “Pedrito” en el primer año de su práctica. Los desarrollos de Garma y el trabajo con un niño tan pequeño podrían darle algunos argumentos a su favor.⁹

Esto es lo que necesito de clínica para sostener mis teorías.¹⁰

Por otra parte, Garma advierte el interés de Klein en “poner sus raíces” en Buenos Aires.

Le llamaba la atención [a Melanie Klein] cómo nosotros llegábamos tan pronto a que el niño se expresase libremente, mostrando sus fantasías con tanta claridad.

8 Entrevista a Elizabeth Garma realizada el 3 de Mayo de 2001. Facilitada por Carmen Garma. p. 3.

9 Elizabeth Garma. *Niños en análisis. Clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman, 1992. p. 44.

10 Gurman, Estela; Pernicone, Ariel; Soubiate, Diego. *Reportaje a Betty Goode Garma*. [En línea]. Revista FORT-DA, 6 de Junio de 2003, n° 6. [citado diciembre 2003]. Disponible en Internet: <http://www.fort-da.org/garma.htm>.



Garma lo atribuye a la juventud de nuestro país y al clima de apertura y menor prejuicio del que tenían los analistas europeos.¹¹

III. Jugar y dejarse llevar.

Como en muchas otras oportunidades, la distancia jugó a favor de Garma y de “Pedrito”, su paciente de 21 meses. Aquello que a Klein le sorprende a pesar de sus propias consideraciones teóricas, Garma lo practica “espontáneamente”. Si bien Klein planteaba que niños muy pequeños podían ser atendidos, fue Betty Garma quien lo puso en práctica. Un poco en broma, comenta en una entrevista que había atendido a Pedrito porque no se le ocurrió que no pudiese hacerlo. La posición de Garma en el trabajo clínico con Pedrito es destacada por Isidoro Gurman¹²: “estar disponible para el niño”. Betty Garma se deja hacer en el juego con el niño.

“Me sienta en la silla y me tira mucha arena”

“Me tira arena, le permito un poco y luego le dirijo a que me tire a la mano dentro del cajón de arena.”

“Con ansiedad se desviste y se mete en la cama abrazando a “la nena”. Sostengo la almohada para la cabeza. Se alivia. Me mira sonriendo y me acaricia la cara.”

“Se ha acercado a mí porque intervine mucho en su juego. En un momento me acarició la cara y el pelo terminando por tirarme el pelo.”
*“Me río con él”.*¹³

La función deseo del analista puede leerse en cada una de sus notas manuscritas. Pero esta posición no sólo se sostenía con niños muy

pequeños. La posición del analista se liga en forma directa con la concepción de transferencia. Garma tenía una especial disponibilidad integral en la que se ponía al servicio de la proyección de los conflictos no resueltos por el paciente.¹⁴ La actividad de esta analista pasaba por “dejarse hacer” en el juego, pero también por la interpretación permanente y directa que se establecía en la intersección del hacer del niño con los aspectos centrales que la teoría kleiniana definía: escena primaria, Complejo de Edipo y transferencia.

Garma recuerda en una entrevista el peso fuerte que tenía por entonces la escuela alemana de pediatría en lo que hacía a los consejos de crianza, donde la orientación resultaba muy rígida en relación con los planteos psicoanalíticos que pasaban por liberar al niño de sus represiones y angustias. Esto se ve claramente en el caso de este niño, al que ataban a una silla con la finalidad de que orinara o defecara en la peleta. Un niño “incontrolable”, precisamente por los intentos anticipados y tortuosos de la enseñanza del control de esfínteres (entre otros factores emocionales en los que los padres se encontraban inmersos).

IV. La sexualidad en el niño: el huevo o la gallina.

La concepción freudiana de la subjetividad humana bajo el primado de la libido sexual encontró su versión más escandalosa en la idea de una niñez atravesada por un polimorfismo pulsional.

La idea del niño como perverso polimorfo atravesó el océano para llegar a Buenos Aires. En la lectura de los manuscritos de Betty Garma sorprende el discurso literalmente

11 Elizabeth Garma, *Niños en análisis. Clínica psicoanalítica*, op. cit. p. 60.

12 Gurman, Isidoro, citado por Elizabeth Garma. *Betty por Betty Garma*. Buenos Aires: Editorial Proa XXI, 2003.

13 Elizabeth Garma. *Betty por Betty Garma*, op. cit.

14 Rosa Laura Cantú, “Una pionera del psicoanálisis de niños. Entrevista con Betty Garma”, op. cit. p. 20.



sexual que realizan no sólo la analista sino también sus pequeños pacientes. A través de múltiples dramatizaciones, los niños escenifican sus teorías sexuales infantiles (escena primaria y teoría cloacal entre otras) con una frecuencia reiterada.

¿A qué atribuir este explícito atravesamiento discursivo?

¿Eran las intervenciones de Garma las que conducían al niño a estas expresiones o era el clima de tolerancia que allí se daba lo que las permitía?

¿Un niño o niña en la década del 40 podría expresarse espontáneamente en esos términos por más ambiente de tolerancia que allí se ofreciera? Más bien parece que el paciente era ingresado a un universo discursivo “en clave sexual”, donde las pulsiones parciales polimorfas encontraban terreno para su permanente descripción sin velos, rodeos ni desplazamientos represivos. Se trató de romper de un modo fuerte el tabú de la sexualidad. Oralidad, analidad y genitalidad resultaron ser materia de traducción permanente en la clínica de Garma.

VI. Repartir los mundos: exterior e interior, padres y analistas.

En el tiempo inicial de una práctica “a tientas” de las dos pioneras argentinas, los aspectos técnicos para las entrevistas con los padres fueron cobrando forma. El vacío de recursos teóricos en cuanto a este tema particular, hizo que Aberastury fuera planteando una forma especial de conducir y utilizar las entrevistas con los padres, ubicándolas en el momento inicial de la práctica.

Expusimos en el capítulo anterior que las entrevistas de anamnesis eran realizadas en

forma exhaustiva, indagando en puntos específicos de las “vicisitudes del desarrollo del niño, las modalidades de la vida cotidiana, así como su inserción en la familia”¹⁵

Garma propone captar lo que denomina la actitud inconsciente de los padres, especialmente de la madre. Plantea que esta “actitud” debe ser incluida en el análisis del niño, pero no debe serle interpretada a la madre. Se trata más bien de “comprenderla” y aceptarla como parte de la transferencia.

Considera que en el mismo pedido de una madre de estar presente en las entrevistas con el niño podemos encontrar diferentes demandas. Puede estar presente una cierta “envidia” a la analista por quedarse trabajando con el hijo, o puede haber un deseo implícito de que ésta se ocupe también de ella.

En los padres, operan resistencias cuando un hijo comienza a presentar modificaciones y mejoras surgidas del tratamiento. Si no consiguen acompañar las modificaciones del niño con ciertos cambios en el ambiente familiar, resulta complicado desde el punto de vista técnico ayudarlos a reconocer la necesidad de colaborar con dicha modificación. En estos casos es frecuente que los padres retiren al niño del tratamiento.

Entre la función del analista y la de los padres existe una clara diferencia en cuanto al acompañamiento del niño. Los padres tratan con el mundo exterior del niño y el analista opera con su mundo interno. A causa de esta diferencia inicial surgen errores en la práctica clínica: cuando se interviene con niños se trata de resistir la tentación de ser inconscientemente llevado a una actitud maternal o paternal (que nos remite directamente al manejo de la transferencia); al mismo tiempo que no recomienda aconsejar a los padres algún cambio en cuanto al mundo externo del niño (que deberí-

15 Elizabeth Garma, *Niños en análisis. Clínica psicoanalítica*, op. cit. p. 51.



an surgir como consecuencia de una pregunta de los padres por un cambio psíquico que ya haya sido efectuado primeramente en el niño).

Años después de haber atendido a Pedrito, Garma comienza a incluir al niño en la entrevista con los padres.¹⁶

Pero también contempla la posibilidad de suspender el trabajo con el niño ante la percepción de que existe algún tipo de conflicto o secreto familiar que no permite el avance del tratamiento. Dicha percepción se encuentra ligada al bloqueo en el tratamiento con el niño. Ahí, Garma propone interrumpir el análisis para hacer algunas sesiones con la familia total hasta descubrir el motivo del bloqueo, momento en el que se continuará con el análisis con el niño.¹⁷ Si bien en el rastreo de las notas manuscritas del primer tiempo de su trabajo clínico, las entrevistas con los padres resultan escasas, notamos que la autora siempre toma en cuenta los comentarios de los padres en lo que hace a situaciones vividas o a la transmisión de los diferentes estados anímicos de sus pacientes. La integración de los padres al tratamiento parece haber ido cobrando más protagonismo con los años.

En el año 1982 Garma decía:

A veces trabajamos con la familia para mejorar el conflicto de un niño dentro de la familia. Pero cuando vemos que el niño tiene ya una deformación en su aparato psíquico, cuando ya tiene el conflicto inconcientizado y provocando problemas importantes en su conducta, en su quehacer, en su desarrollo, entonces trabajamos directamente y profundamente con el niño...

El niño visto en sesión de juego, en horas de juego diagnósticas, nos muestra claramente

su dolencia...No necesitamos al padre o a la madre realmente para llegar al niño; el niño nos transmite directamente a nosotros lo que tenemos que hacer. Por supuesto que el niño es un ser independiente y las entrevistas con los padres, sobre todo las entrevistas previas nos orientan, nos ayudan para situarnos en cuanto a comprenderlo mejor. Pero para el tratamiento de un conflicto importante, inconcientizado en un niño, trabajamos directamente con él.¹⁸

Garma opera desde el primer momento con los padres desde la perspectiva técnica que Aberastury formaliza. Partiendo de entrevistas preliminares con los padres indaga detalladamente en la anamnesis los aspectos de la historia familiar y personal de los niños y niñas para continuar el trabajo desde una perspectiva en la que se privilegia el trabajo con su mundo interno.

Resulta interesante observar en un caso en que se daba una situación de co-lecho de un niño con su abuela, que Garma no realiza una indicación de interrupción de dicha situación (tal como lo hubiese hecho Arnaldo Rascovsky a partir de las primeras indagaciones con niños con epilepsia). Garma trabaja con el niño hasta llegar a un momento en el que él es quien solicita a los padres tener su propia cama.

La modalidad de trabajo acotado con los padres parece ligarse con una percepción del niño como "ser independiente". Esa independencia cobra más vigencia para aquellos niños y niñas mayores de 5 años, momento en el que se los incorpora a las entrevistas con los padres. Si el niño es un ser independiente, no resulta necesario recurrir al "auxilio" parental para el trabajo analítico. Éste es capaz de procurarse su propia cura y reclamar como un adulto los cambios que necesita del resto.

16 Rosa Laura Cantú, "Una pionera del psicoanálisis de niños. Entrevista con Betty Garma", *op. cit.* p. 20.

17 *Op. cit.* p. 6

18 Elizabeth Garma, *Niños en análisis. Clínica psicoanalítica*, *op. cit.* p. 65-66. El destacado es nuestro.



Este sería otro de los aspectos en los que por aquella época el análisis del niño se acercaba profundamente al del adulto.

VI. El analista no es pedagogo.

Pese a trabajar en forma conjunta, hallamos una opinión encontrada entre Aberastury y Garma respecto a un tema central del análisis con niños. Nos referimos al tema del esclarecimiento sexual en la niñez. En un artículo de 1958 publicado en el libro *Teoría y Técnica del psicoanálisis de niños* compilado por Aberastury, Garma dice que no realiza ningún tipo de aclaración sexual en el análisis, al punto de considerarlo contraindicado. En el mismo libro, Aberastury afirma exactamente lo contrario. Cuando se refiere a las entrevistas iniciales con los padres plantea la necesidad de aclararles que en el transcurso del trabajo analítico se le brindará al niño información sexual.

En la exposición de dos casos en los que el análisis de las ansiedades pregenitales permitió el desarrollo de la organización pregenital sana, Garma expresa:

Al entrar en la organización genital los niños buscaron aclaraciones sexuales acercándose a sus padres para ello. En ningún caso hice aclaraciones sexuales en el análisis, ya que considero esto contraindicado.¹⁹

En el caso de Héctor, un niño de 8 años cuyos padres consultaron por trastornos de carácter, sumado a un decaimiento intelectual y físico: un niño distraído, que no se dejaba tocar por nadie y no manifestaba interés por nada, Garma lo acompaña sin apresuramientos en un largo camino hasta el surgimiento de sus impulsos sexuales severamente reprimidos. Relata cómo se las arregla para realizar una búsqueda de información sexual, sin ser en

ningún momento ella quien efectúa el esclarecimiento.

...[Héctor] También sigue un verdadero afán de instruirse primero en términos sexuales por medio del diccionario, luego en romances, lee la Iliada con pasión, y pronto encuentra que todas las materias del colegio le resultan mucho más sencillas.²⁰

Tampoco realiza indicaciones a los padres para que Héctor deje de dormir con su abuela, cosa que pide tiempo después a sus padres a partir de lo trabajado en su análisis.

Fue la liberación de sus impulsos sexuales lo que llevó al niño a desear saber sobre cuestiones de esta esfera en un contexto en el que sus padres y abuela no parecían dispuestos a tal esclarecimiento.

En uno de sus manuscritos de 1947, encontramos un caso inédito similar. Una niña de 4 años con quien trabajó varios años con una frecuencia diaria. Va interpretando y haciendo una lectura de la teoría sexual infantil que la niña va poniendo en juego a través de sus expresiones lúdicas. Garma no explicita a la niña una teoría concreta, propia de un saber adulto, sino que se limita a realizar una traducción, explicitación verbal o "lectura" de lo que supone resulta la teoría de la niña en ese momento del tratamiento. Estas teorías siempre guardan vinculación con las teorías sexuales infantiles desarrolladas por Freud. En un juego en el que había puesto en escena la fantasía de escena primaria, la niña intenta repetir el juego con su analista. Le dice: "mirá, me saco el pito y te lo pongo en la boca. Ahora no podés hablar". La niña hace que se saca algo del genital y se lo pone en la boca. Le dice: "Ahora lo tienes adentro aquí" (señala pechos y vientre). Garma interpreta enunciando la hipótesis de aquello que deduce como la teoría sexual de esta niña. Leemos en sus anotaciones: "Interpretación: teoría suya de

19 Elizabeth Garma, *Niños en análisis. Clínica psicoanalítica*, op. cit. p. 211

20 Elizabeth Garma. "La masturbación prohibida y desarrollo psicológico: historial de un niño." *Revista de Psicoanálisis*. Buenos Aires: 1953, Tomo X, n° 2. p. 164



formación de pechos y concepción oral junto con parto anal. De ahí que ella se cree una caca..." En aquellas sesiones, la niña venía expresando en diversos juegos tanto sus fantasías respecto de la escena primaria parental como la teoría cloacal desarrollada por Freud. Garma se limita a ponerle palabras a estas dos teorías sexuales en función de las expresiones de la niña y los desarrollos teóricos acerca del tema con los que contaba.²¹

Esta diferencia con Aberastury en cuanto al esclarecimiento parece haber estado fundada en una posición fuerte de diferencia con el planteo de Anna Freud en cuanto al doble lugar del analista como pedagogo y terapeuta. Garma se muestra partidaria de que sean los padres quienes hagan aclaraciones de todo tipo al niño: "Las aclaraciones son terreno de los padres, el analista no es pedagogo".²²

VII. Psicoprofilaxis quirúrgica: otra innovación argentina.

A partir de que dos colegas suyos le realizaron consultas porque debían someter a sus hijos a cirugías complejas, Garma inicia la práctica en psicoprofilaxis quirúrgica en 1955. Ambos casos tuvieron un éxito rotundo en cuanto a la recuperación en el post operatorio. Los efectos de este trabajo clínico sorprendieron a los mismos cirujanos.²³

Uno de ellos fue el del hijo de una analista muy amiga de Garma que se había fracturado una pierna en un ascensor a los 3 años. A los 6 requirió una cirugía muy compleja, momento en el cual realiza un tratamiento muy breve previo a la realización de la cirugía para corregir la pierna.

Antes de ir a la cirugía uno de estos niños le dice: "Ustedes (por Elizabeth Garma, su padres y el cirujano) son unos vivos. Son los generales que mandan a las tropas a la guerra, y yo soy el soldado raso."²⁴

Las expresiones de este niño hablan de una posición activa y crítica, que no sabemos si se generó en el trabajo pre-quirúrgico, o si esta posición había sido previamente promovida por sus padres, que también eran analistas.

*...lo que hacía yo era interpretarles la fantasía inconsciente de lo que le iba a pasar... Tomó bien consciencia de algo que era cierto. El que iba a tener que poner la pierna era él. La fantasía inconsciente de que se la iban a cortar, de que le iban a castrar, de que le iban a hacer sufrir lo llevaban a una cantidad de fantasías... que se pudieron ir quitando cuando lo atendí.*²⁵

El otro caso fue el del hijo de otro colega que iba a ser sometido a una cirugía de testículo. En una de las entrevistas, aquel niño dibujó una cancha de fútbol y una pelota que hizo muy negra, ante lo cual le dice a Garma: "esta pelota no sirve para jugar porque es muy pesada". Garma interpreta allí los temores del niño de que su testículo no sirviera, y que la intervención quirúrgica apuntaba a ayudarlo a tener una pelota con la cual jugar.²⁶

Esas primeras prácticas psicoprofilácticas fueron realizándose posteriormente en diferentes países, pero en la mayoría de ellos guardaron el sesgo de una intervención explicativa de la cirugía, a realizarse con intervenciones al nivel de la conciencia. Lo interesante del trabajo de Garma fue precisamente la posibilidad de introducir las interpretaciones al nivel de las

21 Manuscrito. Sesión 213. Caso "Mirna" (Salerno).

22 Rosa Laura Cantú, "Una pionera del psicoanálisis de niños. Entrevista con Betty Garma", *op. cit.* p. 21.

23 Elizabeth Garma, *Niños en análisis. Clínica psicoanalítica*, *op. cit.* p. 60-63.

24 *Op. cit.* p. 19

25 Gurman, Estela; Pernicone, Ariel; Soubiate, Diego. *Reportaje a Betty Goode Garma*, *op. cit.*

26 Entrevista a Elizabeth Garma realizada el 3 de Mayo de 2001. Facilitada por Carmen Garma. p. 5.



fantasías inconscientes generadas a partir de la indicación quirúrgica.

VIII. El consultorio: un cuarto de juegos.

El trabajar tan cerca del niño como lo planteaba Betty Garma, fue uno de los hilos de Ariadna para llegar a aquellas fantasías inconscientes cuya aparición temprana tanto le sorprendían a Klein.

En algún sentido, Garma y los psicoanalistas de niños de la primera época, al tomar los desarrollos psicoanalíticos —fundamentalmente kleinianos pero no sólo éstos— se adelantaban a la idea del niño que vendría después. Esa anticipación es la aplicación en el marco intimista del consultorio o de la vida privada de un conocimiento que se expandirá una década y media después a ciertos sectores de la comunidad; para extenderse en la década del 60 a la población en general.

Especialmente durante la década del 40, las características de los niños atendidos por Garma tenían en común una rigidez importante en la crianza, y en muchos casos algún nivel de desafectividad en la primera época de la crianza materna. Ciertos aspectos como el de la enseñanza del control de esfínteres se hacía de modo impositivo, muchas veces acompañado de castigos que en la actualidad horrorizarían a cualquiera. Garma hace referencia a una educación propia de las corrientes de la pediatría alemana que habían “prendido” en esa disciplina por aquel entonces. No existían aún los discursos liberadores que circularían en décadas posteriores. El espacio del análisis se constituye entonces en un espacio donde —muchas

veces excepcionalmente— niños y niñas jugaban “libremente”, expresaban sus fantasías más reprimidas en un ambiente que tolerara el surgimiento de los aspectos más primitivos y velados por la cultura de entonces.

...en 1947, no había en este país televisión... había radio por supuesto, no había vuelos comerciales, los aviones eran de hélice y los vuelos eran largos, eran una novedad porque no eran cosa de todos los días como existe actualmente... nosotros trabajábamos con juguetes de madera y de metal...²⁷

Una década después, Garma presenta el caso que mencionamos anteriormente (Héctor). Un niño criado fundamentalmente por una madre “muy fría”, un padre “huraño” y una abuela sumamente severa. La crianza resultaba por demás de represiva. No existía para este niño posibilidad de sublimar sus impulsos sexuales eróticos en alguna actividad sustitutiva. Un ambiente de personas serias, asustadizas y sobreprotectoras, que ni siquiera le permitían al niño jugar con sus juguetes por temor a que los estropease o se lastimase con ellos (nos referimos a pelotas, mecanos, baleros, soldados, pistolas y otros juguetes).^{28 29}

Betty Garma ofrece el escenario analítico para que el niño descargue sus impulsos hostiles, permitiendo a sus pacientes agujerear las paredes del consultorio con los disparos de un rifle de juguete. Esto lleva a Héctor a intentar primero reparar el daño producido (rellena con arena y tapa con cinta los agujeros) para posteriormente pasar a una actividad más positiva y sublimadora, tanto en sus juegos en análisis como en el colegio, donde presentaba enormes dificultades.³⁰ Avanzado el tratamiento, la autora llega a atribuir a la posición de

27 Rosa Laura Cantú, “Una pionera del psicoanálisis de niños. Entrevista con Betty Garma”. *op. cit.* p. 21.

28 Elizabeth Garma. “La masturbación prohibida y desarrollo psicológico: historial de un niño”, *op. cit.* p. 153.

29 Hasta la década del 60, los padres administraban el acercamiento de sus hijos a los juguetes. Solían ser guardados en sus cajas en lugares a los que los niños no tenían acceso, para ser entregados en contadas ocasiones. Existía temor a que el juguete fuera roto o dañado. En los sectores medios y bajos, la compra de un juguete implicaba un enorme esfuerzo económico, adquiriendo la categoría de un objeto escasamente manipulable.



tolerancia de la analista en torno a aspectos de la sexualidad considerada tabú en el hogar, el efecto en el niño de desplegar toda su curiosidad sexual.³¹ A partir de los disparos con su rifle, Héctor halló el primer sustituto de masturbación permitido en un ambiente “que le toleraba su instintividad”.³² Estos aspectos promovidos por el psicoanálisis son luego desplazados a la vida cotidiana de este niño, quien “se las arregla” para encontrar modos de expresarse o de disfrutar más allá de su contexto. Garma llega incluso a encontrarse disponible con su cuerpo en este caso particular. Al haber levantado las represiones más severas, Héctor logra desarrollar aspectos afectivos. La disponibilidad física de Garma por aquel entonces resulta verdaderamente interesante:

*Se vuelve mimoso, busca rozarse contra mí, tomarme la mano o apoyarse en mi falda. Su excitación uretral le lleva a tirarme chorros de agua caliente con la pistola...*³³

Insiste en la importancia de que el análisis se recree en un ambiente de tolerancia y permiso. “Muy cerca”, parece significar también el hecho de prestar su cuerpo y “figura” como parte de las identificaciones proyectivas, haciéndose cargo de las fantasías de sus pacientes, y las puede solucionar con la “pequeña” ayuda de él.

Encontramos también rastros de esta disponibilidad en una simpática carta que le escribiera a su futuro marido, Ángel Garma, cuando él partió a uno de sus viajes. En la carta, hace referencia a un “permanente interés de sus pacientes por inundarles la casa”, además de comentarle el inicio del tratamiento del hijo de un colega que no quería retirarse de su sesión.

El consultorio de Betty Garma resultaba también el blanco de las proyecciones agresivas.

En un artículo de 1949 nos dice que la actitud de tolerancia del analista muchas veces genera cambios en el niño aún antes de haber realizado interpretación alguna. En otros casos, la agresión del niño cesa con la interpretación.

Garma atribuye esta posición de cercanía con el niño más a su recorrido artístico que al psicoanalítico. Plantea que el contacto con el público, la posibilidad de proyectarse y encontrarse muy abierta a los sentimientos del otro la ayudó en la práctica clínica. Lo liga con el planteo freudiano de la necesidad de que el yo del analista “se entregue” al analizado, reservando un fragmento de ese yo para hilar, elaborar e interpretar los dichos del paciente.

*...sin esa comunicación no puede funcionar nada, uno puede aprender de un libro y recitarle al analizado, uno tiene que sentir.*³⁴

En las notas del caso de una niñita de 4 años encontramos numerosas situaciones en las que Garma dramatiza en los juegos su expulsión del jardín de infantes.

*Estoy sentada con ella en el piso y me hace acostar, “dormir”. Me toma las manos y me obliga a agitarlas sobre mi boca. Ella excitada me empuja mis manos sobre mi boca. Se retira a una silla y se lleva manos al genital. Quiere repetir, dice que duermo y no veo. Interpretó: ella supone que padres chocan así cuando ella duerme...*³⁵

Es necesario hacer sentir al niño que no solamente tolera sus expresiones sino que participa y está identificada con él en la expresión

30 Elizabeth Garma. “La masturbación prohibida y desarrollo psicológico: historial de un niño”, *op. cit.* p. 159.

31 *Op. cit.* p. 163

32 *Op. cit.* p. 154.

34 Rosa Laura Cantú. “Una pionera del psicoanálisis de niños. Entrevista con Betty Garma”, *op. cit.* p. 21.

35 Elizabeth Garma. Manuscrito de caso inédito. Sesión N° 213.



de sus fantasías. Las dramatizaciones y su carácter lúdico se extendieron a las mismas supervisiones. Una colega la recuerda en una supervisión:

Entonces Betty sacó del cajón una familia de muñecos de trapo y de madera. También sacó dos títeres: uno era una señora con cara de mala, de enojo, y el otro era una señora con cara de contenta. Sobre su mesa baja de madera desplegó una escena de una hora de juego. Fue una clase de técnica, teoría y clínica de niños como nunca había tenido. Garma representaba en esta escena al niño y a la analista en un juego de voces impostadas y risas.³⁶

Las cartas que Garma le escribió a su hija Carmen nos brindan nuevos elementos para hipotetizar acerca de su representación de lo que una niña era, aunque en este caso se trata también de su hija: le escribe en un lenguaje muy cercano a las posibilidades comprensivas de la niña, en todas sus cartas agrega dibujos “entre” el texto escrito, le escribe en su lengua materna. Le escribe todos los días.

Aún sin saber leer, Carmen, puede adquirir un papel activo en la interpretación de la carta. Betty la invita a imaginar, para ello la ayuda acudiendo a las referencias que la niña porta. Le habla de montañas parecidas a las de Córdoba, o de una ciudad parecida a Buenos Aires, le dibuja un reloj, una montaña, un público aplaudiendo a su padre, el avión en que viajaban, o el humo que salía de los colectivos en Porto Alegre. Garma parece también jugar cuando escribe estas cartas a su hija.

IX. El niño: un ser fuerte y vulnerable.

En numerosas entrevistas y material clínico, Garma se refiere al niño como un ser fuerte al mismo tiempo que vulnerable. Toma una idea

proveniente de los desarrollos kleinianos referidos al niño con un psiquismo conformado por un yo temprano. Según sea su conformación yoica en términos de integración de esta instancia psíquica, el niño podrá resultar sumamente frágil, más o menos fuerte. Para Garma, estas diferencias surgen tanto del medio exterior (de sus vivencias) como de las características propias de cada niño en particular.

Toma de Klein la idea de que hay niños que nacen con un fuerte instinto de muerte, de acuerdo a los genes parentales o familiares. Vale decir que se reserva espacio para considerar una dimensión genética con la que el niño nace. La incidencia del exterior y de la crianza estarían entonces sesgadas por una dimensión psíquica de tipo genética con la que el niño cuenta desde el nacimiento.³⁷

El yo temprano fluctúa entre una tendencia a la integración y a la desintegración en el enfrentamiento de las ansiedades. Klein otorga a la capacidad de tolerancia a la ansiedad un carácter constitucional, que surge de la actuación del instinto de muerte dentro del organismo y es vivida en el *infans* como amenaza de aniquilación. Frente a este peligro interno, es el yo temprano el que debe hacer frente a esa ansiedad. Klein describe a su vez tres fuentes de incremento interno del instinto de muerte: el trauma de nacimiento, la frustración de necesidades corporales y la introyección de la agresión proyectada al objeto (lo cual convierte al objeto en perseguidor externo e interno reforzando el temor a los impulsos internos destructivos).

Fortaleza y vulnerabilidad dependerán entonces de cuánto sopesa la pulsión de muerte en relación con la fortaleza yoica y las condiciones externas que atraviesan la constitución psíquica.

36 Faltan datos. Mimeo cedido por familia Garma.

37 Rosa Laura Cantú. “Una pionera del psicoanálisis de niños. Entrevista con Betty Garma”, *op. cit.* p. 17.



A diferencia de Arnaldo Rascovsky, Garma toma de Klein la idea de un psiquismo temprano gestado desde el momento del nacimiento. No plantea la idea de un psiquismo desarrollado desde la gestación.

En todo caso, Klein consideraba una instancia pulsional mortífera durante la gestación, pero le atribuía un carácter congénito, y no una capacidad constitutiva ligada al vínculo con la madre y el “exterior”. Garma retoma esta perspectiva en diversos artículos. En el caso de Carlitos, atribuía su bajo peso al nacer a la existencia de un “instinto de muerte congénito ya operante en el niño.”³⁸

En un artículo titulado “El impacto y la influencia de Melanie Klein en mi quehacer psicoanalítico”, Garma dice que fue Klein quien la fue llevando a conocer qué es un niño. De la transmisión de Klein de que el niño desde el inicio de la vida tiene que luchar por vivir ante la fuerte pulsión de muerte con la que nace, Garma se construye la imagen de un niño como un ser valiente que tiene que luchar desde el comienzo de la vida.

*El niño es un ser valiente que desde el comienzo de la vida lucha por vivir... Podemos pensar que el psiquismo de ese pequeño ser es un campo de batalla con tropas de vida y tropas de muerte enfrentadas.*³⁹

Klein plantea la existencia de la pulsión de muerte desarrollada por Freud desde el inicio de la vida, siendo el niño capaz de introyectar y proyectar estas pulsiones desde un comienzo, siendo el pecho materno el primer objeto al cual proyecta sus instintos de vida y muerte. Garma toma el planteo kleiniano en tanto es con la introyección de los objetos buenos que crece el yo. En el interjuego de proyecciones e

introyecciones del instinto de vida y de muerte, el niño intenta construir su equilibrio yoico. De las características que tome ese interjuego dependerá la fortaleza temprana del yo del bebé. Para Klein, el yo puede ser congénitamente más o menos fuerte. Entonces, si sobre un yo débil el niño o niña recibe introyecciones desfavorables, el niño no puede sobrevivir. En cambio, si ese yo débil recibe introyecciones buenas el mismo “crece” y mejoran sus posibilidades subjetivas.

Este sería por tanto el campo privilegiado de la intervención psicoanalítica. Es el yo del niño pequeño lo que la analista puede ayudar a modificar y fortalecer a partir de las interpretaciones e intervenciones.

El concepto de angustia en Klein también adquiere consistencia en el marco del planteo de la existencia de la pulsión de muerte (no sólo referida a la angustia de castración). Garma rescata de Klein este planteo en torno a la angustia en el niño, que liga el temor al aniquilamiento y a la muerte con el momento de la cristalización edípica.⁴⁰

Al decir de Garma, el hecho de que Klein hubiera sostenido una práctica clínica con niños la autorizaba a sostener ésta y otras diferencias con Freud. La minuciosa descripción del Complejo de Edipo en el niño y en la niña, con las diferencias que la misma plantea con Freud, son rescatadas por Garma y el grupo de analizadas de niños de la A.P.A.

En lo que respecta al detalle de las fases evolutivas del desarrollo psicosexual en niños y niñas, Garma rescata la visión dinámica planteada por Klein. Las fases no pueden verse situadas en forma lineal y consecutiva, delimitada, sino que coexisten simultáneamente con la

38 Elizabeth Garma. “El mundo interior de un niño con anorexia y vómitos”. *Revista de Psicoanálisis*. Buenos Aires: 1973, n° 3-4, p. 826.

39 Elizabeth Garma. *El impacto y la influencia de Melanie Klein en mi quehacer psicoanalítico*. Artículo inédito facilitado por Carmen Garma. p. 2

40 *Op. cit.* p. 4



predominancia de alguna de ellas en cada momento. Todas estas fases se cristalizan y expresan con claridad en la etapa genital.

El niño debe ser entendido como un ser en permanente lucha o conflicto por la movilización de sus pulsiones y objetos internos (o la amenaza de dicha movilización). La interpretación viene a este lugar pues abarca tanto a las pulsiones del Ello, como a las amenazas del Super Yo y a las defensas del Yo, con su intento de reconciliar las dos primeras instancias.⁴¹

Prácticamente en todas las sesiones se observa la reiteración de un circuito que podría definirse sobre la base de 3 momentos: de recepción cálida y afectuosa, de disposición a la puesta en juego de la conflictiva del niño (en esa puesta en escena, la analista participa activamente, incorporándose al juego al mismo tiempo que realiza una lectura de la fantasía o conflicto que el niño/a expresa), y de interpretación formulada de modo claro y sencillo en un lenguaje comprensible para el niño.

Llama la atención la frecuencia casi diaria de las interpretaciones, ajustadas al juego del niño con que Garma interviene y la claridad para decodificar sus expresiones sintomáticas. Las interpretaciones alivian a los pacientes de sus conflictos inconscientes. El efecto certero de la interpretación es visualizado a través de la risa, la alegría o el cambio brusco de juego por parte del paciente.

Así como Aberastury proponía “estudiar” y “practicar” la interpretación más ajustada para cada momento del tratamiento y paciente particular, Garma plantea una doble necesidad: la de “interpretar de acuerdo al nivel en que se presenta el material” y la de interpretar “en

cuanto se capte la exteriorización de la angustia en conexión con un contenido”.⁴² Se trata de interpretar cada vez de acuerdo al plano en que surge el material.

Al igual que Aberastury, Garma insiste en el cuidado que debe tenerse en cuanto a la forma que adquiere la interpretación en términos de enunciado. Se refiere a los aspectos discursivos y formales de la interpretación. Toma de Klein la indicación de que debe ser concreta y estar en consonancia con el modo de hablar y pensar del niño.⁴³ Para ello el niño no debe poner al analista en el lugar del adulto que lo observa y vigila, sino que éste debe, aún en su actitud, reflejar la actitud del niño. Así por ejemplo, debe poder tirarse al piso con el niño, ponerse a su altura, cumpliendo una “misión de espejo en el cual pueda reflejarse”

El hecho de situarse “muy cerca” del niño se incorpora a la dimensión del cuerpo del analista. La interpretación planteada desde esta perspectiva técnica, fundamentalmente transferencial, permite la disminución de la angustia del pequeño paciente.

*...cuanto más pueda el analista aproximarse al nivel del niño, menos angustioso será para el pequeño.*⁴⁴

X. Conclusiones:

Los psicoanalistas de niños en la Argentina supieron traspasar fronteras en más de un sentido, y Betty Garma no ha sido en ello una excepción.

Estos trasvasamientos de fronteras nos llevan a pensar en las características de la pro-

41 *Op. cit.* p. 12-13.

42 Elizabeth Garma. “Aspectos de la interpretación en el análisis de niños”. *Revista de Psicoanálisis*. Buenos Aires: 1949, Tomo VII, n° 2. p. 229.

43 *Op. cit.* p. 233.

44 *Op. cit.* p. 234.



ducción intelectual en nuestro país en lo que hace a las ventajas y desventajas de la distancia. En este sentido, se instala para nosotros una suerte de paradoja: la dificultad para el acceso a la información y producción del “primer mundo”, pero también la posibilidad de “escapar” a las presiones que han instalado los principales “elegidos de la historia” como mecanismos de poder que regulan la producción de saber. Los pioneros del psicoanálisis de niños en la Argentina chocan con estas paradojas.

En lo que hace a los particulares aportes de Betty Garma, ésta contribuyó junto con otros analistas de niños de su tiempo a la conformación de la idea freudiana del niño como sujeto sexuado. Esta concepción, inicialmente resistida, va a instalarse con fuerza en el imaginario social desde finales de la década del 60 en nuestro país.

En lo que hace al recorrido por los diversos autores, dentro de los cuales se encuentra Betty Garma, nos hemos encontrado con un hecho que consideramos verdaderamente relevante: en las producciones de todos los autores indagados (Lanfranco Ciampi, Telma Reca, Lydia Coriat, Eva Giberti, Arnaldo Rascovsky y Arminda Aberastury), las representaciones de niñez se “anticipan” a las construidas en el imaginario social de su tiempo. En este sentido, y en lo que hace al período en estudio, las representaciones de los autores abordados han sustraído a la niñez de un lugar de sometimiento o alienación. Dicho de otro modo, han contribuido a la conformación y construcción de la niñez como campo específico de circulación de saberes, políticas sociales y prácticas que contribuyeron a lo que consideramos una progresiva ganancia de espacios para un mejor desarrollo y posibilidades de expresión de niños y niñas en nuestro país.



BIBLIOGRAFÍA

- A.A.V.V. “Entrevista a Betty Garma, realizada por la comisión de publicaciones”. En *60 años de Psicoanálisis en Argentina. Presente, pasado y futuro*. Buenos Aires: APA, Lumen SRL, 2002. (Colección integrativa, perspectivista, interdisciplinaria).
- AAVV, Asociación Psicoanalítica Argentina. 1942-1992, APA, Buenos Aires, 1994.
- Cantú, Rosa Laura. “Una pionera del psicoanálisis de niños. Entrevista con Betty Garma”. En *Evolución de la clínica psicoanalítica*.
- Cueto, Emilia. “Entrevista a Betty Garma”. *Revista Imago Agenda*. Buenos Aires: Junio 2001, n° 50, p. 32-33.
- Garma, Elizabeth; Costa, Evelina; Fendrik, Sylvia. “Acerca de los orígenes de la Clínica con Niños en la Argentina”, en *Psicoanálisis para niños. Ficción de sus orígenes*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1989.
- Garma, Elizabeth. “Aspectos de la interpretación en el análisis de niños”. *Revista de Psicoanálisis*. Buenos Aires: 1949, Tomo VII, n° 2, p. 221-248.
- “La masturbación prohibida y desarrollo psicológico: historial de un niño”. *Revista de Psicoanálisis*. Buenos Aires: 1953, Tomo X, n° 2, p. 149-171.
- *Surgimiento de ansiedades analsadomasoquísticas enquistadas, por fracasos en la latencia*. Inédito. Presentado en la Asociación Psicoanalítica Argentina el 29 de abril de 1958. Buenos Aires: 1958. 35 p.
- “El mundo interior de un niño con anorexia y vómitos”. *Revista de Psicoanálisis*. Buenos Aires: 1973, n° 3-4, p. 825-853.
- *El impacto y la influencia de Melanie Klein en mi quehacer psicoanalítico*. Artículo inédito facilitado por Garma, Carmen.
- *Niños en análisis. Clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman, 1992.
- *Betty por Betty Garma*. Buenos Aires: Editorial Proa XXI, 2003. 155 p. ISBN: 987-1111-03-7.
- Gurman, Estela; Pernicone, Ariel; Soubiate, Diego. *Reportaje a Betty Goode Garma*. [En línea]. *Revista FORT-DA*, 6 de Junio de 2003, n° 6. [citado diciembre 2003]. Disponible en <http://www.fort-da.org/garma.htm>



La educación y los cuerpos de hoy*

Hebe Tizio

Profesora de la Universidad de Barcelona.
Miembro de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

Resumen

El presente trabajo toma como punto de partida que la desregulación de los cuerpos en la escuela y en otros espacios educativos está en relación con el cambio de las coordenadas que organizaban ese espacio y con la consecuente pérdida de la función educativa. En ese sentido se toman esos problemas como síntomas sociales en la medida en que son síntomas que señalan una disfunción en el mencionado aparato educativo, se diferencian de los síntomas subjetivos y se realizan una serie de propuestas.

Palabras clave

escuela, cuerpo, psicoanálisis.

Esto no implica olvidar la determinación individual que se encarna en cada sujeto y, en este sentido, hay que hacer la diferencia entre síntoma social y síntoma subjetivo. El síntoma social da la apariencia de homogeneidad y es allí donde debemos aislar lo singular de cada caso para desagregarlo del conjunto. Para desarrollar el tema propuesto he buscado una estructura temporal que permita una mirada hacia atrás para ver lo que había, constatar el presente y hacer algunas propuestas.

Retrospectiva

Tradicionalmente la escuela necesitó cuerpos regulados para poder llevar adelante sus objetivos curriculares. Pero no sólo se trataba de que el niño tuviera unos hábitos adquiridos que le permitieran estar tranquilamente sentado en su pupitre. La escuela sabía que para mantener esa regulación se necesitaba un trabajo permanente y eso se trataba, por una parte, con los mismos aprendizajes y por otra, con el control disciplinar.

Tomemos como ejemplo la lectura. Los siglos de puntuación decían que si era una coma había que hacer una pausa o que un punto y aparte implicaba una detención y un alzar la mirada hacia el mundo. Así la respiración, la voz y la mirada eran afectadas por la lectura en un esfuerzo civilizatorio sobre lo pulsional. Desde esta perspectiva se puede entender la lectura como una regulación de esos objetos pulsionales a los fines de poder entender el texto. Si esto no se realiza no se entiende lo que se lee y mucho menos los oyentes.

La disciplina se encargaba de reducir lo que se resistía y se sostenía de una autoridad reconocida como tal porque se asentaba en el valor del saber que prometía un futuro. Regulación entonces, por el interés y el castigo.

* Texto realizado a partir de la Conferencia en la Universidad de Deusto el 7 de abril de 2006



Progresivamente este ejercicio se ha abandonado por los cambios sociales que se han ido produciendo. La regulación del cuerpo por los métodos tradicionales ya no funciona. La disciplina, en el sentido kantiano, como regulación del capricho, no se ejercita en un mundo que promueve el consumo y, por tanto, la apetencia desmesurada. Pero también porque la oferta educativa no se utiliza para ese fin y el ideal del esfuerzo se ha sustituido por el de la búsqueda de la felicidad.

Para seguir con la perspectiva clásica cabe recordar la función del ejercicio físico como forma de cansar el cuerpo para dejarlo dócil para el aprendizaje.

Se sabía que los niños debían cansarse para después poder aprender y descansar luego durmiendo las horas necesarias. La escuela era considerada el lugar de trabajo del niño y el juego uno de los entretenimientos en el tiempo libre. Sobre este punto Hanna Arendt escribía, refiriéndose a la crisis de la educación en Estados Unidos, que se había borrado la distinción entre juego y trabajo a favor del primero como una forma insidiosa de promover la infantilización dado que esto no prepararía para el mundo adulto. Es verdad que un mundo que no puede ofrecer demasiadas oportunidades laborales vira cada vez más hacia el entretenimiento como forma de control social. Lo notable de ese punto es que cuenta con el consentimiento de los controlados pues el entretenimiento engancha bien con el ideal de felicidad. Se ve así una promoción de la apetencia por oposición al trabajo y el punto de interrogación es cómo se produce la apertura al deseo pues en la perspectiva freudiana la prohibición era estructurante en ese punto.

Si recuerdo esta escuela es porque hoy las formas de regulación que la sostenían y las que le daban autoridad se han modificado. No me refiero con ello a la escuela de la brutalidad del castigo sino a la escuela de los últimos treinta años. La escuela que quiso retomar sus raíces

de renovación pedagógica e introdujo el consenso como forma de trabajar la disciplina. No se trata de las nostalgias de otros tiempos sino de ver cómo una institución creada bajo determinadas coordenadas de funcionamiento hoy tiene dificultades en cumplir con su encargo por los cambios operados. Esa escuela renovada necesitaba un cuerpo que respondía a lo que se entendía por solidaridad, un cuerpo que se intentaba regular con los “buenos modales” y la palabra, la realización de actividades conjuntas y el interés.

Lo que la escuela no puede regular es expulsado a redes de exclusión social y allí es donde ha encontrado campo la educación social y donde se plantean interesantes cuestiones para el psicoanálisis aplicado.

Misceláneas

a) Hoy aparecen en la escuela los cuerpos llamados hiperactivos, el cuerpo amenazado o maltratado en lo que se da en llamar *bullying*, los cuerpos anoréxicos, las bulimias, los sobrepesos, las drogas... Síntomas que producen sujetos poco dispuestos al aprendizaje porque lo dificultan. Pero también porque el encargo social que se hace a la escuela aumenta día a día y ahora debe hacer también con esto... educar para la salud, la sexualidad, las drogas... es decir, debe ser ella la que regule los cuerpos, pero cómo si no hay espacios para el saber que es su única posibilidad de operar. La escuela se va inclinando peligrosamente hacia el control social directo de los cuerpos y a un futuro de administradora de fármacos como ya sucede en Estados Unidos.

Si se da un paseo por los comedores escolares se pueden ver las dificultades existentes con la comida. ¿Qué quieren comer los niños hoy? Patatas, pizza, macarrones... y la famosa dieta mediterránea se transforma en medicina... Se habla mucho de educación para la salud pero en general en los comedores manda



la economía que se esconde a veces tras el capricho del niño, y hay que ver los menús que se proponen.

La alimentación tiene las marcas de época, más precisamente las formas de comer. La generación de los padres debía comer todo lo que se le ponía en el plato porque nada se podía tirar, sobre todo pensando en los que no tenían para comer, los niños hambrientos del mundo, los niños de las guerras. Y se forzaba a comer, no importaba el tiempo que tardara el niño en amasar la pelota que hacía en su boca con la comida, acabaría tragando. Hoy basta mirar los platos para saber que estamos en la deconstrucción de la comida, y a diferencia de los afamados cocineros, los sujetos de hoy producen desechos. Efectivamente, la descomposición de la comida en los elementos que la componen deja una corona de restos alrededor del plato y un vacío central.

No se trata de apresurarse a tapan ese vacío con el significante anorexia sino de interrogarse sobre su función. Por qué no pensar en formas de rechazo difusas frente a un “demasiado lleno de porquería”, como decía una niña. Pues eso es muchas veces la comida de los comedores escolares.

Se podría hacer un nuevo estudio sobre las particularidades del gusto en un momento donde todo “sabe” igual y esto lo saben los niños pues saber y sabor se homogenizan cada vez más y por eso se rechazan. La atrofia del paladar genera rechazos o ingesta indiscriminadas porque se ha perdido la brújula del placer que guía al objeto oral. Es curioso que hoy sea el mercado el que trata de “educar” el gusto, o debería decir, colonizarlo para el consumo?. Efectivamente, ¡cada día se abren cursos de “catadores” de vino, aceite, chocolate, aguas!

Veamos esto en la práctica pues el no comer se modaliza de diferentes formas. Puede ser un “comer nada” que funciona en relación con el Otro. Este objeto “nada” es producido

como anulación simbólica del objeto real. Nada como respuesta al exceso. Y esa nada es muy activa, hiperactiva a veces y tiene, especialmente cuando se trata de comportamientos transitorios, la función de un rechazo fácilmente ubicable.

Puede leerse también como una lucha para no desaparecer como deseante. El aplastamiento en la satisfacción mata el deseo, y por eso hay discordancias. Los imperativos sociales actuales tienen la fuerza de una demanda insaciable, ¡consume! y el exceso de objetos mata el deseo produciendo una suerte de “anorexia generalizada”. No es casual que la mitad del mundo se muera de hambre y la otra mitad de exceso y que esto se sintomatice en los trastornos de moda. Sin duda que hay diferentes formas de relacionarse con la comida pero todas encarnan modos de tratamiento del objeto y del vacío.

b) La escuela descansaba en la familia que le daba niños disciplinados con hábitos adquiridos y necesidades cubiertas que además brindaba soporte en las tareas para el hogar sosteniendo y fijando los aprendizajes... Hoy esta relación se ha invertido y a la escuela se le pide, en muchos casos, ser soporte de la familia. La familia sin duda ha cambiado y esto repercute en la forma de alimentarse, en los hábitos y costumbres, en las horas de sueño, y todo esto tiene efectos sobre los cuerpos.

Esto me ha llevado a ver que en realidad muchos de estos síntomas en adolescentes —que suelen parecer muy espectaculares—, en realidad son llamados a la regulación en un momento donde hay un encuentro con el goce sexual.

Los “chicos del botellón” ocupan la calle para mostrar la conformación de un particular objeto oral que coloniza un espacio que no es suyo y en el que dejan por esa vía sus marcas. No se trata de judicializarlos ni de dar tanto espacio a tertulianos que predicán lo peor



sobre ellos. Hay que ofrecerles lugares habitables que puedan arreglar a su manera. Los jóvenes de hoy se quejan de que no pueden acceder a los lugares por falta de recursos, acaso el incipiente movimiento por la vivienda no dice algo de eso? Estos jóvenes saben que corren el riesgo de transformarse en resto social y contra eso luchan aunque a veces de maneras confusas.. No quieren ser el resto en el plato de los políticos neoliberales.

c) Hoy se puede ver que detrás de la promoción de la imagen del cuerpo hay un profundo rechazo al mismo . El individualismo creciente y la soledad que se deriva no ponen las palabras que son el camino necesario para el encuentro con el otro. El teléfono móvil, que es el partenaire de moda, cada vez se usa menos para hablar. Más allá de los ahorros sobre las cuentas telefónicas “hacer una perdida” es casi un modelo de comunicación: la comunicación con llamadas perdidas. Hay que señalar que el amor se nutre de palabras y que siempre ha operado como velo al goce para asegurar el encuentro con el partenaire. La dimensión del amor aparece hoy modificada lo que hace, a veces, más difícil el contacto cuerpo a cuerpo.

Miller retoma el término de Lacan “rechazo del cuerpo”, pero lo modaliza en diferentes aspectos. El rechazo del cuerpo del otro como partenaire sexual y el rechazo del propio cuerpo con todos los matices que esto tiene, inclusive el hijo. ...Creo que podemos hablar también del rechazo hacia los niños y adolescentes y de todo lo que encarna modalidades de goce que cuestionan el orden establecido.

La educación hacía, por la vía de la cultura, ese camino de palabras que no sólo agita los cuerpos en el abrazo sino que también los pacifica. Hoy se habla hasta la saciedad de la violencia en la escuela sin ver que ese problema es efecto del desanudamiento de la educación y la subjetividad. Si se pierde el efecto regulador de la educación sobre el cuerpo —no por la vía disciplinar sino por el interés, la curiosidad que

promueve el patrimonio cultural—, sólo queda el mero control social. La disciplina sobre el cuerpo no golpea hoy con la regleta. Detrás de la máscara del *body building* y de la realidad de los cuerpos hacinados y desnutridos en los campos de refugiados y en los *cayucos*, golpea con las distintas estrategias de la biopolítica con las que frecuentemente la educación colabora sin saberlo. Lo *cool* es hoy farmacopea, la *supernary* propone castigos públicos y hace poco se ha denunciado una residencia para menores en Girona subvencionada por el gobierno suizo. Lo rebeldes, encerrados en jaulas como castigo, eran tratados fuera de las propias fronteras, el modelo Guantánamo se extiende y se llama “time out”.

Propuestas

Es verdad que parece haber una cierta tendencia catastrofista cuando se reflexiona sobre los cambios. Todo lo que no se entiende sería un anuncio potencial de “fin del mundo” y en realidad lo es... Se trata de un “mundo” que se acaba para dar paso a uno nuevo que todavía no conocemos pero que se anuncia de muchas maneras.

La autoridad ha cambiado decimos, pero eso no es una catástrofe, sólo se trata de ver qué modelo de autoridad conviene para este tiempo. Sobre esto sabemos que han caducado ya varios modelos pero que los límites se necesitan. La idea de límite es para posibilitar: no a esto pero sí a esto otro. Hay que saber que tanto el autoritarismo como el dejar hacer sin límite son las dos caras de lo peor, es decir, de un funcionamiento superyoico. Se trata de entender entonces la autoridad como un instrumento que sólo podrá ser reconocida si ayuda al sujeto a construir algo a lo que poder asirse y que le permita, de esta manera, encontrar el camino del deseo.

Es verdad que el saber se ha depreciado pero es bastante entendible que así haya suce-



dido porque los actuales soportes de almacenamiento lo mantienen a nuestro alcance sin necesidad de fijarlo. Una adolescente comienza a escribir en su móvil durante una de las primeras entrevistas, cuando le pregunto qué hace me dice que guarda alguna de las cosas que decimos en un archivo así lo puede consultar cuando quiere sin necesidad de recordarlo. Entonces, qué tipo de saber hay que poner en juego, se puede hablar de un saber minimalista que permita construir redes, no sólo saber conectarse sino saber leer de *link en link* y generar productos y saber colocarlos.

Hablamos de la función del educador que causa el interés del sujeto para provocar su consentimiento a la oferta educativa. Hoy esto se logra si puede descompletar, es decir, producir un vacío en el campo del saber y no ponerse en situación de demanda preguntándole al niño qué quiere. La *anorexia de saber* producida por el exceso sólo puede tratarse con un “menú degustación”, pequeños platos variados que el sujeto pueda reconstruir con sus tiempos tan diferentes a la prisa del sistema. Es interesante apreciar la resistencia por la vía del ritmo lento que muchos adolescentes y niños

tienen, no quieren ser forzados por la voracidad del tiempo que se les impone.

Para la construcción de la subjetividad se necesita un deseo que no sea anónimo, se puede decir que esta es una cuestión crucial también para la educación. Esto da como resultado la necesidad de contar con educadores que vivifiquen la transmisión y sujetos que puedan saborear los saberes. Es decir, se abre para cada uno la particularidad de su régimen de satisfacciones y eso es lo que se aproxima a la felicidad. Porque, qué es lo que dice hoy el ideal de la búsqueda de la felicidad, que la gente tiene un menos de satisfacción. Los cuerpos sufren así por la emergencia de un goce no regulado. Por eso las políticas represivas son políticas de odio al goce y el psicoanálisis sabe que si el goce se ataca directamente se produce transferencia negativa, en términos actuales, violencia. El goce debe involucrarse con palabras, interpelarse con semblantes, distenderse con juegos y deportes, resonar en la música y allí el sujeto elegirá, a partir de la temática fantasmática, a qué anudarse, con qué sostenerse sintomáticamente.



BIBLIOGRAFÍA

- Arendt, H. *Entre el pasado y el futuro*. Península. Barcelona. 1996.
- Freud, S. "El malestar en la cultura" En: *Obras completas*. Amorrortu. Buenos Aires. T XXI. 1990.
- Miller, J.A. *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Paidós Buenos Aires. 2005.
- Núñez, V. "Hacia una reelaboración del sentido de la educación. Una perspectiva desde la Pedagogía Social." En: *Educación no formal. Fundamentos para una praxis*. Ministerio de Educación y Cultura de Uruguay. 2006.



Autoengaño y adicción

Carlos Sirvent

Psiquiatra. Fundación Instituto Spiral.

Introducción

Si solicitáramos a grupos contingentes al sujeto adicto (familiares, pareja, amigos, etc.) que le describieran, nos encontraríamos con que un elevado porcentaje (por no decir todos) emplearían la palabra “mentiroso”. ¿Es verdaderamente mentiroso el adicto? ¿Caso positivo, qué estructura tiene esa “mentira sustancial” aparentemente connatural a la condición de adicto? ¿Qué diferencias existen entre la falacia común y la mentira del adicto?

Partimos de la hipótesis (Sirvent, 1989) de que el engaño forma parte de la constelación sociopática general del adicto, condición aprendida y desarrollada a lo largo de la vida adictiva. El sujeto adicto aprende a mentir como respuesta adaptativa a su difícil vida en la que debe justificar (falazmente) comportamientos socialmente inaceptables. A base de repetir y sofisticar engaños, el sujeto los interioriza de guisa tal que acaba amalgamando realidad y ficción en un todo confuso guiado por la ley de “responder siempre aquello que más convenga” sea o no verdad. La mentira aboca finalmente en autoengaño y tiene un carácter acomodaticio. El autoengaño puede diferenciarse más aún transformándose en mistificación.

Las onerosas asociaciones del epíteto “mentiroso” no debieran impedirnos profundizar en un asunto crucial para el devenir del

adicto cual es la errónea percepción del mundo —y por ende del perimundo adictivo— que le puede suponer un eterno retorno a la recaída sin saber por donde le vienen los tiros.

Desposeyendo al autoengaño de consideraciones maniqueas podemos trabajar eficazmente. En principio, “*todo el mundo está autoengañado*”, todos tenemos un *quantum de autoengaño* que nos echamos a la espalda. Pero cuando el autoengaño afecta a algo importante en tu vida debes eliminarlo y manejarte con ideas claras. De ahí que para lo que estimamos importante pidamos consejo y no nos fiemos de nuestra percepción. Un adicto no puede permitirse el lujo de mantener el autoengaño en lo relativo a su dependencia, *debe despojarse inexorablemente del autoengaño si no quiere recaer una y otra vez sin siquiera darse cuenta*.

Precisamente en ese “darse cuenta”, en la conciencia del problema es donde el autoengaño es más nocivo y mórbido. Concepto también muy relacionado con el locus de control.

Rotter en su “Internal vs. External Control of Reinforcement: A Major Variable in Behavior Theory” afirma que el locus de control es una variable que puede permitir una confiable predicción de la conducta futura de un sujeto, en cuanto a lo que tiene que ver con su toma



de decisiones. Es conocida dentro de las teorías del aprendizaje social como la identificación de dónde se origina la fuerza motivadora que lleva a los sujetos a actuar de una cierta manera y no de otra ante la misma situación; constituye una explicación del lugar o foco, en el cual se ubica el núcleo que refuerza la realización de las conductas o acciones de los sujetos. Es un constructo de personalidad referido a la percepción del núcleo desde el cual son determinados causalmente los eventos de la vida desde la óptica del propio individuo, quien los considera consecuencia de su conducta o resultado de circunstancias como el destino, suerte o factores externos y sin relación con sus actos.

Se le refiere también como la medida de cuan lejos se ven a sí mismos los individuos en cuanto al control y la responsabilidad acerca del curso de los acontecimientos, tanto deseables como no deseables, que han tenido lugar en su vida.

El locus de control es así un concepto teórico que se ha desarrollado para explicar las creencias características del sujeto a partir de las cuales éste establece la génesis de los eventos cotidianos y por ende de su propio comportamiento. Es una construcción que permite definir cómo es percibida la causa de una acción o comportamiento y cómo esta percepción está determinada por la información que el sujeto posee acerca del objeto en cuestión. Así, el locus de control puede ser definido como la creencia que la persona tiene acerca de cómo y dónde se originan los eventos agradables o desagradables que percibe para actuar. Por ello, si un individuo cree que tiene poco control respecto de las retribuciones y sanciones que recibe, no encontrará razón suficiente para modificar su comportamiento, dado que no considera poder influir en la posibilidad de que tales eventos se presenten¹.

Aproximación conceptual al autoengaño:

La noción de autoengaño ha atraído tanto a escritores y filósofos como a profesionales de la psicopatología. En el texto de Clément Rosset titulado *Lo real y su doble. Ensayo sobre la ilusión* (Tusquets 1993) se puede leer: “vivimos constantemente apartándonos de lo real, huyendo de la verdad. Quizá vemos lo que existe pero rechazamos lo que significa. El atractivo del autoengaño es su diferencia de la ignorancia. Es sabido que vamos por el mundo ignorando muchas cosas. Olvido esa piedra con la que vuelvo a tropezar, no tengo vista para detectar el microbio que me enferma, desconozco lo que significa algún ruido del coche, no tengo idea de cómo se arregla esa fuga de agua. Al final sentencia: “nada más frágil que la facultad humana de admitir la realidad, de aceptar sin reservas la imperiosa prerrogativa de lo real”.

John Elster añade que el autoengaño es “desconocimiento voluntario, es una disposición a ignorar lo inconveniente, ganas de pasar por alto lo indeseable, voluntad de rechazar lo sabido”.

En su novela *Cuerpos y almas*, Ganshof Van Der Meersch escribe: “la verdad es que cuando reflexiono a fondo, lo advierto. Pero por regla general no reflexiono, me lo prohíbo. Hay algo en mi interior que me prohíbe reflexionar, o que falsea las conclusiones, y me da toda clase de falsas razones, que sé que son falsas, pero las acepto de buena gana”.

Alfonso Aguiló, en su texto *Educación de los sentimientos* (Madrid, 1.998) afirma que “la influencia diaria de tantos deseos, solicitudes y tendencias hace que no sea difícil interpretar mal la realidad y autoengañarse. El nivel de autoengaño de una persona marca su nivel de coherencia personal”.

El escritor Octavio Paz en *El laberinto de la soledad* escribe: “la simulación es una actividad parecida a la de los actores y puede expresar-



se en tantas formas como personajes fingimos. Pero el actor, si lo es de veras, se entrega a su personaje y lo encarna plenamente aunque después, terminada la representación, lo abandone como su piel la serpiente. El simulador jamás se entrega y se olvida de sí, pues dejaría de simular si se fundiera con su imagen. Al mismo tiempo, esa ficción se convierte en una parte inseparable —y espuria— de su ser: esta condenado a representar toda su vida, porque entre su personaje y él se ha establecido una complicidad que nada puede romper, excepto la muerte o el sacrificio. La mentira se instala en su ser y se convierte en el fondo último de su personalidad." (p. 120.)

Entre las escasas incursiones de los profesionales de la salud mental, Luis Rojas afirma que “el autoengaño es una peculiar estrategia de supervivencia de nuestra especie, verdaderamente única y de inigualable utilidad en tantos momentos de prueba y vulnerabilidad que nos depara la vida. Gracias al autoengaño superamos una realidad devastadora con una ilusión reconfortante, neutralizamos una verdad implacable con una falacia benevolente, justificamos una conducta intolerable con una excusa persuasiva”

Dentro del ámbito de la filosofía Pierre Klossowski en su conferencia “*Nietzsche, Politheismus und Parodie*” expresa: “las regularidades aparentes a las que nos enfrentamos son máscaras. Toda identidad es simulada. Lo mismo es siempre un otro que hizo como si fuera lo mismo, y nunca es el mismo otro, que se oculta tras la misma máscara”. Añade que “la filosofía, de Platón a Hegel, no es una larga mistificación, contra la que se levantan sólo aislada y audazmente unos pocos pensadores libres, por el contrario, la filosofía, es decir, la fe en la verdad, fue sólo una larga desmistificación, una larga declinación de la fuerza de mistificar, de fabular, de generar dioses”.

Para concluir esta aproximación, un repaso a los diccionarios:

El diccionario de la lengua (RAE) define mistificar como engañar, embaucar, falsear, falsificar, deformar, adulterar, disfrazar, trucar. Para la RAE engañar sería dar a la mentira apariencia de verdad. Inducir a alguien a tener por cierto lo que no lo es, valiéndose de palabras o de obras aparentes y fingidas. Incurrir en infidelidad conyugal. Cerrar los ojos a la verdad, por ser más grato el error. Engatusar. Equivocarse

Otras acepciones son: “dar a la mentira apariencia de verdad. Inducir a otro a creer y tener por cierto lo que no lo es. Estafar. Producir ilusión. Ser infiel a la pareja. Negarse a aceptar la verdad. Equivocarse”.

El Medical Center de la Universidad de Nebraska define el autoengaño como “un fallo que le hace explícito a uno alguna verdad sobre sí mismo, a menudo algún comportamiento propio. Puede presentarse como la racionalización de un comportamiento que es inconsistente con el propio sentido del ser o adoptar la forma de fallo cuando al darse cuenta de algunas características de la situación le pareciera apropiado hacerlo así (este fenómeno es el que los psicólogos llaman “negación”). El autoengaño es un obstáculo para la autenticidad.

La Free Encyclopedia Wikipedia describe el autoengaño como “el proceso de negar o no racionalizar la relevancia, significado o importancia de oponer la evidencia al argumento. Típicamente, el autoengaño se utiliza para mantener falsas creencias o desilusiones a las que uno tiene un apego emocional. El autoengaño puede también incluir el proceso defensivo de controlar e interrumpir una conversación para incluso tratar de evitar la evidencia y el argumento del lado opuesto”.

Para el Cognitive Science Laboratory Princeton University, el autoengaño sería “una equivocación que es favorable para la persona que la tiene”.



El origen del autoengaño

La mistificación se gesta durante la etapa pre-adictiva del sujeto, cuando —para justificar su comportamiento— el sujeto se ve obligado a engañar. Es importante matizar que estos primeros engaños deben suponer un cierto esfuerzo activo, incluso un conflicto que periódicamente se reproducirá en tanto se mantenga el comportamiento adictivo. Sería el clásico ejemplo de un joven que empieza a consumir drogas y se ve obligado tarde o temprano a mentir para disimular su condición o para justificarse (hurtos domésticos, estafas). Al principio le cuesta ser insincero y sufre por haber engañado a seres queridos, amigos, pareja, allegados, etc. pero poco a poco, y a base de repetir dicho comportamiento termina no costándole engañar (o si se prefiere extinguiendo la ansiedad asociada) y con el tiempo acaba por no distinguir la verdad de la mentira; simplemente se limita a decir con toda naturalidad aquello que más le conviene, sea o no veraz..

Otros elementos concurrentes para el aprendizaje mistificador son los derivados del tipo de vida que cada adicto lleva (solitaria el ludópata, atormentada el alcohólico, de supervivencia marginal el heroinómano, intensa e hiperestimulativa el cocainómano, etc.). Naturalmente no todos los afectados viven así; existen diferentes grados de mistificación según la forma de vivir y las experiencias y acontecimientos biográficos habidos, aunque a este respecto cuenta más la cantidad (la repetición de pequeños aprendizajes) que la calidad (uno no se suele mistificar por un intenso life-event). En definitiva, un notable porcentaje de casos presentan una importante tasa de mistificación, de la que podríamos decir lo siguiente:

La mistificación no solo determina el grado de sinceridad o veracidad de una persona, sino que se refiere fundamentalmente a una falta de capacidad para decir las cosas como son. El drogodependiente mistificado tiende a expresar aquello que más le conviene, prefiriendo decir lo que el otro

quiere oír antes que una verdad que le puede resultar incómoda.

Se trata de un aprendizaje caracteropático, fenotípico, vehiculado por el tipo de vida que en caso del sujeto adicto contribuye a agravar la mistificación: vida a veces marginal, marco de relaciones presidido por la desconfianza y recelo de cuanto le rodea; es decir un entorno que abona un trastorno de carácter que en el peor de los casos puede asemejarse al antisocial.

La mistificación es una coraza protectora adaptativa que protege al sujeto de un medio supuestamente hostil que a la postre acaba esgrimiendo de manera indiscriminada. Es decir, la misma mistificación que exhibe el adicto frente a un presunto enemigo, mostrará de manera automática delante de un ser querido, aunque obviamente se exteriorizará de distinta forma. Por ejemplo un sujeto adicto le dirá a otro drogodependiente rival que se encuentra fenomenalmente y le mentirá sobre su grado de adicción. A continuación también mentirá a su novia aunque con distintos argumentos. En ambos casos actuará de manera automática, refleja y casi inconsciente y se indignará si se le dice que no es sincero. El adicto está tan habituado a la mistificación que su única verdad es la emocional: su corazón le dicta la “veracidad” en función de lo que le interesa decir. Esto es, aunque mienta, seguirá siendo congruente con su discurso, y la objeción externa la percibirá hostilmente. Es tan acuciante la necesidad de que esa expresión veraz (para él) sea admitida que no tolerará que se le impute insinceridad aunque esta sea obvia. La a veces pueril negación de lo evidente no es una simple respuesta cínica, sino el trasunto de un sistema de referencia cognitivo alterado por la mistificación. El psicoterapeuta debe saber situarse en el plano comunicacional del adicto para atajar el nudo gordiano mistificador que como más adelante veremos pese a su apariencia o morfología caracteropática luego no resulta tan difícil aunque suele requerir una intervención multifactorial.



Consecuencias

La mistificación comienza siendo un mecanismo adaptativo, se desarrolla como un síntoma (o en un síndrome si el proceso es complejo) y acaba siendo un rasgo.

Como mecanismo adaptativo traduce un cambio cualitativo patológico egodistónico que genera culpa y provoca malestar. A este nivel la mistificación todavía es fácilmente reversible, el sujeto se siente mal, éticamente se autorreproba en la conciencia de que obra mal engañando a sus allegados.

Cuando el proceso avanza la función adaptativa de la mistificación cumple su papel; desaparece la culpa y el malestar porque cesa la autorreprobación; el sujeto pasa a ser un perfecto *mentiroso* (más bien un perfecto mistificado), tornándose la egodistonia en egosintonía. Cuando el proceso de transformación concluye el sujeto y alivia e ansiedad acaba convirtiéndose en un cambio cada vez más egosintónico, el sujeto va percibiendo

La principal consecuencia tanto inmediata como tardía de la mistificación es el desarrollo de un trastorno presidido por una constelación de síntomas-satélite entre los que se incluyen la desconfianza, el enquistamiento caracterial, la misantropía, la negación de la realidad, el autoengaño, etc., que aboca hacia el definitivo y peculiar trastorno sociopático o más bien dicho caracteropático: el síntoma se convierte en rasgo y a su vez este rasgo (conjunto de rasgos) anula y desplaza a los anteriores. La primitiva personalidad del sujeto queda hibernada o solapada por una serie de caracteres adquiridos: no solo por la mistificación sino por otros muchos que forman parte de la denominada sociopatía adquirida, de la que la mistificación es tan solo un elemento más (eso sí elemento nuclear y de definitiva importancia).

Por eso los adictos se parecen tanto entre sí, porque la mistificación y demás rasgos socio-

páticos aprendidos adocen al colectivo de adictos infundiéndoles un talante psicopático presidido por rasgos de dicha índole: mistificación, desvitalización, personalidad dependiente, etc.

En definitiva cambia la personalidad, sometiéndose y anulando el verdadero carácter para convertir al toxicómano en un sujeto insincero, que manipula sistemáticamente tanto a los demás como a sí mismo y que, a fuerza de tanto engañar y engañarse, se vuelve desconfiado, huraño e incrédulo: Prácticamente no se cree nada y no ve nada porque un velo de mixtificación cubre sus ojos.

Esa desconfianza impide al adicto comprender muchas cosas que le serían beneficiosas, y a base de no creerse nada se esconde en una coraza de incredulidad y escepticismo que además no suele admitir por lo que resulta más difícil llegar a su interior. Dicho de otra manera: es tan incrédulo y desconfiado, que llega a negar la evidencia por más flagrante que esta sea, lo que ocurre en proporción directa al tiempo que lleva inmerso en ese mundo y en consecuencia mayor será la coraza de incredulidad que le cubre hasta el extremo de vivir años y años, incluso toda una vida, víctima de sí mismo y sin llegar a un mínimo autoconocimiento porque no acepta nada de los demás. Aquí la mistificación se uniría al autoengaño y la suspicacia paranoide. El autoengaño, unido a la insinceridad y a la desconfianza apartan al adicto de la realidad, que no la ve como tal sino como él quiere que sea: es el denominado desrealismo o falta de sentido de la realidad.

El adicto, por tanto se desconoce, incluso se ignora, comportándose de acuerdo con patrones que le resultan cómodos pero que le son ajenos. En efecto, la conducta del drogodependiente, los gustos, el carácter, etc., está regida por el tipo de vida que lleva y resulta muy difícil de modificar debido precisamente a la mistificación, que le hace adoptar falsamente estas pautas (patrones) de comportamiento. Además,



la propia desconfianza provoca un rechazo reactivo cada vez que los allegados intentan hacerle ver las cosas con objetividad, de manera que muchos drogodependientes parecen recubrirse simbólicamente de una piel isomórfica en color y textura que asemeja o hace parecidos a todos los adictos, los cuales además no quieren cambiarla porque su desconfianza y autoengaño, les impide ver la piel verdadera que esconden bajo de la piel falsa que no es otra cosa que la mistificación.

El drogodependiente vive en un mundo propio dominado por la falta de objetividad, alejado del mundo y con pérdida del sentido práctico y de la capacidad para desenvolverse con normalidad, de manera que sus proyectos de vida se alejan de sus posibilidades reales para entrar de lleno en el terreno de lo imaginario o utópico: cuando se habla de planteamientos, el adicto prefiere el cuento de la lechera a tener los pies en el suelo ya que esto último se le supondrá un esfuerzo que deberá mantener día a día, lo que le resulta muy costoso, cosa que se comprueba con facilidad a la hora de analizar proyectos (de trabajo, de salida, de reinserción, etc.) que realizados por personas en rehabilitación que no tienen sentido de lo práctico, oscilando entre la simpleza extrema y la fantasía irrealizable.

Además encontramos al otro fenómeno curioso, fruto de la vida mistificada que lleva el adicto, que consiste en la adopción de un estilo de relación peculiar que acaba despersonalizándole, o, lo que es igual, revistiéndole con otra personalidad que no es la propia, de ahí que se diga que “todos los toxicómanos son iguales o se parecen”, concepto que se hace extensivo a aquellos que se consideran diferentes a los demás con razones como “yo nunca fui tan marginal”, “yo me relacionaba con ellos, únicamente iba a pillar y me lo montaba yo solo”, o “mi vida, mis estudios y mi educación me hacen distinto de los demás toxicómanos, yo no soy como ellos. Nunca he estado tirando ...”

Estos argumentos no son sino variantes de un mismo autoengaño, ya que el estilo de vida mistificado no lo da únicamente la marginalidad o el estar tirado, sino que lo produce el permanente clima de insinceridad hacia los demás y el propio autoengaño propio que acaban volviendo al adicto un ser desconfiado y con una personalidad mistificada o distorsionada.

Mistificación y considerandos terapéuticos

Aún a riesgo de simplificar demasiado, vamos a intentar destacar el peso específico del constructo utilizando dos brevísimos aunque esperemos que ilustrativos casos para ejemplificarlo

El sujeto mistificado tiene alterados todos los circuitos cognitivos: el perceptivo aferencial, mediante un registro sesgado e interesado de la realidad exterior y el elaborativo, mediante un conjunto de creencias distorsionadas que pueden llegar a ser irracionales, aunque —curiosamente— no es la irracionalidad una característica destacable, ya que numerosos adictos emplean la lógica para manipular y son hábiles argumentando lo que el interlocutor quiere oír. Sin duda el circuito más alterado sobre el que tiene que incidir la intervención de forma muy especial es de la respuesta, el efector. La mistificación en reducidos términos sería como un lenguaje automático regido por un impulso mediatizado por necesidades concretas que modulan la respuesta del sujeto de forma irracional e irreflexiva.

“Fernanda M. es una mujer adicta que decía muy motivada para el tratamiento, sobre todo por sacar adelante a su hija de pocos meses de edad, que no quiere que cuando crezca la contemple como una drogadicta. Pese a sus buenos deseos y aparente denuedo, tras unos comienzos intensos y llenos de expectativas recaía abruptamente, viéndose impotente y desesperada porque no veía solución factible a su problema. “Tengo el vicio dentro y



nunca me recuperaré". El terapeuta consiguió neutralizar la enorme desconfianza con que percibía cuanto le llegaba del mundo exterior y a partir de ahí desmontar el cúmulo de ideas irracionales y creencias no explícitas que tenía. Por ejemplo, la niña que aparentemente era un puntal de motivación, en el fondo representaba lo contrario: un peso insoportable, su sola contemplación le incitaba a consumir viéndose incapaz de sacarla adelante, lo que la culpabilizaba más aún. Tras comprender y aceptar estos hechos llegó a un buen insight, obteniendo una mejoría transitoria y volviendo a recaer de forma desesperada. La paciente había comprendido su carga de autoengaño y reestructurado sus creencias, pero sus respuestas (pese a la identificación del problema) seguían estando mistificadas y por tanto eran casi automáticas e impulsivas. Era obvio que necesitaba algo más que la mera conciencia del problema."

Tan importante es este nivel efector, que aun cuando consigamos modificar mediante un buen insight la percepción y capacidad de análisis del sujeto adicto, tendremos —pese a todo— un comportamiento sistemáticamente mixtificado si no intervenimos sobre ese lenguaje automático que es algo muy arraigado en el drogodependiente. A veces incluso es preferible renunciar a neutralizar la mistificación en pro de un resultado más eficaz aplicando consignas accesibles que permitan alcanzar los objetivos principales renunciando a otros parciales que complican innecesariamente la intervención y aportan poco más

"Jesús es un ludópata abusador de alcohol de 59 años de edad con un elevado nivel de autoengaño y mistificación gestados a lo largo de muchos años de mentiras adaptativas. Tiene un notable grado de rigidez formal que junto a un talante hosco y empecinado y la larga evolución de su enfermedad ensombrecen el pronóstico. Sin embargo empleando técnicas consignatarias (adiestramiento educativo ante ciertas pautas disfuncionales) directamente dirigidas al nivel efector han resultado sumamente eficaces y provocado cambios espectaculares que se mantienen tras más de

cinco años de abstinencia y magnífica calidad de vida.. Durante la primera parte del tratamiento se intentó baldíamente actuar sobre los planos perceptivo—elaborativo. Sus limitaciones cognitivas y la raigambre anquilosada de sus creencias eran un muro infranqueable".

Los numerosos profesionales que siguen el modelo motivacional de Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) pueden encontrar un severo obstáculo en la mixtificación sobre todo cuando se atribuye a un paciente una etapa que no es la suya y que en nuestra opinión ocurre con mayor frecuencia en las etapas denominadas *de preparación y acción*, porque el sesgo mistificador sobredimensiona o minimiza el real estado del paciente. A este respecto y como útil medida precautoria es conveniente, sin perder la empatía y respetando al paciente, regirse por una política de hechos consumados (regirse por lo que hace el sujeto y no por lo que hace) para obviar una eventual manipulación consciente o inconsciente del propio paciente.

Para concluir

Recordemos la sencilla definición del autoengaño de Clement Rossé: "ver lo que existe y rechazar lo que significa". El autoengaño y la mistificación supondrían una desesperante incapacidad para darse cuenta de los efectos adversos de la relación. La conciencia del problema es equívoca o insuficiente (sinónimos en inglés *self deception, mystification o self decei-ve*)².

El vocablo *mixtificar* (o *mistificar*) significa literalmente engañar, embaucar, falsificar, falsear, deformar. Ciertos diccionarios emplean directamente la palabra *mentira* para describir la mistificación. El concepto "mistificación intrínseca" (Sirvent, 1989) aglutinaría una serie de acepciones interrelacionadas donde el elemento nuclear es el binomio *engaño/autoengaño* siempre referido al fenómeno adictivo. Está también relacionado con la *fabulación*, en tanto



tendencia a la respuesta fantástica con cierta componente automática o irreflexiva. Precisamente esa irreflexibilidad es la que delata la condición mistificadora, ya que la mentira del drogodependiente³ es una suerte de respuesta automática acomodaticia más regida por la ley de la conveniencia que por la intención directa de mentir (el típico *te dice lo que tú quieres oír*). La insinceridad del adicto es coyuntural, errática poco o puerilmente sistematizada y contradictoria a diferencia de la sociopatía pura donde la mentira es incluso sutilmente elaborada. A este respecto pues, podemos considerar la mixtificación como una *caracteroneurosis* (empleando terminología tradicional que a este respecto nos resulta especialmente plástica).

La mistificación intrínseca es una de las más importantes secuelas históricobiográficas derivadas de la vida (dura y darwiniana) que ha llevado el sujeto drogodependiente. Asimismo puede considerarse psicopatología específica (casi patognomónica) de la adicción, muy especialmente de aquellas adicciones en las que el sujeto se ve obligado a embaucar reiteradamente para mantener y alimentar su comportamiento adictivo.

Es un peculiar constructo que —aunque taxonómicamente forma parte de la constelación sociopática— desde la intervención se puede considerar un proceso de naturaleza adaptativa. En definitiva sería una caracteropatía que se trataría como una neurosis porque su raigambre y pregnancia nosológica no es tan severa, de ahí que la consideremos como una *caracteroneurosis* a efectos mórbidos.

Conceptos afines serían los de creencia y autoengaño que ampliamente se matizan en otro apartado. En tanto la creencia es una convicción subjetiva que se percibe como tal, el autoengaño se muestra como una distracción (falacia bajo apariencia veraz). Pues bien, la mistificación NO es autoengaño. El sujeto mistificado cree lo que dice aunque sea inverosímil y su discurso es congruente con su creencia. Utilizando un símil elementalmente dinámico, la mistificación sería un proceso preconsciente a medio camino entre lo consciente (autoengaño) e inconsciente, en tanto que lo ignorado permanecería en el inconsciente.

En definitiva, el propósito del presente artículo es suscitar el interés de un elemento psicopatológico un tanto críptico para los profe-

2 Deceive (Source:Websters Dictionary (01 Mar 1998)

1 To lead into error; to cause to believe what is false, or disbelieve what is true; to impose upon; to mislead; to cheat; to disappoint; to delude; to insnare. "Evil men and seducers shall wax worse and worse, deceiving, and being deceived." (2 Tim. lii. 13) "Nimble jugglers that deceive the eye." (Shak) "What can 'scape the eye Of God all-seeing, or deceive his heart?" (Milton)

1. *Dirigir hacia el error; hacer creer que es falso, o dudar que es verdad; imponer sobre; confundir; hacer trampa; decepcionar; embaucar; enmañar.* "Malvados y seductores hombres adularán cada vez más, engañando, y siendo engañados." (2 Tim. lii. 13) "estafadores ágiles que engañan el ojo." (Shakespeare) "qué puede escapar al ojo de dios que todo lo ve, o engañar su corazón?" (Milton)

3. To deprive by fraud or stealth; to defraud. "Plant fruit trees in large borders, and set therein fine flowers, but thin and sparingly, lest they deceive the trees." (Bacon)
Synonym: Deceive, Delude, Mislead.

Deceive is a general word applicable to any kind of misrepresentation affecting faith or life. To delude, primarily, is to make sport of, by deceiving, and is accomplished by playing upon one's imagination or credulity, as by exciting false hopes, causing him to undertake or expect what is impracticable, and making his failure ridiculous.

Engaño es una palabra general aplicable a cualquier tipo de inexactitud que afecta a las convicciones de la vida. Engañar, primariamente, es reirse a costa de otro, engañándole, jugando con su imaginación o credulidad incentivándole con falsas esperanzas a causa de las cuales él emprende cosas impracticables que le hacen fracasar ridículamente.

3 Obviamente el sujeto adicto además de mistificado puede ser un excelente mentiroso, como también puede autoengañarse o ser un embaucador. En este trabajo no nos vamos a referir a las falacias del sujeto adicto sino a ese tipo especial de autoengaño denominado mixtificación.



sionales, en tanto que se obvia esa génesis adaptativa, acomodaticia, estructural y sociopática del problema. El drogodependiente (y el alcohólico) no son vulgares mentirosos o embaucadores. Son “enfermos de la mentira” en tanto en cuanto tienen una diferenciación

enquistada del engaño que les cierra los ojos a la percepción llamémosle más “real” del propio problema (si no se sabe actuar) que por ende puede resultar determinante.

En Gijón a 16 de octubre de 2006



Correspondencia: **Carlos Sirvent.**
sirvent@lasdrogas.info

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguiló, A. *Educación de los Sentimientos*, Madrid, Palagra, 1998.
2. Bamlud. The Mystification Of Meaning: Doctor-Patient Encounters. *J. Med. Educ.* 1976.
3. Barrois, C. Multiple Personality: Diagnosis Or Mystification? *Paris. Ann. Med. Psychol. French*, 1995.
4. Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., Liese, B.S. *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona. Paidós, 1999.
5. Blanco Zamora, P. *I simposium nacional sobre adicción en la mujer*. Madrid. Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales). 2002.
6. Campbell, H.J. *Las áreas del placer*. Madrid. Guadarrama, 1976.
7. Dorsch, F. *Diccionario de Psicología*. Barcelona. Herder, 1985.
8. Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega. *La práctica de la Psicoterapia. La construcción de las narrativas terapéuticas*. Bilbao, Desclée Brouwer, 2001.
9. González Cortés, M.T. *Eleusis, los secretos de Occidente*. Madrid. Ediciones Clásicas, 2000.
10. Hendriks, V. M. *Addiction and psychopathology: a multidimensional approach to clinical practice*. Rotterdam: Universiteits Drukkerij, Erasmus University Doctoral Dissertation, 1990.
11. Hodgson, R. & Miller, P. M. *Self-Watching -- Addictions, Habits, Compulsions: What To Do About Them*. New York: Facts On File, Inc. Tall 8vo. 1st American Edition, 1982.
12. Klossowski, P.: *Un panorama de cien años de interpretación filosófica de Nietzsche, en la muerte de dios y el fin de la metafísica. Simposio sobre Nietzsche.*, México D.F., Facultad de Filosofía y Letras, Unam y Universidad de Artes Aplicadas de Viena.
13. Lennard, H. L., et al. *Mystification and drug misuse: Hazards in using psychoactive drugs*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers, 1971.
14. Neimeyer, R.A., Mahoney, M.J. *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona. Paidós, 1998.
15. Peele, S., With Brodsky, A.), *Love And Addiction*. New York: Taplinger, 1975.
16. Pilisuk, M. Mental Health Mystification And Social Control. *Am J Orthopsychiatry*. Apr; 45(3):414-9, 1975.
17. Politzer, G. *Principios elementales y fundamentales de filosofía*. Madrid. Akal Editor, 1975.
18. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., y Norcross J.C. "In search of how people change: Applications to addictive behaviors" *American Psychologists* n° 47, 1992.
19. Sirvent Ruiz, C.M. *La mixtificación como elemento nuclear de la adicción*. Valladolid. Fundación Instituto Spiral. Dpto De Publicaciones, 1989.
20. Sirvent Ruiz, C.M. *Dialéctica entre la teoría y el método en el tratamiento de las adicciones*. Jornadas de Socidrogalcohol. Burgos, 1991.
21. Thomson, M.G. Deception, Mystification, Trauma: Laing and Freud. *Psychoanal Rev.* Dec; 83 (6):827-47, 1996.
22. Vallejo, J., Bulbena, A., Grau, A., Poch, J., Y Serrallonga, J. *Introducción a la psicopatología y psiquiatría*. Barcelona. Salvat Editores, 1980.



Estigma y enfermedad mental

Ainara Arnaiz

MIR 2 de Psiquiatría. Hospital de Zamudio

J. J. Uriarte

Jefe de Servicio. Unidad Gestión Clínica de Rehabilitación.
Hospital de Zamudio. Osakidetza–Servicio Vasco de Salud.

Resumen

El estigma es una barrera relevante para la atención y la integración social de las personas afectadas por enfermedades mentales. El presente artículo, derivado del texto elaborado para una sesión bibliográfica, pretende abordar algunos de los aspectos teóricos relevantes para su comprensión, así como posibles estrategias para enfrentarlo.

Palabras clave

Estigma. Enfermedad Mental. Estrategias.

Introducción

El estigma es un fenómeno conocido y presente en muchos ámbitos, y muy especialmente en el de la salud mental, campo en el que ha sido, y sigue siendo, una importante barrera para el desarrollo de servicios comunitarios y para la integración de las personas afectadas. En todo caso, la presente revisión no pretende ser un discurso moralista socio-político, sino que trata de abarcar dos objetivos más bien prácticos que puedan contribuir al buen hacer diario de los profesionales de la salud mental:

- Que como profesionales que trabajamos con personas con enfermedad mental, reconozcamos más fácilmente el autoestigma y el estigma público, y

ayudemos a las personas con enfermedad mental a afrontar las consecuencias.

- Favorecer un momento de reflexión que nos permita poner en tela de juicio nuestras propias actitudes posiblemente estigmatizadoras hacia las personas con enfermedad mental.

Las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a la sintomatología de la propia enfermedad, y por otro al estigma. Según el trastorno mental particular, pueden sufrir alucinaciones recurrentes, delirios, ansiedad o cambios del estado de ánimo. Estos síntomas pueden hacer difícil para alguien con una enfermedad mental trabajar, vivir independientemente o lograr una calidad de vida satisfactoria. Pero la enfermedad mental no conduce sólo a dificultades derivadas de los síntomas de la enfermedad, sino también a desventajas a través de las reacciones de la sociedad, pues los malentendidos de la sociedad sobre los diversos trastornos mentales dan como resultado el estigma. De esta forma, personas que llevan su enfermedad mental lo suficientemente bien como para trabajar tienen sin embargo graves dificultades para encontrar un empleo porque los empleadores los discriminan.



Como complicación adicional se encuentra el *autoestigma*. Algunas personas con enfermedad mental pueden aceptar los prejuicios comunes sobre la enfermedad mental, volverlos contra sí mismos y perder la confianza en sí mismos.

¿Qué es el estigma?

Si recurrimos a la definición estricta de *estigma* del diccionario observamos que en el sentido figurado *estigma* quiere decir desdoro, afrenta, mala fama. Sin embargo ninguna definición de *estigma* puede ser aplicable universalmente. Las definiciones del diccionario solas, tales como “una marca de la desgracia” no son suficientes por sí mismas.

La conceptualización del estigma de la enfermedad mental combina dos conceptos actuales destacados, a saber, el de Corrigan y colaboradores y el de Link y colaboradores. Corrigan incide en los rasgos cognitivos y conductuales centrales del estigma de la enfermedad mental: los estereotipos (las estructuras de conocimiento cognitivas), el prejuicio (la consecuencia cognitiva y emocional de los estereotipos) y la discriminación (la consecuencia conductual del prejuicio). Por su parte Link aborda el estigma desde una perspectiva más social. Refiere que el estigma existe cuando elementos de etiquetado, estereotipo, separación, pérdida de status y discriminación ocurren juntos en una situación de poder que permite que estos procesos se desplieguen. En su definición hace hincapié en dos aspectos sociales. Por un lado, afirma que como precondition de estigma, las diferencias entre las personas se tienen que notar, han de ser consideradas pertinentes y se han de etiquetar en consecuencia. Por otro lado, para que el estigma despliegue sus consecuencias nocivas, el grupo estigmatizador tiene que estar en una situación de más poder que el grupo estigmatizado.

No obstante, para poder comprender mejor lo que significa el estigma de la enferme-

dad mental proponemos un ejemplo práctico. Es el caso de María:

María tiene 25 años y ha estado hospitalizada varias veces con síntomas agudos de esquizofrenia. Durante dos años no ha tenido síntomas, ha vivido sola, ha trabajado en una oficina de información turística local y ha disfrutado de una activa vida social. Sin embargo, tuvo hace poco una recaída de su enfermedad mental. La hospitalizaron de nuevo y le llevó dos meses recuperarse y estar preparada para volver al trabajo otra vez. Sin embargo, después de la recuperación se dio cuenta de que superar los síntomas de su enfermedad no era suficiente: su empleador la despidió porque creía que podía tener un ataque peligroso en la oficina debido a su enfermedad mental. Además, su familia la convenció de que era demasiado arriesgado que viviera ella sola y le hizo volver otra vez a casa de sus padres. Dado que su familia vivía en otra ciudad, eso le hizo perder a sus amigos. En resumen, a pesar de una buena recuperación de los síntomas de su enfermedad mental, al mes de darle de alta del hospital, María había perdido su trabajo, su piso y sus amigos. Si María en vez de tener esquizofrenia hubiera tenido una diabetes (que al igual que la esquizofrenia, la diabetes puede llevar a recaídas graves y hospitalizaciones), no es probable que se encontrara con un estigma público de consecuencias comparables relacionadas con su enfermedad.

Intentando abordar el tema del estigma desde una perspectiva cognitivo-conductual y a su vez social, continuaremos hablando de lo que es el *estigma público* y el *autoestigma* desde una perspectiva cognitivo-social.

Estigma público

El estigma público consiste en las reacciones del público general hacia un grupo basadas en el estigma sobre ese grupo. Continuamente etiquetamos y diferenciamos diferentes grupos en la sociedad en función de muy diversas características. No obstante, existe una selección



social de qué cualidades humanas importan socialmente, y son susceptibles de etiquetamiento, y cuáles no. Por ejemplo, el color de nuestro coche o la talla de nuestros zapatos no son importantes en la mayor parte de las circunstancias. Sin embargo, otros rasgos personales como el color de la piel, la orientación sexual o los ingresos económicos guardan a menudo relación con la apariencia social de uno. No obstante, cualquier delimitación de grupos requiere una simplificación excesiva. Incluso con atributos obvios como el color de la piel, no hay una línea de demarcación clara entre, por ejemplo “blanco” y “negro”. Más aún, no hay una línea nítida entre salud mental y enfermedad mental.

Etiquetar implica a menudo una separación entre “nosotros” y “ellos”. Esta separación conduce fácilmente a la creencia de que “ellos” son fundamentalmente diferentes a “nosotros”. Nuestro uso del lenguaje es revelador con respecto al uso de etiquetas para distinguir a “nosotros” de “ellos”. Por ejemplo, es común llamar a alguien *esquizofrénico* en vez de llamarlo *persona con esquizofrenia*. Para las enfermedades físicas, a menudo se trata las cosas de manera diferente y las personas dicen habitualmente que una persona tiene cáncer. La persona que tiene cáncer sigue siendo una de “nosotros” y tiene un atributo, mientras que el *esquizofrénico* pasa a formar parte de “ellos”. De esta forma el lenguaje puede ser una fuente poderosa y signo de estigmatización.

Dados estos antecedentes de distinción entre grupos, etiquetado y separación de “nosotros” y “ellos”, la psicología social ha identificado diferentes aspectos cognitivos, emocionales y conductuales del estigma público: los estereotipos, el prejuicio y la discriminación.

Los *estereotipos* son estructuras de conocimiento que la mayoría de los miembros de un grupo social conoce; son una manera eficaz de categorizar información sobre grupos sociales diferentes porque contienen opiniones colecti-

vas sobre grupos de personas. Son eficaces en el sentido de que generan rápidamente impresiones de las personas que pertenecen a un grupo estereotipado y expectativas hacia ellas. Aunque las personas no siempre están de acuerdo con los estereotipos de los que son conscientes. Por ejemplo, muchas personas pueden ser conscientes de los estereotipos de grupos étnicos diferentes pero no pensar que son válidos.

Los *prejuicios* definen la actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de forma negativa o positiva hacia el objeto de perjuicio, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento. Así las personas con prejuicios refrendan estos estereotipos negativos (“¡Es cierto! Todas las personas con enfermedad mental son violentas”) y tienen reacciones emocionales negativas como consecuencia (“todos ellos me asustan”). El prejuicio lleva como reacción conductual a la discriminación. El prejuicio que produce ira puede llevar al comportamiento hostil. En el caso de la enfermedad mental, el prejuicio airado puede llevar a denegar ayuda o a sustituir la atención sanitaria por el sistema de justicia penal. El miedo lleva a un comportamiento de evitación. Por ejemplo, los empleadores no quieren personas con enfermedad mental a su alrededor, así que no las contratan.

Los estereotipos y el prejuicio por sí solos no son suficientes para el estigma. Además, hace falta poder social, económico y político para estigmatizar. Por ejemplo, si los individuos con enfermedad mental forman estereotipos y prejuicios contra el personal de un servicio de salud mental, es poco probable que este personal se convierta en un grupo estigmatizado, porque las personas con enfermedad mental sencillamente no tienen poder social para que en la práctica se produzcan consecuencias discriminatorias serias.

En resumen, el estigma público consta de estos tres elementos: estereotipos, prejuicio y



discriminación, en el contexto de las diferencias de poder y lleva a reacciones del público general hacia el grupo estigmatizado como resultado del estigma.

Autoestigma

El autoestigma se refiere a las reacciones de los individuos que pertenecen a un grupo estigmatizado y vuelven las actitudes estigmatizadoras contra ellos mismos. Como el estigma público, el autoestigma consta de estereotipos, prejuicio y discriminación.

Las personas que vuelven el prejuicio contra sí mismas aprueban el estereotipo: "Es cierto; soy débil e incapaz de cuidar de mí mismo". El autoprejuicio conlleva reacciones emocionales negativas, especialmente autoestima y autoeficacia bajas. Lleva además a respuestas de comportamiento; a causa de sus autoprejuicios, las personas con enfermedad mental pueden fracasar en buscar un trabajo o en aprovechar oportunidades para vivir independientemente. Si no consiguen alcanzar esta meta ello no se debe a menudo a su enfermedad mental, sino a su comportamiento de autodiscriminación.

El autoestigma surge ya que muchas personas con enfermedad mental conocen los estereotipos sobre su grupo, como la creencia de que las personas con enfermedad mental son incompetentes. Pero, como el estigma público, el conocimiento sólo no lleva necesariamente al estigma; las personas son conscientes de los estereotipos pero no los aprueban. Por consiguiente, y afortunadamente, para muchas personas con enfermedad mental, el mero conocimiento de los estereotipos no conduce inevitablemente al autoestigma.

Las consecuencias del estigma

En lo que a la enfermedad mental se refiere, el público general parece prestar amplio apoyo

a los estigmas. Esto es cierto para muchos países, aunque los niveles de estigmatización puedan diferir entre naciones. Por desgracia, las investigaciones indican que las actitudes públicas hacia las personas con enfermedad mental parecen haberse vuelto más estigmatizadoras en las últimas décadas. Así, las percepciones de que las personas mentalmente enfermas son violentas o atemorizantes han aumentado sustancialmente.

- El estigma público se traduce en discriminaciones en la vida diaria que las personas con enfermedad mental encuentran tanto en las interacciones personales como en los estereotipos e imágenes negativas de enfermedad mental en los medios de comunicación.

Se han analizado diversos materiales filmados e impresos de los medios de comunicación y se han detectado abundantes reportajes sensacionalistas, siendo común el mal uso popular y periodístico de términos psiquiátricos. Se identifican principalmente tres concepciones erróneas falsas sobre las personas con enfermedad mental, con sus respectivos impactos en la sociedad:

1. *Son maniacos homicidas a los que hay que temer.* La consecuencia social a la divulgación de esta idea es Temor y Exclusión: se debe temer a las personas con enfermedad mental grave y, por consiguiente, se las debe mantener fuera de la comunidad. Como ejemplo de esta asociación típica de violencia y enfermedad mental podríamos mencionar la recientemente estrenada película titulada "Skizo".
2. *Son espíritus libres y rebeldes.* La consecuencia social en este caso sería el Autoritarismo: las personas con enfermedad mental grave son irresponsables, así que otros deben tomar sus decisiones vitales.



3. *Tienen percepciones sobre el mundo análogas a las infantiles que deben ser maravillosas.* Consecuencia de ello es la *Benevolencia*: las personas con enfermedad mental grave son como niños y necesitan que los cuiden.
 - La discriminación estructural incluye instituciones privadas o públicas, que de forma intencionada o no, restringen las oportunidades de personas con enfermedad mental. Ejemplo de ello sería la asignación de recursos financieros comparativamente menores para el sistema de salud mental que para el sistema médico somático.
 - No obstante, en este apartado nos centraremos concretamente en las consecuencias negativas del estigma relacionadas directamente con la reacción de las personas ante la experiencia de ser estigmatizada:
 - Autoestima y fortalecimiento.
 - Temor al estigma como razón para evitar el tratamiento.

Estas dos últimas consecuencias son muy pertinentes para los profesionales que trabajamos en el campo de la salud mental. Con esto no se quiere decir que el estigma de la enfermedad mental sea un problema sólo personal, sino que primordialmente es un problema social que ha de tratarse con enfoques públicos. Sin embargo, hasta que el estigma se haya reducido en la sociedad, los profesionales clínicos deben ser conscientes de su significado y de sus consecuencias para los individuos con enfermedad mental.

1) Autoestima y fortalecimiento:

La investigación ha demostrado que el autoestima y el fortalecimiento son dos polos opuestos de un continuo: en un extremo se encontrarían las personas en las que influyen

con fuerza las expectativas pesimistas sobre la enfermedad mental, lo que lleva a que tengan baja autoestima (los “autoestigmatizados”). En el otro extremo estarían las personas con discapacidad psiquiátrica que, a pesar de ello, tienen un autoestima positiva y no experimentan una carga significativa.

Muchas personas a las que se discrimina y que sufren de estigma público no experimentan autoestima, mientras que otras sí. Los datos son equívocos en este punto: algunos estudios indican que las personas con enfermedad mental, que son conscientes de los prejuicios existentes contra ellas, muestran una disminución del autoestima. Por otra parte otros estudios no encuentran que la conciencia de los estereotipos comunes lleve a una disminución de la autoestima en las personas con enfermedad mental. De modo más sorprendente incluso, algunos grupos minoritarios estigmatizados muestran una autoestima más elevada. Este hecho de que algunos reaccionen con indignación justificada al estigma, mientras que a otros les sea indiferente y de que otro grupo se autoestigmatice ha recibido la denominación de *paradoja del autoestima y la enfermedad mental*.

Las personas que no se identifican con el grupo estigmatizado tienen más posibilidades de permanecer indiferentes al estigma porque no sienten que los prejuicios y la discriminación se refieran realmente a ellos. Sin embargo, los que se identifican con el grupo de los enfermos mentales se aplicarán el estigma a sí mismos. Su reacción se modera en función de la legitimidad percibida. Si consideran que las actitudes estigmatizadoras son legítimas, es más probable que su autoestima y autoeficacia sean bajas. Si, por otra parte, consideran que el estigma público es ilegítimo e injusto, probablemente reaccionarán con indignación justificada. Las personas que están indignadas justificadamente participan activamente a menudo en intentos de fortalecimiento, tomando como objetivo la reivindicación de mejoras asistenciales y la calidad de los servicios. Como ejemplo de este



último grupo podríamos poner la asociación vizcaína Egunabar.

Aunque el modelo de autoestigma, que se originó en la investigación de la psicología social sobre otros grupos estigmatizados (por ejemplo, personas de color), es útil para entender las diferentes formas en que las personas reaccionan al estigma. En el caso especial de la enfermedad mental hay que incluir tres aspectos especiales a tener en cuenta

- 1— Se debe distinguir el autoestigma que da como resultado una autoestima y una autoeficacia disminuidas, de la disminución de la autoestima durante los síndromes depresivos que son comunes no sólo en los trastornos afectivos.
- 2— La reacción a las condiciones estigmatizadoras depende de la conciencia de tener una enfermedad mental que puede ser incapacitante; por ejemplo, durante los episodios de un trastorno psicótico.
- 3— La reacción a un entorno estigmatizador depende de la percepción de uno de los mensajes sutilmente estigmatizadores de otras personas. Esta cognición social puede estar deteriorada en enfermedades mentales graves como la esquizofrenia.

Relacionado con el fortalecimiento y el autoestigma está la cuestión del estigma y la revelación. Revelar la enfermedad mental de uno puede tener tanto beneficios significativos (como por ejemplo el posible aumento del autoestima y disminución del estrés de mantener la enfermedad en secreto), como costes, por ejemplo la desaprobación social. Que las personas decidan o no revelar su condición dependerá del contexto y de su sentido de la identidad. Valorando los costes y beneficios la persona decidirá si revela su condición a su entorno o no.

Sobre esta cuestión, puede hacerse una mención especial a un artículo recientemente publicado en *Lancet* titulado “Los muchos estig-

mas de la enfermedad mental”. Está escrito por Kay Redfield Jamison, psicóloga norteamericana de reconocido prestigio en el campo del trastorno afectivo bipolar. En el artículo mencionado la autora cuenta las consecuencias que ha tenido la publicación de un libro titulado “Una mente inquieta” donde la autora hace público que ella misma padece un trastorno afectivo bipolar y cuenta su experiencia con la enfermedad.

En el artículo la autora refiere que la decisión de no revelar la propia enfermedad mental es muy entendible y respetable. No obstante, en su opinión, éste hecho perpetúa la percepción social de que la enfermedad mental es intratable, ya que la sociedad sólo habla y conoce la enfermedad mental de los pacientes violentos, los sin hogar psíquicamente enfermos, la refractariedad al tratamiento... Es decir, la sociedad no conoce el hecho de que muchas personas de esta sociedad como conductores de camiones, secretarios, profesores, abogados, médicos e incluso políticos que padecen una enfermedad mental, responden al tratamiento y trabajan y funcionan en la sociedad con éxito, como cualquier otro ciudadano.

2) El miedo al estigma como barrera para usar los servicios sanitarios

Por todos los clínicos de la salud mental es conocido el hecho de que una gran proporción de la sociedad que se beneficiaría de un tratamiento psiquiátrico no accede al mismo, y más aún la alta tasa de abandonos del mismo de personas que sí han iniciado algún tratamiento. Estos hechos no ocurren sólo en relación a las enfermedades mentales menores (como los trastornos adaptativos), sino también en los trastornos graves. De hecho, algunos estudios sugieren que menos de dos tercios de las personas con esquizofrenia siguen tratamiento.

Esta cuestión es frecuentemente debatida en múltiples foros, y los modelos de creencias



de salud explican por qué las personas deciden no tomar parte en tratamientos. Estos modelos asumen que los humanos actúan racionalmente en formas que disminuyen las amenazas percibidas (los síntomas de enfermedad) y aumentan los beneficios percibidos (la mejora de la salud después del tratamiento). Elementos clave en la ecuación que producen comportamiento relacionado con la salud son los efectos negativos de tratamiento, tales como los efectos secundarios de la medicación. Este factor junto la escasa conciencia de enfermedad de algunos pacientes son las principales causas a las que se les atribuye la alta tasa de abandonos de tratamiento psiquiátrico o, incluso el no inicio del mismo. Ésta es una razón importante para la alta tasa de recaídas, y la enorme carga económica en costes de hospitalización que genera. Pero existen otros factores importantes que pueden contribuir a estos hechos, como la importancia del efecto del entorno social: que el seguir tratamiento conlleve ser etiquetado y estigmatizado como una persona con enfermedad mental.

Son denominadas “*consumidores potenciales*” las personas con enfermedad mental que tratan de evitar el estigma no recabando atención psiquiátrica. Se consideran a sí mismos parte del público, son conscientes de los prejuicios comunes contra las personas con enfermedad mental y no quieren ser vistos como parte de la minoría “enferma mental” y pretenden evitar así el estigma público. A diferencia de otros grupos estigmatizados, como las personas de color, las personas con enfermedad mental no comparten un estado visible con facilidad. Por tanto, la clave individual más importante que produce el estigma público es el etiquetado, que deriva normalmente del contacto con los servicios psiquiátricos. Así, los consumidores potenciales pueden optar por no acceder a la atención como manera de evitar esta etiqueta.

Existen varias investigaciones actualmente que apoyan la afirmación de que el estigma limita el uso de los servicios. A destacar dos estudios¹ relacionados con esta hipótesis realizados con estudiantes de medicina y odontología. Al contrario de lo que se podría esperar, quienes deberían saberlo mejor evitan el tratamiento debido al miedo al estigma: sólo un tercio de los estudiantes de medicina y odontología con niveles clínicos de angustia buscó ayuda porque les preocupaba el estigma.

Investigaciones adicionales tienen que confirmar el vínculo entre el estigma y el uso de los servicios; pero los datos disponibles hasta ahora parecen suficientes para indicar que la reducción del estigma público y del autoestigma sería un medio importante para aumentarla.

Formas de reducir el estigma

En muchos países, grupos de consumidores se han centrado activamente en la lucha contra el estigma en un intento de mejorar la vida de las personas con enfermedad mental. Existen un gran número de programas con éxito. Sin ser exhaustivos destacaremos un par de ellos:

Como ejemplo de particular éxito en los EEUU, la asociación *NAMI (National Alliance for the Mentally Ill)*, constituida por familiares de personas con enfermedad mental, ha estado utilizando estrategias de educación del público para disminuir las condiciones estigmatizadas; por ej., presionando para una protección legal más eficaz para las personas con enfermedad mental en las áreas de vivienda y el trabajo. El programa *NAMI*, llamado “*destrozaestigmas*”, se ha utilizado con éxito para protestar contra situaciones concretas de estigmatización en los medios de comunicación en varios estados de EEUU.

¹ Chef-Graham CA, Rogers A, Yassin N. “I wouldn’t want it on my CV or their records”: Medical students’ experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ* 2003;37:873-80.

Ey S, Henning KR, Shaw DL. Attitudes and factors related to seeking mental health treatment among medical and dental students. *J Coll Stud Psychoter* 2000; 14:23-39



Por su parte, en Alemania, hay varias campañas en marcha contra el estigma. BASTA, la alianza para las personas enfermas mentales (llamada previamente “Acción Bávara Contra el Estigma”; “basta” también significa “parar” en italiano y alemán), con sede en Munich se mueve en varios campos, incluidas campañas de protesta que utilizan el correo electrónico, programas de educación integrales en los colegios y academias de policía con participación activa de consumidores de salud mental, educación de los medios de comunicación y exhibiciones de arte de personas con enfermedad mental y otras actividades culturales. Otra iniciativa alemana importante es *Irrsinnig Menschlich* (“locamente humano”) con sede en Leipzig. También llevan a cabo diversas actividades como el proyecto escolar “¿Loco? ¡Y qué!”, que aumenta la conciencia de enfermedad mental de los estudiantes, y el taller de cine internacional “Contra las Imágenes en Nuestra Cabeza”, un programa práctico para reducir el estigma y mejorar la vida de las personas con enfermedad mental.

Otros ejemplos de éxito son la campaña *Like Minds* de Nueva Zelanda que incluye un gran número de iniciativas locales, regionales y nacionales, incluida la participación activa de las personas con enfermedad mental en todos los niveles; y *Sane Australia*, una campaña contra el estigma de ámbito nacional activa desde hace 20 años y con particular éxito en la educación de periodistas y la lucha contra los mensajes estigmatizadores de los medios de comunicación.

Un ejemplo más de campaña es Zero Stigma, campaña promovida en el ámbito europeo por EUFAMI (Federación Europea de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental).

Como ejemplo en el estado español podríamos mencionar la campaña “Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental”, lanzada en 2005 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con asocia-

ciones científicas (como la SEP y la AEN) y asociaciones de familiares (FEAFES).

En el caso particular de la esquizofrenia, la Asociación Psiquiátrica Internacional (WPA) comenzó en 1996 el programa internacional “Open the Doors” para luchar contra el estigma y la discriminación asociados a dicha enfermedad (www.openthedoors.com) Se escogió la esquizofrenia como centro del programa porque es un trastorno importante con síntomas que el público asocia típicamente con la enfermedad mental y porque la rehabilitación de las personas con esquizofrenia se dificulta con frecuencia por las dificultades asociadas al estigma. La iniciativa de la WPA intenta aumentar la conciencia y el conocimiento de la naturaleza de esquizofrenia y las opciones de tratamiento para mejorar las actitudes públicas sobre los individuos con esquizofrenia y sus familias y generar acciones para eliminar la discriminación y el prejuicio.

Estrategias de lucha contra el Estigma

Se han utilizado tres estrategias principales para luchar contra el estigma: la protesta, la educación y el contacto.

La protesta

La protesta se aplica a menudo frente a declaraciones públicas, reportajes de medios de comunicación y anuncios estigmatizadores. Muchas de estas intervenciones de protesta han conseguido cambiar estas declaraciones públicas. Un ejemplo alemán es el movimiento alemán BASTA ya mencionado, que usa el correo electrónico para alertar rápidamente a sus miembros sobre anuncios o mensajes estigmatizadores de los medios de comunicación. Alrededor de un 80% de los casos de discriminación contra los que ha actuado BASTA consiguieron detenerse y las compañías o institu-



ciones de medios de comunicación respectivas se disculparon. Normalmente estas campañas eran más eficaces si coincidían varias acciones: si muchas personas escribían al departamento de relaciones públicas y al director o propietario de la compañía o institución respectiva de medios de comunicación. También existen datos procedentes de otros países que de que estas iniciativas son eficaces para disminuir las imágenes públicas negativas de la enfermedad mental.

Sin embargo, se conoce poco sobre el efecto de la protesta frente a los prejuicios de las personas. La investigación de la psicología social ha encontrado que la protesta lleva a la supresión de pensamientos estereotípicos y conducta discriminatoria. Por desgracia, hay dos problemas con los que nos podemos encontrar como consecuencia de la supresión. En primer lugar, la supresión es un proceso exigente en cuanto a esfuerzo y recursos que reduce los recursos de atención, de manera que las personas tienen menos posibilidades de aprender nueva información que refute el viejo estereotipo estigmatizador. Y en segundo lugar, parece haber un efecto de rebote en la supresión de estereotipos de los grupos minoritarios. Los sujetos a quienes se pidió que dejaran de pensar estereotipadamente tenían de hecho tras un tiempo más pensamientos estigmatizadores que antes. Así, la protesta parece ser una forma útil de reducir las imágenes públicas estigmatizadoras de la enfermedad mental, pero, puede ser menos apropiada para cambiar los prejuicios de las personas. Como estrategia de reacción puede ayudar a reducir el comportamiento público estigmatizador, pero es menos probable que sea eficaz en la promoción de actitudes positivas nuevas.

Como ejemplo local, podríamos mencionar las cartas enviadas a diversos periódicos regionales y nacionales, por la Asociación Vasco Navarra de Salud Mental OME-AEN, como protesta a los mensajes que contiene la película "Skizo", mencionada anteriormente, pues

asocia de forma evidente enfermedad mental y violencia.

La educación

La educación trata de disminuir el estigma proporcionando información veraz y equilibrada. Se han utilizado diferentes medios, como libros, vídeos y programas de enseñanza estructurados para transmitir este tipo de información. Se ha comprobado que cursos educativos breves sobre la enfermedad mental reducen las actitudes estigmatizadoras entre una amplia variedad de participantes (funcionarios de policía, trabajadores de la industria, empleados y estudiantes) Sin embargo, la investigación sobre las campañas educativas indica que los cambios de comportamiento a menudo no se evalúan, que el tamaño de los efectos es limitado y que los programas son más eficaces para los participantes que tienen un conocimiento mayor de la enfermedad mental antes de la educación o que tenían contacto de antemano con personas con enfermedad mental. Así, los programas educativos tienden a llegar a aquellos que ya están de acuerdo con el mensaje. Ya que las conductas y las actitudes estigmatizadoras son comunes entre los profesionales de salud mental, las intervenciones contra el estigma eficaces para este grupo son importantes, pero, que se sepa, rara vez han estado disponibles y no se ha evaluado hasta ahora.

Cabe reseñar que el contenido de los programas de educación es importante. Hoy en día predominan los modelos neurobiológicos de la enfermedad mental, sobretudo en la psiquiatría occidental, siendo las causas biológicas de la esquizofrenia una parte principal del mensaje en los programas educativos. La esperanza que subyace a este enfoque es que ver la enfermedad mental como un problema bioquímico reducirá la vergüenza y la culpa asociadas. Sin embargo, es posible que este mensaje "neurobiologicista" pueda, a ojos del público, convertir a las personas con enfermedad mental en



“casi una especie diferente” aumentando la distancia entre “nosotros” y “ellos”. Existen varios estudios en los que se demuestra que describir la enfermedad mental en términos médicos en lugar de psicosociales lleva a endurecer la conducta hacia las personas con enfermedad mental. Dados los datos obtenidos en diversas investigaciones y la complejidad de las interacciones entre los genes y el ambiente, podríamos concluir que el mensaje de la enfermedad mental como “genética” o “neurobiológica” puede no ser sólo muy simplista sino también de poca utilidad para reducir el estigma.

El contacto

El contacto con personas con enfermedad mental puede ayudar a aumentar los efectos de la educación sobre reducción del estigma. La investigación ha mostrado que es menos probable que miembros de la mayoría que han conocido a miembros de grupos minoritarios estigmaticen a miembros de esa minoría. Por tanto, el contacto puede ser una estrategia importante para disminuir los estereotipos y el estigma de salud mental. La investigación muestra que el contacto tanto durante la formación antes de la graduación, como en una situación experimental reducía el estigma y mejoraba las actitudes positivas. Los resultados de diversas investigaciones indican que el contacto puede ser la parte más eficaz de la intervención.

Hay varios factores que crean un entorno ventajoso para el contacto interpersonal y la reducción del estigma. Esto incluye la igualdad de status entre los participantes, una interacción cooperativa así como el apoyo institucional para la iniciativa del contacto. Por ejemplo, un programa escolar tendrá más éxito si sus esfuerzos encuentran apoyo del director y si permite debates informales entre el consumidor y los estudiantes, en vez de un consumidor hablando frente a una audiencia silenciosa de estudiantes. La cooperación durante el trabajo ofrece también una buena oportunidad para

conseguir una igualdad de status de los consumidores y los miembros de la mayoría si ambos participan en la misma tarea.

En definitiva, el contacto combinado con la educación parece ser el camino más prometedor. Sin embargo habría que recordar una limitación existente de toda iniciativa contra el estigma que se centre en un comportamiento específico de un cierto grupo, p.ej., los empleadores locales y su negativa a ofrecer trabajo a las personas con enfermedad mental. Por una parte, los prejuicios y el comportamiento de un grupo son un objetivo atractivo, porque reducen la complejidad del fenómeno del estigma y se centran en un objetivo relevante. Por otra parte, las áreas de discriminación individual, estructural y autoestigma llevan innumerables mecanismos de estigmatización. Si un mecanismo de discriminación se bloquea, un grupo estigmatizador poderoso puede crear siempre nuevas formas de discriminación. Si, p.ej., se protege a las personas con enfermedad mental con una nueva legislación laboral, los empleadores pueden encontrar nuevas maneras informales de no emplearlos o de despedirlos. Por tanto, para reducir sustancialmente la conducta de discriminación, se ha de efectuar un cambio fundamental en las actitudes relacionadas con el estigma de los grupos de poder.

Conclusiones:

- El estigma es un fenómeno complejo; se necesita mucha más información sobre el estigma público, el autoestigma, el impacto del estigma en las familias de las personas con enfermedad mental y sobre la discriminación estructural de las personas con enfermedad mental, especialmente dentro del sistema de atención sanitaria.
- Carecemos de información sobre los diferentes efectos que el estigma tiene sobre las personas con trastornos men-



tales diferentes. Es poco probable que personas con diversos trastornos se enfrenten a las mismas actitudes estigmatizadoras y reaccionen ante la discriminación de la misma manera.

- Aunque las iniciativas actuales contra el estigma tienen ciertamente buena intención, es necesario más trabajo empírico para averiguar cuáles son las mejores estrategias y contenidos para reducir las actitudes y el comportamiento estigmatizador, y en qué grupo diana actuar preferentemente.
- Necesitamos averiguar si, además de los enfoques públicos, los enfoques psicoterapéuticos podrían apoyar a las personas con enfermedad mental a afrontar

mejor el estigma hasta que el estigma público haya disminuido sustancialmente. En este contexto necesitamos también más información sobre la relación entre estigma, emociones como la vergüenza y la autoestima.

- El estigma público tiene un impacto importante sobre muchas personas con enfermedad mental, especialmente si lleva al autoestigma, y puede interferir con diversos aspectos de la vida, incluido el trabajo, la vivienda, la atención sanitaria, la vida social y la autoestima. Para apoyar a las personas con enfermedad mental, son necesarias campañas eficaces contra el estigma a largo plazo para reducir el estigma público en la sociedad.



Correspondencia: **Ainara Arnaiz.**
ainaralaranja@hormail.com

BIBLIOGRAFÍA

- Rüsck N., Matthias C., Angermeyer, Patrick W., Corrigan. El estigma de la enfermedad mental: Conceptos, consecuencias e iniciativas para reducirlo. *European Psychiatry* 2006; 13: 165-176.
- Redfield Jamison K. The many stigmas of mental illness. Vol 367 February 11, 2006.
- Kay R. Jamison, Una mente inquieta, Tusquets, Barcelona 1996 (del inglés). ISBN: 84-7223-962-4.
- Uriarte Jose J. Violencia, Enfermedad Mental y Estigma. *Newsl (Soc Esp Psiquiatr Leg)* 2005; 14
- Chef-Graham CA, Rogers A, Yassin N. "I wouldn't want it on my CV or their records": Medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Med Educ* 2003;37: 873-80.
- Ey S, Henning KR, Shaw DL. Attitudes and factors related to seeking mental health treatment among medical and dental students. *J Coll Stud Psychoter* 2000; 14: 23-39.



El buen Comunista y la Mala Mujer: Althusser y Helene Legothier

Guillermo Rendueles Olmedo

Psiquiatra, CSM de Gijón.

Profesor UNED

Gabriel Albiac nos ha relatado una escena que según él cierra todo el imaginario utópico de mayo del 68. Apenas unos cientos de personas —los restos del naufragio de la izquierda— acuden a las honras fúnebres de Althusser, el maestro de pensamiento que guió a tantos jóvenes a romper sus vidas peleando contra un poder que convirtió en moda las consignas. El duelo de Albiac —¡ni un psicoanalista, qué pocos políticos!— reproduce un olvido de otro entierro, el de Helene Legothier, realizado a toda prisa y sin ninguna ceremonia porque por todos los círculos parisinos existía un consenso firme que convertía a Althusser en la víctima de la vieja bruja que siempre martirizó al bello y sabio filósofo hasta poco menos de obligarle a estrangularla.

Althusser fue quizás el último gran filósofo con una militancia al viejo estilo en uno de los grandes partidos comunistas occidentales: En el curso de una crisis de pareja Luis Althusser estranguló a su compañera de vida Helene Legothier que tenía 8 años más que él, medía 30 cm. menos y apenas pesaba 50 Kg. Nunca fue procesado por ello: en razón de su enfermedad mental, la justicia francesa dictó un “no ha lugar” en veredicto fuertemente influido por una coalición que puso de acuerdo a filósofos de la derecha vaticanista como Guitton con toda la izquierda social-comunista de la época.

En las dos últimas biografías escritas por Althusser tras lo que siempre calificó como “el

suceso”, jamás aceptó la propiedad de sus acciones y mucho menos cualquier sentimiento de culpa por el homicidio constituyen unos textos excelentes —donde mezcla de continuo los determinismos psicoanalíticos (Althusser estuvo más de quince años en curas sicoanalíticas) con los históricos— para asomarnos brevemente como desde la izquierda el aparato de feminización construye también un arquetipo de la mala mujer.

Con una perversidad tal que en nada tiene que envidiar al franquismo. Se trata solo de sustituir la sumisión al nacional catolicismo por la sumisión al Partido Comunista. Un militante tan disciplinado como Althusser acepta nada menos que una resolución de la célula de la Escuela Normal que le insta a abandonar bajo apercibimiento de expulsión “la dañina relación” con Helene, calificada de “elemento provocador aventurista y antipartido”. Imposición votada favorablemente por Althusser aunque jamás cumplida en una práctica habitual en él y repetida en otra ocasión.

Cuando Helene Legothier es “juzgada” por otras de las organizaciones de masas controladas por el PCF, el Movimiento por la Paz, durante una sesión cuyo relato invierte a los inquisidores en un tribunal garantista, el propio Althusser que ha defendido a su “compañera de vida” y que sabe de la falsedad de las acusaciones, de nuevo vota al final a favor de su expulsión del Movimiento, con tal de mantenerse en la ortodoxia.

Entre el Amor a Helene y el Amor al Amo:

La prehistoria de la relación entre Helene y Althusser es ciertamente significativa para rastrear las fuentes de esa voluntad de sumisión de Althusser al partido Comunista Francés aceptando los dictados del colectivo sobre la compañera o indigna de un también le enseña a equilibrar “la vida con la intransigencia de los principios”. Efectivamente, Althusser tras la guerra no conoce el mundo parisino y es Helene quien le conduce por esa ciudad frente a la que nuestro autor se siente un niño desvalido. Helene es también quien le hace confiar en su propio valor intelectual frente a la vivienda repetida ante Guitton de no valer nada intelectualmente y de ser apreciado “como alguien que no es él”.

Deuda althusseriana que debe prolongarse a la pedagogía amorosa de Helene que logra atenuar las evidentes fobias sexuales que Althusser sufre al conocerla: “una tarde al irme, ella con la mano derecha me acaricia imperceptiblemente mis cabellos rubios sin decir palabra y yo me sumergí en a repulsión y el terror; yo no podía soportar el olor de su piel que me parecía obscena”. Viejas inhibiciones de nuestro autor “—yo era incapaz de aceptar que alguien se sintiese atraído por mí” había escrito Althusser—, confirmadas en huidas de intimidad femenina en algún viaje con Nicolle Cartir Bresson o en fracasos directamente sexuales tras algún baile en la Normal investigados por Yann Moulrier, Fobias sexuales que desaparecen tras su relación con Helene, substituidas por múltiples relaciones amorosas de Althusser culminadas al final de su vida en común, por una relación sexual en el mar con una casi desconocida, frente a una Helene que contempla desesperada la actuación desde la orilla, en una nauseabunda escena relatada en el Porvenir.

El final de la relación mediante el uxoricidio, se compagina mal con “no ha lugar” a la instrucción de un juicio penal que investigue la muerte de Helene. El propio Guitton ha relata-

do su tráfico de influencias con los poderosos de la justicia francesa para no enfangar con la publicidad de un proceso de violencia de género a una gloria del Pensamiento francés. La calificación legal de inimputable aun siendo impecable respecto a esos fines prácticos encubre un crimen de violencia domestica claro.

La seudo sentencia del homicidio de Helene por la Justicia Francesa parece ejemplificar a la perfección la teoría de Althusser de las acciones sin sujeto al pretender la no atribución a un autor del estrangulamiento cara a cara y con las manos desnudas de una anciana de 70 años que “había tomado las medidas prácticas” para romper su relación con él. Versión increíblemente confirmada por los expertos en psiquiatría legal parisinos que cuando etiquetan el homicidio de Reacción Confuso Onírica, establecen un diagnóstico incompatible con la versión más creíble de unos hechos cercanos al clásico crimen pasional en que la falta de tolerancia a perder el objeto amado hace cortocircuitar los impulsos agresivos y ponerlos en acto sin calcular las consecuencias de la acción.

El propio relato en los primeros minutos del día 16 de Noviembre de 1980 tras el crimen en el que Althusser despierta al médico de la Escuela Normal para decirle “he matado a Helene, haz algo o quemo la escuela”, remarca bien la distancia de una acción confusa y automática tras la que habitualmente el sujeto se fuga deambulando confuso militando con ellos, mientras vive con la que llama “algo más que una compañera de vida”, “la inspira y casi adivina lo que se debe escribir y por ello corrige mis escritos”.

Helene y Althusser mantuvieron una relación tan desigual en el dar—recibir, en la lealtad—deslealtad, que indigna a cualquier observador ver como ha cristalizado una versión del “seceso”, donde la víctima parece el asesino. Un relato prolongado por los discípulos de Althusser en el que desde la diferencia de



belleza, edad, estatura o sabiduría juegan a favor del cuento parisino de “la vieja bruja que siempre manipulo al pobre filósofo, al que crispó hasta el punto de obligarle a estrangularla en una explosión de ira”.

Imagen de Helene construida en parte con las truculentas imágenes relatadas por el propio Althusser en *El Porvenir* que engordan el folletín ya señalado “Helene tenía una vida también determinada por una infancia inhumana en la que una niña de 13 años debe poner en acto por razones eutanásicas la muerte de su padre canceroso —a quien adora— y al poco tiempo la de su madre a quien odiaba, mientras sufre y tolera la agresión sexual del médico idealizado con él que cuida a sus padres y alivia sus últimos dolores”.

La biografía de Althusser refleja una Helene bien distinta de ese imaginario parisino y del folletín de la bruja, mostrándonos una mujer con un amor tan sensato y una capacidad para contener la psicosis, que posiblemente libra a Althusser de una temprana existencia manicomial. En el primer ingreso hospitalario de Althusser tras su relación, es ella quien logra que el primitivo diagnóstico de Esquizofrenia de las Clínicas de S. Anne que hubiese orientado la vida del filósofo hacia la invalidez laboral, sea revisado por un psiquiatra republicano español —Ajuriaguerra— y a la prescripción de la cura por electrochoques y el pronóstico de defecto esquizofrénico sean cancelados.

Helene es también a nivel psiquiátrico quien trata de limitar —hasta que ella misma se rinde al psicoanálisis— la invencible búsqueda de terapias que transformaron la vida de Althusser en una enfermedad, con su paso por toda clase de curas desde el narcoanálisis del que es gran propagandista (recluta a su madre y hermana para la cura), al psicoanálisis ortodoxo y todos los tratamientos farmacológicos disponibles.

El reconocimiento inicial de la deuda con Helene tiene lugar con una carta de 1962 en la

que tras una separación, la califica como “guía de mi vida”, como la compañera que comunista. Por encima de la vivencia folletinesca con que Althusser cuenta su conocimiento afectivo y carnal con Helene —“cuando nos conocimos la sostuve de la mano para que no resbalase en la nieve y sus amores me llevaron al manicomio y el electrochoque”— el encuentro supuso para el filósofo el regalo de encontrarse con alguien que sí había construido la historia mientras él vivía internado.

Helene Lagotienne que trabajó en el cine con rendir y participó desde los años 30 en todos los movimientos de izquierda que lucharon contra el fascismo emergente, va a ser continuamente acusada por los comunistas de “provocadora” y de agente secreto del gobierno inglés (a recordar que se vive la guerra fría). Nada más lejos de la realidad como prueba Moulrier (1992)¹ señala que Helene fue militante del grupo de internacionalistas que a mitad de los años 30, dio apoyo a la II República Española. Amiga personal de varias comunistas judías, se opuso también desde primera hora a la canalla antisionista, que abundaba en los círculos intelectuales parisinos. Resistente desde la primera hora Hele sobrelleva con enorme arrojo, eficacia y suerte, tanto labores de espionaje, como peligrosas acciones armadas de sabotaje anti-alemán. Sus únicos “errores” en la resistencia son no proporcionar algunos lujosos caprichos a la esposa de Aragón y la actividad poco sectaria unificando grupos católicos y comunistas en la acción armada contra alemanes y colaboracionistas.

Tras la liberación es acusada por los círculos comunistas de estar al servicio del espionaje inglés y de haberse excedido en la represión de los colaboracionistas con el fusilamiento de varios militares de la milicia Petenista. Calumnias que envenenan toda la existencia de Helene que cuando trata de publicar su versión autobiográfica de los acontecimientos, ve rechazado su texto —*Pretérito Perfecto*— que, según su amigo Albert Camus, es impubli-

cable tanto por motivos de falta de calidad literaria como por motivos ideológicos al descubrir su texto la realidad de las dos resistencias, la comunista y el resto, que funcionaron en la Resistencia francesa².

Todos los intentos de Helene por “rehabilitarse” y participar por ejemplo en movimientos contra el colonialismo francés de Indochina son rechazados por los dirigentes del PCF que sistemáticamente la persiguen y excluyen de las

organizaciones que controlan en unos términos tan humillantes que cuesta imaginar a Althusser, amnésico respecto a sus actos de la que habla la sentencia y la realidad de la acción voluntaria que sostuvo el homicidio. Acción criminal reafirmada más allá de la declaración de autor —he matado— por la materialidad del acto en la que alguien tiene que mantener la fuerza y presión de las manos sobre una garganta durante los largos minutos que el otro tarda en morir.



© Vasco

REFERENCIAS CITADAS

- 1 Moulrier Boutang Yann: *Louis Althusser: Une Biographie*. Grasset Paris, 1992.
- 2 Paradoja de la justicia histórica que más allá de la gloria literaria de hombre infames como Celine llevó al propio Camus a recomendar la publicación en Gallimard de *Les Deux Entenderards* de Lucien Rebatet autor de las más infames denuncias y textos alentando la ejecución de judíos y resistentes.



REFLEXIONES SOBRE EL ROL PROFESIONAL DE LOS PSICÓLOGOS EN OSAKIDETZA. COMO AUMENTAR SU PAPEL.

Joaquín Ponte Velón

Psicólogo Clínico.

Unidad de Rehabilitación del Hospital de Zamudio.

Resumen

En este artículo se analiza el rol del psicólogo clínico en la red pública de salud. Se propone que su campo de trabajo y sus capacidades profesionales se superponen en gran medida con las del psiquiatra. Se reflexiona sobre los puntos fuertes de la preparación del psicólogo y se propone un reparto de funciones con el psiquiatra.

Posteriormente se ofrecen sugerencias para aumentar el papel de los psicólogos en Osakidetza. Estas son: agruparse según escuelas y trabajar en red, definir protocolos de tratamiento estructurados, aumentar la carga de trabajo, asumir los tratamientos grupales.

Palabras clave

Psicólogo clínico, rol profesional, propuestas, reflexiones.

Summary

In this article we study the psychologist's role in the public mental health service. There is a considerable overlap between psychologist's and psychiatrist's work field and in their professional abilities. We reflect upon psychologist's strong capacities and propose a division of labour with the psychiatrist.

After that we offer suggestions about how to increase psychologist's status in Osakidetza. The ideas are: group and work together depending of schools of therapy, define treatment protocols, assume more work load and work with groups and short term therapies.

Key words

Clinic psychologist, profesional role, proposal, reflexions.

Introducción

En este trabajo vamos a plantear una serie de reflexiones acerca de nuestro quehacer profesional. Vamos a tratar de delimitar nuestro rol profesional con relación a los compañeros psiquiatras. Nuestro objetivo es delimitar nuestro rol profesional y dejarlo claro para que la coordinación y el reparto de funciones sea factible. Adelantamos que una de nuestras tesis básicas es que psiquiatras y psicólogos compartimos un mismo campo de trabajo y que nuestros saberes no son de áreas exclusivas sino que existe una gran superposición. Trabajamos sobre los mismos fenómenos con enfoques y técnicas diferentes. Por ello debido a la indefinición en cuanto a los límites entre ambas disciplinas creemos que lo más inteligente sería repartirse tareas y áreas de actuación.

Después detallamos como creemos que los psicólogos pueden aumentar su papel y su peso específico en la atención a salud mental. Debido a las necesidades que supone nuestro trabajo no podemos hacer frente a una demanda que se incrementa un 5% cada año en las condiciones en las que lo hacemos en la actualidad. Debemos pensar soluciones imaginativas y arriesgadas para



hacer frente a los problemas con que nos encontramos. Es necesario cambiar para poder conservar un papel importante en la atención a la salud mental de la población. Daremos sugerencias al respecto.

I. Delimitación de nuestro rol profesional. Diagnóstico. Psicoterapia

En primer lugar debemos definir claramente nuestro perfil profesional. Para ello se hace necesario y urgente delimitar y definir lo que hacemos, nuestras competencias y áreas de trabajo.

Es este un aspecto que nosotros consideramos casi resuelto porque lo vemos claro pero en la práctica y en los papeles no queda consensuado de forma explícita. El hecho es que hay un solapamiento de funciones con el psiquiatra y debemos definir cuales son estas competencias y funciones que se solapan y cuales son propias y exclusivas de cada profesional.

Tomemos el aspecto del diagnóstico, el psiquiatra está quizás más entrenado en psicopatología y evaluación del estado mental, ya que es más experto en ese tema. Nosotros tenemos un conocimiento psicopatológico más somero pero estamos más versados en psicodiagnóstico usando pruebas objetivas. Hemos sido entrenados como expertos en evaluación. Por lo tanto podemos pensar que ambos profesionales saben diagnosticar y valorar los trastornos mentales. Esta es una función común y que se superpone. Sin embargo el psiquiatra es un experto en psicopatología y las tareas que requieran de más competencia en esta área debieran quizás ser para él; por otro lado el psicólogo es experto en evaluación objetiva y lo que tuviera que ver con ese aspecto debiera pertenecer a su campo de acción.

Reflexionemos sobre el aspecto del tratamiento. El aspecto de la terapia con psicofármacos cae claramente del lado del psiquiatra.

Sin embargo en el aspecto de la psicoterapia el solapamiento y la confusión reinan. Normalmente el psiquiatra realiza una terapia de apoyo dado lo limitado de su tiempo de atención en los Centros de salud mental en los que tiene que atender una demanda siempre creciente. La Terapia de apoyo se define por maniobras tendientes a apoyar el yo del paciente y de intervenciones inespecíficas según la situación momentánea en la línea de consejo, educación, escucha, refuerzo y orientación. Es una terapia válida, necesaria y en muchos casos la única aplicable.

Debemos definir que consideramos psicoterapia y que no lo es. La psicoterapia sea de la escuela que sea requiere mayor implicación por parte del paciente y trata de seguir un programa determinado con unos objetivos, tareas y métodos específicos. Bien sea cognitivo conductual, analítica o sistémica tiene unos pasos y elementos comunes entre sí. Por lo tanto el tratamiento es más estructurado y ambicioso, a medio plazo persigue resolver los problemas que causan los síntomas que la medicación quizás solucione de forma momentánea pero no resuelve de forma permanente. El experto en la aplicación de estos tratamientos es el psicólogo, bien es cierto que hay psiquiatras entrenados como psicoterapeutas que también realizan estas tareas, pero creemos que esta es más la excepción que la norma en el colectivo.

Por lo tanto creemos que según sea la evaluación y diagnóstico del caso debiera definirse la necesidad de medicación o no y la de terapia de apoyo o un programa psicoterapia definida en tiempo y o sesiones. Debíamos ser capaces de proponer ciertos índices que ayuden a valorar la conveniencia o indicación de una psicoterapia o una terapia de apoyo. Entre los posibles indicadores de una psicoterapia se pueden encontrar:

- Enfermedad no crónica.
- Buena conciencia de enfermedad. Demanda de ayuda.
- Eficacia probada científicamente de la psicoterapia de esa orientación en esa patología.



Por lo tanto creemos que los psiquiatras son expertos en terapia de apoyo que es necesaria y conveniente en muchos casos junto a la medicación. El psicólogo es experto en psicoterapia y hemos de definir que pacientes y cuando pueden beneficiarse mejor de las mismas.

Creemos que la psicoterapia es una prestación que Osakidetza debe prestar a la ciudadanía pero que al ser un bienpreciado y costoso debemos definir concretamente los ámbitos óptimos de su aplicación.

2. Sugerencias para aumentar el papel de l@s psicolog@s

- Agruparse por escuelas y definir protocolos de tratamiento.

Un objetivo razonable puede ser agruparse según escuelas de terapia generales y definir protocolos de tratamiento generales. Pensamos que uno de nuestros fallos como psicólogos es el aislamiento y soledad en los que llevamos nuestro trabajo. Cada profesional desarrolla su propio método personal pero existe muy poco trasvase o compartir de conocimientos. Excepto aquellos profesionales situados en asociaciones profesionales, que son normalmente docentes de algún Master que colaboran juntos; el resto se dedica a la labor asistencial diaria y punto.

Al ser el de los psicólogos un colectivo pequeño, disperso y más bien desunido tenemos que llevar a cabo acciones que nos cohesionen, que nos obliguen a relacionarnos como la de formar grupos de trabajo para definir protocolos de tratamiento. Con esto podemos conseguir otro importante logro, que es definir bien lo que hacemos de cara a la Cartera de servicios, prioridad de Osakidetza en este momento. Si queremos que la psicoterapia no se caiga de ahí necesitamos concretarla y definirla.

Para todo esto es necesario delimitar protocolos de tratamiento. En ellos debemos definir objetivos, número de sesiones, modos de

evaluar la mejoría. Para ser considerado un tratamiento con base en la evidencia científica debemos tratar de cuantificar éxitos y fracasos.

- Aumentar la carga de trabajo.
Una de las razones por las que la figura del psicólogo está desapareciendo de la red es que los gestores en las cifras puras y duras ven que los psicólogos vemos menos casos y nuestra carga de trabajo es menor. Por lo tanto a igual sueldo menos rendimiento, por lo tanto igual a mayor necesidad de psiquiatras que cargan con lo que se les venga encima. Las cifras de la próxima OPE desgraciadamente nos dan la razón: salen a concurso 59 plazas de psiquiatras por 20 psicólogos para la Comunidad Autónoma del País Vasco. Debemos de tratar de aumentar nuestras cifras para equilibrar en parte esta balanza. Podemos hacerlo intentando:

- Asumir más casos y más graves. Centrar esfuerzos y aumentar consultas en la patología grave.
- Usar paradigmas de terapia breve para casos leves.
- Publicar y tener presencia en congresos, medios de comunicación.

- Tratamientos grupales.

Debemos asumir los tratamientos grupales y aumentarlos. Mirando las estadísticas vemos que la terapia de grupo es una práctica que se está abandonando en vez de potenciarse. La Terapia de Grupo es una modalidad que cuesta un esfuerzo especial de preparación, coordinación del equipo, realización. Sin embargo creemos que ese trabajo se ve reforzado por los resultados y por poder asumir más demanda. Una queja contra los psicólogos suele ser que ven menos pacientes. Por un lado es cierto porque necesitamos más tiempo para nuestras sesiones de psicoterapia pero debíamos equilibrarlo asumiendo los tratamientos grupales. Creemos que la Terapia de Grupo para nosotros como colectivo debe ser una prioridad al ser



la nuestra una red pública y con niveles de demanda crecientes.

3. Conclusiones

Finalizando, y como conclusión, creemos que nuestro rol profesional todavía está en el aire y no se comprende bien nuestro cometido. Pensamos que nuestra área de trabajo es compartida con los psiquiatras y que debemos definir nuestras competencias para poder repartir de forma eficaz el trabajo, que de todas formas es ingente. Creemos que, como puntos fuertes, dominamos el psicodiagnóstico, en especial a través del uso de pruebas objetivas, así como somos expertos en la aplicación de la psicoterapia.

Como sugerencias de futuro para consolidar nuestro papel pensamos que debemos definir protocolos de tratamiento y los colectivos que más se beneficiarían de la psicoterapia. Para ello nos es conveniente agruparnos según escuelas de tratamiento y definir programas estructurados. Pensamos que debemos dirigir nuestros esfuerzos a las patologías más graves y estudiar la eficacia de nuestras psicoterapias de forma científica trabajando en red. Dado nuestro papel como proveedores públicos opinamos que es nuestro deber utilizar formas de tratamiento grupales y paradigmas de terapia breve para extender el alcance de los programas de psicoterapia al colectivo de usuarios más amplio posible.



Correspondencia: **Joaquín Ponte.**
jponte@hzam.osakidetza.net



Caso Clínico

El caso Miguel

Juan Luis Borda Elejabarrieta

Psicólogo Clínico

Psicoanalista, miembro de la A.M.P.

Introducción

Transcurría el mes de diciembre del 99 cuando recibía una demanda de consulta por parte de los padres de un varón que por entonces tenía 17 años y que llamaremos Miguel.

Fueron ellos los que acudieron a esta primera cita para hablarme del motivo de su petición: los habían orientado desde su Centro Escolar por su bajo rendimiento intelectual y sus frecuentes ausencias a la clase. Pero no sólo estaban preocupados por ello, pues además le habían encontrado en alguna ocasión sustancias adictivas y veían en él un comportamiento que definían como de “manías de orden” y “contacto”, que no cesaban a pesar del tiempo transcurrido desde su aparición. Relataban así la inquietud que presentaba Miguel por la posición de los cuadros, el mobiliario, la limpieza de los enseres y cubiertos de la cocina y la petición particularizada en su padre, de que no entrara en su habitación con calzado.

Con cierta angustia, la madre describirá como su marido se infectó por el V.I.H. durante su período de trabajo en la mar; “a través de relaciones sexuales con prostitutas”, descubriendo el contagio tras una enfermedad de las denominadas oportunistas, cuando Miguel tenía unos 14 años. “Fueron unos meses muy

duros, los dos nos pusimos muy mal, discutíamos continuamente,... Al final decidimos seguir juntos”, relataba la mujer. Junto a esto afirmaban que ninguno de sus dos hijos —hacían referencia también a una hija que por entonces tenía 13—, sabían nada de ello, pues nunca se lo habían comentado, ni ellos se lo habían preguntado, a pesar de estar depositado en lugares comunes un extenso arsenal farmacológico Retroviral.

En esta primera entrevista, aportaban también dos hechos relevantes para la historia clínica del paciente: una enuresis nocturna que desapareció sobre los 12 años y un accidente que tuvo lugar cuando tenía 7, al ser golpeado en la cabeza por un autobús que iniciaba su recorrido, siendo ingresado en un hospital durante 15 días y dado de alta con un diagnóstico de Traumatismo Craneoencefálico sin permanencia de secuelas.

Las primeras entrevistas

A los pocos días de esta entrevista con sus padres recibía a Miguel. Mi primera impresión visual me hizo recordar a los jóvenes pacientes psicóticos que pueden observarse en las salas de los Hospitales Psiquiátricos, pues daba la



sensación de que su yo no controlaba la motilidad. Le pregunté cómo estaba y en qué le podía ayudar, pues contaba por lo menos con su beneplácito para acudir a mi consulta. Al comenzar a hablar esa imagen inicial se disipó, pues su discurso no estaba desestructurado ni era discordante.

“No estoy bien”, me dijo, “el curso es demasiado complicado para mí, no llego, los suspensiones son frecuentes,.. me siento mal también porque no quiero gastar inútilmente el dinero de mis padres. .En ocasiones pienso que pueden ser secuelas de un accidente que tuve en mi infancia. Cruzaba la calzada mirando para otro lado y un autobús me golpeó la cabeza, estuve ingresado y me dijeron que no había secuelas, pero a veces lo dudo, aunque es verdad que durante algunos años pude estudiar. Me he dado más golpes en la cabeza; la bici, jugando al fútbol,.. no sé, quisiera empezar a trabajar pues tampoco me gusta estudiar,.. además, hay algo que me preocupa mucho y que intento mantenerlo oculto, pues si los otros se enteran me bacilan,.. es el temor al contagio,.. al contagio de microbios,.. no sé por qué pero me pone muy mal,.. si alguien me toca con la suela del zapato o me echa tierra del suelo me lleno de inquietud, me enfado, me voy a casa y allí también me preocupan los cubiertos, el inodoro,.. es absurdo pero no puedo evitar que me produzca un mal rollo terrible”, “también me preocupan ciertos dolores, en la cabeza y en distintas partes del cuerpo, aunque mi madre no quiere llevarme al médico”.

Se iniciaban así una serie de sesiones donde el sujeto iba a poder situar el precipitante de sus ideas de contagio. “Estaba haciendo auto-stop, me paró un hombre pálido, delgado, demacrado. Pensé que tenía S.I.D.A., poco después, cuando llegué a casa empecé a pensar que me podía haber contagiado, me cambié de ropa, empecé a sentirme mal”. Mi pregunta, en relación a porqué S.I.D.A., obtuvo una respuesta del lado de no querer saber: “no sé por qué, no tengo ninguna relación con ello, consumo

hachís, pastillas y cocaína algunos fines de semana, pero evito siempre cualquier relación con las jeringuillas, además desgraciadamente no tengo relaciones sexuales”. Su respuesta era el no de la denegación y posiblemente el no de la suspensión del saber, de la inhibición del comprender.

El relato de su historia

Poco a poco, la queja y la descripción de su angustia pudo irse combinando con la construcción de su historia.

Así, irá contando como transcurrió su primera infancia en un caserío próximo a la costa vizcaína, propiedad de la familia materna. En sus palabras, fue criado por sus abuelos, pues su padre trabajaba en la pesca de altura y su madre regentaba un negocio familiar que le mantenía fuera de la vivienda la mayor parte del día.

Sus padres contrajeron matrimonio cuando su madre estaba embarazada de él.

Las llegadas de su padre a casa las recuerda como momentos de alborozo y bienestar inicialmente, para tornarse posteriormente en la contrario, pues su posición y origen le hacían sentirse inferior en relación a sus pares.

Su padre, formaba parte de una de las pocas familias extremeñas que habían emigrado al pueblo a mediados de los 60. Era en el decir de Miguel, una familia considerada como marginal, por su lengua, sus formas de vestir o los trabajos poco cualificados que desarrollaban.

Recuerda su deseo, ya en los primeros años de escolarización de estar entre los niños considerados como la elite de su Centro escolar, y también su sensación de ser marginado, de no corresponderle estar entre ellos.

En el caserío, entre su familia materna, su sentimiento era de felicidad, aunque también



recuerda que hacia los 10 años mantuvo varios encuentros de contenido sexual con un primo menor que él, y que le atormentarán posteriormente desde el lado de la culpa y el autorreproche al situarse en una posición activa de seducción.

Sin poder significar la razón, describirá cómo hacia los 14 años las cosas empeoraron de forma radical para él. No se encontraba bien en ninguna parte, deseaba morir, recordando cómo hizo un intento de ahorcamiento que fue abortado por su abuelo materno. Escribía poemas a la muerte, donde reclamaba que le fuera a buscar. Se iniciaba también el declive escolar y el peregrinar por distintos Centros escolares, donde encontró un lugar entre los otros que también “fracasaban”.

Mitigación y reagudización clínica

Estaba claro que no era el deseo de saber lo que movía a Miguel a acudir al tratamiento sino el recorte de su malestar. A pesar de mis prudentes intentos de avanzar por la vía asociativa, el sujeto seguía ceñido a la queja y la explicación en ocasiones meticulosa de su malestar. La transferencia se hacía presente a través de la verbalización del lugar en el que me ubicaba; alguien con el que se podía hablar de lo que le pasaba, en contraposición a unos padres que describía como insuficientes, inculotos o acomplejados.

Comenzaba el siguiente curso escolar y Miguel experimentaba una considerable mejoría en cuanto a su clínica de contacto y su rendimiento escolar pero esto no duró mucho, pues un incidente con la policía en relación al grupo independentista con el que simpatizaba le haría ubicarse subjetivamente en el “lugar del traidor que habló por cobardía”, iniciándose un proceso mortificador a través de continuos autorreproches, —esa clínica que Freud denominó como la manifestación de la pulsión de muerte a través del Sadismo del Super-yo—,

que se formulaba como el ser “una mierda”, “un cobarde”, “un traidor”.

La clínica del contagio se agudizó de forma tan preocupante que en algunos momentos me hizo temer por la aparición de un estadio de las denominados finales. Su decaimiento, los trastornos del sueño, las interpretaciones referenciales, aunque sin certeza evidente, su ideación autolítica que no materializaba “por cobardía”, los tóxicos le ubicaban en una posición de goce mortífero que aparecía como realmente difícil de atemperar. Fue un momento en el que el sujeto aceptó el medicarse, lo que sin duda produjo un cierto restablecimiento de funciones y un recorte de su malestar.

La caída de la denegación

Al cabo de un tiempo el sujeto iniciaba el proceso de sintomatización del difícil momento por el que había pasado, sintomatización en el sentido de aceptar el síntoma como propio, como de su responsabilidad. —“¿No sé cómo puedo llegar a tratarme así?, a considerarme una mierda..., el otro día en una concentración me vino un recuerdo de la infancia, una duda, donde no sabía si era de aquí o extremeño..., son cosas que tienen algo que ver con mi padre, con el odio que he sentido tantas veces hacia él...”

Un acontecimiento familiar precipitó el que los padres me preguntaran sobre la oportunidad de comunicar al sujeto la verdad sobre la enfermedad paterna. Les dije que me parecía adecuado y que el momento era de cierta estabilidad.

“Déjame que te cuente” me dijo en la siguiente sesión”, “mi padre está infectado por el S.I.D.A.,... cuando me lo dijeron me dio rabia, pero era como si de alguna forma ya lo sabría,..., no sé cómo,... pobre hombre... mi madre no está infectada, ... oscilo entre la pena y el odio, aunque cuando él se contagió no se



sabía nada, ... los marinos es habitual que vayan con prostitutas..., pero ahora puedo entender cosas,” ...sí, le señalé, “aquél tiempo en que mi madre lloraba, discutían, que cambió el ambiente familiar,... yo me sentía triste,... quizá por ahí el intento de ahorcamiento,... trajo la muerte a casa,... le odio”.

Progresivamente la clínica de contagio fue cediendo hasta los niveles insignificantes en que se encuentra en la actualidad y paralelamente las quejas corporales, las algias, lo que nos permite pensar en su conexión.

Curiosamente comenzó a tener más éxito en su federación de ajedrecistas, dejando de tener tanto peso su duda sobre si debía insistir más en la estrategia o en la táctica. También comenzó a trabajar de forma más continuada y a expresar un mayor sentimiento de placer por las actividades cotidianas; su batería, su cuadrilla, su actividad deportiva,... si bien estos momentos se escenificaban entre intervalos más o menos amplios, entre los que el sujeto se transformaba en una especie de pelota que va y viene entre los contradictorios impulsos del Ello y el Super-yo, entre el descontrol de los tóxicos y su expiación.

Del lado del fantasma

“Salgo, comienzo a consumir alcohol, alguna raya,... es el tema de las chicas, me siento más tranquilo cuando hay tóxicos de por medio,..., es que pienso que no les gusto, que soy una mierda para ellas, entonces cuando estoy así me atrevo a hablarles, pero es verdad, hay un momento en que el placer inicial se convierte en sufrimiento, en malestar,... es al pasarme, pero no lo puedo controlar, .. el otro día es como si hubiera estado pidiendo que me dieran hostias a gritos,... le eché un escupitajo a una tía al vaso, ...quizá era envidia,... era una tía buena, maja..., jamás me haría caso... de todas formas quizá haga esas cosas para degradarme, para ser el peor del pueblo,... a veces me vienen ideas de ser

chapero, de ser el marginal, ...pero, ¿por qué?... yo no quiero estar así, quisiera estar bien”.

Escandí la sesión en este punto señalándole que marginal era la palabra que había utilizado en ocasiones para referirse a su padre.

El aislamiento impedía el enlace de lo escandido con la siguiente sesión.

Seguía pues la alternancia entre el goce pulsional y la expiación, con un fuerte autoreproche por los actos que designaba con el significante “pasar-se”, y que cedían tras varios días de anulación a través del cuidado corporal, la privación y el deporte, configurándose una especie de religión privada.

Comenzaba una nueva sesión refiriendo que se encontraba muy mal, pues había vuelto a pasarse con los tóxicos y había mantenido un comportamiento desafiante ante personas que consideraba sus amigos. Pero algo fue rompiendo la repetición del discurso de la sesión y comenzó a situarse del lado del fantasma: “venía en el autobús y me imaginaba a mí mismo caído, herido, derrotado,.. y lo veía como en otras ocasiones, con romanticismo,... era el hombre derrotado, ...no sé”, “¿qué piensa el psicoanálisis de esto?”, me preguntaba, a lo que le contestaba que no sabía muy bien lo que quería decir, pero que para el psicoanálisis lo que relataba era muy importante.

Se situaban con ello dos modos de goce por parte del sujeto, el del síntoma que aparece como displacentero y el Fantasma como goce acomodado a un cierto placer. Miguel pedía una nueva sesión, y en ella la rueda, acto-anulación-expiación volvía repetirse implacablemente.

Algunas consideraciones sobre la transferencia

En el sentido clásico Freudiano podríamos decir que Miguel mantiene una transferencia positiva a lo largo del tratamiento, colocándo-



me en un lugar de excepcionalidad, donde él puede hablar. ¿Pero qué decir de la Transferencia como amor dirigido al saber inconsciente?. Pues quizá, que hay una cierta apertura a él, tórpida, ambivalente, pero existente. La cuestión, es si se mantendrá en la transferencia, si se repetirá indefinidamente, eso del lado de lo no logrado, de lo que empuja con intensidad a un punto de inercia.

Hubo un momento, en que Miguel me hizo saber que inicialmente se encontraba mal en las sesiones pues se sentía tratado como un ser humano en vez de cómo “una mierda”, que es lo que él se sentía.

Finalmente, señalaría que he evitado escrupulosamente, situarme en ese lugar del amo donde en ocasiones parecía que Miguel me quería encontrar.

Reflexiones sobre el caso y la pulsión de muerte

Sin duda podríamos plantearnos el diagnóstico del caso. Yo lo haría desde el lado de una Neurosis Obsesiva muy grave, siendo evidentes también los aspectos clínicos depresivos. Hay

elementos sobrantes para poderlo precisar así, a saber; la presencia tajante de la muerte, como decía Lacan, la cuestión paterna y su identificación, la organización de la Neurosis allá donde el padre se ha mostrado fallido, como nos decía Freud en el hombre de las ratas, su identificación a los excrementos, que podemos verificar en la transferencia cuando trata de confirmar que es una mierda y no puede soportar que le traten como a una persona, el sadismo de su Super-yo,...etc.

Es algo, su diagnóstico, que se puede debatir, pero me parece que lo particular del caso, lo que parece más importante, es el carácter de fijeza del goce, de su repetición mortífera, en distintos escenarios y bajo distintos disfraces, con esa contundente inmovilidad que emerge, como decía Freud en el malestar en la cultura, cuando el Super-yo queda sólidamente conectado con la pulsión de muerte.

En el caso, esa gran subversión Freudiana que fue el descubrimiento de la pulsión de muerte queda radicalmente escenificada. Su movilización es siempre el mayor reto para la clínica del psicoanálisis.

Gernika, a 12 de Septiembre de 2006





La llegada del psicoanálisis a Cataluña

Los inicios y las formas del movimiento lacaniano

Clotilde Pascual¹

Psicoanalista y médico psiquiatra.
Barcelona.

Presentación

Se trata de un artículo en donde detenerse y tratar sobre la historia del movimiento lacaniano en España, particularmente en Cataluña. Con un objetivo doble: Por una parte ver que articulada a esta historia está la forma de concebir la dirección de la cura como efecto de una transmisión. Por otra parte situar los avatares y dificultades del recorrido institucional, que si bien no evitará que volvamos a tenerlos, si nos ayudara a estar prevenidos y tratar en la medida de lo posible de que se conviertan en una divergencia fecunda y no en unas rencillas estériles. Rencillas que tapan lo que está en juego: la formación de los analistas, los usos de la transferencia, el deseo del analista, las curas analíticas y sus efectos, o la aplicación del psicoanálisis.

Si leemos la obra de Lacan, éste fue constante en querer recuperar la historia del psicoanálisis guiándole en ello la referencia a la clínica y a la ética que ella comportaba. Para él como para muchos otros analistas, la historia se enmarca teniendo en cuenta los documentos que tratan de esta historia como análisis de dichos documentos. Lacan precisa esto en “Conferencias norteamericanas” al decir: “La historia es algo que existe en segundo plano a partir del documento. Si este no existe, nos

encontramos con un sueño”. Podemos entonces pensar estos documentos, en el que se enmarca este artículo como una huella, como una marca dejada en la historia. Es a través de estos documentos donde cada analista puede contribuir y dejar su huella en el psicoanálisis. A este respecto es a partir de esto que se ha llegado a añadir tal o cual detalle, tal observación complementaria que nos permite ver las fluctuaciones a lo largo de la historia del psicoanálisis.

I.- Una breve introducción al tema

En este encuentro sobre como llegó el psicoanálisis a Cataluña, y en lo que me ha tocado comentar y yo también me he ofrecido, puesto que es una parte de mi propia historia, están los inicios del psicoanálisis de orientación lacaniana. No son unos inicios tan lejanos, datan en nuestro país, de 1976, es decir hace unos treinta años. Por otra parte, al tratar de este tema es imposible pensar en los inicios sin hacer un balance del camino recorrido y esto trataré de hacer brevemente.

Para realizar este balance, es necesario comenzar por decir que la transmisión lacania-

¹ AME (Analista Miembro de la Escuela), de la EPFCL (Escuela de psicoanálisis de los Foros del Campo Lacaniano). Miembro docente de ACCEP (Asociación Catalana para la Clínica y Enseñanza del Psicoanálisis). Miembro de la AePCL (Asociación española de Psicoanálisis del Campo Lacaniano).



na se basa en una concepción de la clínica y de la orientación de la cura analítica que son efectos de la práctica y de la teoría de J. Lacan nacido en Francia en 1901 y fallecido en 1981. Si este año es el año Freud, es decir se celebra el nacimiento de Freud hace 150 años, vemos que ambos: Lacan y Freud se llevaban unos 45 años. Apenas hubo una relación personal entre ellos, la diferencia de edad y la segunda guerra mundial no permitió esta relación. En cambio si hubo un reconocimiento constante y desde el inicio de Lacan hacia Freud, en lo que Lacan denominaba en los años 50 el retorno a Freud en su enseñanza. Por esta enseñanza, intentaba volver a ciertos conceptos claves que en esa época habían sido dejados de lado por ciertos analistas de la época, como el de la pulsión de muerte.

Por otra parte, y esto no es ajeno a toda la transmisión lacaniana, por lo tanto a los inicios de esta transmisión en Cataluña, Lacan se identifica más a los textos de Freud que a su propia persona y es su obra escrita que le sirve de guía. Se establece de esta forma una relación transferencial entre un texto (el freudiano) y un lector (Lacan). Esta relación fundamental a la obra escrita, a su lectura y elaboración es la que vamos a encontrar de forma constante en la forma de transmisión de la obra de Lacan en España.

Un muy breve recordatorio de los ejes de esta transmisión. En el retorno a Freud, Lacan respetando las coordenadas freudianas, resalta la relación del sujeto con el Otro por medio del lenguaje como tercero, como mediador. Los ejes de su enseñanza fueron tratar el inconsciente estructurado como un lenguaje, tratar de la experiencia analítica como falta en ser, y un tercer eje será situar el goce, la satisfacción pulsional freudiana, que llevada a sus últimas consecuencias, da lugar a la pulsión de muerte y en todos los casos a un goce que no puede ser simbolizado del todo.

Sabemos también que Lacan fue expulsado de la IPA por su forma de practicar sesiones de

análisis de duración variable y por su crítica de la Institución analítica donde se encontraba, fundando en 1964 una institución separada de la IPA, la Escuela Freudiana de París. Este legado de su obra enmarcada de esta forma por la ruptura y la escisión ha hecho que en parte su enseñanza, al menos en nuestro país, se viera enmascarada por tales circunstancias. Al ser así, no se le ha hecho siempre justicia fuera de los ámbitos lacanianos, y por otra parte las escisiones dentro del mismo movimiento lacaniano han dado como consecuencia que todo esto tapara y ocupara en ocasiones, el lugar de los argumentos teórico-clínicos y las posibles divergencias teóricas.

Sin duda que en este punto el movimiento lacaniano no es tan diferente de otras instituciones analíticas de otras orientaciones, donde estas cuestiones tapan lo esencial que es la formación de los analistas, el destino de la transferencia, la transformación de los síntomas, el final de los análisis etc. Es importante reconocer el marco donde se asienta este movimiento, para comprender la historia y para entender su balance.

II.- El movimiento lacaniano. Su historia en Cataluña.

Los primeros balbuceos, pero importantes, fueron la aplicación con Tosquelles y otros clínicos de abrir hacia 1973, la aplicación del pensamiento analítico de Lacan a la psicosis, a las instituciones psiquiátricas etc. Frente a la coerción física y química de la época, la opción de hacer de la palabra la guía del trabajo, de escuchar el inconsciente del paciente y de tratar de entender en que redes significantes se encontraba atrapado, dio lugar a una transformación de la forma de acercamiento a este paciente situándole como sujeto responsable y no sólo objeto de cuidados y atención médica. Recuerdo los viajes de Tosquelles al Pera Mata de Reus, sus grupos de supervisión colectiva, sus charlas, a las que asistí algunas veces, como



alumna de la Escuela Profesional de Psiquiatría de Barcelona. La forma de abordar la locura y a los que se ocupaban de ella a través de la palabra nos interesó vivamente y sin duda, al menos para unos cuantos fue una manera de acercarnos a la locura con la mediación del lenguaje.

Me doy cuenta de que tratar de estas cuestiones, es no sólo tratar de informar de unos hechos, sino también recorrer una enunciación, fruto de un real referido a otro real, subjetivo, el mío, ya que hablar de este tema entra de lleno en mi propia historia, en mi recorrido, no sólo de analista, sino personal.

Me referiré a los hechos teniendo en cuenta lo que acabo de formular.

Freud y su obra, lo hemos escuchado, tienen un inicio precoz en España con Ortega y Gasset y su traducción, pero con la obra de Lacan no ocurre así. La traducción de sus Escritos a inicios de los años 70 no fue objeto de su lectura sino en contadas excepciones. También quiero decir que hablar de inicios de psicoanálisis lacaniano en Cataluña lleva parejo el hablar o tener en cuenta su desarrollo en el resto de España, en Francia de donde surge Lacan y de Latino-América.

He enumerado los distintos hitos que marcan estos inicios y también su recorrido posterior.

1. Un primerísimo momento fue la presencia física de Lacan en Barcelona en 1958 asistiendo a un Congreso en el Colegio de Médicos de Barcelona con una ponencia: "El psicoanálisis verdadero y el falso". Pero si bien originó interés no dejó demasiadas huellas, al menos en cuanto a grupos que siguieran su enseñanza.
2. Los inicios de la llegada del psicoanálisis lacaniano a Cataluña y al resto de España, aparte de las aportaciones de Tosquelles, tienen lugar de una forma regular en 1975 y 1976 cuando llega Oscar Masotta, primero a Vigo, luego a Barcelona dando

lugar a grupos de estudio y lectura de la obra de J. Lacan. Este lector de Lacan, como él mismo se complacía en autodefinirse hizo que la enseñanza de Lacan comenzara a circular y que la lectura de sus textos incitara a algunas personas a analizarse y a avanzar en la elaboración de la lectura de dichos textos. El hablar de Oscar Masotta me lleva a rendirle homenaje como el que fuera mi primer maestro en introducirme al psicoanálisis, tanto a la obra de Freud como a la de Lacan, ya que hasta entonces, siendo psiquiatra de formación, atendía pacientes, pero apenas me había topado con el pensamiento psicoanalítico.

No voy a referirme a la persona de Masotta sino a lo que puso en marcha y a lo que supo transmitir. Ya he dicho que se definía como lector de Lacan y no tanto como analista practicante, pero lo importante es que su forma de transmitir la teoría hizo que algunos, entre los que me cuento, nos llevaría directamente a querer analizarlos. Creo que lo fundamental no era el contenido de su enseñanza, era el enseñar a leer y la transmisión de un querer saber acerca del inconsciente, del de los pacientes y del propio. Era algo así como: Tú puedes saber, si lees y si te analizas... En psicoanálisis uno no va sin lo otro. Este fue mi encuentro personal con él en Noviembre de 1975. Un año después y una vez que pude instalarme a vivir en París comencé mi análisis personal con un analista de la Escuela Freudiana de París, la Escuela fundada por J. Lacan en 1964. Fue el comentario de un texto de los Escritos de Lacan, "La carta robada", los apuntes que tomé en este grupo de Estudios con Oscar Masotta que constituyen la marca de origen que me impulsó a realizar un análisis y a devenir con el tiempo analista.

Lo que prevaleció de estos grupos de estudio de Masotta y también de otros analistas de origen argentino, lectores de Lacan fue que bastantes colegas más comenzaron sus análisis, unos en París, otros en Barcelona. El psicoaná-



lisis lacaniano comenzó a hacerse presente en Barcelona, entró en los hospitales y jugó un papel importante en la creación de la primera red asistencial de Salud Mental, naturalmente junto con psicoanalistas de otras orientaciones.

A nivel institucional se crearon las Bibliotecas Freudianas (BF) que ayudaron a la transmisión de esta orientación psicoanalítica. Si vamos a esa época, 1976–1978, políticamente el ambiente era de libertades democráticas recientes (la dictadura franquista había desaparecido hacia muy poco) y una apertura se hacía hacia lo nuevo y lo que venía del exterior. Por supuesto estos factores ayudaban y facilitaban el querer introducirse en la teoría psicoanalítica lacaniana que venía de Argentina y Francia.

Por ello Masotta que se había formado en los círculos institucionales de Buenos Aires fue bien acogido sobre todo en Barcelona por parte del mundo intelectual.

En cuanto a las Bibliotecas Freudianas fueron espacios de lectura y elaboración de la obra de Lacan y se institucionalizaron algunas de ellas, propiciando la de Barcelona, que es la que más conocí, aunque fuera a través de colegas y de los viajes que hacía a Barcelona, una serie de comunidades de trabajo que luego sufrieron transformaciones. A la muerte de Masotta, fue cuando se constituyeron estas Bibliotecas, determinando:

1. La existencia de distintas bibliotecas, en especial la de Barcelona como la más fecunda.
2. Una serie de pactos entre los que estaban dentro de esta Biblioteca.
3. Como toda institución, la BF de Barcelona sufrió de los efectos imaginarios de grupo y esto determinó el alejamiento de una serie de colegas que engrosaron la lista de los llamados psicoanalistas independientes.
4. La realización de un principio de convertir la Biblioteca en una Escuela que diera cabida a la formación en intensión de los analistas.

5. Considerar en un primer momento, a los analistas franceses como colonizadores y querer ser independientes de ellos.

Con todo esto el movimiento en Cataluña sufre de un periodo de cierre en sí mismo. Pero rápidamente este periodo de cierre dio lugar al inicio de pactos con analistas franceses. Se inicia desde la BF el contacto con la Escuela de la Causa Freudiana de París creada en 1981, después de la disolución por Lacan de la Escuela Freudiana en 1980, y con el Campo Freudiano, se inician muchos análisis de colegas de Barcelona con analistas franceses y además de la Biblioteca Freudiana se crean en 1983 el Pacto Psicoanalítico y el Cercle Psicoanalítico de Catalunya, formado por los psicoanalistas que habían salido de la BF. Unos y otros aún estando en instituciones psicoanalíticas diferentes comparten el mismo marco teórico y se analizan con los mismos analistas franceses de la ECF de París.

Podemos preguntarnos también que pasaba en otros lugares de España. En Madrid concretamente, Oscar Masotta no logró cuajar un grupo de Estudios. Hubo grupos de Estudio formados por analistas que venían de la Argentina y algunos de ellos, a diferencia de la transmisión lectora de Masotta se erigían en maestros y analistas a la vez de los alumnos en los que apoyaban su inserción social con los efectos de endogamia y pequeño grupo que acababa por hacer explotar el grupo mismo. No hubo creación de ninguna institución analítica. En otras ciudades se fueron creando Bibliotecas Freudianas.

En 1981 las relaciones entre los analistas de Barcelona y de la ECF se hacen más intensas: relaciones analíticas de formación etc. En 1981 se realizan unas Jornadas organizadas por la BF de Bilbao. En ellas se realiza un pacto con la ECF y especialmente con J.A. Miller, el yerno de Lacan que cristalizan en la creación de un Correo del Campo Freudiano, institución creada en París por J.A. Miller y Judith Miller la



hija de Lacan, en España. Este Correo era un boletín mensual que recogía las informaciones de los grupos que se inscribían en la llamada red de los grupos del Campo Freudiano en España, y constituye el primer instrumento de la organización de un movimiento más organizado en España, aunque, por supuesto había grupos que se mantuvieron fuera de esta red.

En el curso 1985 comienzan a realizarse de forma regular Seminarios de Textos y Casos Clínicos en toda España que impartidos en un principio por analistas de la ECF y de la Sección Clínica de París permiten una formación acerca de los textos así como un anudamiento de la práctica y la clínica en las presentaciones de casos. Hay que destacar, que en esta realización siempre son los analistas y lectores de Lacan de Barcelona los primeros en ponerse en marcha. Hay dos fechas importantes en este recorrido:

1. Unas Jornadas Nacionales del Campo Freudiano en 1985 en Barcelona y un inicio de los Seminarios mensuales de Textos y Casos que mencioné antes. Estas Jornadas también suponen un punto de inflexión a nivel personal ya que coinciden con mi vuelta a Barcelona y mis principios de práctica analítica.
2. En 1986 la publicación de una revista: El Analítico con 14 grupos lacanianos que participaban en su recorrido.

Puedo decir que hasta aquí son los inicios, que perduran hasta 1990, pero ya que estos inicios son tan jóvenes me parece fundamental reseñar someramente en que se transformó todo este ingente trabajo lleno de entusiasmo de esta época. Trabajo de análisis personales, de viajes regulares a París para analizarse, de toda una generación, de formación continuada en Seminarios, etc, de impartir a la vez una enseñanza a los que se nos acercaban, de práctica analítica para muchos. Todo ello impulsó un deseo convertido en realidad de asomarnos al mundo que nos rodeaba, a la sociedad y a las instituciones de la época y de dejar nuestra transmisión de lo que es el análisis y sus aplica-

ciones. Sin duda verán que hay, como un amigo dice, muchas luces pero también sombras.

En 1990 hubo la creación en Barcelona el 20 y 21 de Septiembre de la Escuela Europea de psicoanálisis que se venía a articular a la ECF de París. Es esta Escuela se creaban las Secciones nacionales pero también las propias de cada comunidad cultural como la de Cataluña. Con esta Escuela en Cataluña los dos conjuntos que había la BF y el Cercle se unieron dejando atrás las posibles rivalidades institucionales.

Del 90 al 98 es la época más fecunda en relación a este movimiento en Cataluña y en toda España. Se lleva a cabo un trabajo analítico y epistémico considerable pero como en toda institución, los elementos grupales, imaginarios, fueron mermando la energía, agotando a muchos colegas y sin duda esto tuvo efectos tanto a nivel de la misma institución como del exterior produciendo un cierto cierre a nivel de la transmisión hacía fuera.

En el 98 estalló una crisis debida a pactos por el poder, eternización de ciertos cargos dentro de la EEP y de la Asociación Mundial donde se insertaba, y todo esto además de lo que a algunos nos parecía conducir a un pensamiento único llevaron a una separación de muchos colegas de dichas instituciones. Se crean los Foros del Campo Lacaniano y posteriormente se crea la Escuela de Psicoanálisis del Campo Lacaniano en Enero del 2001 y paralelamente las Formaciones Clínicas para dar una enseñanza reglada del psicoanálisis y continuar en la diferenciación entre sociedad-Escuela// Instituto de Formación-Sección Clínica que siempre había funcionado en las Instituciones de Psicoanálisis.

Hay que destacar que además de estas instituciones analíticas que son las que más conozco hay una serie de grupos que se mantienen fuera de estos dos conjuntos y por supuesto hay todos aquellos analistas que

teniendo una formación se mantienen fuera de grupos e instituciones y sin duda hacen un excelente trabajo en sus práctica clínica, sea en despacho privado o institucional.

Al redactar todo esto, les traje evidentemente los hechos y como los percibí esto es inevitable y otros colegas sin duda, darían otra versión y es que la historia además de los hechos es sin duda y cuando se ha vivido de lleno una elaboración de estos mismos hechos.

III.– Una breve reflexión: Las repercusiones de esta historia

Creo que más allá de los inicios, el trabajo importante y fecundo y las crisis, ha habido y hay unas repercusiones del movimiento lacaniano en Cataluña.

- Una primera repercusión: La clínica de muchos de nosotros, que nos analizamos, que transmitimos una enseñanza, y que practicamos como analistas de esta orientación. Es decir repercusiones a nivel de la clínica nuestra, de nuestros pacientes.
- Una segunda repercusión: Un papel importante en la red clínico–asistencial en sus comienzos: En la red de Centros de Salud Mental fuimos muchos los analistas de esta orientación que trabajamos en ellos y dejamos en lo que pudimos nuestra concepción del análisis aplicado a la Salud Mental, a los hospitales psiquiátricos, a la escucha de los pacientes.
- Una tercera repercusión: A través de todo esto, la repercusión en la cultura de la época, que sin embargo y en relación a todo el movimiento del psicoanálisis no ha sabido hacerse escuchar suficientemente.
- Una cuarta repercusión: A nivel de las mismas crisis institucionales. En ocasiones son vividas tanto dentro como fuera del

ámbito lacaniano con un cierto estupor; al pensar como unos analistas no pueden elaborar sus diferencias y poder llegar a pactos simbólicos. Esto lleva dentro de las propias instituciones, dolor, sorpresa, desconfianza, pero por encima de todo es una forma de darnos cuenta de algo estructural en los grupos humanos y de cómo los analistas no estamos a salvo de los efectos imaginarios del grupo. También es una forma de reconocer la inexistencia de garantías absolutas para quitarnos de encima estos efectos.

Los analistas somos analistas, en cuanto al acto analítico, en el resto somos personas que estamos sometidos al vaivén de lo imaginario, si bien creo que tenemos el compromiso ético de tratar de que lo simbólico le gane la parte, pero siempre hay algo no simbolizable. Se trataría de acoger estos efectos cuando llegan aprovechando las crisis en sí mismas para poder innovar o avanzar sin demasiada repetición.

En conclusión: Luces, sombras, pero sin duda la responsabilidad ética desde los inicios de la transmisión de una clínica, que tiene como consecuencia advertir al sujeto de su responsabilidad como analista en el acto analítico, como analizante que también la tiene, en definitiva como sujeto que puede y debe atravesar la alienación al Otro, a su discurso mortífero en ocasiones para llegar a separarse lo más que pueda de esto y apuntalar, sostener su propio deseo. Sin duda también, una clínica que lleva aparejada una forma de encaminar la vida, y por supuesto como todo discurso analítico, la dificultad de poder sostenerse, a través de las distintas épocas de forma particular en cada una de ellas. Sólo, para acabar una desiderata fuerte: que de esos inicios marcados por un deseo de querer saber y un entusiasmo por la transmisión de lo que se puede descubrir del inconsciente, quede siempre un resto para continuar en esta misma transmisión.

Barcelona, 29 de Septiembre del 2006.



BIBLIOGRAFÍA

- 1- L'École Freudienne de Paris. *Histoire de la psychanalyse en France*. Editorial Seuil. 1986.
- 2- École de la Cause Freudienne. *Annuaire et textes statutaires*. 1982. III partie: Textes de J. Lacan sur l'Acte de Fondation de l'École du 64 et sur la dissolution de l'École.
- 3- Jacques Lacan. Acta de Fundación, 21 de Junio de 1964 en "La Escuela", *Escansión* nº 1.
- 4- Jacques Lacan. Proposición del 9 de Octubre de 1967, en "Momentos cruciales de la experiencia analítica". Editorial Manantial.
- 3- Círculo Psicoanalítico de Cataluña. Anuario 1988. Presentación del Cercle.
- 4- Manuel Baldiz: Escuela y Campo Freudiano en España. *Revista Noventa*: Editada por el Círculo Psicoanalítico de Cataluña y la Biblioteca Freudiana de Barcelona. Octubre 1990.
- 5- Escuela Europea de Psicoanálisis. Textos estatutarios y definición de la Escuela en Anuario de 1990.
- 6- Asociación Mundial de Psicoanálisis. Anuario y Textos estatutarios en el Anuario de 1998. Presentación de la AMP en el Preámbulo página 23.
- 7- Internacional de los Foros del Campo Lacaniano. Directorio 1994-1996. Principios directivos para una Escuela y Textos fundadores. Página 241.
- 8- C. Soler, L. Soler, J. Adam y D. Silvestre. *El psicoanálisis frente al pensamiento único*. JVE Ediciones. 2000.



Mogens Schou (1918–2005) y el litio

Juan Medrano

CSM Gasteiz Centro

El 29 de setiembre de 2005 fallecía, a los 86 años de edad, Mogens Schou, el gran impulsor del uso del Litio en Psicofarmacología. En el año que ha transcurrido desde su desaparición, son muy pocas las revistas profesionales de renombre que se han hecho eco de su muerte y que han condensado su obra y su vida en el correspondiente obituario. Con vistas al presente artículo, el autor ha realizado una búsqueda en Internet en la que, salvo error u omisión, sólo ha podido encontrar referencias a la muerte de Schou en cinco publicaciones: *Acta Psychiatrica Scandinavica* (1), *History of Psychiatry* (2), *Neuropsychopharmacology* (3), *Australasian Psychiatry* (4) y la polaca *Postepy Psychiatrii i Neurologii* (5). Tres de las reseñas son obra de un mismo autor: Schioldann un danés, establecido en Australia (precisamente los dos extremos de la Tierra de donde partió el Litio en terapéutica psiquiátrica). Además, la brasileña *Revista Brasileira de Psiquiatria* (6) ha recogido una carta al director en la que se comentaba la obra y el fallecimiento del psiquiatra danés. Sorprendido por no encontrar eco del fallecimiento de Schou en ninguna de las publicaciones internacionales más relevantes de la especialidad, o en las más propiamente dedicadas al trastorno bipolar (*Bipolar Disorders*, *Journal of Affective Disorders*), el autor ha repasado, con franciscana paciencia, los índices de cada una de ellas desde setiembre de 2005, confirmando la falta de un obituario o una reseña glosando la vida y la obra del psiquiatra danés. Se cuenta que Schou era un hombre

“complejo”, y la historia del Litio no es precisamente un ejemplo de armonía entre las diversas escuelas psiquiátricas. Por otra parte, en nuestros días existe un cierto desinterés por el producto al que gráficamente denominaba Jefferson en 1989 una “varita mágica terapéutica” (7). Aun así, no deja de llamar la atención el aparente desinterés por la figura y la obra de uno de los más relevantes psicofarmacólogos. Sirva esta humilde reseña como recordatorio de los méritos de Schou, de Cade, que le antecedió, y del psicofármaco más barato y, probablemente, más injustamente ninguneado en relación con sus virtudes.

* * * * *

Mogens Abelin Schou nació en Copenhague el 24 de noviembre de 1918. Fue el segundo de los hijos de Hans Jacob Schou, un psiquiatra de renombre en su país, y Margarethe Brodersen (2,8,9). Tras concluir sus estudios secundarios, dudó entre la Ingeniería (su abuelo era director de una fábrica de ladrillos y cerámica) y la Medicina, decantándose finalmente por esta última, en la que se matriculó en 1937. En una entrevista concedida a David Healy (8), relataba cómo su padre era director de un hospital psiquiátrico en el que se atendía esencialmente a pacientes neuróticos, a los que el insuficiente desarrollo de técnicas por aquellos tiempos no permitía abordar con tratamientos farmacológicos. Recordaba Schou en la conversación el aspecto penoso que



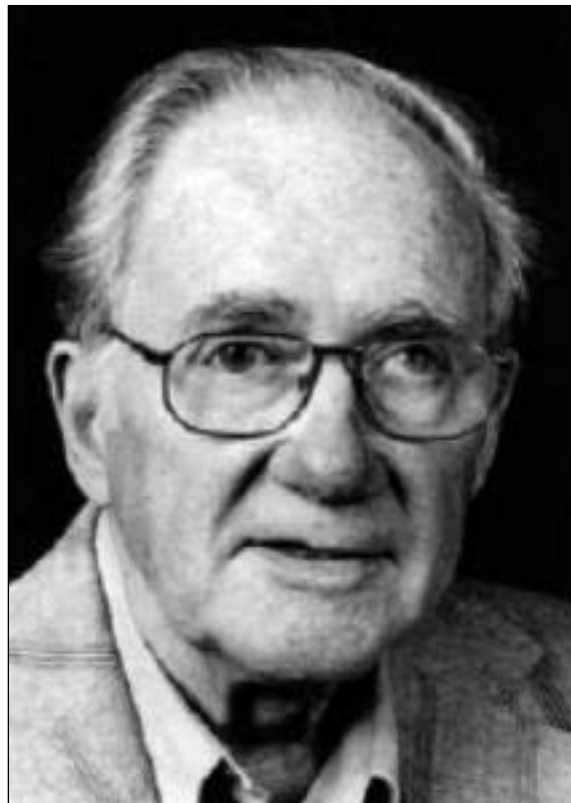
mostraban los pacientes depresivos en sus paseos durante meses y meses por los alrededores del edificio. Esta imagen, junto con el hecho de que algunos de sus familiares padecían psicosis maniaco-depresiva, bien pudo haber animado a nuestro hombre a seguir los pasos de su padre y dedicarse a la Psiquiatría.

Terminados sus estudios en 1944, Mogens Schou inició una serie de estancias formativas en distintos centros de Dinamarca, Noruega, Suecia y Estados Unidos, para terminar siendo asistente de investigación de Erik Strömngren, la gran figura de la Psiquiatría escandinava de la época, que dirigía el Hospital Psiquiátrico de Risskov, en Aarhus. En 1951, Strömngren le habló de los trabajos de un psiquiatra australiano, John Cade, acerca del posible papel del tratamiento con Litio en la manía. En ese momento, la vida de Schou, y la de muchos pacientes bipolares, cambió radicalmente (2,8,9).

El Litio fue intuido, más que descubierto, en 1817 por el químico sueco Johan August Arfwedson, quien en el análisis de dos minerales encontró que la suma de sus integrantes identificables nunca coincidía con el 100% del total, lo que le llevó a postular que debía existir un componente no identificado para el que propuso el nombre de Litio (de roca, en griego). Arfwedson, sin embargo, no fue capaz de aislar ese integrante desconocido y huidizo, tarea que culminaron independientemente un año después WT Brande y Humphry Davy, mediante la electrolisis del óxido de Litio.

Desde su descubrimiento el Litio fue muy utilizado en terapéutica informal. Los años de oro de la balnearioterapia pusieron de relieve las virtudes supuestas o figuradas de las aguas litiadas (como Vichy Catalán), poso del cual es el éxito que en su momento tuvieron los *Lithines*, unos sobrecitos de carbonato de Litio que se preconizaban para todo tipo de afecciones digestivas. La investigación acerca de las posibles capacidades terapéuticas del Litio llevó a

Ure a intentar disolver los cálculos biliares en carbonato de Litio en 1859 (7).



Modens Schou. Tomado de Schioldann J.: *Obituary Mogens Schou 1918 – 2005. Australasian Psychiatry* 2006; 14: 116–7.

En aquellos años los investigadores sobre la etiología de las enfermedades tenían un gran interés, y habían colocado unas inmensas expectativas, en el ácido úrico. La gota era una enfermedad prevalente y, además, su “estudio bioquímico” era sencillo, ya que en un sencillo análisis de orina, se apreciaba cómo el ácido úrico precipitaba. Hacia 1860, Garrod descubrió que la inmersión en una solución de carbonato de Litio disolvía los depósitos de ácido úrico de las falanges de los pacientes gotosos. Esta propiedad otorgó al Litio un papel importantísimo en la incipiente terapéutica de la enfermedad (10).

Al mismo tiempo, la accesibilidad del ácido úrico a la investigación hizo que se pusiera de



moda para explicar todo tipo de enfermedades, lo que permitió la consolidación de una hipótesis “diátesis gotosa” o “diátesis úrica” que explicaba todo tipo de enfermedades (7, 8, 10). En otras palabras, el ácido úrico fue un precursor de los muchos y surtidos agentes y factores pan-patogenéticos que conocemos en nuestros días (tabaco, homocisteína, virus diversos, carencia de ácidos grasos esenciales, radicales libres, etc, etc, etc). En la década de 1870, el prominente médico estadounidense Hammond trató con Litio, y al parecer, con éxito, a pacientes con trastornos del estado de ánimo (11). Y precisamente en Dinamarca, anticipándose más de medio siglo a Schou, a Schou, los hermanos Lange (Carl, neurólogo y Fritz, psiquiatra) emplearon el producto en el tratamiento de depresiones recurrentes y como lo que hoy en día llamaríamos antidepresivo en fase aguda. Sus observaciones, sin embargo, no tardaron en verse desacreditadas por la opinión médico – psiquiátrica de su tiempo (2,10).

En 1949, tres años antes de la celebrada y siempre reseñada introducción de la clorpromazina, John Cade, un psiquiatra australiano, había publicado un artículo en el que comunicaba la efectividad de las sales de Litio en la manía (12,13).

John Frederick Joseph Cade nació en 1912 y falleció en 1980. Durante la II Guerra Mundial pasó tres años y medio en un campo de concentración japonés. Para Cade, todas las afecciones mentales se correspondían con una alteración orgánica. Según su hipótesis, con la evidente analogía de las enfermedades tiroideas, las diferentes fases de la psicosis maniaco depresiva se deberían al exceso (manía) o defecto (depresión) de alguna sustancia. Con el fin de aislarla, utilizó como materia de estudio la orina de los pacientes maniacos en un precario laboratorio puesto en marcha por su propia iniciativa. La elección de la orina no fue casual y remite nuevamente al entusiasmo investigador y semiológico que los estudiosos de la gota mostraban por la misma sustancia un

siglo atrás: la orina era para Cade, en una época en la que obviamente no estaban desarrolladas las actuales técnicas de investigación bioquímica, el fluido orgánico más accesible y manipulable. En su esquema, tratándose de enfermos maniacos, la orina sería rica en ese producto orgánico desconocido cuyas fluctuaciones marcaban las fases de la enfermedad (10).

El psiquiatra australiano diseñó un experimento que consistía en inyectar intraperitonealmente orina de enfermos maniacos a cobayas. Con este procedimiento, Cade observó que para las cobayas la orina era muy tóxica, por lo que pensó que esto demostraba la presencia de la supuesta sustancia patógena. Más adelante, comprobó que la urea aislada producía los mismos efectos. Para graduar su acción ensayó con otros productos nitrogenados, y aquí aparece nuevamente el ácido úrico. Ahora bien, este compuesto es insoluble en agua, por lo que Cade optó por utilizar su sal más hidrosoluble: el urato de Litio. Para su sorpresa, la inyección conjunta con urea atenuaba los efectos deletéreos de esta última, lo que el investigador interpretó como un efecto protector del Litio. Administró después Litio aislado en las cobayas, y observó que los animales se mostraban tranquilos, con una sedación no letárgica. Animado por el descubrimiento Cade ensayó el Litio (en forma de carbonato o de citrato) en enfermos maniacos, con resultados espectaculares, que no se dieron en pacientes con esquizofrenia o melancolía, lo que sugería una acción específica en la manía (12,13).

El trabajo de Cade no tuvo mucha resonancia, a lo que contribuyó, probablemente, que se había publicado en una revista australiana... y en el mismo año en que una publicación norteamericana daba a conocer los catastróficos efectos de las sales de Litio como alternativa al cloruro sódico en las dietas hiposódicas. Por otra parte, el propio Cade no tardaría en abandonar el uso del Litio, según se dice, a causa del fallecimiento de alguno de sus pacientes (8). Pero, como se ha dicho, el estudio australiano



sí llamó la atención, a muchísimos kilómetros de distancia, de Erik Strömngren, que animó a Schou para que realizara el —también— primer ensayo clínico psicofarmacológico frente a placebo, doble ciego, y apoyado en escalas desarrolladas al efecto. Nuestro hombre no atendió ni seleccionó a los pacientes, pero diseñó el estudio, procesó sus resultados, y fue también el encargado de la aleatorización, que llevó a cabo lanzando una moneda al aire para determinar si el paciente recibiría Litio o placebo. Este estudio, que demostró la acción antimaniaca en la clínica humana, fue también el punto de arranque de las dificultades del danés con los psiquiatras británicos más afamados. En esta ocasión, Eliot Slater, director de una de las revistas más relevantes del momento, rechazó el manuscrito por tratarse de un estudio sobre un “fármaco desconocido” y recomendó que se publicara en un medio de segunda fila (14). Así sucedió, lo cual, en opinión de Schou, limitó su impacto (8).

A finales de los años 50, dos clínicos, el británico Hartigan y el danés Baastrup, se pusieron en contacto con Schou para darle a conocer su impresión de que además de su efecto antimaniaco el Litio prevenía las recaídas en la psicosis maniaco – depresiva. Sus observaciones, que publicaron por su cuenta (15,16) espolearon a Schou, quien diseñó junto con Baastrup un estudio destinado a confirmar si realmente el Litio, además de antimaniaco, podría ser eficaz en la profilaxis de las fases de la enfermedad. El estudio duró seis años y medio e incluyó 88 pacientes, en los que se comparó el número de episodios del trastorno antes y después de la introducción del Litio (17). Obviamente, el diseño no era ciego, por lo que se apartaba mucho de los cánones de la excelencia en los estudios psicofarmacológicos.

Desde el Reino Unido, Shepherd y otros psiquiatras del Maudsley atacaron sin piedad la idea de que el Litio fuera un medicamento profiláctico. Lo tildaron de tontería y definieron a Schou como un mero “creyente” en las virtu-

des del Litio más que como un verdadero científico capaz de estudiarlas y demostrarlas (18). La polémica alcanzó un nivel extraordinariamente agrio, con apreciaciones ácidas en ambos sentidos. Los daneses argumentaban que una vez apreciado un efecto profiláctico sería profundamente antiético realizar un ensayo frente a placebo, ya que supondría exponer a graves riesgos a los pacientes que recibieran la sustancia inerte.

Los argumentos pasaron de lo metodológico a lo personal, y se llegó a afirmar que un estudio sin doble ciego realizado por Schou no era válido por su implicación emocional con el producto, ya que su hermano padecía lo que hoy llamaríamos una depresión mayor recurrente que el autor danés trataba (exitosamente) con Litio. La descalificación llegó aún más allá, al sugerirse que el propio Schou padecía una psicosis maniaco–depresiva y se automedicaba con Litio (8). Según parece, la descalificación británica al Litio tenía mucho que ver con aspectos doctrinales: en los años 60 esta escuela no distinguía entre depresiones psicógenas y endógenas, por lo que temían que cualquier forma de depresión acabase siendo tratada en atención primaria con Litio, con graves riesgos si no se monitorizaba el tratamiento (8).

Para eliminar toda suspicacia y duda, Baastrup y Schou optaron por llevar a cabo un ensayo clínico doble ciego de discontinuación de Litio, que diseñaron con gran cuidado para reducir al máximo el riesgo de recurrencia. Se basaron en un análisis secuencial para determinar el final del ensayo. A los seis meses, la mitad de los pacientes del grupo tratado con placebo había recaído, por ninguno de los que habían tomado Litio (19). Aún así, se mantuvo la polémica, ya que desde el Maudsley se argumentaba que el diseño del ensayo hacía dudar si lo que se demostraba era que el Litio tenía un papel profiláctico o, más bien, que tras su supresión hay lo que en nuestros días llamaríamos un síndrome de discontinuación con recaída rápida



en la manía. Hoy, por cierto, sabemos que ambas cosas son ciertas.

Afortunadamente, un ensayo posterior, dirigido por Coppen, en el que participaron psiquiatras británicos, confirmó la eficacia profiláctica del Litio (20). Así, a trancas y barrancas, el Litio fue ocupando un lugar preeminente en el llamado arsenal psiquiátrico. En 1970 era autorizado por la FDA (21) y en el mismo año empezaba a comercializarse en España (22). Más adelante aparecieron los trabajos que confirmaban su eficacia como potenciador de antidepressivos y su efecto protector frente al suicidio (23). También llegaron sinsabores, como la posición dominante del valproico los EEUU, criticada por Schou, ya que a su entender no supera en absoluto al Litio (9), o las renovadas críticas a la capacidad preventiva del Litio realizadas en los años 90 por la —cómo no— británica Joanna Moncrieff (24).

A Schou y a sus colegas daneses debe reconocérseles el mérito de haber encontrado (y modificado, según la experiencia clínica) el rango terapéutico del Litio. Además, como él mismo destacaba, nadie ha dado a conocer como él los riesgos y los efectos secundarios a corto, medio y largo plazo del fármaco, que revisó y repasó en uno de los últimos de sus 540 trabajos publicados (25). Sorprende que un medicamento al que tanto deben la Psiquiatría y los enfermos no haya gozado de un reconocimiento más explícito. Es ciertamente injusto que Schou no recibiera el Premio Nobel, aunque posiblemente el Litio no merezca ser parangonado con la malarioterapia y la leucotomía, los únicos procedimientos psiquiátricos que han recibido el galardón hasta la fecha. El propio Schou apuntaba (8,9) como una posible causa del desinterés por el Litio es su bajo coste, por lo que nunca dispondrá del apoyo de la industria. Al mismo tiempo, se apresuraba a aclarar que para él, en su vertiente de investigador, este hecho tiene la ventaja de que ha trabajado siempre por libre, sin las cortapisas, la orientación o incluso la censura que conlleva la

esponsorización interesada. David Healy, sin embargo, hace unos años, pronosticaba que a causa de este desinterés el Litio moriría con Schou (10). La feroz campaña para introducir fármacos alternativos parece darle la razón.

Aunque la historia del uso del Litio en Psiquiatría anteceda en casi un siglo a Cade y Schou, fue el fallecido profesor danés a quien se debe su desarrollo como psicofármaco. Recientes trabajos, aun remarcando los riesgos del catión, especialmente a nivel renal, insisten en su eficacia (26). Algo que debe tenerse en cuenta en una época en la que el en su momento innovador concepto de Hartigan, Baastrup y Schou de que hay fármacos capaces de prevenir episodios agudos de enfermedad maniaco-depresiva ha hecho fortuna entre las empresas que comercializan las muy variadas moléculas que se vienen subiendo al carro de los “eutimizantes”, o “timorreguladores” o “reguladores del humor”. Una época en la que paralelamente se está ensanchando el concepto de “Trastorno Bipolar” o de “Espectro Bipolar”, con lo que aumenta el número de potenciales consumidores de esos fármacos, en lo que algunos críticos consideran que es poco menos que la venta interesada, por la propia industria, no ya de los fármacos, sino del propio concepto de la enfermedad (27) de la que cada año se nos aportan crecientes tasas de prevalencia. El millón de españoles (2,5% de la población) que recientemente se aseguraba que padecen el trastorno (28) queda lejos del 7% que apuntan otras cifras y más aún de ese 12 a 24% que los criterios de Zurich permiten calcular (29). De aceptarse acriticamente estas cifras, será una buena noticia para la industria farmacéutica; no tanto para unos pacientes a los que las innovaciones terapéuticas, más que desbancar al Litio, han conseguido esencialmente someterlos a una polifarmacia difícilmente sostenible. El hecho de que un reciente symposium sobre el tratamiento del trastorno bipolar se preguntase si podemos tratar la enfermedad con menos de cinco fármacos no deja de ser ilustrativo (30). No puede uno por menos que preguntar-



se si para esto merecía realmente la pena buscar alternativas al Litio. Schou opinaba que no, que en el verdadero trastorno bipolar, en la clásica psicosis maniaco – depresiva, ese cuadro que ahora algunos llaman “Enfermedad de Cade” para distinguirla de los otros integrantes de ese borroso espectro bipolar (31), el tratamiento de elección era el Litio (9).

Sea como fuere, la historia del Litio pone de relieve, pues, elementos inherentes a la Psicofarmacología. La serendipia, esa especie de veleidosa fortuna científica, quiso que, pese a que se basaban en hipótesis erróneamente vinculadas al ácido úrico o a la urea, Hammond y los Lange, primero, y Cade, después, utilizaran el Litio en los trastornos afectivos. El tesón de Schou y sus colegas les permitió demostrar la efectividad del producto y determinar la manera de utilizarlo. Las rivalidades con tintes de mezquindad agriaron las relaciones entre Schou y algunos de los principales psiquiatras de su época. Y los intereses económicos han ido arrinconando, o cuando menos no promocionando, al Litio. Y quedan, por último, las modas científicas. Como destaca una revisión de Belmaker (32), desde que a mediados de los 60 se empezase a estudiar sus posibles mecanismos de acción, el Litio ha demostrado actuar de forma congruente con cada una de las hipótesis que se han sucedido en el *hit parade* del estudio bioquímico de los trastornos afectivos. Así, de la misma manera que en pleno siglo XIX satisfizo clínicamente a los seguidores de la diátesis gotosa, en el laboratorio ha sido

capaz de confirmar su acción sobre el metabolismo de las monoaminas (de moda hacia 1970), sobre los receptores de neurotransmisores (en boga hacia 1980), sobre los segundos mensajeros intracelulares (de rabiosa actualidad hacia 1990), sobre los terceros mensajeros y los genes relacionados con la respuesta neuronal (que rompían hacia 2000) y, por último, ha evidenciado su papel en la neuroprotección y la neurogénesis (centro de atención en nuestros días). No sólo es un producto eficaz, sino que además es complaciente con los neurocientíficos. Evidentemente, nos hallamos ante un fármaco prodigioso. Por cierto, que cuando se le interpellaba al respecto, Schou, un sabio, al fin y al cabo, no tenía el menor empacho en reconocer que no tenía la menor idea de cuál era el mecanismo por el que el Litio ejercía su acción.

En 1989, Schou creó el IGSLI (International Group for the Study of Lithium-Treated Patients), en el que participaban psiquiatras de Alemania, Austria, Canadá, Chequia, Dinamarca, Suecia y Suiza. Nuevamente, faltaba la representación británica o norteamericana, lo que Schou interpretaba como una bendición, ya que siendo el idioma de comunicación entre sus miembros el inglés, todos se veían en la obligación de expresarse en una lengua que no era la suya propia (9). Precisamente falleció, de una neumonía fulminante, a los dos días de regresar de una de las reuniones del IGSLI en Polonia y pocas horas después de haber dado término a un último manuscrito (2).



Correspondencia: **Juan Medrano**.
CSM Gasteiz Centro.
aban@telefonica.net



BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Schioldann J, Vestergaard P, Mogens A, Schou. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 78-79.
- 2.- Schioldann J, Mogens Abelin Schou (1918–2005) – half a century with lithium. *Hist Psychiatry* 2006; 17: 247-252.
- 3.- Grof P, Mogens Schou. *Neuropsychopharmacology* 2006; 31, 891–892.
- 4.- Schioldann J. Obituary Mogens Schou 1918 – 2005. *Australas Psychiatry* 2006; 14: 116-7.
- 5.- Rybakowski J, Mogens Schou 1918 – 2005. *Postep Psychiatr Neurol* 2005; 14.
- 6.- Gazalle FK, Kapczinski F, Mogens Schou e o uso do lítio em psiquiatria. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28: 82-3.
- 7.- Jefferson JW. Lithium: A therapeutic magic wand. *J Clin Psychiatry* 1989; 50: 81-6.
- 8.- Healy D. *The Psychopharmacologists*. London: Arnold, 1998.
- 9.- Schou M. Autobiography by Mogens Schou. Albert Lasker Award for Clinical Research. Accesible en: http://www.laskerfoundation.org/awards/library/1987_bio_schou.shtml.
- 10.- Healy D. *The creation of psychopharmacology*. Cambridge, Massachussets: Harvard University Press, 2002.
- 11.- Yeragani VK, Gershon S. Hammond and lithium: historical update. *Biol Psychiatry*. 1986; 21: 1101-2.
- 12.- Cade JFJ. Lithium Salts in the treatment of psychotic excitement. *Med J Australia* 1949; 2: 349-352.
- 13.- Mitchell PB, Hadzi-Pavlovic D. Lithium treatment for bipolar disorder. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 515-7.
- 14.- Schou M, Juel-Nielsen N, Strömgen E & Voldby H. The treatment of manic psychoses by the administration of lithium salts. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1954; 17: 250-60.
- 15.- Hartigan GP. The use of lithium salts in affective disorders. *Brit J Psychiatry* 1963; 109: 810-14.
- 16.- Baastrup PC. The use of lithium in manic-depressive psychosis. *Compr Psychiatr* 1964; 5: 398-408.
- 17.- Baastrup P C, Schou M. Lithium as a prophylactic agent. Its effect against recurrent depressions and manic-depressive psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 1967; 16: 162-72.
- 18.- Blackwell B, Shepherd M. Prophylactic lithium: another therapeutic myth? An examination of the evidence to date. *Lancet* 1967; i: 968–971.
- 19.- Baastrup PC, Poulsen JC, Schou M, Thomsen K, Amdisen A. Prophylactic lithium: double blind discontinuation in manic-depressive and recurrent-depressive disorders. *Lancet* 1970; i: 326-30.
- 20.- Coppen A, Noguera R, Bailey J, Burns BH, Swani MS, Hare EH, Gardner R, Maggs R. Prophylactic lithium in affective disorders. Controlled trial. *Lancet* 1971; ii: 275-9.
- 21.- Healy D. *The antidepressant era*. Harvard: Harvard University Press, 1997.
- 22.- Criado-Alvarez JJ, Domper Tornil JA, de la Rosa Rodríguez G. Estimación de la prevalencia de trastornos bipolares Tipo I en España a través del consumo de carbonato de litio (1996–1998). *Rev Esp Salud Pública* 2000; 74: 131-8.
- 23.- Kessing LV, Sondergard L, Kvist K, Andersen PK. Suicide risk in patients treated with lithium. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 860-6.
- 24.- Moncrieff J. Lithium revisited. A re-examination of the placebo-controlled trials of lithium prophylaxis in manic-depressive disorder. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 569-73.
- 25.- Schou M. Lithium treatment at 52. *J Affect Disord* 2001; 67: 21-32.
- 26.- Ferrier IN, Ferrie LJ, Macritchie KA. Old drug, new data: Revisiting... Lithium Therapy. *Adv Psychiatr Treat* 2006; 12: 256-264.
- 27.- Healy D. The latest mania: selling bipolar disorder. *PLoS Med* 2006; 3: e185.
- 28.- Anónimo. Un millón de españoles con trastorno bipolar. *Noticias Doyma*, 13 de junio de 2006.
- 29.- Angst J, Gamma A, Benazzi F, Ajdacic F, Eich D, Rössler W. Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *J Affect Disord* 2003; 73: 133-146.
- 30.- Gershon S (Chair). Symposium I. Rational Polypharmacy: Can we treat bipolar disorder with fewer than five medications? *Bipolar Disord* 2005; 7(Suppl 2): 15-21.
- 31.- Ghaemi SN, Ko JY, Goodwin FK. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 125-34.
- 32.- Belmaker RH. Bipolar disorder. *N Engl J Med* 2004; 351: 476-86.



Informe de la Sección de Infanto-Juvenil

Situación de la salud mental infanto-juvenil en España

Encarnación Mollejo Aparicio

Presidenta de la sección de Infanto-Juvenil de la AEN

Desde la sección de infanto-juvenil de la AEN, llevamos varios años recogiendo los recursos asistenciales de España en Salud Mental para este grupo de edad. El trabajo ha sido duro, pero necesario pues no existían registros globales de recursos. Los resultados se presentaron en el XXIII Congreso de la AEN (Bilbao, 10-13 de mayo de 2006).

Aunque en los últimos años han aumentado las plazas de psiquiatras y psicólogos infantiles, se han ampliado las plazas de hospitales de día, y se han creado algunas unidades de hospitalización de agudos para adolescentes, siguen existiendo muchas carencias en la atención a la salud mental infanto-juvenil en todo el territorio español y continua incumpléndose el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que especifica “que los menores de edad tratados por motivos de enfermedad psiquiátrica deben de tener recursos específicos asistenciales para estas edades”.

Existen grandes diferencias entre las diversas comunidades en cuanto a recursos asistenciales en salud mental infanto-juvenil. En algunas faltan unidades de salud mental específicas para atender a niños y adolescentes, y en la mayoría no existen recursos intermedios para las patologías más graves como unidades de agudos, hospitales de día, centros de día, unidades residenciales de media estancia, etc.

Quedan desatendidas las patologías infantiles más graves (autismo, psicosis, trastornos generalizados del desarrollo) que precisan un diagnóstico precoz y un tratamiento intensivo (varias horas de atención especializada diaria), continuado, polivalente e integrado. Para poder realizar un tratamiento adecuado se precisa de hospitales de día, unidades o lugares de tratamiento intensivo, reuniendo a diferentes profesionales y coordinando las actuaciones de: psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, maestros, logopedas, psicomotricistas. Aunque estos recursos suponen un coste económico elevado en personal e infraestructuras, son imprescindibles para conseguir una evolución más favorable y menos invalidante para estos niños, gravemente enfermos, y con los que tenemos la obligación de ofrecer el mejor y más eficaz tratamiento.

En la actualidad estamos asistiendo a niños y adolescentes que presentan graves trastornos de conducta y de personalidad, que requieren una atención intensiva y prolongada en el tiempo, fundamental e indispensable para evitar y prevenir patologías más graves en la edad adulta. Es sabido que la mejor prevención de la patología severa en la edad adulta empieza por una buena asistencia en la infancia y adolescencia, sin embargo esto parece olvidarse a la hora de planificar la organización de los servicios de salud mental.



En la historia de las especialidades médicas la psiquiatría es una de las más jóvenes, pero en la actualidad la atención a la población adulta ha alcanzado un aceptable desarrollo en el ámbito ambulatorio y hospitalario así como otros recursos intermedios. Las Unidades de Salud Mental infantil surgen después de la implantación de los servicios de psiquiatría para los adultos; empezando por la atención ambulatoria para niños y adolescentes, y una que vez que esta se ha desarrollado, surgen los recursos hospitalarios. La escasez de estos en el territorio español indica el deficiente desarrollo de la asistencia psiquiátrica infantil en España.

Además de suficientes recursos humanos y de infraestructura para ofrecer una atención de calidad, es preciso contar con profesionales bien formados, con programas de estudios en psiquiatría infantil, homogéneos, en centros acreditados y reconocidos dentro de la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente.

España y Rumania son los únicos países de la Unión Europea que no cuentan con la especialidad de psiquiatría del niño y del adolescente, y esto tiene graves consecuencias en la práctica asistencial: Ante la falta de una formación homogénea y de calidad en centros acreditados, se produce la contratación de psiquiatras sin conocimientos ni formación específica para cubrir plazas en dispositivos asistenciales que

requieren experiencia y formación en psiquiatría infantil.

Las tres asociaciones de psiquiatría infantil, Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescente (SEYPNA), Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil (AEPIJ) y la sección de infantil de la AEN, han reclamando durante años el reconocimiento de la especialidad de psiquiatría infantil y en las reuniones mantenidas se acordó proponer la forma de acceso como especialidad autónoma o en su defecto como área de capacitación específica que dependa del tronco común de la psiquiatría, y cuya única vía de acceso sea la psiquiatría. En estos momentos está en trámite de aprobación por el Congreso el Área de Capacitación Específica en Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

Consideramos que la AEN tiene una responsabilidad especial en el desarrollo y potenciación de los servicios de psiquiatría infantil en España, pues al ser de ámbito nacional, contar con profesionales de distintas categorías en la asistencia a la población adulta e infantil, y tener asociados con cargos de responsabilidad en la gestión y dirección de servicios de salud mental, podría actuar desde diferentes frentes en la creación de unos servicios de salud mental infanto-juvenil, que respondan a las necesidades de este grupo de edad en la sociedad actual.





Política, planes y programas de Salud Mental

Edición Revisada.

(Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de salud mental). Editores Médicos, S.A. EDIMSA, 2006. Publicado por la Organización Mundial de la Salud, 2005 con el título de *Mental Health Policy, Plans and Programmes*.

<http://www.asoc-aen.es/web/docs/OMSpolitica.pdf>

Recientemente ha sido publicada la versión (revisada) en español de un nuevo módulo del Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental de la OMS. Estas guías, dirigidas principalmente a los planificadores y gestores de políticas sanitarias, buscan proporcionar información práctica para ayudar a los países a mejorar la salud mental de sus respectivas poblaciones. Además, otros grupos potencialmente interesados en las guías son tanto los propios profesionales de la salud mental como los colectivos que representan a las personas con trastornos mentales o sus familiares.

Los diferentes módulos del Conjunto de Guías se relacionan entre sí y se ha intentado sean fáciles de utilizar, cubriendo cada uno de ellos un aspecto fundamental de la salud mental. Inició la colección el titulado *El contexto de la salud mental*, donde se aborda el contexto global de la salud mental y se resume el contenido de los demás módulos, favoreciendo así la selección de los módulos que le resulte más útil al lector particular. El principal de todos ellos es el ahora publicado titulado *Política, planes y programas de salud mental*, que proporciona información detallada sobre el proceso de desarrollo de políticas y su puesta en práctica a través de planes y programas.



Los módulos se han pensado para que puedan emplearse individualmente o como un “paquete”, conteniendo referencias entre sí para facilitar su uso y aplicación práctica. Igualmente pudiendo emplearse como material de formación para gestores políticos de salud mental o de diferentes profesionales en el ámbito de la salud mental.

En el caso concreto de *Política, planes y programas de salud mental*, las experiencias de varios países son utilizadas como ejemplos prácticos para la preparación de políticas de salud mental y su puesta en práctica mediante diferentes planes y programas. Se acepta generalmente que las políticas, planes y programas nacionales son necesarios para conceder a la salud mental la prioridad adecuada en un país, así como para organizar los recursos de manera eficiente, alertándose acerca de que si no existe un plan nacional, se corre el riesgo de que se produzcan fragmentaciones y duplicidades de los planes desarrollados más localmente.

Los conceptos y recomendaciones presentados a lo largo del texto van dirigidos a países y regiones en una amplia variedad de circunstancias y con distintos niveles de recursos que podrán adaptar las directrices a sus circunstancias específicas. Se proporcionan además ejemplos de cómo se pueden desarrollar políticas, planes y programas en países con un nivel de recursos bajo o medio.

Estructurado el trabajo en diferentes apartados: Introducción, pasos esenciales en el desarrollo de una política, desarrollo de un plan de salud mental, desarrollo de un programa de salud mental y puesta en marcha de políticas, planes y programas, para todos los que se proponen una serie de pasos concretos antes de terminar con una serie de ejemplos de casos, obstáculos y soluciones, recomendaciones y conclusiones.

Sin duda una aportación que ha de ser bienvenida, no sólo por la utilidad y actualidad de sus contenidos, garantizados por un plantel de autores de prestigio internacional, sino por lo concreto y esquemático del texto, lo que favorece tanto su lectura como su comprensión, facilitando así su aplicación.

Oscar Martínez Azumendi

Ataque de pánico y ciencia

Un pequeño artículo aparecido en el periódico francés **Le Figaro** del lunes 24 de abril pasado merece nuestra atención, por tres motivos:

- apreciar en qué momento estamos en relación al avance de las “investigaciones científicas” y la salud mental.
- levantar acta de la inminente desaparición de la psiquiatría
- hacer un homenaje al oficio periodístico

Jean-Michel Bader, firmante del artículo nos da noticias de una investigación hecha en los EE.UU. por Lisa Cosgrove, en la Universidad de Massachussets: la mitad de los expertos psiquiatras que participan en la redacción del DSM-IV están pagados por la industria farmacéutica, que es justamente la que fabrica los medicamentos útiles en las enfermedades allí catalogadas !!!!!

Dos “curiosidades”: en el apartado dedicado a los *trastornos del humor* esta proporción desaparece pues allí son el 100 % los “expertos” que tienen relaciones, digamos, financieras con los laboratorios, y, en cuanto al *ataque de pánico*, la cosa tiene aún más miga, nos informa nuestro periodista que se trata de un diagnóstico específicamente “elaborado” por un tal Donald Klein para el laboratorio Upjohn, con ocasión de la salida al mercado de su fármaco Xanax.

Teniendo en cuenta la influencia que el DSM-IV tiene sobre el modo de entender la clínica (qué clínica ?), sobre las decisiones terapéuticas y sobre las estrategias de salud pública en la mayoría de los países, se deduce, lógicamente que es el DSM-IV y no el conjunto de los psiquiatras el que decide sobre todo lo referido a la Salud Mental y su asistencia. Dicho de otro modo son los intereses de la industria farmacéutica los que lo deciden y por lo tanto, la defunción de la psiquiatría como especialidad médica está próxima. ¿O ya ha acontecido y no nos hemos percatado? ¿Acaso no es la *psiquiatría dicha biológica* un eufemismo para referirse a los intereses de los laboratorios?

El título que Jean-Michel Bader ha puesto a su artículo: **Ética**, merece un homenaje. El resto del artículo, no es opinión, sino información, y de la buena, como ha de ser el trabajo de un periodista que merezca, además del homenaje, nuestro respeto.

Mónica Marín



Cannabis: salud, legislación y políticas de intervención

Iñaki Markez y Xabier Arana, Coordinadores.
Editorial Dykinson. Madrid, 2006. 321 págs.

Este volumen es fruto del *workshop* y reflexiones en torno al cannabis, en 2004, en el Instituto Internacional de Sociología Jurídica (IISJ) de Oñati. El libro consta de tres partes: en la primera, se analiza la cuestión del cannabis desde el punto de vista de la salud. Juan Carlos Usó, realiza un análisis histórico del término *salud pública*, así como de los cambios y efectos experimentados. Joan Sallés nos explica, las características del cannabis y del sistema cannabinoide endógeno y los receptores cannabinoideos, desde una perspectiva científica, dirigido fundamentalmente a personas muy iniciadas en estas cuestiones. Koldo Callado reflexiona sobre los usos terapéuticos del cannabis, cuestión que ha superado el marco científico y se ha convertido en un debate social necesitado de datos científicos que sustenten o no su utilidad terapéutica. Oriol Martí profundiza en los consumos problemáticos (intensivos y compulsivos) del cannabis, donde emergen las cuestiones patológicas.

En la segunda parte se estudian aspectos de las diversas legislaciones en materia de cannabis (Estados Unidos, Unión Europea y Estado español). Danilo Ballota y Lorena Crusellas, para explicar el control internacional del cannabis y sus derivados, describen la influencia que la política prohibicionista de los Estados Unidos ha tenido en los diversos convenios internacionales sobre las drogas. En este contexto, observan en la Unión Europea un esfuerzo por revisar las actuales políticas sobre el cannabis, optando por aspectos preventivos y de tratamiento frente a las medidas sancionadoras. Pedro Caldentey tras examinar las semejanzas y las diferencias entre las diversas legislaciones europeas respecto al cannabis, observa que la situación en la que viven las personas consumidoras es insegura y ambigua. Ignacio Munagorri y Xabier Arana estudian la Decisión Marco —que va a armonizar dentro de la Unión Europea la política de drogas ilegalizadas— y la



Estrategia Europea contra la droga (2005-2012), desde la perspectiva de los procesos de criminalización y desde la construcción de un discurso normalizador en materia de drogas, sobre todo en relación con el cannabis. Susana Soto profundiza en el actual ordenamiento jurídico español para esclarecer la posibilidad o no de responsabilidad penal y/o administrativa que pudiera derivarse por el uso terapéutico del cannabis y en el caso de la existencia de establecimientos para la adquisición y consumo lúdico de cannabis. Iñaki Markez, Mónica Poo, Cristina Merino y Xabier Arana, aportan diversas iniciativas para un uso normalizado del cannabis: uso terapéutico, dispensación en farmacias, ensayos clínicos con cannabis, establecimientos para la adquisición y consumo normalizado, autoconsumo, tenencia para fines culturales, científicos o docentes, cultivos para fines médicos, y otro tipo de iniciativas, como por ejemplo el asociacionismo. Jordi Cebrián reflexiona sobre los espacios de tolerancia (cultivo, tenencia, consumo, cesión y emisión de información y opinión sobre estas cuestiones) donde las personas consumidoras no se sienten tan presionadas y se pone de manifiesto la necesidad de ir hacia una política más racional en la cuestión de las drogas.

La tercera parte se ocupa de las políticas de actuación en materia de cannabis. Joep Oomen plantea la descentralización (traslado de las competencias del ámbito internacional al local) de las políticas de drogas como una nueva manera de intervención caracterizada por la eficacia, los derechos humanos, la sostenibilidad y el pragmatismo y presenta un diseño de cómo llevar a la práctica una regulación (cultivo, elaboración, distribución,...) basado en las características anteriormente señaladas. Juan Gamella y M^a Luisa Jiménez analizan las consecuencias de un consumo prolongado de cannabis en relación con las políticas públicas y las contradicciones que se suscitan. Los máximos responsables de las políticas de drogas de la Comunidad Autónoma de Euskadi (Belén Bilbao, junto con otros miembros de su equipo, Nieves Corcuera, Ioseba Iraurgi y Manu Gonzalez de Audikana) y la Comunidad Foral Navarra (Fermín Castiella), nos acercan a las peculiaridades que el fenómeno del cannabis tiene en ambos territorios. Amando Vega lleva a cabo un análisis crítico de la política que se ha desarrollado en los centros educativos respecto al cannabis y de sus efectos.

Es importante profundizar en un debate social sobre el fenómeno del cannabis, en clave de normalización, coherente con los principios de un Estado social y democrático de derecho, sobre todo, cuando las actuales políticas en materia de drogas han fracasado, como lo ha puesto de manifiesto el Parlamento Europeo. Es una apuesta por un discurso diferente, respetuoso con los derechos y libertades de las personas, que pretende sustentarse en una información objetiva, verídica y clara acerca de la sustancia, las personas que la consumen, los tipos de consumos y los contextos donde se llevan a cabo. Para llevar a buen puerto estas cuestiones se necesita un nuevo lenguaje que ayude a modificar la percepción social de la sustancia y de las personas consumidoras, sin estigmatizarlas, reconociendo sus derechos y responsabilidades. En resumen, este volumen pretende ser una aportación al citado debate social para poder llevar a cabo reflexiones y propuestas innovadoras que nos conduzcan a una política mucho más racional en el fenómeno social de las drogas, abordando aspectos en ocasiones tan distantes como la salud, la legislación y las políticas de intervención.



Tratado SET de Trastornos Adictivos

Coords:

José C. Pérez de los Cobos; Juan Carlos Valderrama; Gaspar Cervera; Gabriel Rubio.

571 págs. Edición: 2006. ISBN: 84-7903-164-6.

www.medicapanamericana.com

Los trastornos adictivos están relacionados con una amplia lista de sustancias y alteraciones. Como resultado, el estudio de estos trastornos abarca un extenso conjunto de estrategias preventivas, mecanismos biológicos, alteraciones psicopatológicas, abordajes terapéuticos y políticas de intervención. Por este motivo, la descripción y análisis de un área de conocimiento tan compleja, mediante la elaboración de un tratado de trastornos adictivos, es un reto que sólo está al alcance de comunidades científicas integradas por un amplio número de expertos. Desde la Sociedad Española de Toxicomanías (SET) han afrontado el reto alentados por la constatación de la notoria capacidad y número de profesionales que se dedican a esta materia. También porque un selecto grupo de investigadores americanos estaba dispuesto a colaborar, lo que contribuía a enriquecerlo de forma excepcional.

CONTENIDOS

Capítulo 1. Bases biológicas, psicológicas y socioculturales

Capítulo 2. Métodos de investigación

Capítulo 3. Evaluación

Capítulo 4. Manifestaciones psicopatológicas

Capítulo 5. Clasificación y diagnóstico

Capítulo 6. Trastornos adictivos específicos

Capítulo 7. Adicciones comportamentales

Capítulo 8. Comorbilidad

Capítulo 9. Tratamiento

Capítulo 10. Organización de la asistencia

Capítulo 11. Prevención

Capítulo 12. Poblaciones espaciales

Capítulo 13. Miscelánea

Todas estas aportaciones se han conjugado buscando que los contenidos estuviesen plenamente actualizados y que los textos resultasen accesibles a los estudiantes y fuesen útiles para los profesionales interesados. De este modo el *Tratado SET de Trastornos Adictivos* es una obra importante, que aborda desde la propia experiencia, con propósito comprensivo y lenguaje conciso un tema central de nuestra época, como son las adicciones.

Estudios sobre la psicosis

José María Álvarez.

Colección AGSM. La Otra psiquiatría. Asociación Galega de Saude Mental. 2006.

Vuelve a la carga José María Álvarez con su visión disidente de las psicosis. El autor, sólo como en esta ocasión o en compañía de colegas y amigos en otras, no ha dejado de publicar, y a un buen ritmo en los últimos años, sobre éste que parece ser su más querido tema. Tampoco ha cejado en sus análisis a contracorriente.

El texto que aquí presentamos se compone de diez interesantes estudios, la mayor parte de los cuales recogen, tras la conveniente revisión, conferencias previas o trabajos del autor ya publicados en diversas monografías y revistas. Compendian sus puntos de vista personales sobre las psicosis y analizan en detalle muy diversos aspectos de la psicopatología de las mismas, en especial los fenómenos elementales, el delirio y las alucinaciones. Sin olvidarse de señalar —punto cardinal de su discurso— la función del síntoma en la psicosis, insistiendo sobre la dimensión creativa y reconstructiva del mismo.

El autor parte de la exploración del testimonio directo del psicótico para mejor comprenderlo. Fiel a su estilo didáctico, bien reflejado en su trayectoria intelectual, recoge lo más granado de la tradición psiquiátrica y sus postulados sobre las psicosis para discutir con ella. En el camino aúna con lo anterior algunos planteamientos de la filosofía de la Antigüedad clásica y sus conocidas posiciones psicoanalíticas de raíz lacaniana. Proviene los primeros particularmente de los estoicos, representados en este caso por Cicerón. Respecto al sustrato lacaniano, recordemos que esta escuela siempre ha mantenido un discurso propio y original sobre la psicopatología de la psicosis.

A medida que el texto avanza se va desvelando su lógica interna que nos suministra una explicación verosímil sobre la gestación de la locura y las distintas posiciones y estrategias que el sujeto puede adoptar en su transitar por ella. De esta forma se consiguen perfilar las bases que convienen al trato y al diálogo con el alienado y, desde aquí, a una terapéutica bien articulada con la psicopatología. Dimensiones ambas imprescindibles de la clínica en su estado más puro.

El libro se compone de tres partes. *Pensar la psicopatología*, la primera de ellas, comienza comentando el pathos y el ethos engranando los discursos de Cicerón, Pinel y Freud para discutir luego la noción de responsabilidad y sus implicaciones, otro de los temas recurrentes en el autor, en el siguiente apartado: *Delirio y crimen: a propósito de la responsabilidad subjetiva*.

En la segunda parte nos encontramos con la psicopatología en su estado más puro. Aquí la discusión versa sobre la *Alucinación y los fenómenos elementales*, exponentes psicopatológicos que dan título al apartado. Hallamos en él una útil exposición sobre la noción de Pequeño Automatismo Mental o Síndrome de Pasividad de G. de Clérambault, que dará pie a que el autor pueda ilustrarnos sobre todo aquello que —a su ver— ocurre en el mundo del psicótico antes de que éste empiece a delirar. Primero la perplejidad y la caída en el vacío, la falta de sentido en su más pura manifestación, luego la reconstrucción de un mundo posible a través del delirio y las manifestaciones xenopáticas. Termina esta segunda parte con una exposición de la noción de certeza en el contexto de la psicopatología psicótica, noción que aparece como contrapuesta a la de creencia (creencia delirante en este caso) y mucho más útil que ésta para comprender la naturaleza de las convicciones del psicótico.

La última parte, *Paranoia y delirio*, se inicia con una exposición del caso de Paul Schreber, en un típico inicio para introducir el tema entre los autores de raigambre psicoanalítica. A



continuación se discute otro caso, clásico entre los clásicos de la psicopatología, el de Ernst Wagner. Se trata de un famoso paciente del psiquiatra Robert Gaupp, discípulo éste de Krestmer, que perpetró una masacre en una pequeña localidad del sur de Alemania hace casi cien años. A partir de estos ejemplos, tomados como casos príncipes, el autor discute el estatus de la paranoia en el entramado de la psicopatología del último siglo. Trata así de ilustrarnos sobre las dificultades que el discurso psiquiátrico dominante ha venido encontrando en su intento de encajar en un lugar apropiado esta entidad en sus clasificaciones. Ello se debe a la deficiente manera en que —en su opinión— es conceptualizada esta enfermedad.

En esta forma de tratar y discutir los temas, casi literaria, muy cuidadosa con el lenguaje y siempre cercana a la filosofía, encontramos un estilo de hacer las cosas característico del autor y su círculo de cofrades del Hospital Dr. Villacián de Valladolid. Baste recordar que, en la actualidad es una osadía (y por supuesto va contracorriente de todas las tendencias reconocidas como científicas) el sostener y apuntalar cualquier tesis apoyándola en casos únicos por muy interesantes e importantes que estos sean. Las muestras $N=1$ no son aceptadas como representativas en la mayor parte de las publicaciones al uso en nuestra profesión.

Una curiosidad. Al final del libro encontramos un pequeño apartado, *Anexo bibliográfico sobre Schreber*, en el que se recogen abundantes citas de autores que se han acercado a este caso desde muy diferentes ópticas. Correctamente se incluye entre ellas la de *Masa y Poder*, de Elías Canetti (un conocido libro, publicado en 1960, que intenta dar algunas claves sobre los comportamientos colectivos y sus derivas). En el mismo, en efecto, hay dos capítulos finales dedicados al caso Schreber desde la perspectiva de este Premio Nobel. Lo curioso, lo sorprendente, es que Canetti (judío, de cultura alemana), que trata un asunto muy cercano a las preocupaciones e intereses, entre otros, no sólo de sociólogos, sino también de psiquiatras, (de hecho cita a algunos de su época a lo largo del texto, incluyendo a Kraepelin) no menta ni una sola vez a Freud ni a ninguno de los autores de inspiración psicoanalítica que han tratado el tema. Y eran ya legión cuando, preocupado por los orígenes de la barbarie nazi, escribió *Masa y Poder*.

Mencionar, finalmente, que el libro viene precedido de una introducción entusiasta de Fernando Colina, que éste —uno de los cómplices más cercano al autor— ha titulado: *José María Álvarez y la "Otra" psiquiatría*.

Se sabe que Jaspers defendía la superioridad de la psicopatología alemana respecto a la francesa, porque pensaba que aquélla estaba más próxima al mundo académico, lo que le daba más familiaridad con las construcciones teóricas que la psiquiatría necesita. Mientras veía a la última, más pegada al enfermo y a la clínica, lo que —a su juicio— la supeditaba a la resolución de problemas prácticos. En mi opinión, el mismo argumento serviría para defender una supuesta superioridad de los psicopatólogos franceses. Hoy sabemos (como mínimo desde Marx) que no puede haber teoría sin práctica, ni viceversa. Y que, en última instancia, todo —y sobre todo nuestros deseos— debe ser sometido a la prueba de la realidad. En este libro, como en el resto de los de José María Álvarez, aparecen profusamente citados, entre otros, autores franceses y alemanes, pero todos ellos en función de una construcción teórica original que trata de ser coherente, que intenta no obviar hechos clínicos relevantes y que posibilita acercarse a una terapéutica derivada de esta posición ante la psicopatología.

Asistir, viene del latín *assistere*, que quiere decir detenerse junto a algo. Detenerse, sentarse junto al enfermo y reflexionar sobre los problemas que éste nos plantea. El lector es quien, al final, debe juzgar si el autor nos ayuda en este camino. A mi juicio —y con independencia de las opiniones que se puedan tener sobre alguno de sus planteamientos— lo consigue.

Bilbao, Septiembre de 2006

Ander Retolaza

Pensar y resistir. La sociología crítica después de Foucault

Robert Castel; Guillermo Rendueles; Jacques Donzelot; Fernando Alvarez Uría.

Círculo de Bellas Artes. Madrid. 2006

Como ya se avisa desde la primera página, los ensayos que componen este volumen son transcripciones revisadas de cuatro de las conferencias pronunciadas dentro del ciclo “*Pensar y resistir. En torno a Michel Foucault*”. Este ciclo, coordinado por Julia Varela y Juan Tabares, se celebró en el Círculo de Bellas Artes de Madrid entre el 3 y el 22 de Marzo de 2004 y contó con la colaboración de la Embajada de Francia y el Colegio de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y sociología. Los textos, breves y bien escritos, dejan entrever un correcto trabajo de revisión y van seguidos, en todos los casos, de una también muy sucinta transcripción del coloquio entre autor y público posterior a cada conferencia.

Respecto al contenido nos encontramos en el universo foucaultiano, ámbito en el que los autores son expertos exploradores y guías. No es que los textos de sus intervenciones acepten el discurso del maestro sin más, sino que lo toman de referencia para sus propias reflexiones o para continuar con temas que Foucault señaló o dejó sólo apuntados.

A este respecto es esclarecedora la metáfora con que uno de los autores, Jacques Donzelot, explica su relación con Foucault: “M. F. ha sido el autor más importante para mí, el más decisivo, aunque no pueda presentarme como discípulo suyo. Mi relación con Foucault se podría ilustrar mediante una imagen procedente de la navegación espacial: las naves que se envían a planetas muy lejanos se acercan primero a otros astros para tomar impulso, lo que implica un alejamiento inicial de su objetivo. Del mismo modo, para aprovechar la fuerza de impulso de algunos autores es preciso perder el miedo a sentirse fuertemente atraído por ellos y, al mismo tiempo, no estar demasiado interesado por el poder que ejercen sobre los que giran a su alrededor, esto es, sus discípulos satelizados incapaces de escapar a su influencia o avanzar por sí mismos”. Como se puede apreciar se trata de toda una declaración de independencia y —también— de intenciones.

Sociología de la sospecha se ha llamado en más de una ocasión a esta actitud militante y crítica que intenta desenmascarar las articulaciones del poder y la dominación en sus diversas facetas, presentes en el entramado de instituciones y prácticas sociales de nuestros días. De lo que se trata, como ya nos advierte el título, es de ejercitar un pensamiento crítico que nos permita resistir a los embates del capitalismo neoconservador y a los cantos de sirena del más cínico postmodernismo que lo justifica todo. Desde ambos frentes se intenta seducir a quienes —como los profesionales de la salud mental— nos encontramos ubicados en posiciones de cierto poder dentro del orden social en el que nos ha tocado vivir.

Desde una perspectiva novedosa Robert Castel, sociólogo y director de estudios de la École des Hautes Études en Sciences Sociales, introduce el libro con una interesante reflexión titulada *Radicalismo o Reformismo Político*. En la misma, y de una manera bastante sorprendente para lo que en principio cabría esperar, defiende desde una concepción posibilista un cierto reformismo político frente a un posible radicalismo estéril. Se trata de un reformismo crítico, que acepta una situación de extrema dificultad para las intervenciones políticas o sociales transformadoras en el mundo actual y que no estaría reñido con un radicalismo teórico. Lo que el autor discute es que este último deba dar, como único fruto válido, un radicalismo político, demasiadas veces condenado a la irrelevancia, pero muy autojustificativo para muchos de quienes lo ponen en práctica.

De nuestro colega Guillermo Rendueles, psiquiatra y profesor asociado de la UNED en Asturias, quien una vez más vuelve sobre alguno de sus más queridos temas, lo mínimo que cabe decir es que se encuentra en muy buena compañía. Su disertación *Viejos y nuevos locos ¿Renegar de Foucault?* abunda en la idea de la progresiva psiquiatrización de los malestares sociales que ya ha abordado en diversos trabajos anteriores. Creo que un párrafo, entresacado de su exposición, resume bien el lugar desde el que nos habla: “El resultado de las luchas antiinstitucionales que marcaron la agenda radical de los años



setenta se puede resumir en un logro —la destrucción de los manicomios— y una derrota: el radical fracaso del proyecto de despsiquiatrización de las malarias urbanas”. El autor retoma aquí el término *malaria urbana*, acuñado por la última antipsiquiatría italiana, para referirse a los malestares sociales que aparecen bajo la forma de una plaga emocional en nuestras sociedades posmodernas.

Desde aquí sólo una pequeña objeción a su texto. Hay una afirmación sobre la AEN (asociación a la que Guillermo sigue perteneciendo) que me parece injustificada. En cierto momento de su exposición el autor compara a la Coordinadora Psiquiátrica (calificada como una organización antifranquista) con la propia AEN (a la que se describe como una asociación profesional convencional). Ello le permite descalificar a un grupo de profesionales que pasando de la primera a la segunda, y —según él— traicionando gran parte de sus ideales, “hicieron carrera como funcionarios de confianza de las nuevas administraciones que deseaban dar una imagen de modernidad”. Nada que objetar a la crítica que el autor desee hacer a las actitudes y trayectorias vitales de algunos profesionales de su generación. Pero citar a la AEN como plataforma propicia para estas maniobras me parece, desde la perspectiva asociativa en nuestro país —la de entonces y la de ahora— un tanto exagerado. En mi opinión no resulta justo confundir a toda una asociación con la conducta de algunos de sus miembros. Y sobre la posible convencionalidad de la AEN basta observar el panorama asociativo de nuestros días en el campo de la salud mental para hacerse una idea de cómo están las cosas.

El ya mencionado Jacques Donzelot, profesor de sociología de la Universidad de París, presenta una disertación sobre el espacio urbano y la crisis del vínculo social que se percibe, en la última década, en la periferia de las grandes ciudades de Europa y América. El texto se titula *Comunidad cívica y magistratura social: dos respuestas a la crisis urbana*. En él el autor reflexiona sobre el tipo de políticas que sobre este asunto se realizan a uno y otro lado del Atlántico. Intenta con ello sacar algunas enseñanzas que puedan servir para extraer conclusiones sobre las oportunidades y las barreras que se presentan a la, cada vez más difícil, convivencia cotidiana en el espacio urbano. Y también sobre las condiciones con que han de afrontar sus posibilidades de mejora amplios sectores sociales, que la globalización sitúa en los barrios degradados de nuestras urbes desarrolladas.

Finalmente, Fernando Alvarez Uría, profesor de sociología de la Universidad Complutense de Madrid, presenta un interesante discurso, de raíz muy foucaultiana, titulado *Viaje al interior del yo. La psicologización del yo en la sociedad de los individuos*. En el mismo se nos expone, resumida, la historia de este viaje, que parte del descrédito progresivo de las posiciones comunistas y de la izquierda transformadora, para llegar al cada vez más extendido desinterés por todo lo relacionado con el espacio público. Como alternativa, se erige el yo personal como único objeto de culto.

El autor subraya los hitos de esta historia, que a su entender son, primero, la fragmentación del espacio social y la crisis de la política, provocadas por la apología de la guerra y de la violencia ejercidas en nombre de causas liberadoras durante el pasado siglo. Segundo, el desarrollo de un imaginario del viaje, cuya máxima expresión sería el orientalismo, que ha permitido a jóvenes de diferentes generaciones durante los últimos cien años, romper en nombre de una vida bella y nómada con las raíces que los sujetaban a sus sociedades de origen. Tercero y último, la formación de una cultura psicológica, abonada por los avances de la medicina de lo mental, que ha conseguido abrir en lo más hondo y recóndito del sujeto una vía de acceso al interior de un yo asumido como realidad total. El resultado final tendría alguna relación con lo que, en nuestros días, se ha dado en llamar el *mercado de las emociones*, en el que los profesionales de la salud mental somos uno de los agentes llamados a participar de forma bastante protagonista.

Bien se ve que los alcanzados por las luces y sombras del prematuramente fallecido filósofo francés, quieren seguir dándonos materia en la que pensar y asideros con los que resistir. Bienvenidos sean ambos.

Bilbao, Septiembre de 2006

Ander Retolaza

XXIII Congreso AEN. Bilbao, 10-13 mayo 2006 “Abriendo claros, construyendo compromisos”

Parecía que nunca iba a llegar y ya han transcurrido unos meses desde la celebración, el pasado mayo, del XXIII Congreso de la AEN en Bilbao. Sin duda que hubo aspectos mejorables, pero en general todo el Comité Organizador estamos muy satisfechos de los resultados conseguidos. Sirvan estas líneas para hacer un escueto balance de su desarrollo y agradecer a todos los que de un modo u otro contribuyeron con su participación.

Reconocido como de Interés Sanitario por el Gobierno Vasco, en el terreno de los patrocinios hemos de reseñar el recibido desde organismos internacionales, como la Asociación Mundial de Psiquiatría, Federación Mundial para la Salud Mental o la Sociedad Iberoamericana para la Información Científica.

Con 615 inscripciones realizadas, la asistencia global ha sido quizás la más amplia de la historia congresual de la Asociación, llenando literalmente algunas de las salas donde se realizaron presentaciones de forma simultánea en cuatro espacios diferentes y donde se había dispuesto, por primera vez en nuestros congresos, un sistema de acreditación por firmas que ha permitido el reconocimiento individualizado de créditos oficiales de formación continuada. También como novedad en este Congreso, muchas de estas actividades no fueron planificadas directamente desde la organización, sino que surgieron como iniciativa de los propios ponentes a quienes se les brindó desde la página web del Congreso las instrucciones para solicitar la participación. Además, más de 120 pósteres y varios casos clínicos, que acudieron a la convocatoria de los premios “OME” y “Norte” a ellos destinados, realizaron igualmente los contenidos presentados.

Con alrededor de 90 ponentes en total, no podemos desafortunadamente referirnos a todos ellos por separado. Rescataremos como representante ideal del resto al Prof. Carlos Castilla del Pino, Miembro de Honor de la Asociación, que con su presentación: “*Historia crítica de la psiquiatría en el s. XX. Una mirada biográfica*”, recogida íntegramente en video, desató un cálido y emotivo aluvión de aplausos al finalizar. Y si la asistencia a las presentaciones fue masiva, el clima de compañerismo vivido en los intermedios y fuera del horario de trabajo fue cálido y favorecedor del intercambio productivo. En este sentido, la Fiesta Vasca y cóctel en el Deportivo, la presentación del navegante solitario José Luis de Ugarte o la cena de clausura fueron momentos lúdicos que invitaron al relax y el encuentro.

El material entregado fue variado y de interés. A los habituales tres tomos que recogen las ponencias presentadas en forma de monografías (“*Psicopatología de los síntomas psicóticos*”, “*Continuidad de cuidados en salud mental*” y “*Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*”), se añadieron una biografía editada con ocasión del centenario del psicoanalista bilbaíno Ángel Garma, un número extraordinario de la revista *Norte de salud mental* y el libro – catálogo de la exposición “*Stultifera Navis*”. Esta exposición, realizada en colaboración con Museo de Historia de la Medicina, se mantuvo abierta durante mayo y junio, permitiendo así a la población general un acercamiento a algunos aspectos relativos a la enfermedad mental. El impacto sobre la población general se completó con una multiplicidad de referencias en los medios de comunicación, habiéndose recogido al menos 90 apariciones en prensa, radio, televisión e internet.

Una mención especial, dentro del material entregado, merece la gran xilografía “Tótemes”, firmada y numerada por Ibarrola, referente artístico de nuestra cultura que sin duda ayudará a mantener el recuerdo del Congreso en nuestra memoria.

En el capítulo económico, desde un principio se hizo un esfuerzo muy importante dirigiendo tanto a la búsqueda de subvenciones como a la contención de gastos. Aquí debemos agradecer expresamente a los 11 laboratorios farmacéuticos presentes en la exposición comercial, la Fundación Koplowitz y otras firmas farmacéuticas que si no estuvieron presentes, también aportaron su ayuda. De igual forma, es de agradecer y reseñar el esfuerzo realizado por la gran mayoría de los ponentes que se hicieron cargo personalmente de los gastos originados, incluida su propia inscripción. Todo ello ha permitido que el balance final arroje un

importante saldo positivo, bienvenido en un delicado momento económico de la Asociación que ahora puede hacer frente con holgura a la compra de un local propio.

En la página web del Congreso (www.ome-aen.org/23congresoAEN) quedan accesibles no sólo los contenidos programados, sino otros materiales como un diario fotográfico de las actividades, dossier de prensa, conferencia magistral del Prof. Castilla del Pino en video, ganadores de los diferentes premios convocados o el texto e imágenes de la “Stultifera Navis” y la biografía de Garma. Todo ello queda ahí como testigo de nuestra pequeña historia asociativa.

Con la vista puesta en Cádiz 2009, en nombre del Comité Organizador, muchas gracias de nuevo por haber confiado en nosotros y por vuestra participación.

Óscar Martínez Azumendi

Comité Organizador XXIII Congreso AEN



Nekane Sagasti, Ander Retolaza, Paco Chicharro, Eva Garnica, Nekane Pardo, Oscar Martínez, Izaskun Elortegi, Fernando Santander, Margarita Hernanz, Iñaki Markez, Helena Alberdi, M^a Eugenia Ariz, Rubén de Pedro. (Ausentes: Juan Medrano, Paz Arias, Olaia Euba, Uxue Pikaza, Naiara Sánchez).



Próximas citas

- 20 y 21 de octubre** **Madrid**
VI Jornadas Nacionales de Historia de la Psiquiatría:
De la edad de plata al exilio: construcción y "reconstrucción" de la psiquiatría española.
Sede de las Jornadas: C/ Duque de Medinaceli, 6
- 27 y 28 de octubre de 2006** **Madrid**
IX Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la AEN
Colegio de Médicos de Madrid.
- 1 al 4 de Noviembre** **Santo Domingo, República Dominicana**
XXIV Congreso de APAL, Asociación Psiquiátrica de América Latina, Afiliada a WPA.
<http://www.apal2006.com>
- 9 a 11 de noviembre** **Córdoba**
XXIV Jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría:
"Evidencia y Calidad Asistencial en Salud Mental".
- 10 y 11 de noviembre** **Bilbao**
VII Jornadas GPAB: *La (in) pertinencia de la psicoterapia psicoanalítica en el siglo XXI*
Secretaría: Tfno: 94 415 84 05; gpab@gpab.org
- 16 Noviembre** **Bilbao**
XIII Jornada anual de OME-AEN (entrada libre)
Centro Cívico de La Bolsa, Palacio Yhon - C/ Pelota 10, Casco Viejo
16:00 Proyección de la película: "Le cri de la soie" (el reclamo de la seda)
20:00 Asamblea General de la Asociación.
21:00 Cena de confraternización para socios y no socios.
- 16-18 de noviembre** **Santander**
4ª Reunión Internacional sobre las Fases tempranas de las Enfermedades Mentales
Intervención en Primeros Episodios de Psicosis
Secretaría: Tfno: 942 23 06 27; www.aforosl.com/intervencionpsicosis
- 23, 24 de Noviembre** **Palacio de Congresos Euskalduna. Bilbao**
IX Jornadas de Rehabilitación en Psiquiatría del Hospital de Zamudio
Secretaría: Dña. Isabel Aquesolo. iaquesolo@hzam.osakidetza.net; Telef. 94.400.65.00
- 24 y 25 de Noviembre** **Valencia**
V Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología:
"Perspectivas actuales en el tratamiento de la esquizofrenia"
Museo Valenciano de la Ilustración y Modernidad (MUVIM). C/ Quevedo, 10, Valencia.
- 26 y 27 de abril de 2007** **Barcelona**
XIV Symposium Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría
Factores de riesgo en Psiquiatría
Secretaría: +34 93 221 2242; barcelona@grupogeyseco.com; www.geyseco.com
- 19 al 25 de Septiembre de 2008** **Praga, República Checa**
XIV Congreso Mundial de la WPA
www.wpa-prague2008.cz

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 2.006. 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 Elkarte–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