

# NORTE

## DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VII N°28 Junio 2007



## “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: Naiara Franco Santamaria**

AISLAMIENTO MENTAL

*“Esta portada representa el ahogamiento que sufre una persona cuando no encuentra un equilibrio mental; por ello, he escogido un cielo nublado que refleja la frustración venidera y un cuerpo bajo el agua, desnudo, indefenso, entra velos, que da a conocer el ansia de escapar de dicha situación. Las dos imágenes se superponen la una con la otra, con lo que se mostraría la visión de esta persona ante su situación agónica.”*

### Volumen VII



Nº27



Nº28

### Volumen VI



Nº22



Nº23



Nº24

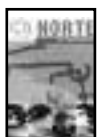


Nº25



Nº26

### Volumen V



Nº16



Nº17



Nº18



Nº19



Nº20



Nº21

### Volumen IV



Nº11



Nº12



Nº13



Nº14



Nº15

### Volumen III



Nº5



Nº6



Nº7



Nº8



Nº9



Nº10

### Volumen II



Nº1



Nº2



Nº3



Nº4

## NORTE de Salud Mental

### **Revista de:**

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

### Consejo Editorial:

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

**Francisco Chicharro  
Germán Molina  
Juan Medrano  
Pilar de la Viña**

### Director Revista NORTE:

**Iñaki Markez**

### Consejo Asesor y de Redacción:

**Alvarez, JM.  
Arias, P.  
Ayuso, JL.  
Berrios, G.  
De la Rica, JA.  
Erkizia, B.  
Filgueira, J.  
Gonzalez-Pinto, R.  
Gutierrez Fraile, M.  
Lasa, A.  
Malda, C.  
Marín, M.  
Marquínez, F.  
Palomo, Ch.  
Póo, M.  
Rendueles, G.  
Susparregui, JM.  
Totorika, K.  
Verdejo, M.  
Zuazo, JI.**

**Aparicio, V.  
Ayerra, JM.  
Ballesteros, J.  
Candina, A.  
Elortegi, I.  
Esteban, R.  
Garnica, E.  
Guimón, J.  
Hernanz, M.A.  
Levav, I.  
Marijuan, M.  
Marina, P.  
Morchan, J.  
Pardo, N.  
Redero, JM.  
Sanchez, A.E.  
Thornicroft, G.  
Vega, A.  
Ylla, L.**

**Sede Social: Apdo. Correos 12, 48950 - Erandio. Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79**  
**[www.ome-aen.org](http://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 VII nº28, Junio 2007**

**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:

**Naiara Franco Santamaría**

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:

**Bristol-Myers-Squibb, Ferrer Internacional, Janssen-Cilag,  
Pfizer, Sanofi-Aventis, Wyeth.**

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



Asociación Española de Salud Mental



Asociación de Salud Mental y Psicología Comunitaria

[www.ome.aen.org](http://www.ome.aen.org)



[www.pulso.com/aen/index.htm](http://www.pulso.com/aen/index.htm)

# S U M A R I O

## PRESENTACIÓN

<b>¿Qué Modelo deseamos en la atención a la salud mental?</b> .....	<b>6</b>
Iñaki Markez	

## ORIGINALES Y REVISIONES

<b>Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería</b> .....	<b>8</b>
Clara Valverde	
<b>Elementos para combatir la discriminación de las personas con enfermedad mental</b> .....	<b>16</b>
Graham Thornicroft	
<b>Estudio de la ansiedad del personal sanitario durante su formación académica</b> ..	<b>23</b>
Iñigo Cearra; Jon Ander Atucha	

## PARA LA REFLEXIÓN

<b>Primacía del deseo, servidumbre de la razón</b> .....	<b>29</b>
Fabricio de Potestad y Ana Isabel Zuazu	
<b>La asistencia psiquiátrica en el contexto de la Bioética</b> .....	<b>41</b>
Fernando Santander	
<b>Adolescencia e hipermodernidad</b> .....	<b>47</b>
Manuel Fernández Blanco	
<b>La psiquiatrización del mal</b> .....	<b>57</b>
Guillermo Rendueles	
<b>Osakidetza, nora zoaz?</b> .....	<b>59</b>
Ander Retolaza	

## FORMACIÓN CONTINUADA

<b>Discinesia Respiratoria: revisión y caso clínico</b> .....	<b>63</b>
Pablo Malo, Esther Fernández, Enrique Aragüés, María Etxebeste y Luis Pacheco	
<b>Protocolo de actuación enfermera con adolescentes con alteración de conducta</b> .....	<b>69</b>
Susana Marqués, Lourdes Barrasa, Mila Amundarain, Mercedes Landa	

## HISTORIA

<b>Hace 30 años en la psiquiatría vizcaína</b> .....	<b>75</b>
Oscar Martínez Azumendi	
<b>A la búsqueda de reconocimiento</b> .....	<b>79</b>
Llum Quiñonero	

## ACTUALIZACIONES

Juan Medrano, Pere Mir, Iñaki Markez, Oscar Martínez Azumendi	
<b>Psiquiatría para el no iniciado.</b> Rafa Euba .....	<b>85</b>
<b>Introducción a la psicoterapia grupoanalítica.</b> S.H. Foulkes .....	<b>86</b>
<b>Conciencia, libertad y alineación.</b> Fabricio Potestad y Ana Isabel Zuazu .....	<b>87</b>
<b>Atención Primaria de la Patología Psiquiátrica Dual en Prisión.</b> GSMP .....	<b>88</b>
<b>El museo vasco de Historia de la Medicina y de la Ciencia “José Luis Goti” celebra su 25º aniversario</b> .....	<b>90</b>

## AGENDA

<b>Próximas citas</b> .....	<b>93</b>
-----------------------------	-----------



# 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](mailto: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>.



## ¿Qué Modelo deseamos en la atención a la salud mental?

Iñaki Markez

**H**ace años que se lograron consensos sobre el Modelo para la Sanidad Pública en sus grandes líneas. Las asociaciones para la defensa de la salud pública lo vienen defendiendo hace un cuarto de siglo y también en la salud mental, colectivos profesionales defensores de la psiquiatría comunitaria como la OME o la AEN. El Informe del Ararteko al Parlamento Vasco del año 2000 lo hacía explícito: *Existe consenso sobre el modelo del sistema de atención a la salud mental, que ha de ser universal, público, integral, comunitario, eficaz, equitativo y evaluable aunque este consenso no siempre se traduce en definir prestaciones en base a las necesidades, planificación y financiación de servicios a ofertar y la obligada evaluación.* Aquel fue un documento que elaboramos basándonos en las opiniones de centenares de agentes sociales implicados en la salud mental: pacientes, familiares, profesionales y gestores\*. Amplio documento, al alcance de interesados, quizá escasamente conocido, incluso por el ámbito político, sector a quien fue dirigido por la institución del defensor del pueblo vasco.

En estos momentos de aniversarios en la salud mental, de críticas desde todos los ángulos hacia los responsables de la Sanidad Pública en el País Vasco —también en otras Comunidades Autónomas: Madrid, País Valenciano, Catalunya, Cantabria,...— aunque sea por motivos muy diferentes es adecuado traer a estas páginas algunas de aquellas valoraciones.

- *El débil desarrollo de modelos comunitarios con una apreciable involución hacia abordajes biológicos, predominancia farmacológica, con escaso apoyo psicoterapéutico e insuficiente desarrollo de dispositivos para la rehabilitación y reinserción, está cuestionando el movimiento comunitario desarrollado en décadas precedentes, con interrogantes sobre su causalidad: ¿convicción científica o ideológica, o por el contrario se trata de estrategias para la reducción de los costes?*
- *En un modelo donde se critica la incomunicación entre sus protagonistas, con actuaciones emanadas de la iniciativa de los clínicos, gestores alejados de las demandas y necesidades,*

\* Ver VV.AA. (2000). *Atención comunitaria de la enfermedad mental*. Informes extraordinarios del Ararteko al Parlamento Vasco. Vitoria-Gasteiz.



usuarios que conocen lo que desean y una industria farmacéutica con gran influencia en el desarrollo asistencial, es una necesidad imperiosa la corresponsabilidad de todos los estamentos: gestores, profesionales y usuarios de los servicios de salud mental.

- Es sabido que un elevado número de pacientes con trastornos mentales es atendido en el nivel primario de la atención a la salud, pero también es conocida la dificultad manifiesta del nivel primario para identificar, valorar, atender o derivar la demanda al nivel especializado. Expresada como prioridad la coordinación de atención primaria y salud mental, el actual funcionamiento aún está alejado de lograrlo, siendo el nivel primario el principal proveedor de demanda asistencial.
- Las demandas de servicios, de patologías crónicas e incluso deteriorantes, de mayor utilización de los recursos sanitarios y sociales, requiere la oportuna adecuación de estos a las necesidades no sólo sanitarias sino también de residencia, ocupación, desarrollo personal o integración.
- El motor del cambio en la atención a la salud mental, en sus procesos de desinstitucionalización, en ningún caso ha de ser la reducción de los costes asistenciales porque por esa vía aumentan los riesgos de exclusión. La lógica del coste/beneficio no da respuesta a las necesidades básicas de las poblaciones afectadas.
- Flexibilizar los criterios de admisión y seguimiento, de atención en suma, está vinculado a los modelos de intervención comunitaria. Los dispositivos de atención han de estar pensados no desde la condición de enfermo con su etiquetaje diagnóstico sino desde sus derechos como persona en igualdad de condiciones para el acceso a los recursos normalizados. La relación es desde el derecho a la salud, no desde la benevolencia.

- Psiquiatras y enfermería hospitalaria se responsabilizan del paciente durante su ingreso, mientras que desde los centros de salud mental sólo atienden en estancia comunitaria, no participando de las intervenciones en el hospital. En el hospital se dan actitudes paternalistas y fuera de él se vivencia una situación de desprotección. Hay gran distancia e incomunicación entre los servicios intra y extrahospitalarios.

Son breves retazos de una realidad que, de nuevo, en este número se vuelven a constatar en varios artículos originales y en detenidas reflexiones. La cuestión es que precisamos mejorar ampliamente un Modelo de Sanidad pública sostenido por el voluntarismo de profesionales, muchos de ellos quemados, que es insostenible con los recursos actuales. Son precisas inversiones, crecimiento de plantillas y la optimización de los actuales recursos. Y alejarnos de la “falsa eficiencia” en las políticas de personal que no han de quedar por encima del adecuado funcionamiento de programas y servicios, especulando con interinidades y contratos en precario o inadecuados con las prestaciones que exigen. Las plantillas pueden y debieran adecuarse a los objetivos y necesidades de los centros, servicios y programas asistenciales y/o integrales. Hay quienes seguimos defendiendo la Sanidad Pública reclamando mayores desarrollos. También comprobamos que hay quienes aspiran a beneficiarse de ella, sin más. Mucho personal que, sencillamente, va dejando que corran los años ¡qué lejos quedan aquellas corrientes de defensa activa de las iniciativas en atención primaria, de la salud comunitaria, de la participación e iniciativas sociales,...! Y los gestores de la Administración Pública ¿por donde caminan? ¿Saben hacia donde nos están llevando?. Desde luego, este Modelo no es el que era.





# Enfermería centrada en los significados del paciente: La importancia de la filosofía para enfermería

**Clara Valverde**

Enfermera/Formadora  
Equipo Aquo. Barcelona

## I. INTRODUCCIÓN

En enfermería trabajamos con seres humanos y con los temas que eso conlleva: sufrimiento, significados, contradicciones y paradojas.

Pero debido al enfoque economicista del sistema sanitario, a las condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería y a la falta de formación de éstos en lo relacional y lo filosófico, en estos momentos tiende a existir una “enfermería centrada en el profesional de enfermería”. Esto está lejos de los conceptos que podrían ayudar a este colectivo a adentrarse en la ambivalencia y la ambigüedad, conceptos que le ayudaría a trabajar mejor con la complejidad humana.

Los modelos de enfermería ahora disponibles son unos mapas limitados por el concepto de los “resultados”, que reducen las experiencias humanas a una lista de objetivos.

En la filosofía podemos encontrar una visión más útil para acercarnos a, como decía Emmanuel Lévinas, “El Otro”<sup>1</sup>, y a centrarse en los significados que el paciente da a la experiencia de su enfermedad.

Hay dos teóricas de enfermería que se inspiran en la filosofía para sus propuestas: Patricia Benner y Sally Gadow. Pero sería necesario

mirar a varios filósofos para poder desarrollar un pensamiento amplio con el que hacerse preguntas sobre qué es cuidar. También la filosofía es necesaria para desarrollar una enfermería centrada en el paciente y en sus significados, ya que ahora los significados y las experiencias del paciente tienden a ser dejados de lado por los profesionales.

Con la ayuda de la filosofía, podemos pensar diferente y crear una nueva manera de ver enfermería, que cuestione los valores y las suposiciones existentes<sup>2</sup>.

## 2. ENFERMERÍA CENTRADA EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Enfermería está en una situación un tanto complicada y absurda, en la cual los cuidados están centrados en lo que hacen y en lo que necesitan los profesionales de enfermería y los médicos. La enfermedad, sus interpretaciones y sus significados, están vistos desde el punto de vista de los profesionales y no desde los que viven esa experiencia en sus vidas. A continuación, vemos ejemplos de esta “enfermería centrada en el profesional de enfermería”.

### 2.1. “El paciente da trabajo”

El enfoque economicista y la falta de formación adecuada sobre el paradigma clínico dan como resultado unos profesionales de



enfermería que juzgan a los pacientes según “den” más o menos “trabajo”<sup>3</sup>.

*“El paciente pasa desapercibido. ¡Muy bien!”*, leemos en un historial clínico en un hospital.

*“Diagnóstico: hiperfrecuentadora”*. Una frase encontrada recientemente en un historial clínico de Atención Primaria.

Las vivencias y las razones por las cuales los pacientes están más callados o acuden más de lo que esperaba el profesional se ven como “mejor” o “peor” para el trabajo de enfermería y no como información importante sobre la posible demanda o el sufrimiento del paciente.

## 2.2. “El paciente no se porta bien”

La falta de formación sobre los aspectos psicosociales del ser humano y sobre la relación terapéutica también hace que los profesionales tengan cierta confusión y, entonces, creen conflictos con los pacientes sobre sus comportamientos (conflictos que los profesionales aumentan y llevan a situaciones desastrosas que, recientemente, se pueden ver en la prensa). Los comportamientos del paciente son una expresión de su malestar. Es información útil. No son, como creen los profesionales de enfermería, algo a cambiar. No deberían ser una fuente de conflicto por el que enfermería pierda una gran parte de su tiempo.

Un pequeño grupo de enfermeras—investigadoras, que llevó a cabo un ejercicio de observación de enfermería en hospitales, llegó a la conclusión de que los profesionales de enfermería etiquetan a los pacientes por sus comportamientos entre “Malos pacientes” y “Buenos pacientes” y los profesionales observados tenían esto que decir de cada “categoría”<sup>4</sup>:

### a. “Mal paciente”

*“Hace lo que quiere y lo que le da la gana”.*

*“Se niega a hacerse la prueba”.*

*“Si no quiere tomar la medicación, ¿qué hace aquí?”*

*“Siempre se está quejando”.*

*“Es un pesado: que se espere”.*

*“Ha cogido la historia sin permiso”.*

*“No colabora”.*

*“Me da mucho trabajo; me quita tiempo”.*

*“Quiere que estemos, lo necesite o no”.*

*“El paciente no sigue las maneras indicadas”.*

*“Llama por tonterías”.*

*“Si no me hace caso... que luego no se me queje”.*

*“Es un mal paciente porque no ha hecho bien la dieta”.*

### b. “Buen paciente”

*“Siempre dice que sí”.*

*“Es un santo”.*

*“Es simpático”.*

*“Es muy agradecido”.*

*“¡Qué bueno es! No llama nunca”.*

*“No hace preguntas”.*

*“No hace perder el tiempo”.*

*“No protesta nunca”.*

*“Siempre te recibe con una sonrisa”.*

*“No se queja”.*

*“Se porta bien”.*

*“Es colaborador”.*

*“Este año le vamos a dar el premio de mejor paciente”.*

*“Siempre hace lo que se le dice sin preguntar”.*

## 2.3. “¿Aquí, quién es la enfermera?”

*Enfermera (gritando): “Pero ¿qué hace levantándose de la cama?!”*

*Paciente: “¿No me dijo que ya era hora de que me fuera adaptando a mi enfermedad?”*

*Enfermera: “¡Sí, pero levantarse no es parte de la adaptación!”.*

A veces, sin querer, y por falta de formación y supervisión eficaces, los profesionales de enfermería dan mensajes confusos a los pacientes. A veces se quiere que los pacientes sean más activos y otras que no se impliquen en sus cuidados. Otras, se desea que los pacientes sean comunicativos pero no se quiere escuchar sus quejas. Y también se quiere que los pacientes se adapten a su enfermedad, pero no se quiere acompañarles en las fases de desánimo y de desesperación.



#### 2.4. “Lo que usted tiene que hacer...”

*Paciente: “Hice lo que me dijo la otra vez; cuando me di cuenta de que me había subido la glucosa comí algo de proteína”.*

*Enfermera: “No, cuando le sube tanto, usted no tome decisiones. Venga aquí y yo decidiré”.*

En los últimos años se está fomentando la idea de que el paciente debería ser “un agente activo en su propia salud”<sup>5</sup> y ser menos pasivo, como se exigía antes. Pero para que este nuevo enfoque se pueda llevar a cabo, los profesionales necesitan una formación específica y una reflexión sobre lo que implica trabajar con el sufrimiento y saber lo que ese sufrimiento significa para el paciente.

#### 2.5. Vivir “bien”, vivir “mal” la enfermedad

*Enfermero: “¿Quién diría que tienen la misma enfermedad! Ése se pasa el día llorando. Lleva su enfermedad fatal. En cambio ese otro la lleva muy bien, siempre tranquilo y de buen humor”.*

Los profesionales de enfermería tienden a ver la enfermedad del paciente desde sus propios significados como profesionales. Los significados y vivencias de los pacientes no se ven como lo que son: el centro de la relación terapéutica.

No sólo el paciente se siente relegado a un segundo plano en su propia experiencia, sino que los significados que da el profesional están relacionados con lo que a él o ella le conviene por razones laborales.

### 3. LOS MODELOS DE ENFERMERÍA EXISTENTES

#### 3.1. Más práctica que praxis

Esta tendencia de la “enfermería centrada en el profesional de enfermería”, ¿podría cambiar con los modelos existentes? Hay una serie de modelos de enfermería disponibles que son muy interesantes, pero el problema es que, aunque son útiles para recordar tareas, no son

realmente ontologías (teorías del ser)<sup>6</sup>. Pueden ayudar al profesional de enfermería a enfocarse en el paciente, pero no son lo más útil para abordar la presentación del sufrimiento humano que “el Otro” evoca en sus múltiples formas<sup>7</sup>.

Estos modelos son mapas para los cuidados, mapas que dibujan la visión del paciente dentro del concepto de los “resultados”<sup>8</sup>.

Esto puede reducir situaciones humanas complejas a intervenciones, como puede ser el lavar a un paciente con todo lo que conlleva en sus significados para el que es lavado. Enfermería, a través de estos modelos, tiende a dar significados a las necesidades del que sufre desde la visión del profesional, dando menos importancia a la interpretación emocional e imaginativa que la que pueda dar el paciente.

#### 3.2. Los Modelos

##### a. “Necesidades”

El modelo de enfermería más conocido y utilizado en el Estado Español es el de las Catorce Necesidades de Virginia Henderson. Éste así como los modelos de Orem y el Abdallah, son muy útiles como herramientas para recordar al profesional las tareas en los cuidados, pero no llegan a una visión ontológica del ser humano ni animan a indagar en las ambigüedades. Las necesidades y deficiencias que definen estas autoras no son las que define el paciente, sino unas bastante parecidas al modelo médico en el que se ve al enfermo como un ser incompleto.

##### b. “Interacción”

En los modelos de Peplau, Orlando y King, el enfoque está en la interacción entre el profesional y el paciente. Esto abre cierta esperanza a poder trabajar con la narrativa del paciente y su verdad. Pero examinándolos más a fondo se deduce que, aunque la idea podría abrir nuevas puertas, en la realidad, estos modelos son conductuales, ya que es el modelo y el profesional de enfermería quienes deciden en qué “fase” está el paciente.



c. “Efectos deseables”

Los modelos de las autoras Callista Roy, Johnson y Neuman están basados en la adaptación, en modificar y cambiar las respuestas del paciente. Una vez más, vemos las limitaciones impuestas por el pensamiento conductual.

d. “Ser unitario”

Esta tendencia, desarrollada por Rogers, Parse y Newman, agrupa una ecléctica variedad de ideas entre las cuales encontramos “la armonía”, “los campos de energía” y otros conceptos que, aunque innovadores, es enfermería quien define estos conceptos y no parten de las creencias del paciente.

e. “Caring”

La palabra “Caring” se utiliza para agrupar a autoras como a Jean Watson, con su modelo de “cuerpo–alma–espíritu” y sus 10 factores bien definidos, y a Madeleine Leininger con su modelo de la diversidad cultural. El modelo de Watson, importante para abrir la posibilidad a temas existenciales, no se adentra en las ambigüedades, tema crucial en la existencia. El de Leininger es importante en la introducción del tema de la diversidad, pero deja más a un lado lo existencial. En este grupo de modelos, el uso de la palabra “caring” en inglés, fuera de los países no–anglófonos, es un poco sorprendente ya que la palabra equivalente, “cuidar”, existe en los otros idiomas.

### 3.3. Las limitaciones de los modelos de enfermería

Los modelos existentes de enfermería tienen cierta dificultad para adentrarse en la complejidad que surge en la realidad del paciente<sup>9</sup>, ya que explican necesidades e identidades elaboradas por profesionales, pero no representan la totalidad del ser humano y su sufrimiento.

Estos modelos muestran los aspectos incompletos del enfermo (aspectos llamados “necesidades”, “fases”, “falta de voluntad” o “efectos deseables”) pero no su poder. Y una persona enferma o discapacitada es una perso-

na completa, con una narrativa intacta, si las condiciones en la relación terapéutica le dan el espacio generoso y empático para que pueda organizarse de una manera narrativa<sup>10</sup>.

Necesitamos cuestionar los modelos existentes. Necesitamos cuestionar la jerarquía de significados que estos modelos imponen, en los cuales la incertidumbre del paciente, la incertidumbre del profesional de enfermería, y toda incertidumbre que está en el centro de la experiencia humana, no se tienen en cuenta, y de esa manera las posibilidades existenciales se pierden.

### 3.4. Benner y Gadow

Aunque no entran en la misma categoría de “modelos”, los importantes escritos de dos teóricas de enfermería, Patricia Benner y Sally Gadow, nos acercan la filosofía a enfermería.

Patricia Benner, conocida anteriormente como una experta en el tema del aprendizaje en enfermería, ahora trabaja sobre la interpretación hermenéutica y su aplicación en enfermería. Bajo la influencia de Heidegger, Hegel, Merleu–Ponty, Dreyfus y otros filósofos, argumenta la necesidad de desarrollar un proceso interpretativo en enfermería en el que se intente comprender el mundo de las narrativas del paciente<sup>11</sup>.

Sally Gadow también trabaja bajo la influencia de Heidegger, y apuesta por la necesidad de la interpretación que está abierta a múltiples verdades y a los mundos en los que cada tema del paciente está situado<sup>12</sup>. En su idea de una “abogacía existencial” como parte del rol de enfermería, propone que enfermería ayude a los pacientes a determinar lo que significa para ellos estar sanos o estar enfermos. Pero hay autores que ven posibles problemas en la propuesta de Gadow, ya que existe el peligro de que el profesional de enfermería, en su “abogacía”, dé por hecho necesidades del paciente que no son parte de sus verdades y procesos existenciales<sup>13</sup>.



## 4. LO QUE NOS OFRECE LA FILOSOFÍA

### 4.1. ¿Qué es enfermería?

Enfermería es el arte de comprometerse a acompañar y a apoyar a seres humanos que sufren, que están intentando llegar a puerto “sanos y salvos” (o por lo menos “salvos”), que están deseando, en su enfermedad, encontrar sentido. El trabajar como profesional de enfermería es participar en la vulnerabilidad del que sufre e intentar aliviarla, ayudando a que el paciente sea el autor de su propia experiencia.

Hay una gran necesidad, en estos momentos, de que el *pensamiento enfermero* reconozca las limitaciones que impone sobre nuestra imaginación la enfermería basada en la “evidencia”, no porque estemos en contra de la ciencia, sino porque en el modelo actual cartesiano de dualidad cuerpo–mente no nos hacemos las grandes preguntas sobre lo qué es ser un ser humano, o sea, la filosofía.

### 4.2. El “otro”, ese que sufre

El filósofo Emmanuel Lévinas (1906–1995) nos puede inspirar en el trabajo de enfermería con sus escritos sobre “el Otro” y sobre la responsabilidad moral de acompañar al que sufre en su soledad mortal<sup>14</sup>.

La importancia de ser testigo del sufrimiento del paciente nos ofrece nuevas maneras de ver y acompañar en nuestra profesión. El estar atento a la verdad de la experiencia del que sufre es la idea central en el trabajo de este filósofo francés, que nos puede ayudar a encontrar satisfacción en el importante trabajo de estar presente para personas que atraviesan momentos difíciles<sup>15</sup>.

### 4.3. Lo “no–representable”

Otro filósofo francés, Jean–François Lyotard, nos lanza una idea útil para nuestra profesión: que el sufrimiento y que los otros grandes temas de la humanidad son cuestiones difíciles de representar. Cuando estamos ante un

paciente terminal, ante alguien que acaba de ser diagnosticado con Alzheimer o, sencillamente, ante alguien que no tiene ganas de vivir, ¿podemos realmente captar estas situaciones con palabras?, ¿pueden, los modelos de enfermería existentes representar estas realidades?

Lyotard explica que lo no–representable es lo que se “excluye” y lo que se “falsifica”. Lo que se excluye es lo que no queremos ver: la desesperación del paciente, la nuestra, los problemas de salud que son producto de las injusticias, etc. Lo que se falsifica podría incluir el minimizar la realidad del paciente (“pues yo le veo mejor”) o el no indagar ni escuchar los significados que el paciente da a su realidad. Los conceptos de Lyotard nos invitan a trabajar con el paciente con más humildad.

### 4.4. Significados e interpretación

Martin Heidegger (1889–1976) fue uno de los grandes filósofos que trató el tema de los significados y de la interpretación en el lenguaje. El ser humano, escribió Heidegger, es un ser que busca auto–comprensión y auto–interpretación. Busca el sentido de ser un ser humano<sup>16</sup>. Y el ser humano, a su vez, no está en el mundo libre de significados. Las ideas de Heidegger, que indagan en el proceso de interpretación, pueden ser de gran utilidad para enfermería ya que en cada encuentro con el paciente se abre la posibilidad al paciente para elaborar sus significados, su identidad, y, para el profesional, es una oportunidad para entender mejor al paciente.

Paul Ricoeur (1913–2005) elaboró importantes ideas sobre la narrativa, los significados y la interpretación. Una de sus ideas es la de la “hermenéutica de la sospecha”, que trata sobre el hecho de que en la narrativa del ser humano se revela algo pero también se esconde algo, algo que, posiblemente, con la presencia empática del profesional, el paciente pueda compartir. Y Ricoeur también pensaba que la narrativa, el lenguaje, ata al ser humano a su cuerpo y al mundo material y que la teoría de la narrativa



abre el camino para una vida con sentido<sup>17</sup>. Para enfermería, Ricoeur ofrece ideas útiles: que las tensiones y las ambigüedades en la narrativa del ser humano, que tiene las restricciones de ser un ser-de-cuerpo, nos pueden ayudar a aceptar que el ser humano, el paciente o el profesional, es falible. También Ricoeur escribió sobre un tema muy importante para enfermería: el concepto del tiempo humano en la narrativa. Para enfermería el entender cómo el paciente, al verbalizar su situación, está viviendo la compleja experiencia de integrar el tiempo cosmológico con el fenomenológico es necesario.

#### 4.5. Ser-de-cuerpo

Maurice Merleau-Ponty (1903–1961) es el filósofo que nos ofrece relevantes ideas sobre lo que significa ser un “ser-de-cuerpo” o “tener corporalidad”. Merleau-Ponty decía que no es que tengamos un cuerpo, sino que la experiencia de ser un cuerpo (en este mundo, añadiría Heidegger) hace que vivamos el mundo, o sea todo, a través del éste.

Como vivimos, percibimos y hablamos del mundo, está completamente atado a la condición existencial de ser-de-cuerpo. En enfermería esto es de gran relevancia porque lo que el paciente vive como ser-de-cuerpo (dolor, fatiga, enfermedad, limitaciones) es la base de su lenguaje, de sus significados y de su visión del mundo.

#### 4.6. Y tantos más...

Gilles Deleuze (1925–1995) ofrece ideas para los profesionales de enfermería y para los que están enfermos, sobre la vida y la enfermedad, principalmente, que la lógica de la vida no es una lógica del ser sino del devenir. Y tales esas le pueden llevar al concepto del movimiento (en el pensamiento) para liberarse y llegar a ser un “nómada” (alguien que se libera de lo que le atrapa) dentro de su territorio y no a tener que abandonar su territorio como el “exiliado”.

Jacques Derrida (1930–2004) desarrolló el arte de la “deconstrucción”, que primero plan-

teó Heidegger, en la cual se cuestionan, como si se pelaran capas de una cebolla, los significados contruidos por el lenguaje. Esto es relevante para trabajar con el tema de los significados del paciente.

Hans Georg Gadamer (1900–2002) fue uno de los filósofos que más trabajó sobre el lenguaje en las ciencias humanas. Una de sus propuestas es que la medicina no es una “ciencia” sino un “arte”, y que hay que trabajar con la narrativa y la interpretación en la relación clínica.

Otros filósofos, más específicamente, de la medicina y de la ciencia, tales como Jean-Luc Nancy, Francisco Varela, Hubert L. Dreyfus y otros, pueden inspirar nuevas maneras de pensar en enfermería.

## 5. ENFERMERÍA CENTRADA EN LOS SIGNIFICADOS DEL PACIENTE

Sin elaborar aquí un modelo completo, que-remos dar unas pinceladas generales para un nuevo enfoque en enfermería basado en nuestra experiencia con pacientes, como docentes y en el estudio de la filosofía.

### 5.1. Narrativa y significados

La enfermedad no es la interpretación mecanicista de lo que ocurre en el cuerpo. Es una interrupción en la biografía que ha absorbido todos los significados que la persona tenía hasta enfermar. Para dar nuevos significados, contenido y perspectiva a su experiencia de la enfermedad, la persona necesita contar y narrar, lo cual le ayudará a salir de sí misma y a hacer suya la experiencia.

La narrativa es un grupo de metáforas para organizar sensaciones a través de las que cada uno construye su verdad con elementos sub-conscientes de su historia a medio escribir. A medida que el enfermo verbaliza su narrativa (el lenguaje y los códigos de ese país que es la enfermedad), la enfermedad adquirirá un significado más claro para el paciente, y su implicación en la relación clínica podrá ser central.



Pero la construcción de esta narrativa necesita un ayudante, alguien que escuche con habilidad: en este caso, el profesional de enfermería.

### 5.2. Según los significados del paciente

Si el ser humano actúa según el significado personal y cultural que da a cada cuestión, entonces el profesional de enfermería, para intentar entender lo que hace el paciente (o lo que no hace), necesita conocer los significados que éste da a sus problemas de salud. Para aumentar su eficacia, el profesional de enfermería necesita trabajar con cómo el paciente ve su situación, qué significa para él o ella, cómo ve los tratamientos, etc. Porque lo importante no es qué enfermedad tiene el paciente sino su experiencia de ésta, o sea, no “qué es” sino “qué significa”.

Si hablamos con varios pacientes que tienen, por ejemplo, diabetes, podremos comprobar que ven significados muy diferentes en sus enfermedades, tales como:

- identidad familiar (“es normal, todo el mundo en mi familia acaban teniendo diabetes”),
- un castigo (“es porque no me cuidé”),
- una cuestión de edad (“bueno, a mi edad es normal tener achaques”),
- una gran decepción (“¿cómo me puede ocurrir esto a mí?, ¿qué voy a hacer?”),
- una tragedia (“yo no puedo vivir con esto, esto es lo peor que me ha pasado”),
- un reto a superar (“voy a aprender a cuidarme”),
- una tarea que da sentido a su vida (“me he hecho socio de la asociación de diabéticos y estoy participando en muchas actividades”).

La persona que ve su diabetes como “un castigo” no se va a cuidar de la misma manera que la que lo ve como “un reto a superar”. Ningún significado es “mejor” o “peor” que el otro. Cada persona tiene el suyo o suyos y, a veces, cambian con el tiempo. Lo importante es que el profesional de enfermería conozca cuál es el significado para esa persona en ese momento y

eso le dará información importante sobre el por qué el paciente hace lo que hace.

### 5.3. Averiguar sus significados

Si el profesional de enfermería conoce mejor lo que la enfermedad significa para el paciente, se ahorrará mucho tiempo que se utilizaría en repetir información e intentar convencer al paciente. Se necesita mucho menos tiempo y es mucho más eficaz hacer algunas preguntas al paciente que nos ayuden a conocerle y a escucharle.

Preguntas para conocer los significados del paciente:

1. ¿Qué cree usted que le ha causado este problema de salud?
2. ¿Cuánto tiempo hace que empezó su problema de salud y por qué cree que empezó entonces?
3. ¿Cómo le afecta su problema de salud?
4. ¿Usted diría que su problema de salud es no muy grave, grave o muy grave?
5. ¿Qué es lo que más teme de tener este problema de salud?
6. ¿Qué tipo de tratamiento cree que necesita?
7. ¿Qué opina del tratamiento que le ha indicado el médico?
8. ¿Qué es lo que espera usted de ese tratamiento?

Al hablar de su realidad y de sus significados, el paciente se convierte en lo que debería ser: el protagonista de la relación terapéutica. El profesional de enfermería, al escuchar con respeto e interés, abandona el protagonismo que ha tendido a tener ahora en la relación de ayuda, y se convierte en un *testigo empático* que legitima y afirma la experiencia del paciente. Cuando el paciente responde a esas preguntas de la enfermera, surgirá la verdad del paciente y, a veces, lo que dice el paciente puede hacer que el profesional de enfermería se sienta incómodo.

Veamos una situación: Una paciente que ha sido diagnosticada por el médico de aplasta-



miento de vértebras debido a una osteoporosis, dice que no está de acuerdo con el diagnóstico, que sus dolores de cuello son debido “al mal de ojo” que le ha echado una vieja de su pueblo.

El ser humano es un producto complejo de su vida, su familia y su cultura.

El profesional de enfermería, ante esa complejidad, necesita manejar su propia incertidumbre con curiosidad y humildad, sin precipitarse a hacer conclusiones y sin insistir que la “verdad científica” es más “verdad” que la del paciente. El trabajar escuchando, con competencia transcultural, con respeto y flexibilidad, puede hacer que una situación frustrante en la relación de ayuda se convierta en un diálogo rico que lleva a ideas y opciones nuevas.

#### 5.4. Beneficio para el paciente

La enfermedad, para el paciente, es una interrupción en la manera en la que él o ella, hasta el momento de enfermar o del diagnóstico, ha visto la vida y la ha definido. La enfermedad lleva al paciente a vivir una serie de nego-

ciaciones cotidianas con la subjetividad, la identidad y el espacio que requieren que alguien le escuche de una manera acogedora para poder empezar el nuevo proceso de adaptación.

El que el paciente pueda hablar de la experiencia de su enfermedad le ayudará en la importante tarea de adaptarse a los cambios que conlleva esa interrupción. Y para esto, necesita alguien que escuche sus significados con una presencia terapéutica y empática como la del profesional de enfermería.

Si nadie le pregunta, el paciente no será consciente de lo que la enfermedad significa para él, ni podrá evolucionar su manera de verla. La adaptación a la enfermedad requiere que el ser humano se defina en cada etapa y pueda tomar control, a través de construir su propia historia en palabras, de lo que ha ocurrido.

Al movernos hacia un modelo de enfermería basado en los significados del paciente, nos adentramos en un desconocido e interesante camino apoyados por la filosofía.



## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lévinas, Emmanuel, (1987) *Time and the other*. Duquesne University Press.
- 2 Rodgers B.L. (1997) Deconstructing the dogma in nursing knowledge and practice. En: *Perspective on Nursing Theory* (ed.L.H.Nicoll), pp.348–356. Lippincott–Raven Publishers, Philadelphia.
- 3 Aula de Relació d’Ajuda. (2006) Notas de los participantes. Escola Universitaria d’Enfermeria Santa Madrona, Barcelona.
- 4 Aula de Relació d’Ajuda. (26–10–2006). Ejercicio “Investigación Antropológica”. Escola Universitaria d’Enfermeria Santa Madrona, Barcelona.
- 5 Participants Bayer–Fetzer Conference on Physician–Patient Communication in Medical Education. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo Consensus Statement. *Acad Med* 2001; 76:10–5.
- 6 Edwards S. & Liaschenki J. (2003) On the quest for a theory of nursing. *Nursing Philosophy*, 4, 1–3.
- 7 Lyotard J.F. (1988) *The Differend: Phrases in Dispute*. University of Minnesota Press, Minneapolis, Minnesota.
- 8 Campbell M. (1988) Accounting for care: a framework for analysing change in Canadian nursing. En: *Political Issues in Nursing: Past, Present and Future*, Vol. (ed. R.White), pp.45–70. John Wiley & Sons, Toronto, Ontario.
- 9 Cameron B.L. (2004) Ethical moments in practice: the nursing ‘how are you?’ revisited. *Nursing Ethics*, 11, 53–62.
- 10 Dufrenne M. (1987) *In the Presence of the Sensuous: Essays in Aesthetics* (eds. M.Roberts & D.Gallagher). Humanities Press, Atlantic Highlands, New Jersey.
- 11 Benner P (1994). *The Tradition and Skill of Interpretive Phenomenology in Studying Health, Illness, and Caring Practices*. (Ed.P.Benner). Interpretive Phenomenology: Embodiment, Caring, and Ethics in Health and Illness. Sage, Thousand Oaks, California.
- 12 Gadow S. (2000) I felt an island rising: interpretative inquiry as motet. *Nursing Inquiry*, 7, 2009–214.
- 13 McIntyre M., Anderson B. & McDonald C. (2001) The intersection of relational and cultural narratives. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(3), 47–62.
- 14 Naef, R. (2006). Bearing witness: a moral way of engaging in the nurse–person relationship. *Nursing Philosophy*, Vol 7, Issue 3, pp 146–150.
- 15 Lavoie M, De Koninck T, Blondeau D (2006). The nature of care in light of Emmanuel Levinas. *Nursing Philosophy*, Vol 7, Issue 4, pp 225–230.
- 16 Heidegger, M (1962). *Being and time*. New York: Harper & Row. (El original publicado en 1927).
- 17 Ricoeur P (1991). *Temps et récit*. Paris: Seuil.



# Elementos para combatir la discriminación de las personas con enfermedad mental\*

**Graham Thornicroft**

Professor of Community Psychiatry  
Health Service and Population Research Department  
Institute of Psychiatry, King's College London

*“Soy un ser humano, con todas las emociones y sentimientos que eso conlleva, pero el estigma me impide abrirme a la gente”*

María

## El punto de partida: el estigma

El punto de partida para este artículo es el concepto de estigma. Este término fue originalmente usado para referirse a las imborrables lesiones que presentaban por ejemplo vagabundos o esclavos, tras ser agredidos con objetos afilados y punzantes<sup>1,2</sup>. Las manchas, marcas o cicatrices resultantes llevaron a utilizar metafóricamente la palabra “estigma” para hacer referencia a las personas consideradas de alguna manera moralmente inferiores<sup>3,4</sup>. En la actualidad, el estigma se define como “cualquier atributo, rasgo o trastorno que caracterice a un individuo y lo haga inaceptablemente diferente de la gente ‘normal’ con la que habitualmente se relaciona, dando lugar a una especie de sanción comunitaria”<sup>5,6</sup>.

## La experiencia del estigma y la discriminación

Los estudios realizados sobre el estigma dejan claras algunas cuestiones<sup>7</sup>. Primero, no se conoce país, sociedad o cultura alguna en la

cual las personas con enfermedad mental sean consideradas de la misma manera que las personas no enfermas. En segundo lugar, la calidad de la información que tenemos es relativamente pobre, ya que son muy pocos los estudios comparativos entre países o que analicen tendencias a lo largo del tiempo. En tercer lugar, parece haber conexión entre (1) las concepciones erróneas que la población general tiene sobre la enfermedad mental (2) la búsqueda de ayuda por parte de las personas con enfermedad mental y (3) si se sienten capaces de revelar y hablar acerca de sus problemas<sup>8</sup>. Siempre que se investiga sobre el estigma aparecen las experiencias centrales de la vergüenza (que sienten los pacientes) y la vivencia de ser culpabilizado (por los demás). En comparación con otras circunstancias, la enfermedad mental es la más estigmatizante<sup>9,10</sup> (por lo que se le ha denominado “el estigma extremo”<sup>11</sup>). Finalmente, el rechazo y la evitación de la gente con enfermedad mental son un fenómeno universal<sup>12</sup>.

\* Traducción realizada por Eskarne Zallo Atxutegi, MIR II en el Hospital Psiquiátrico de Zamudio.



## Del estigma a la ignorancia, el prejuicio y la discriminación

La idea de estigma es necesaria para comprender las experiencias de exclusión social, pero no es suficiente para captar la idea global, ni para conocer los pasos prácticos que han de darse para favorecer la inclusión social. Para tener una visión más exacta del estigma, debe considerarse como resultado de tres problemas relacionados:

- El problema del conocimiento:  
*Ignorancia*
- El problema de las actitudes:  
*Prejuicio*
- El problema del comportamiento:  
*Discriminación*

**Ignorancia:** Hay datos suficientes para afirmar que la mayor parte de la población tiene un escaso conocimiento sobre la enfermedad mental, y que mucha de la información de que se dispone es además incorrecta. Es necesario transmitir una información más útil, tanto a la población en general como a grupos específicos (adolescentes) sobre las características de la enfermedad mental y dónde puede encontrarse ayuda<sup>13</sup>.

**Prejuicio:** el miedo, la ansiedad y la evitación son sentimientos comunes tanto en quienes no sufren de enfermedad mental (en sus reacciones con los afectados), como en las que la padecen. Estos últimos anticipan que serán objeto de discriminación y rechazo, con lo que se someten a lo que se podría denominar estigma internalizado o “auto-estigma”.

**Discriminación:** los estudios científicos y el mensaje de afectados y asociaciones de ayuda a enfermos mentales dejan claro que discriminación arruina la vida de muchas personas con enfermedad mental, dificultando el matrimonio, el trabajo, la crianza de los hijos y en general, el desarrollo la vida social. Deben llevarse a cabo actuaciones específicas para reparar la exclusión social de las personas con enfermedad

mental, así como, partiendo del principio de la equidad, poner en práctica todas las medidas legales de apoyo a personas con discapacidades físicas o psíquicas, como las previstas en la *Disability Discrimination Act* británica o Ley contra la Discriminación de Discapacitados<sup>14</sup>. Para afrontar estos retos, es necesario intervenir en los siguientes niveles.

## Actuaciones para apoyar a los usuarios

*El empowerment* (entendido como dar poder y competencias) puede considerarse lo contrario a la auto-estigmatización, por lo que sería necesario desarrollar y apoyar financieramente políticas encaminadas a dotar de *empowerment* a los individuos con salud mental, como pueden ser:

- Participación de los pacientes en la en la formulación de planes de cuidado y planes de intervención en crisis
- Utilización de las técnicas cognitivo-conductuales para erradicar el auto-estigma
- Valoraciones periódicas de la satisfacción de los consumidores con los servicios
- Creación de servicios dirigidos por y para usuarios
- Desarrollo de la figura del par (paciente) mentor en los servicios de salud mental
- Campañas para fomentar en las empresas una valoración positiva de las personas con enfermedad mental como trabajadores
- Participación de los pacientes en el tratamiento y en la evaluación e investigación sobre los servicios de salud mental

## Actuaciones para apoyar a los enfermos y sus familias

Una adecuada asistencia a los pacientes, a sus cuidadores y a los miembros de su familia requiere algunos cambios:



ACTUACIÓN	QUIÉN
Desarrollar nuevas formas de presentar el diagnóstico.	Personal especializado en salud mental.
Elaborar material informativo para las familias explicando las causas, naturaleza y tratamientos de los diferentes tipos de enfermedad mental.	Personal especializado en salud mental, clientes y familias.
Aportar información real que contrarreste los mitos sobre la enfermedad mental.	Personal especializado en salud mental.
Desarrollar y presentar las experiencias de enfermedad mental de manera que no ofendan a otras personas.	Personal especializado en salud mental y grupos de clientes.

### Actuaciones para apoyar a las personas con enfermedad mental en el trabajo

Algunos pacientes con enfermedad mental necesitan condiciones de trabajo flexibles. Al igual que se realizan adaptaciones para los discapacitados físicos, las personas con discapacidades derivadas de enfermedades mentales pueden también necesitar los llamados “ajustes razonables” previstos en la Ley contra la Discriminación de Discapacitados. En la práctica esto supondría tomar medidas como:

- Ofrecer a personas con dificultades de concentración un lugar de trabajo silencioso con menores distracciones y áreas de descanso.
- Supervisar (o aumentar la frecuencia de la supervisión) de los trabajadores para facilitar feedback y orientación sobre cómo realizar el trabajo.
- Permitir el uso de auriculares para disminuir los ruidos y sonidos que provoquen distracción.
- Flexibilizar el horario de trabajo para que el paciente pueda acudir a las citas médicas o para que desarrolle su actividad laboral exclusivamente en los momentos en que no se vea afectado por los efectos sedativos de la medicación.
- Proporcionar un supervisor externo que apoye y oriente al trabajador y medie entre él y la empresa.
- Creación de una figura de amigo/mentor dentro de la empresa que aporte apoyo y asistencia al trabajador afecto de enfermedad mental.
- Definir con claridad la identidad de cada uno de los trabajadores, el contenido de cada tarea y la persona o personas a las que se les asignan, con el fin de facilitar la adaptación a los trabajadores con dificultades para manejar situaciones ambiguas o poco claras.
- Podría ser necesario modificar la normativa laboral ampliando los periodos legales de baja para las personas que puedan permanecer enfermas durante periodos prolongados.
- Contemplar periodos de aclimatación más gradual, por ejemplo con más tiempo para finalizar las tareas, para quienes se reincorporen al trabajo tras un largo período o tengan dificultades cognitivas.
- Mejorar el concepto sobre la discapacidad en el lugar del trabajo para reducir el estigma y fundamentar todas las demás modificaciones propuestas.



- Liberar a los trabajadores con enfermedad mental de las tareas que les resulten perturbadoras siempre que no sean esenciales en su función dentro de la empresa.
- Para compensar los periodos en que por enfermedad aguda sea imposible trabajar, contemplar la posibilidad de acumular horas extras o de disfrutar de permisos sin sueldo.

## Actuaciones necesarias a nivel local

Proponemos las siguientes iniciativas para fomentar la inclusión social de las personas con enfermedad mental en las comunidades locales o en los servicios sanitarios o sociales:

ACTUACIÓN	QUIÉN
Designar a responsables de aumentar la accesibilidad a tratamientos psicológicos para mejorar los aspectos cognitivos, la autoestima, la confianza y el funcionamiento social.	Responsables designados y servicios de salud mental, incluidos los profesionales y servicios no oficiales.
Demostración del reconocimiento de que la experiencia de la enfermedad mental convierte a los pacientes en “expertos” en ella, por parte de los trabajadores sanitarios y sociales, mediante el estímulo y el apoyo en materia de contratación y política de personal.	Atención primaria y servicios de salud mental.
Garantizar que las personas con enfermedad mental y las empresas reciben una información adecuada sobre sus derechos y obligaciones según la normativa contra la discriminación de los discapacitados, incluidos las modificaciones legislativas que se produzcan.	Servicios de salud mental, asociaciones empresariales, organizaciones legales y otros organismos de apoyo a los pacientes.
Estimular y apoyar el cumplimiento de los derechos de los usuarios desde los dispositivos de salud mental y las organizaciones de apoyo a los pacientes.	Dispositivos sanitarios y sociales, tanto oficiales como no oficiales.
Incrementar el desarrollo, la evaluación y la valoración del impacto de las intervenciones antidiscriminación centradas en grupos específicos, como escolares, policía y profesionales sanitarios.	Departamentos de Educación, policía, Servicios de Salud y de Asistencia Sanitaria, asociaciones de investigación.
Facilitar a los trabajadores de salud mental, los usuarios y los cuidadores datos reales sobre las tasas de recuperación de la enfermedad mental.	Organismos de formación y acreditación profesional; profesionales sanitarios.
Fomentar y apoyar que los usuarios de los servicios de salud mental participen en las instituciones políticas locales y en cualquier otra iniciativa anti-estigma y anti-discriminación.	Asociaciones de usuarios.
Garantizar que la puesta en práctica de los planes asistenciales se negocien adecuadamente entre el personal sanitario y los usuarios.	Servicios y responsables de salud mental.



## Actuaciones a realizar a nivel nacional:

En términos de política nacional, son necesarios una serie de cambios que afectan a ministerios, organizaciones independientes y no gubernamentales, así como a usuarios y aso-

ciaciones de profesionales para combatir, en el largo plazo, la discriminación individual y global a través de un programa de acción coordinado y multisectorial que favorezca la inclusión social de las personas con enfermedad mental.

ACTUACIÓN	QUIÉN
Promover en el marco de los servicios de salud mental un modelo social de discapacidad que incorpore los problemas de salud mental (incluidos los temporales), en términos de derechos humanos, inclusión social y ciudadanía.	Responsables de los servicios de salud mental, organismos de formación y acreditación de profesionales y asociaciones profesionales.
Proporcionar a los medios de comunicación datos precisos sobre las tasas de recuperación.	Medios de comunicación escritos y audiovisuales.
Garantizar una financiación adecuada para nuevos programas de trabajo apoyado y una mayor disponibilidad de tratamientos psicológicos.	Ministerio de Sanidad.
Continuar divulgando la información sobre las leyes contra al discriminación de los discapacitados con guías, anuncios, etc.	Ministerios de Sanidad y Hacienda; Servicios de Inspección.
Encargar y elaborar una revisión a los 10 años de la entrada en vigor, de la aplicación y el impacto de la ley para las personas con problemas de salud mental.	Departamentos gubernamentales, servicios asistenciales en salud mental, empresas.
Intercambio con otros países sobre la experiencia legislativa en materia de discriminación de los discapacitados (incluyendo los estudios realizados).	Ministerio de Asuntos Sociales.
Adoptar y ejecutar la normativa internacional recogida en las declaraciones y convenios vinculantes, incluidas las iniciativas recogidas en la Declaración de Helsinki de 2005 sobre Salud Mental.	Legisladores, juristas, abogados, organizaciones de discapacitados y asociaciones de consumidores, investigadores.
Realizar auditorias sobre el cumplimiento de los códigos de buena práctica en materia de seguros.	Todos los organismos oficiales y no oficiales de salud mental, servicios auditores, cuerpos de inspección y regulación, centros colaboradores de la OMS.
Reformar el sistema de ayudas sociales para maximizar los incentivos no coercitivos para las personas discapacitadas en condiciones de reincorporarse al trabajo.	Sistemas de prestaciones económicas como ayuda social; organizaciones de apoyo.
Cualquier nueva legislación sobre salud mental debería incluir un principio de no discriminación que especifique claramente que las personas con trastornos mentales posean, en la medida de lo posible, los mismos derechos que otras personas con otras necesidades.	Ministerio del Interior.



## Conclusión: Hacia la abolición de la discriminación estructural

*“Tras mi crisis de 1999, descubrí que los hospitales y la psiquiatría habían cambiado en el sentido en que no sólo se me informó de mi diagnóstico sino que participé en la elaboración de mi plan de cuidados; el secretismo que había conocido antes desapareció con aquellos grandes hospitales..”*

Paul

A pesar de que hace casi un siglo que conocemos que la discriminación de las personas con enfermedad mental es común y grave<sup>15</sup>, se ha avanzado poco en su inclusión social. Aunque existen indicios de que la actitud, especialmente hacia las personas con depresión, puede estar mejorando<sup>16,17</sup>, lo cierto es que la actitud en Inglaterra hacia el conjunto de las personas con enfermedades mentales se ha deteriorado en los últimos años<sup>18</sup>. La igualdad con otras formas de discapacidad, y más aún con los no discapacitados, está lejos de ser una realidad para la mayoría de las personas con enfermedad mental. Es esperanzador ver que el futuro programa de trabajo de la campaña SHIFT<sup>†</sup> liderada por el Departamento de Salud británico trata de afrontar algunas de las áreas claves en materia de discriminación<sup>19</sup>, aunque los fondos asignados al programa son escasos en comparación con los de programas similares llevados a cabo en Escocia y Nueva Zelanda<sup>20</sup>.

Puesto que todos los niveles personal, social o laboral, se pueden ver afectados<sup>21,22</sup>, y dado que algunas formas de exclusión social (como un cuidado de la salud física más preca-

rio) no parecer ser claramente intencionados, el conjunto de la exclusión social a la que se ven expuestas las personas con enfermedad mental se describe como una discriminación estructural<sup>23-25</sup>.

Para favorecer la inclusión social de las personas con enfermedad mental será necesario poner en práctica la misma determinación política que acometió la eliminación de la exclusión de las minorías étnicas en Gran Bretaña, con medidas legales, sociales y culturales. Los pasos descritos anteriormente en las Tablas 1-3 son una agenda de cambio, basada en la evidencia. Aun más importante es entender sistemáticamente la experiencia de discriminación real que sufren las personas con enfermedad mental<sup>26-32</sup>, y la exigencia prioritaria de desarrollar intervenciones a largo plazo que les ofrezcan un amplio abanico de oportunidades de participación social, y el pleno ejercicio de sus derechos básicos como ciudadanos<sup>12,33</sup>. Todo ello para acabar con la discriminación tanto directa como estructural de las personas con enfermedad mental.

*“Al final del día, sigo siendo una persona. Tengo un buen trabajo. Salgo y me relaciono. Tengo una familia. Es sólo una enfermedad.”*

Emile

## Agradecimientos

Este artículo contiene extractos de G. Thornicroft. (2006) *Discrimination against People with Mental Illness*. Oxford University Press, Oxford<sup>7</sup>, con la autorización de Martin Baum.



**e-mail: g.thornicroft@iop.kcl.ac.uk**

† Programa inglés iniciado en 2004 y que se extenderá hasta 2009, orientado a combatir el estigma y la discriminación que rodean a la enfermedad mental. Su plan de trabajo se estableció en un programa llamado “De aquí a la Igualdad” (“*From Here to Equality*”). SHIFT aspira a crear una sociedad en la que las personas con trastornos mentales disfruten de los mismos derechos que cualquier otra persona



## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Cannan E. The Stigma of Pauperism. *Economic Review* 1895;380–391.
- 2 Thomas Hobbes of Malmesbury. *Markes of the Absurd Geometry, Rural Language, Scottish Church Politics, and Barbarisms of John Wallis Professor of Geometry and Doctor of Divinity*. London: Printed for Andrew Cooke; 1657.
- 3 Gilman SL. *Seeing the Insane*. Wiley: New York; 1982.
- 4 Gilman SL. *Difference and Pathology: Stereotypes of Sexuality, Race and Madness*. Ithaca: Cornell University Press; 1985.
- 5 Goffman I. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin Books; 1963.
- 6 Scambler G. Stigma and disease: changing paradigms. *Lancet* 1998; 352(9133):1054–1055.
- 7 Thornicroft G. *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- 8 Littlewood R. Cultural variation in the stigmatisation of mental illness. *Lancet* 1998; 352(9133):1056–1057.
- 9 Lai YM, Hong CP, Chee CY. Stigma of mental illness. *Singapore Med J* 2001; 42(3):111–114.
- 10 Lee S, Lee MT, Chiu MY, Kleinman A. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *Br J Psychiatry* 2005; 186:153–157.
- 11 Falk G. *Stigma: How We Treat Outsiders*. New York: Prometheus Books; 2001.
- 12 Sartorius N, Schulze H. *Reducing the Stigma of Mental Illness. A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
- 13 Pinfold V, Toulmin H, Thornicroft G, Huxley P, Farmer P, Graham T. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *Br J Psychiatry* 2003; 182:342–346.
- 14 Social Exclusion Unit. *Mental Health and Social Exclusion*. London: Office of the Deputy Prime Minister; 2004.
- 15 Bogardus ES. Social distance and its origins. *Journal of Applied Sociology* 1924; 9:216–226.
- 16 Dunion L, Gordon L. Tackling the attitude problem. The achievements to date of Scotland's 'see me' anti-stigma campaign. *Ment Health Today* 2005;22–25.
- 17 Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Aust N Z J Psychiatry* 2005; 39(4):248–254.
- 18 Department of Health. *Attitudes to Mental Illness 2003 Report*. London: Department of Health; 2003.
- 19 National Institute for Mental Health in England. *From Here to Equality: a Strategic Plan to Tackle Stigma and Discrimination on Mental Health Grounds*. London: Department of Health; 2004.
- 20 Dunion L, Gordon L. Tackling the attitude problem. The achievements to date of Scotland's 'see me' anti-stigma campaign. *Ment Health Today* 2005;22–25.
- 21 Estroff S. *Making it Crazy: Ethnography of Psychiatric Clients in an American Community*. Berkeley: University of California Press; 1981.
- 22 Dear M, Wolch J. *Landscapes of Despair*. Princeton: Princeton University Press; 1992.
- 23 Corrigan PW, Watson AC, Gracia G, Slopen N, Rasinski K, Hall LL. Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatr Serv* 2005; 56(5):551–556.
- 24 Corrigan PW, Markowitz FE, Watson AC. Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophr Bull* 2004; 30(3):481–491.
- 25 Corrigan PW. Towards an integrated, structural model of psychiatric rehabilitation. *Psychiatr Rehabil J* 2003; 26(4):346–358.
- 26 Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiol Psychiatr Soc* 2005.
- 27 Pinfold V, Byrne P, Toulmin H. Challenging stigma and discrimination in communities: a focus group study identifying UK mental health service users' main campaign priorities. *Int J Soc Psychiatry* 2005; 51(2):128–138.
- 28 Rogers A, Pilgrim D, Lacey R. *Experiencing Psychiatry. Users Views of Services*. London: MIND; 1993.
- 29 Goldman HH, Rachuba L, Van Tosh L. Methods of assessing mental health consumers' preferences for housing and support services. *Psychiatr Serv* 1995; 46(2):169–172.
- 30 March DT. Personal accounts of consumer/survivors: insights and implications. *Journal of Clinical Psychology* 2000; 56(1):1447–1457.
- 31 Wahl OF. Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophr Bull* 1999; 25(3):467–478.
- 32 Corrigan P. *On the Stigma of Mental Illness*. Washington, D.C.: American Psychological Association; 2005.
- 33 Thornicroft G. *Actions Speak Louder: Tackling Discrimination against People with Mental Illness*. London: Mental Health Foundation; 2006.



# Estudio de la ansiedad del personal sanitario durante su formación académica

*Study of the anxiety in the health staff during their academic training*

**Iñigo Cearra; Jon Ander Atucha**

Estudiantes 5° Medicina, UPV-EHV

Unidad Docente Hospital de Basurto, Bilbao.

## RESUMEN

Como el resto de estudiantes, los alumnos de medicina se ven sometidos durante su formación académica a niveles variables de ansiedad. Dicha ansiedad puede tener claras repercusiones negativas en su rendimiento e incluso en su calidad de vida. El propósito del presente estudio es medir la evolución de la ansiedad a lo largo de dicha formación. Para ello se ha empleado el cuestionario STAI de ansiedad sobre 258 alumnos de cinco poblaciones diferentes consideradas (estudiantes de Bachillerato de la rama Bio-sanitaria, estudiantes de 1° de Medicina, estudiantes de 5° de Medicina, médicos preparando el MIR y médicos preparando la OPE), obteniéndose que la ansiedad-rasgo no es diferente entre las poblaciones, mientras que la ansiedad-estado cae significativamente en 5° de carrera ( $p < 0.01$ ); esto podría ser atribuible a un efecto protector derivado de la experiencia, no contrarrestado por unos elementos estresantes suficientemente novedosos, cosa que no ocurre en el resto de poblaciones, existiendo un nivel más o menos mantenido de ansiedad-estado.

**Palabras Clave:** ansiedad, STAI, estudiantes de medicina.

## SUMMARY

As others students, medicine students are exposed to different anxiety levels during their academic training. The above mentioned anxiety can have clear negative repercussions on their productivity and even on their quality of life. The intention of the present study is to measure the evolution of anxiety throughout this training. For that purpose, the STAI anxiety questionnaire has been carried out into 258 students of five considered populations (students of baccalaureate in the bio-sanitary branch, students of first year of Medicine, students of fifth year of Medicine, physicians preparing MIR and physicians preparing OPE), with the result that trait-anxiety is not significantly different among these populations, while the state-anxiety decreases significantly on fifth year of Medicine ( $p < 0.01$ ); this could be attributed to a protective effect derived from experience, without new enough stressful elements, something that does not happen in the rest of the populations, in which the state-anxiety keeps a quite constant level.

**Key Words:** anxiety, STAI, medicine students.



## LABURPENA

Medikuntza ikasleak, beste karreretan bezala, prestakuntza akademikoan zehar antsietate maila ezbardinen menpe azaltzen dira. Antsietate honek ondorio negativo argiak izan ditzake ikasleen errendimenduan eta baita euren bisitza kalitatean. Lan honen helburua antsietatea presaturakuntza akademikoan zehar neurtzea izango da. Horretarako STAI galdeketa erabili da, 5 poblaziotako 258 ikaslek egin dutelarik. 5 poblazioak, hauek izan dira (batxiller 2º mailako osasen-zientzia alorreko ikasleak, medikuntza ikasleak eta hauen barnean 1º eta 5º mailakoak, eta MIR eta OPE prestatzen hari direnak). Ezaugarri antsietatea mantendu egiten da poblazio desbardinetan baina egoera-antsietateak berriz 5º mailako medikuntza ikasleetan ematen duen beherakada oso adierazgarria ( $p < 0,01$ ) da; Hau esperientzia gehiago eta estres erangingarrien jaitziera bategatik azaldu daiteke, beste poblazioetan gertatzen ez den bezala hauetan antsietatea maila konstante mantendu egiten baita.

**Hitz Gakoak:** Antsietatea, STAI, medikuntza ikasleak.

## INTRODUCCIÓN

La ansiedad, cuya concepción ha variado mucho a lo largo de los años<sup>1,2,3</sup>, es actualmente definida como un estado emocional desarrollado ante diversos estímulos estresantes (característicamente futuros), que cursa con una respuesta de alarma en los planos fisiológico, motor y cognitivo. Un ejemplo paradigmático de estímulo estresante lo constituyen los exámenes en el contexto académico. En principio, el establecimiento de un estado de ansiedad razonable resulta positivo para una mejor respuesta ante el reto planteado; pero en ocasiones, la ansiedad se exagera y se vuelve patológica o desadaptativa, provocando en quien la padece alteraciones físicas<sup>4</sup>, psicológicas<sup>5</sup> y de otra índole recientemente descritas<sup>6-11</sup> (llegando incluso a causar verdaderos trastornos de la ansiedad, recogidos en el DSM-IV<sup>12</sup>), o, en el ámbito académico, ocasionando una disminución del rendimiento<sup>13,14</sup>. De lo anterior se desprende el interés que supone controlar la ansiedad cuando deja de ser adaptativa para un mejor rendimiento y calidad de vida de los estudiantes.

Deben distinguirse dos vertientes de la ansiedad: la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado. La primera hace referencia al nivel de ansiedad habitual o característico de una persona, sin que medie necesariamente una situación

estresante; la segunda refleja el estado situacional y transitorio de un sujeto en un momento dado, y está muy condicionado por la existencia o no de un estímulo estresante en dicho momento. Esta última es la que más nos interesa de cara a evaluar el impacto que tiene sobre los sujetos el estrés derivado de realizar sus estudios académicos, con los exámenes como elemento principal estresante.

El objeto del presente estudio no es, pues, el diagnóstico de la incidencia de trastornos de la ansiedad entre los estudiantes sanitarios, sino el registro de la evolución en intensidad de esta ansiedad a lo largo de su formación académica, suponiendo que sobre la misma concurren dos factores fundamentales: uno exacerbante, que es el nivel progresivamente creciente de exigencia a que se ve sometido el alumno a medida que cursa estudios cada vez más superiores; y uno protector, derivado de la experiencia o entrenamiento adquirido, también creciente a lo largo del progreso académico. Nuestra hipótesis contempla la posibilidad de que ambos factores se contrarresten, resultando así un nivel mantenido de ansiedad, sin esperar que existan diferencias significativas entre ninguno de los niveles de evolución académica considerados.



## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal de cinco grupos de población (258 personas en total, con 253 cuestionarios válidos) correspondientes a distintos niveles de formación por los que ha de pasar un profesional sanitario: (a) 2º de Bachillerato Biosanitario o de Ciencias de la Salud (n=67, multicéntrico); (b) 1º de carrera de Medicina (n=53, campus de Leioa); (c) 5º de carrera de Medicina (n=36, Unidad Docente Hospital de Basurto); (d) preparación del MIR (n=34, cursos CTO); (e) preparación de la OPE (n=64, cursos COE).

En todos los casos la evaluación de su nivel de ansiedad se llevó a cabo mediante el cuestionario STAI<sup>15</sup> acompañado de uno más pequeño de elaboración propia, en que se recababan datos epidemiológicos (edad, sexo, ante-

cedentes personales y familiares). Se calculó la fecha idónea para que completasen el cuestionario teniendo en cuenta la proximidad de exámenes importantes, los cuales, como hemos señalado, consideramos el principal desencadenante de la ansiedad en estos individuos.

Recordar que el cuestionario STAI mide tanto ansiedad-rasgo como ansiedad-estado mediante la suma de los puntos de las respuestas a 20 preguntas; cada respuesta es puntuada del 0 al 3, de forma que la puntuación final varía entre 0 y 60 puntos en ambos casos, siendo 0 un nivel mínimo de ansiedad y 60 un nivel máximo. No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad. En la tabla I, a título orientativo, se detallan las puntuaciones correspondientes a los centiles 50, 75, 85 y 99.

	Centil 50		Centil 75		Centil 85		Centil 99	
	AE	AR	AE	AR	AE	AR	AE	AR
Puntuación directa hombres								
Adolescentes	20	20	31	26	36	30	47-60	46-60
Adultos	19	19	28	25	33	29	47-60	46-60
Puntuación directa mujeres								
Adolescentes	22	22	31	29	36	33	53-60	49-60
Adultas	21	24	31	32	37	37	54-60	49-60

**Tabla I.** Puntuaciones obtenidas en el test de STAI en la población general (tomado de “Tratado de los trastornos de ansiedad”, de Dan J. Stein et al)

Neuman-Keuls			
Parameter	Value	Data Set-B	Data Set-C
Newman-Keuls Multiple Comparison Test	Mean Diff.	q	P value
5º Carrera vs OPE	-14.54	8.628	P < 0.001
5º Carrera vs MIR	-9.874	5.121	P < 0.01
5º Carrera vs Bachillerato	-8.154	4.893	P < 0.01
5º Carrera vs 1º Carrera	-6.724	3.861	P < 0.01
1º Carrera vs OPE	-7.812	5.198	P < 0.01
1º Carrera vs MIR	-3.150	1.778	P > 0.05
1º Carrera vs Bachillerato	-1.430	---	P > 0.05
Bachillerato vs OPE	-6.382	4.510	P < 0.01
Bachillerato vs MIR	-1.720	---	P > 0.05
MIR vs OPE	-4.662	2.717	P > 0.05

**Tabla 2.** Comparaciones específicas entre las distintas poblaciones (Neuman-Keuls Multiple Comparison Test)

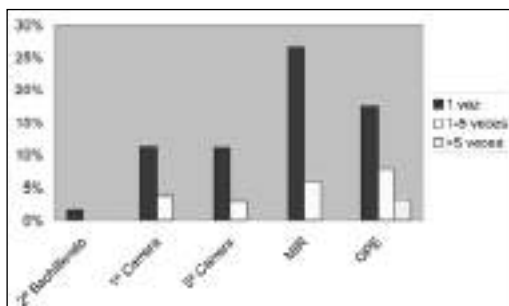
## RESULTADOS

El análisis de la edad y sexo no mostró datos de interés (edad creciente a lo largo del estudio y predominio de mujeres en todas las poblaciones). Con respecto a los antecedentes personales, se observa un ligero incremento cualitativo y cuantitativo según se progresa a niveles superiores de formación, como se ve en las gráficas 1, 2 y 3. Lo mismo cabe decir de los antecedentes familiares, reflejados en la gráfica 4.

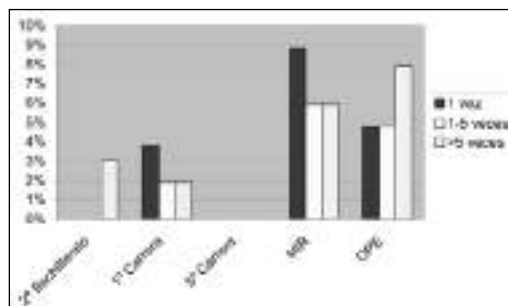
El análisis de los valores de ansiedad-rasgo para cada una de las poblaciones concluye que no hay diferencias significativas (ANOVA,  $p=0.247$ ) a este respecto, y, por tanto, podemos asumir que todas las poblaciones parten de un

nivel de ansiedad “rasgo” (que podríamos considerar basal) similar. Esto puede apreciarse en la gráfica 5.

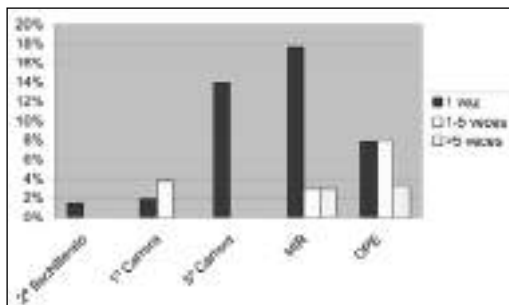
En cuanto a la ansiedad-estado se puede observar que los distintos grupos responden con diferentes niveles de ansiedad al estímulo estresante de los exámenes. Y estas diferencias que observamos entre los distintos grupos del trabajo resultan ser estadísticamente significativas (ANOVA,  $p=0.0058$ ). (Véase la gráfica 6). Las comparaciones específicas entre las distintas poblaciones (Neuman-Keuls Múltiple Comparision Test) pueden observarse en la tabla 2; lo más destacado es la caída del nivel de ansiedad en 5° de carrera, con valores significativamente menores que el resto de poblaciones.



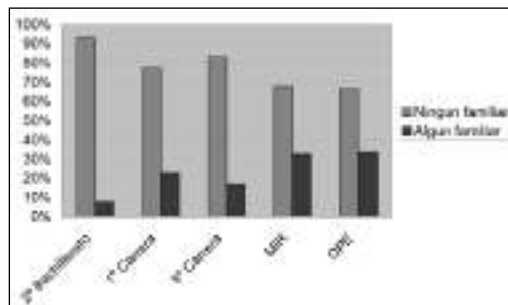
**Gráfico 1.** Antecedentes personales: ¿Ha consultado a un médico por problemas de ansiedad?



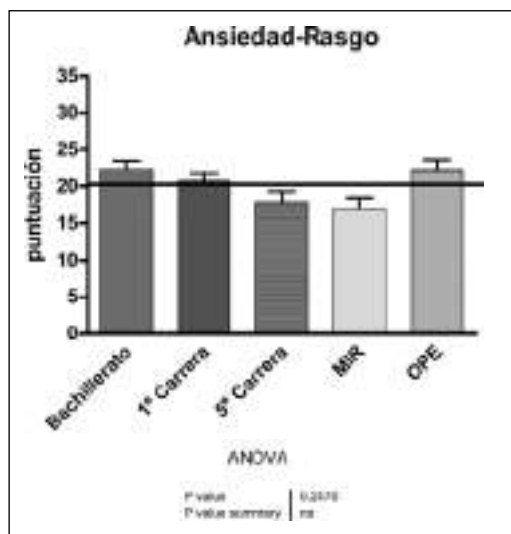
**Gráfico 3.** Antecedentes personales: ¿Ha tomado psicofármacos o similares por su cuenta?



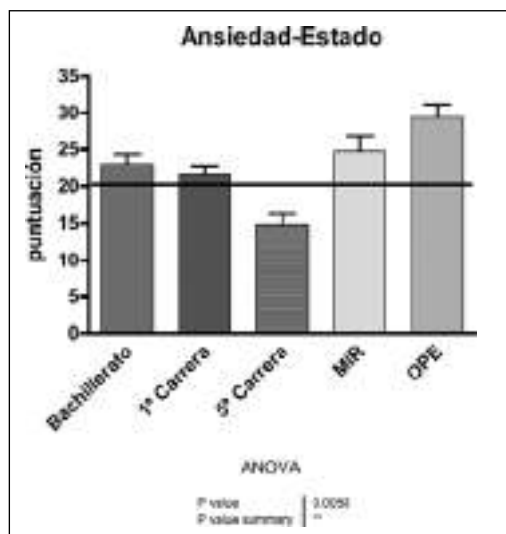
**Gráfico 2.** Antecedentes personales: ¿Ha recibido tratamiento para la ansiedad?



**Gráfico 4.** Antecedentes personales.



**Gráfico 5.** Valores de ansiedad-rasgo.



**Gráfico 6.** Valores de ansiedad-estado.

## DISCUSIÓN

Comenzaremos por la estadística descriptiva de las variables epidemiológicas estudiadas, para pasar después a la parte comparativa, mucho más interesante:

1. Existe un incremento lineal en la edad media desde el Bachillerato hasta la preparación de la OPE y en todas las poblaciones estudiadas existe un predominio femenino. Ambos eran resultados previstos.
2. Respecto a los antecedentes personales y familiares, se aprecia en general un incremento progresivo del Bachillerato en adelante. Este es un hecho que muy probablemente se explique por un mero efecto acumulativo, debido a que la edad va aumentando linealmente en el mismo sentido que lo hacen dichos antecedentes.
3. Como cabría esperar, la ansiedad “rasgo” no es diferente entre las poblaciones. Esto es algo lógico toda vez que, tratándose de la ansiedad normal o basal de una persona, no depende de hechos circunstanciales como los exámenes, sino de la personalidad del individuo. En cualquier caso, la ausencia de diferencias significativas permite acercar nuestro estudio trasversal a uno longitudinal, al aceptar que en

todos los casos partimos de un mismo o muy parecido nivel de ansiedad “rasgo”; de esta forma, podemos comparar directamente cuánto se ha disparado la ansiedad “estado” en cada una de las poblaciones ante sus respectivos estímulos estresantes.

4. Y es precisamente en el estudio de la ansiedad “estado” donde hemos encontrado los resultados más sorprendentes: si decíamos al formular la hipótesis que no esperábamos hallar diferencias significativas entre ninguna de las poblaciones, debido a que el estrés creciente se compensaba con una tolerancia creciente al mismo, lo cierto es que lo que hemos encontrado es bastante diferente: Lo más destacado, con diferencia, es la caída pronunciadísima en 5º de carrera, con valores significativamente diferentes de los del resto de poblaciones. Este hecho creemos que puede ser atribuible a un efecto de tolerancia tan pronunciado que no sólo mantiene el nivel de ansiedad con que se comenzaron los exámenes de la carrera, sino que lo disminuye marcadamente. En realidad, es en 5º de carrera donde se cuenta con verdadera experiencia de los exámenes que se van a realizar; en el resto de casos, la selectividad, los primeros exáme-



nes de medicina, el MIR o la OPE no dejan de ser un reto nuevo y relativamente no comparable a otros a los que se haya enfrentado el alumno anteriormente. Además, en general en todos los casos, el futuro (que dependerá en gran medida de cómo salgan los exámenes, precisamente) es bastante incierto (entrar a la carrera deseada o no, poder continuar en medicina o no, y encontrar plaza para hacer la especialidad y para trabajar o no); esta incertidumbre ciertamente es menor entre los estudiantes de 5º de carrera. Estos hechos podrían explicar en gran medida los resultados obtenidos.

En el resto de poblaciones, en general, si que existe un nivel más o menos mantenido, sin hallarse diferencias significativas hasta la OPE; podríamos decir que en general es válida nuestra hipótesis de compensación entre nivel de ansiedad creciente y nivel de tolerancia creciente.

Como conclusión a todo lo dicho y al trabajo, podríamos decir que, en las poblaciones

estudiadas, se cumple en general la hipótesis de que no existen diferencias significativas en su nivel de ansiedad ante los exámenes, hecho que es atribuible a una mayor tolerancia que compensa una mayor exigencia. Esto es así excepto en el caso de 5º de carrera, donde la marcada caída de la ansiedad podría deberse a una experiencia, tolerancia y estabilidad mayores que el estímulo estresante, que no resulta tan intenso por no ser suficientemente novedoso.

## AGRADECIMIENTOS

A los siguientes centros: Colegio Gaztelueta, Colegio Ayalde, Instituto de Educación secundaria Martín de Berrendona de Bilbao y Colegio Maristas del Casco Viejo, y a las siguientes personas que nos facilitaron el acceso a los mismos: Roberto Martínez, María Olábarri e Inés Arechavala, Ana Zuazo, y Abel Muñoz, respectivamente.

Al Dr. García-Alonso, quien nos ayudó en la confección de los cuestionarios y muy especialmente en el procesamiento de datos y análisis estadístico.

Al Dr. González Torres, quién supervisó todo el trabajo.

Por último, agradecer el tiempo prestado y su paciencia a todos los participantes en el estudio.



---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sims, A. "Historical aspects of anxiety". *Postgraduate Medical Journal*. 64 Suppl 2: 3-9, 1998.
2. Bound, F. "Keywords in the history of medicine: anxiety", *The Lancet*, vol 363, 1407 Apr 2004.
3. Tone, Andrea. "Listening to the past: history, psychiatry and anxiety" (artículo de revisión). *Canadian Journal of Psychiatry - Revue Canadienne de Psychiatrie*. 50(7): 373-80 2005 Jun.
4. Beuke, Carl J.; Fischer, R.; McDowall, J. "Anxiety and depresión: Why and how to measure their separate effects" (artículo de revisión). *Clinical Psychology review*. 23(6):831-48, 2003 Nov.
5. Chmielnicki Z Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pooperacyjnej, Wojewodzkiego Szpitala, Specjalistycznego Tychach. "Anxiety as a anesthesiological problem". *Aten Primaria*. 2006 Jul-Aug; 38(3):154-8.
6. Okawa K, Ichinohe T, Kaneko Y. Department of Dental Anesthesiology, Tokyo Dental College, Chiba, Japan. "Anxiety may enhance pain during dental treatment" *Bull Tokyo Dent Coll*. 2005 Aug; 46(3):51-8.
7. Cebria Andreu J, Palma Sevillano C, Gutierrez Blanch I, Ferrer Ventura M, Ger Cabero S, Domenech Cortes M. Grup de Recerca Comunicació i Salut, FPCEE Blanquerna, URL, Barcelona, Spain. "Study of the level of social apprehension in primary care users. Its relationship with anxiety and illness behaviour". *Aten primaria*. 2005 Sep 30; 36(5):254-60.
8. Austin MP, Hadzi-pavlovic D, Leader L, Saint K, Parker G. School of Psychiatry, University of New South Wales, Prince of Wales Hospital, High Street Randwick 2031, Sydney, Australia. m.austin@unsw.edu.au. "Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament". *Early Hum Dev* 2005 Feb; 81(2):183-90.
9. Rossignol M, Philippot P, Douilliez C, Crommelinck M, Campanella S. Catholic University of Louvain-la-Neuve, Cognitive Neuroscience Unit (NESU), Faculte de Psychologie, Place du Cardinal Mercier, 10, B-1348 Louvain-la-Neuve, Belgium. Mandy.Rossignol@psp.ucl.ac.be. "The perception of fearful and happy facial expression is modulated by anxiety: an event-related potential study". *Neurosci Lett*. 2005 Mar 29; 377(2):115-20. Epub 2005 Jan 1.
10. Uyarel H, Okmen E, Cobanoglu N, Karabulut A, Cam N. Department of Cardiology, Siyami Ersek Cardiovascular and Thoracic Surgery Center, Istanbul, Turkey. uyarel@yahoo.com. "Effects of anxiety on QT dispersion in healthy young men". *Acta Cardiol*. 2006 Feb; 61(1):83-7
11. Celikel FC, Saatcioglu O. Gaziosmanpasa University School of Medicine 60100 Tokat, Turkey. "Alexithymia and anxiety in female chronic pain patients" *Ann Gen Psychiatry*. 2006 Aug 15; 5:13.
12. Dan J. Stein, Eric Hollander. Editorial: *Ars medica*. "Tratado de los trastornos de ansiedad".
13. Saranson I.G. "Stress, anxiety and cognitive interference: reactions to tests". *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 929-938, 1984.
14. Gutiérrez Calvo, M. "Ansiedad y deterioro cognitivo: incidencia en el rendimiento académico". *Ansiedad y Estrés* 1996, 2(2-3), 173-194.
15. Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970) "Manual for the State-Trait Anxiety Inventory", Palo Alto: Consulting Psychologist Press. (Adaptación española en Editorial TEA).



# Primacía del deseo, servidumbre de la razón

**Fabricio de Potestad Menéndez**

Jefe de Servicio y director del Sector I-A de Salud Mental  
Servicio Navarro de Salud

**Ana Isabel Zuazu Castellano**

Psicóloga Clínica del Centro de Rehabilitación  
Servicio Navarro de Salud

## Resumen

El deseo, la necesidad insaciable de ser más, la esperanza desesperada de alcanzar la plenitud y de escapar a la muerte, que aboca a la extinción definitiva de la conciencia de sí mismo, se convierte en el motor de la vida humana. El deseo busca de forma ávida restañar la conciencia de imperfección y finitud, escapar de alguna manera a la angustia de *ser-en-el-tiempo*. Sin embargo, el tiempo, el espacio y la lógica se imponen al ser humano como sus más crueles tiranos. El pasado es lo que el ser humano fue. Sólo recuerdos. El futuro es lo que el ser humano no es y quizá no llegue a serlo nunca. El futuro es tan sólo objeto de deseo. Sólo se es en el presente. No hay ubicuidad posible. Ser uno mismo supone mantenerse forzosamente dentro de unos límites bien definidos. Por consiguiente, la dialéctica de la existencia humana se temporaliza de forma permanente en un doble movimiento: *ser-uno-mismo* versus *serlo-todo*. El deseo de *serlo-todo* es invasión, apropiación del mundo y enfrentamiento con el prójimo. En efecto, el

deseo de plenitud es un proyecto insaciable y excluyente, pues para *serlo-todo*, los demás deben devenir en nada. No es posible la plenitud compartida, pues no sería plenitud. El deseo de plenitud, que es deseo egoísta, anheloso interesado e incesante de *serlo-todo*, opera mediante la negación sistemática del semejante. El deseo de *ser-uno-mismo* es retroceso, limitación y restricción. El deseo de ser uno mismo, sin dejar el más mínimo resquicio que de lugar a la corrupción de la mismidad, conduce a la soledad más radical. La razón, expresada mediante el lenguaje, es falible por definición. Pero lo más dramático es que la racionalidad, así lo pone en evidencia la historia de la humanidad, no pasa, en muchas ocasiones, de ser un mero instrumento al servicio del deseo, que es siempre interesado, excluyente y egoísta.

## Palabras Clave

Ser. Razón. Deseo. Imaginario.

## Deseo versus razón

El ser humano, en su llegada a la vida, se encuentra no sólo con un universo de objetos, sino con una compleja articulación de símbolos que se estructuran según las leyes del lenguaje. El acceso a la subjetividad o conciencia de sí mismo y el ingreso en la realidad circundante consisten, pre-



cisamente, en la incorporación del nuevo ser a esa red simbólica que le engloba. Su entrada en el orden cultural y su acceso a la conciencia vienen determinados por una compleja trama de operaciones interpersonales que acontecen en la familia.

El nacimiento implica tanto para la madre como para el hijo la ruptura de un equilibrio simbiótico. Es decir, el alumbramiento se presenta como un desorden repentino, como el final brusco, aunque esperado, de una relación de nueve meses. El feto pasa de ser una mera prolongación de su madre a ser un ser físicamente diferenciado, aunque extremadamente dependiente, hasta el punto de que sin ella no puede sobrevivir. El nuevo equilibrio se instaurará en la medida en que se establezca una nueva y original relación entre madre e hijo. En esta nueva relación, la madre, sin olvidar la inestimable colaboración del padre, debe satisfacer una serie de necesidades físicas y psíquicas. En este primer momento, el niño carece de conciencia de sí mismo y del mundo circundante. Después, paso a paso, las acciones de los padres y las reacciones del niño generan un campo de acción con posibilidad de reciprocidad, en el que el niño tomará, finalmente, conciencia de sí mismo y de todo aquello que le rodea. Accede al lenguaje, y por medio de éste se afirma como ser diferente. Es en este momento cuando podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que el niño es, en efecto, consciente de sí mismo.

Surge así una compleja estructura de relaciones interpersonales, en la cual el niño adquirirá progresivamente el sentimiento de libertad, contingencia, fragilidad e imperfección. Tampoco faltará tempranamente una idea, aunque sea rudimentaria, de la muerte.

En efecto, el ser humano se percibe como un ser libre, como un sujeto que no es consecuencia de determinismo alguno, ni biológico, ni histórico, ni social, ni teológico; sino que es consecuencia de lo que él mismo ha decidido

ser. Y este sentimiento radical de ser el autor y único responsable de lo que uno hace con su vida se acompaña de sensación de angustia, desamparo y desesperación.

La angustia no está producida por ningún motivo concreto, ni procede de ningún objeto externo, es miedo de uno mismo, de nuestras decisiones, de las consecuencias de nuestras elecciones libres. Es la emoción que sobreviene como consecuencia de la conciencia de libertad. Al darnos cuenta de nuestra libertad, percibimos que lo que somos y lo que vamos a ser depende exclusivamente de nosotros mismos. No hay excusa posible. Somos radicalmente responsables de nuestra propia existencia. Sin embargo, al examinar nuestra conciencia, no siempre percibimos esa sensación molesta e inquietante. Este hecho se explica por la tendencia del ser humano a huir de su libre albedrío adoptando comportamientos inauténticos. Son autoengaños, religiosos o neuróticos, mediante los cuales intentamos ocultar el hecho insoslayable de nuestra libertad. A la angustia se une el sentimiento de desamparo, que es consecuencia de la radical soledad en la que nos encontramos cuando decidimos: elegir es inevitable, personal e intransferible. No podemos dejar de elegir. Incluso cuando no optamos por algo, estamos eligiendo: la inacción es una forma de elección. No existe una tabla *a priori* de principios de valor absoluto a la que podamos consultar, no hay un texto inequívoco de donde podamos extraer que es lo correcto y lo incorrecto, en el que podamos apoyar nuestras decisiones. En ningún sitio está escrito lo que debemos hacer. Sin socorro ni apoyo posible, estamos condenados a decidir en cada instante el siguiente paso, y así permanentemente. Sin embargo, nuestras decisiones no descansan en la esperanza de su realización. No hay ninguna garantía de que nuestros proyectos se cumplan. El mundo no se acomoda necesariamente a nuestra voluntad, siempre hay factores imprevistos, siempre es posible que nuestra intención se trueque en algo totalmente distinto a lo previsto. No hay pues espe-



ranza. En consecuencia, el ser humano es un ente contingente, frágil, imperfecto, angustiado, desamparado, desesperado y finito.

El ser humano es el único animal que es consciente de su naturaleza efímera y de su mortalidad certera. Se enfrenta con su inevitable caducidad, con la realidad agónica de que, por racional que sea, su final es el mismo al de cualquier otro animal. Algo trágico lo distingue, no obstante: su imaginación. El ser humano es capaz de fantasear su propia y devastadora agonía y su dejar de ser para siempre. Sólo pensar en la muerte se apresura su respiración, le urge el corazón y es abatido por un angustioso sentimiento de impotencia. El terror a la muerte es universal. Por ello, el ser humano ha dedicado enormes esfuerzos a evadir o negar que la muerte sea un destino irrevocable. Toda la arquitectura religiosa, en particular su escatología, está edificada sobre este final insoportable, cuyo objetivo es nutrir de vana esperanza un final inequívoco y definitivo.

Esta conciencia de lasitud, falla y finitud le llevará a suponer que algo le falta. Carencia que merma definitivamente la posibilidad de sentir una autoestima sin fisuras, pero que, de poseerse ese algo impreciso, aseguraría al infante el poder sentirse completo.

La falta o carencia origina el deseo. Deseo de poseer cualquier cualidad física o psíquica, o incluso bien material que imaginariamente colmaría la carencia, que supuestamente causa la infelicidad, la imperfección y la finitud. Es un hecho de sobra conocido que los éxitos o ganancias ocasionan una cierta satisfacción mientras que los fracasos o pérdidas producen desdicha. ¿Qué puede ser aquello que complete la falta? En principio, cualquier cosa que, a los ojos del niño, los padres le hayan atribuido, previamente, un lugar de preferencia, esto es, un importante valor narcisista. Entendemos que posee un alto valor narcisista cualquier cosa que imaginariamente complete una falta de perfección y anule, por lo tanto, la imperfec-

ción: ser muy inteligente, poseer mucho dinero, ser fuerte, tener pareja o, simplemente, tener un buen coche. A este objeto de considerable valor narcisista lo llamaremos *súmmum*.

Son, pues, los padres los que determinan la primera orientación del deseo del niño. Es decir, los que señalan cuáles son los objetos ventajosamente deseables. En consecuencia, los padres son los agentes que aportan las bases por las que discurrirá el deseo fundamental del niño, que no es otro que el de huir del sentimiento de carencia e imperfección que impide la plenitud y aboca inevitablemente a la nada.

Pese a que la quiebra psicológica producida por la toma de conciencia de imperfección, contingencia y finitud no tiene solución posible, los progenitores ilusionan al infante con el ideal de perfectibilidad, esto es, la búsqueda afanosa de algo valioso, deseable y, además, alcanzable. Así, carencia y deseo de perfección se erigen como la directriz principal de la acción humana. El deseo genera una cierta dosis de ilusión, que no es otra cosa que una representación imaginaria de aquello que es anhelado. La ilusión conlleva la esperanza de que el cumplimiento de algo que parece especialmente atractivo produzca, finalmente, una sensación de felicidad. O dicho de otro modo, el deseo de plenitud o necesidad de inflación personal se convierten en la principal preocupación del ser humano. La búsqueda desesperada del éxito a corto plazo y a cualquier precio. El progreso material, la fama, el poder y la riqueza, por encima de cualquier consideración moral, se convierten en un objetivo inexcusable. Todo parece valer en esta carrera por *ser-más-ser*. Es necesario poner en marcha una estrategia encaminada a enmascarar el insoportable sentimiento de inferioridad, precariedad y fugacidad. Sin apenas pudor, el ser humano se presenta ante la sociedad con una máscara de suficiencia racional, que tiene como objeto buscar, con vergonzante insistencia, el aplauso y el reconocimiento de los demás, en un intento desesperado de dominación.



El sentimiento de ser una totalidad fallida conduce al ser humano a construirse una imagen satisfactoria. Y sólo bajo esta representación de sí mismo puede sentirse atractivo y susceptible de ser aceptado. Incluso puede quedar transitoriamente fascinado por su propia imagen, que se asemeja, como vislumbre especular, a la plenitud. Se produce de esta manera una inevitable tensión, pues trata en vano de asir lo inasible, porque es tan sólo reflejo, mera ilusión.

El proyecto del ser humano es una tentativa desesperada por preservar su ser contingente y finito frente a las fuerzas que tienden a su disolución. En el existente humano hay un deseo enorme de trascenderse y de extasiarse.

La búsqueda de aquello que le falta, pero que, de poseerse, aseguraría al ser humano la plenitud, se convierte en un propósito prioritario. Lograr algo que le colme, anularía imaginariamente toda imperfección. La imperfección está, pues, en el origen del deseo de felicidad. La carencia, como ya vimos anteriormente, convierte al ser humano en un ser que alberga deseos.

Sin embargo, la experiencia demuestra que nadie puede lograr nunca la perfección anhelada. La plenitud es, obviamente, algo inalcanzable. Toda búsqueda del placer, pleno y original, se acompaña, por lo tanto, de una inevitable sensación de insatisfacción o sufrimiento. Es, precisamente, la aflicción derivada de la imposibilidad de lograr un estado pleno de dicha, donde no haya dolor ni finitud, la que conduce al ser humano a buscar la plenitud, incluso, en el más allá.

Aquello que imaginariamente le colmaría, parece circular ajeno a él, sin detenerse en él. Y sin eso, se siente desgraciado. No puede admitir su precariedad ni su dolor. El sentimiento de labilidad le sitúa en una posición desaventajada que tolera muy mal.

La posibilidad ineluctable y permanente de dejar de ser para siempre, cuya probabilidad

aumenta, además, en determinadas circunstancias de la vida, da origen a la angustia. La amenaza que representa la muerte y su ineluctable corolario: dejar de ser lo que se ha sido, somete al ser humano a una profunda tensión, que le aboca a luchar contra la angustia y contra la nada fatalmente predeterminada. Es en este punto donde el deseo cobra su enorme pujanza, haciéndose con las riendas de la vida.

El cúmulo de imperfecciones, que inevitablemente aparece en el ser humano como condición del surgimiento de su naturaleza consciente, supone una tríada de elementos: *lo-que-falta*, es decir, aquello que de poseerse colmaría a quien lo obtuviese: el *súmmum*; *el-sujeto-carente*, es decir, el individuo que está, inevitablemente, incompleto; y *lo-fallido*, o sea, una totalidad que ha sido desagregada por lo que falta, y que sería restaurada por la síntesis entre el *súmmum* y el sujeto carente.

El ser que se da a la conciencia humana es siempre el sujeto encarnado, incompleto, libre y, en definitiva, finito. Su destino es hacerse a sí mismo mediante la persecución de fines unilaterales y parciales, que son los que dan un sentido relativo a su existencia, aunque no logran desalojar la angustia de su ser. La angustia le acompaña, inevitablemente, en su tránsito por la vida.

Lo único sustancial en el ser humano es la conciencia. La experiencia del ser humano concreto se confunde, pues, con la conciencia misma. Ser equivale a tener conciencia de la propia existencia. La conciencia viene, no obstante, inevitablemente mediada por el orden simbólico u organización racional del mundo objetivo.

Sin embargo, al tener conciencia de sí mismo, el existente humano percibe sus carencias, su imperfección, su fragilidad, su contingencia y, sobre todo, su finitud. La conciencia humana supone la introducción de un trágico desequilibrio en su propio ser, perturbación



que indefectiblemente será el origen de su angustia y de toda su desdicha. No puede concebirse, ni siquiera imaginarse, como no existiendo y, sin embargo, sabe que acabará siendo nada. Este desajuste inaugural del ser humano supone una brutal *herida narcisista* en su ser. De tal suerte que su potencial serenidad, entereza y autoestima quedan dañadas irremisiblemente.

El ser humano se da cuenta de que es lo que es cuando su ser le inquieta. Su existencia es una experiencia constante de peligro sin escape posible. Pero también la conciencia percibe lo excelente, lo placentero, lo grato, en definitiva, lo deseable. Por ello, el carácter esencialmente doloroso y angustioso de la experiencia de ser, que antes o después dejará de ser, conduce al ser humano a un esfuerzo desesperado por conservar y acrecentar indefinidamente su ser, persiguiendo egoístamente lo excelente. No es instinto de conservación lo que mueve al ser humano a obrar, sino instinto de invasión, anhelo de *ser-más*, de *serlo-todo*. La angustia de imperfección y el vértigo de la nada le llevan a extenderse a lo ilimitado del espacio y a prolongarse a lo inacabable del tiempo. El ser humano tiene hambre furiosa de ser, hambre que jamás se aplaca. Sed ávida de inmortalidad y plenitud, que nunca cesa. *Plenitudo plenitudinis et omnia plenitudo*. Hay que serlo todo y para siempre, de lo contrario le espera la aniquilación definitiva de su ser. El anhelo de plenitud no es otra cosa que una protesta desesperada contra la nada.

Sin embargo, el deseo de plenitud conlleva una trágica e insalvable contradicción. Tener conciencia de sí mismo es saberse definido y delimitado, y sentirse distinto de los demás seres. La conciencia de sí mismo no es, pues, sino conciencia de la propia limitación. Se es uno mismo en la medida en que se sabe y se siente hasta donde llega el propio ser, que abarca, y, en definitiva, dónde acaba. El ser propio termina dónde ya no se es, y dónde empieza otro ser distinto de él. La conciencia de ser uno mismo implica necesariamente el límite, lo cir-

cunscrito y lo finito. La experiencia original de ser uno mismo es, pues, negación de lo infinito y del todo. En consecuencia, la perpetuación de la singularidad propia, del *ser-yo-mismo* en su limitación necesaria, implica huir de lo ilimitado, de lo infinito, de lo pleno, pues en esa dilución de los límites surge la aniquilación de la propia identidad. Angustia de finitud versus anhelo de plenitud: ése es el dilema. En esta doble amenaza de aniquilación se haya la trampa del ser humano. No basta con advertir que la vida está constantemente amenazada por la muerte, sino por el deseo de *serlo-todo* y de *serlo-para-siempre*, lo cual supone la aniquilación de ser uno mismo, en la medida en que serlo todo es perder los límites y diluirse en el infinito. En definitiva, *serlo-todo* es devenir en ser nada. Y *ser-uno-mismo* conduce también a ser nada. Este es el estatuto trágico y contradictorio del existente humano.

El hambre insaciable de ser más, la esperanza desesperada de alcanzar la plenitud y de escapar a la nada, que pone en peligro de extinción al ser concreto, se convierte así en el motor de la vida humana. El deseo busca de forma ávida restañar la conciencia de imperfección y finitud, escapar de alguna manera a la angustia de *ser-en-el-tiempo*. Sin embargo, el tiempo, el espacio y la lógica se imponen al ser concreto como sus más crueles tiranos. El pasado es lo que el ser humano fue. Sólo recuerdos. El futuro es lo que el ser humano no es y quizá no llegue a serlo nunca. El futuro no es objeto de conocimiento, sino de deseo. Sólo se es en el presente. No hay ubicuidad posible. El ser uno mismo supone mantenerse forzosamente dentro de unos límites bien definidos. La dialéctica de la existencia humana se temporaliza de forma permanente en ese doble movimiento: *Ser-uno-mismo* versus *serlo-todo*.

El deseo de *serlo-todo* es invasión, apropiación del mundo y enfrentamiento con el prójimo. En efecto, el deseo de plenitud es un proyecto insaciable y excluyente, pues para *serlo-todo*, los demás deben devenir en nada.



No es posible la plenitud compartida, pues no sería plenitud. El deseo de plenitud, que es deseo egoísta, anhelo interesado e incesante de *serlo-todo*, opera mediante la negación sistemática del semejante.

El deseo de *ser-uno-mismo* es retroceso, limitación y restricción. El deseo de ser uno mismo, sin dejar el más mínimo resquicio que de lugar a la corrupción de la mismidad, debida a la relación con el prójimo, conduce a la soledad más radical. Obviamente, el aislamiento de los semejantes deviene al ser humano en un fantasma, en una subjetividad espectral que camina irremisiblemente hacia la nada.

Partiendo de la conciencia de contingencia, sinsentido, fragilidad y finitud, que no es otra cosa que la constatación de la insubstancialidad del ser humano concreto, no queda otra solución que crearse, hacerse, imaginarse y darse la esencia que, por el camino de *ser-más-ser* para llegar a *serlo-todo*, cada uno libremente anhele. El ser concreto es el producto de sus actos.

El principal deseo del ser humano, el núcleo promotor de su acción, es, pues, alcanzar la plenitud, sin dejar de ser uno mismo. Esto es, abarcarlo todo, sin perder los límites, que le hacen ser él. De esta paradoja, en la que vive atrapado el hombre, surge el devenir humano. Su vida es un constante y unidireccional esfuerzo curricular, pero no es el afán meritorio el fin último de su acción, ni la obtención del elogio fácil de los demás, sino *serlo-todo*, esto es, ser Dios. La acumulación de conocimiento, la santidad, la capacidad de seducción sexual, la inteligencia, la fuerza física, la belleza corporal, la creación artística, la apropiación incesante de bienes materiales, el poder, el éxito, la fama, los honores; cualquier cosa, puede ser utilizada instrumentalmente por el ser humano con objeto de *ser-más-ser* y restablecer imaginariamente su dañada conciencia de finitud.

La realidad humana se anuncia y se define por el constante impulso por el que se afana en

lograr un sinfín de deseos. El ser humano es sustancialmente un animal desiderativo. El deseo es el motor de la vida humana. Baste para probarlo la siguiente consideración: un ser pleno de ser no tiene deseos, pues nada le falta. Si el ser humano fuese un ser pleno sería un ser inmanente, cerrado en sí mismo y sin capacidad de trascendencia, condenado irremisiblemente a la inacción. ¿Qué puede esperar el ser humano del mundo si todo lo que hay en él forma parte de sí mismo? Obviamente, nada. El ser humano se mueve únicamente porque es consciente de sus carencias, porque acaricia *ser-alguien*, camino de *ser-más*, y, en definitiva, para llegar a *serlo-todo*.

Conviene aclarar que los deseos, por definición, son siempre conscientes. Los deseos no son otra cosa, independientemente de su contenido, que un impulso enérgico de la voluntad que tiende hacia el disfrute de una cosa conscientemente apetecible. La voluntad misma del sujeto que desea con respecto a lo codiciable de lo deseado demuestra, sin lugar a dudas, la necesidad de la conciencia como condición *sine qua non* para que el deseo sea posible.

El deseo es, por principio, conciencia de algo. El deseo es conciencia de querer poseer o disfrutar de algo concreto que está necesariamente fuera de uno mismo. El deseo implica trascender al objeto deseado y está, por lo tanto, inseparablemente unido a lo anhelado. El deseo no puede ser otra cosa que la conciencia de objetos exteriores considerados como apetecibles, de los que, obviamente, se carece. El deseo es trascendencia, es decir, un escapar hacia el objeto deseado. Si no hay conciencia de lo deseado, no hay deseo.

El ser humano es un eterno insatisfecho, una pasión inútil, pues nunca logra colmarse. Busca, bajo el aspecto parcial y relativo de sus múltiples deseos, ser cada vez más, pero ningún deseo por excelso que sea colma definitivamente sus pretensiones. ¿Existe algún deseo primordial y genuino en el que se sustentan los



demás? Naturalmente que hay infinidad de deseos posibles que nos conducen imaginariamente a ser un poco más, pero todos los deseos de ser más se topan finalmente con la actitud con la que cada ser humano afronta su propia muerte. La muerte es angustiada y, por consiguiente, podemos rehuir esa angustia mediante autoengaños, arrostrarla con dignidad y coraje o arrojarnos resueltamente a ella. Huir de la muerte, enfrentarla o lanzarnos a ella no pueden ser considerados como el deseo fundamental de nuestro ser. Al contrario, sólo es posible encontrar el deseo primordial del ser humano sobre el fundamento de un proyecto de vivir. El deseo original de cada ser humano no puede apuntar sino a su propio ser, que quiere ser más. El deseo fundamental tiene por objeto la propia conciencia de imperfección, por lo que el deseo necesariamente trata de remendar el desperfecto inaugural. El ser humano es un ser falto de ser, con plena conciencia de imperfección y certeza de finitud. ¿Qué es, en realidad, lo que desea? Pues justo aquello que le falta para alcanzar la plenitud. A esta carencia que se persigue afanosamente con el objetivo de colmarse es lo que hemos llamado objeto de máxima valoración narcisista o *súmmum*. La carencia del *súmmum* es lo que determina, precisamente, que el ser humano sea un todo fallido. La conciencia de esta falta, sin embargo, nos da la posibilidad de desear y de elegir nuestros deseos. La conciencia de ser una totalidad fallida origina el deseo y determina la elección libre del proyecto esencial del ser humano.

El ser humano es fundamentalmente deseo de ser totalidad sin falta, esto es, anhelo de alcanzar la anhelada plenitud o felicidad. El ser humano tiene en su horizonte la idea de un ser ideal, completo, perfecto y perenne. Este ser ideal, donde converge la suma perfección, no es otro que la idea de Dios. Así que puede afirmarse que lo que mejor hace comprensible el proyecto fundamental de la realidad humana es que el ser humano es el ser que proyecta *serlo-todo*. No en vano, el ser humano cree

estar hecho a imagen y semejanza de Dios. Ser humano es tender a ser Dios o, si se prefiere, el ser humano es fundamentalmente deseo de ser Dios.

Todos los demás deseos son deseos subrogados de éste, que le conducen, en definitiva, mediante su incesante deseo de *ser-cada-vez-más-ser*, a ser reconocido por sus congéneres como un *ser-pleno*, que no puede sino ser amado, o, mejor aún, adorado, por ellos.

El ser humano es preponderantemente egoísta. Toda su capacidad personal, incluida la razón, están al servicio de sus deseos, esto es, orientados a la consecución de su plenitud individual. Podría decirse que el instinto de conservación se expresa en el ser humano mediante un poderoso individualismo egocéntrico, que se erige como el motor indiscutible de su acción, pero que, a su vez, suponen un serio obstáculo en las relaciones interpersonales y sociales. Hasta los comportamientos más altruistas dejan entrever los beneficios que el virtuoso obtiene con su encomiable conducta. El motor de la vida es, pues, el deseo. El deseo orienta y pone en marcha la acción humana hacia la consecución de su satisfacción, y se sirve para este fin de un medio básico de supervivencia que es la razón. La razón establece una relación con el deseo de mera servidumbre. La aceptabilidad de un buen argumento se fundamenta en la validez que le otorga el deseo, más que en su racional fuerza de convicción. La razón debe legitimar mediante su consistencia los deseos del proponente frente a los deseos de su oponente. La carencia de evidencias concluyentes y de argumentos definitivos, determinan la falibilidad de las afirmaciones por bien fundadas que estén, de tal suerte que estas pueden ser perfectamente falsas. Precisamente esta limitación de los estándares racionales nos enfrenta a verdades problemáticas, pues no existe nunca garantía alguna de que algo sea necesariamente cierto. Surge así la controversia, el remolino de las objeciones, que



impiden que una proposición bien argumentada pueda afirmarse de forma inequívoca frente a cualquier impugnación. Aquí encuentra el deseo su coartada para valerse de la razón. El proceso de argumentación sigue una línea de permanente corrección, en el sentido de que surgen constantemente nuevas razones, justo aquellas, claro está, que subvierten a la satisfacción del deseo. Los procesos de justificación de una afirmación como verdadera son falibles. Esto explica el frecuente fracaso de la razón, que puede observarse en los debates políticos, en los conflictos étnicos, en las guerras entre civilizaciones, en la falta de entendimiento entre diferentes culturas, en las discusiones familiares o en las diatribas de pareja. Tras esta deriva de la razón, sistemáticamente, se haya el deseo, siempre interesado, como hilo conductor de la argumentación. El deseo es interesado y lleva a valorar las cosas en proporción con la importancia que tengan para su anhelo de *serlo-todo*, esto es de su felicidad. Aquello que es adverso a su vida y su bienestar, que se opone a su anhelo de *ser-más*, será considerado carente de valor.

Toda persona hace en realidad lo que desea hacer; si no, no lo haría. Siempre se actúa conforme al deseo. Un comportamiento amoroso nunca es desinteresado, pues admitir la indiferencia hacia aquello que se quiere supondría una flagrante contradicción. Cualquier mejora técnica, científica o social se debe al deseo, aunque es cierto que sin el concurso inteligente de la razón estos logros no serían posibles.

Si bien es cierto que —tras numerosas guerras religiosas, dos guerras mundiales, el asesinato administrativo de millones de personas en Auschwitz y Mauthausen, el desastre contabilizado en víctimas humanas ocasionado por las bombas atómicas arrojadas en Hiroshima y Nagasaki, el brutal atentado terrorista contra el World Trade Center o la guerra de Irak— el fracaso de la racionalidad humana parece evidente. Ante la puerta del campo de concentración de Auschwitz, Benedicto XVI se preguntó:

¿Por qué, Señor, permaneciste callado? ¿Cómo pudiste tolerar todo esto? Aunque quizá la pregunta más pertinente hubiera sido: ¿Dónde estaba la racionalidad humana en esos momentos tan brutales? Sólo cabe una respuesta: sometida al deseo egoísta del ser humano.

Sin embargo, no por ello podemos desdeñar la importancia de la razón, pues pese a sus frecuentes derivas, gobernadas por el deseo, el discurso racional orientado al entendimiento entre seres humanos, aparece, sin duda, como el procedimiento más apropiado del que disponemos para la búsqueda de consenso y para la convivencia pacífica. Es decir, la racionalidad, pese a su precariedad, es la única esperanza de constituir un mundo mejor. No en vano a la acción comunicativa se le presuponen tres premisas:

La existencia de un mundo objetivo, idéntico para todos, que existe independientemente del lenguaje que lo designa y ordena; la reciprocidad racional de todos los participantes en la comunicación; y la validez incondicional de las proposiciones bien fundamentadas. Sin embargo, el simple hecho de que el procedimiento de justificación racional es por principio siempre falible, la razón no garantiza la preponderancia de la mejor argumentación. Esto es del entendimiento. Con demasiada frecuencia, las tomas de postura afirmativas o negativas vienen determinadas por otros motivos muy distintos al mejor discernimiento. Tras esos motivos, sistemáticamente, se haya el deseo, que se erige, de forma mucho más poderosa que la razón, como principio rector de la acción humana.

Esta transformación de la razón entendida como fuerza que mueve el mundo en una razón meramente instrumental y subordinada al deseo, quizá sea vista en términos de liquidación y desestabilización, pero la constante presencia de las huellas del deseo en el quehacer humano, que penetra hasta en los capilares de los discursos cotidianos, nos lleva a establecer un nuevo paradigma: la razón desiderativa como motor de la acción humana.



Adquirida la conciencia de imperfección y finitud, el ser humano tropieza con las cosas, realidades inertes, seres *en-sí*, que se dejan ordenar y manejar por él como meros instrumentos útiles para la satisfacción de sus deseos materiales, por lo que no son problemáticos. Sin embargo, el proceso de satisfacción de deseos se detiene abruptamente cuando ante sí irrumpe el prójimo, una nueva realidad que no se deja someter. La presencia del Otro es inevitable. Aparece entre las otras cosas del mundo circundante como una cosa más, que tiene, no obstante, una relevancia especial. El ser humano es consciente de sí mismo, pero, en la medida en que tiene capacidad de trascender, mediante un movimiento de su conciencia, hacia su semejante, lo aprehende como un objeto existente más. Aunque inmediatamente intuye que es un ser igual a él: un semejante. Esto es, su congénere es percibido como un ser libre y desiderativo capaz, también, de captarle como objeto de su conciencia. El prójimo aparece ante el ser humano como un ser irremediablemente libre y decidido a satisfacer sus propios anhelos. Descubre, además, su propio ser existiendo en otra conciencia en la que es asimismo vivido y valorado, de la que, por otra parte, jamás podrá prescindir.

Su libertad ilimitada y desiderativa queda enfrentada a otra libertad igualmente ilimitada y desiderativa, que puede obstaculizar o impedir, incluso, la satisfacción de sus propios deseos. Si él es un ser desiderativo, que necesita *ser-más*, intuye que también su semejante comparte ese mismo deseo de *serlo-todo*, lo que le convierte en su principal obstáculo y en su más acérrimo oponente. La presencia del prójimo se torna amenazadora. Por consiguiente, los seres humanos no tienen más elección que luchar contra sus semejantes, ya que sus deseos y los intereses que de estos se derivan necesariamente colisionan. La única elección posible para el ser humano es satisfacer sus deseos, sacrificando los deseos de los demás, pues pueden poner en serio peligro la consecución de sus propios anhelos.

La presencia del Otro puede significar amenaza, peligro, reto o competencia. La situación de mutuo enfrentamiento, de franca agresividad que persigue desesperadamente acrecentar el propio ser a expensas del ser del semejante es inevitable. Cuando un ser humano se siente frente a un semejante, sufre una alarmante incertidumbre derivada de las posibilidades imaginarias de la libertad del Otro, que hay que impedir a toda costa, pues no hay duda de que cada tentativa de libertad se enriquece, en principio, con el fracaso del libre albedrío de su prójimo. De ahí que mientras uno procura someter al prójimo, el prójimo procura, a su vez, dominarle.

El Otro es un límite, algo indigesto, un obstáculo de peligrosa densidad para las pretensiones de *ser-más* que tiene cada ser humano.

Seguidamente, dedicaremos unas líneas a esbozar las diferentes actitudes mediante las cuales el ser humano, sin renunciar a sus anhelos de *serlo-todo*, trata de aproximarse a su semejante en un intento de enfrentarse con su amenazadora libertad.

- La primera actitud lógica sería la de *evitar al prójimo*, desligarse por completo de todo ser humano y permanecer cerrado sobre sí mismo en una soledad total. Lo cierto es que la soledad total no es posible, aunque sólo sea por razones de subsistencia. Pero sobre todo, el hombre, en su afán de *serlo-todo*, necesita trascender, es decir, rebasar sus propios límites e invadir los linderos de sus semejantes. *Ser-más* significa serlo ante alguien que es *menos*, lo que supone el expreso reconocimiento del Otro. Es obvio que la certidumbre de la propia valía no puede fundamentarse exclusivamente en una percepción subjetiva, pues sería fantasmagórica, sino en un reconocimiento efectuado en la conciencia de un semejante. La existencia que no está suspendida de otra conciencia se hunde en la nada. El ser humano reivindica de su prójimo



mo el reconocimiento de su propia calidad, pues sólo así puede ser considerado objetivamente valioso. En definitiva, el semejante es el ser indispensable que certifica la excelencia del ser humano. En resumen: ser admirado o repudiado es competencia exclusiva del Otro.

- La segunda actitud consecuente sería la *aproximación amistosa*. El ser humano, como ya hemos anticipado, necesita ser reconocido, querido y valorado para taponar su imperfección y difuminar en el horizonte su final trágico, por lo que desear el sometimiento del prójimo no parece una buena idea. El reconocimiento y la admiración dimanados de un prójimo esclavizado carecerían de valor. *Ser-más* sólo tiene sentido si esta magnitud del ser es admitida por la conciencia de alguien que lo hace sin coacción. Empero, si recibe la admiración de un prójimo libre, pero también desiderativo, inmediatamente, teme que esa misma libertad que tiende asimismo a *ser-más*, sea la causa de su probable desdicha. En definitiva, pretende ser valorado por una libertad, y reclama, a su vez, que esa libertad no sea libre. Dicho de otro modo, pretende cristalizar ese momento en que se siente adorado libremente y prolongarlo indefinidamente. Lo que es imposible. El enfrentamiento entre libertades desiderativas continúa. La aproximación amistosa no elimina el conflicto con el Otro. La relación amigable estará siempre amenazada por el libre albedrío de ambos. Puede llegar a sentirse *más-ser* ante el Otro, pero siempre temeroso de dejar de serlo en el momento menos pensado.
- Una tercera actitud eficaz sería la *aproximación hostil*. Si un ser humano trata de evitar ser reducido por la libertad del Otro, lo más acertado es revolverse deliberadamente contra él, aupándose sobre sus espaldas, con objeto de conculcar su libre albedrío. Sin embargo, tampoco esta actitud resuelve

el conflicto con el Otro, pues la relación amo y esclavo conseguida, no garantiza, de ninguna manera, su perpetuación. Al primer descuido, la relación puede invertirse. Además, el amo no encuentra en el esclavo la imagen especular que necesita para validar el crecimiento de su ser. El amo no es reconocido por el esclavo, sino odiado. El deseo de *ser-más-ser* queda truncado, pues la imagen especular que el Otro le devuelve, le desvaloriza. Ostenta el poder, cierto, pero desde con una fatal quiebra de la posibilidad de *serlo-todo*.

- Existe una cuarta actitud de aproximación al prójimo: la *enajenada*. El alienado desea someterse a su semejante antes que enfrentarse con su amenazadora libertad. Se muestra genuflexo con objeto de no provocar su ira, se viste con su mejor máscara para seducir al Otro y evitar los zarpazos de su libertad, o, en fin, vacila y suspende sus pretensiones con el fin de no interferir el deseo de su vecino.

Curiosamente, el *acercamiento hostil* encuentra la pareja de baile perfecta en el *acercamiento enajenado*. El deseo de dominar para *serlo-todo* encaja perfectamente con el temor a *ser-aniquilado*, que viene a ser una forma sacrificada, beata y resignada de *serlo-todo*. Es evidente que este escandaloso engranaje no resuelve el conflicto. Si acaso, lo hace de una forma ominosa, aunque harto frecuente.

No hay, pues, esperanza. Sea cual sea la actitud mediante la cual se aproxima un ser humano al prójimo, las relaciones serán siempre conflictivas. El deseo establece un límite insalvable entre los seres humanos.

En conclusión, el deseo determina que las relaciones con el prójimo, rasgada condición humana, tiendan a ser inevitablemente conflictivas. Y en este sentido, podría afirmarse que la violencia se ofrece como la actitud más radical y eficaz al servicio de libertad de uno, en la



medida en que representa la dominación e, incluso, la aniquilación definitiva del Otro. La actitud violenta es inequívocamente la elección de quien, para afirmarse en sus deseos, apunta decididamente a la opresión o destrucción de su semejante. La historia de la humanidad es, por desgracia, el testimonio inobjetable de la opresión del hombre por el hombre. No obstante, la violencia engendra una espiral inacabable de más violencia, por lo que esta radical solución es inaceptable.

Sin embargo, como he anticipado, la propia valía personal, el deseo de *serlo-todo* no representa nada en absoluto si no es reconocida por el prójimo. De nada serviría llegar a *serlo-todo*, si esa plenitud no es experimentada en la conciencia del Otro. Esta es la segunda paradoja en la que vive atrapado el ser humano. Necesita que su semejante devenga en ser nada para poder *serlo-todo*, pero, a su vez, precisa existir su plenitud en la conciencia de su semejante para ser deseado por él. Es amo y esclavo al mismo tiempo. Es decir, si una vez alcanzada la plenitud el ser humano no es deseado por su semejante, la perfección lograda se quebraría inevitablemente, pues no sería tal. Sólo aquello que es reconocido objetivamente como excelso, realmente lo es. El amor propio tiene su origen en el reconocimiento ajeno. Es decir, se retroalimenta necesariamente de la consideración del semejante. El deseo de plenitud conduce irremisiblemente a la necesidad de reconocimiento y aceptación por parte del prójimo. El semejante, contradictoriamente, además de ser, como hemos visto, un tenaz competidor al que conviene destruir, es asimismo la condición *sine qua non* para alcanzar la plenitud. En conclusión, necesita dominar a su semejante, que es, justamente, de quien precisa la aprobación, pues lo intuye diferente y con una perspectiva más objetiva que la suya.

Trata de fascinar a su semejante con una imagen deseable, arteramente diseñada, y de embelesarse con el reflejo especular que le devuelve su prójimo. Un círculo vicioso, una

reverberación en la que de forma recurrente se ponen en contacto los dos mundos: el suyo y el de su prójimo. Lo que determina el fracaso en el entroncamiento vincular entre ambos, pues el Otro actúa tan sólo en función de ese mismo deseo: *serlo-todo* para él.

La actividad del ser humano expresa, pues, el imperioso y angustioso deseo de *ser-más*, de devenir en *serlo-todo*, plenitud que enmascare sus deficiencias, totalidad que no se vea en la necesidad de someterse desde su genuina y maltrecha existencia a los deseos reclamantes del prójimo.

En fin, la imposibilidad de un encuentro amistoso con el prójimo quiebra, en principio, la perspectiva de asentar una proyección positiva y solidaria de las relaciones humanas. Es más, si la libertad desiderativa de un ser humano se ve amenazada por la presencia inquietante de la libertad desiderativa del Otro, es imposible que éste, *motu proprio*, desee realmente la libertad de su congénere, pues dicho deseo es incompatible con su propia libertad. Más aún, si la libertad, concebida a partir de la existencia insistente del ser en *ser-más*, es lo substancial del ser humano, una existencia libre que no insiste en *ser-más*, es una existencia que renuncia a su libertad de ser. El prójimo es, por lo tanto, una existencia que insiste libremente en *serlo-todo*, incluso a consta de nuestro ser. Nadie osaría, gratuitamente, facilitar la insistencia del prójimo en *ser-más*, pues correría peligro su propio ser. La épica del deseo de plenitud conduce al ser humano a tales despropósitos que la realidad acaba teniendo un patético sabor a tiempo perdido, un último paladar de fracaso.

Aunque la razón evidencia cierta servidumbre y la acción comunicativa un margen inevitable de error, son, en cualquier caso, los únicos instrumentos de los que disponemos para contener el deseo y sus indeseables consecuencias.





## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Adorno, T.W.: "Crítica cultural y sociedad" Sarpe. Madrid 1984.
- 2 Bermudo, J.M.: "Los jalones de la libertad" Ediciones del Serbal. Barcelona, 2001.
- 3 Bermudo, J.M.: "Asalto a la razón política" Ediciones del Serbal. Barcelona, 2005.
- 4 Brochetti, A.: "Sartre et les temps modernes" Minuit. París, 1985.
- 5 Caruso, I.: "El psicoanálisis lenguaje ambiguo" Fondo de Cultura Económica. México, 1966.
- 6 Cohen, A.: "L' intentionalité" Pierre Laleur Editeur. París, 1976.
- 7 Feyerabend, P. K.: "Adiós a la razón" Tecnos. Madrid, 1982.
- 8 Freud, S.: "Introducción al narcisismo" Obras completas, tomo VI, Biblioteca Nueva. Madrid, 1972.
- 9 Freud, S.: "El Yo y el Ello" Obras completas, tomo VII, Biblioteca Nueva. Madrid, 1972.
- 10 Fromm, E.: "Anatomía de la destructividad humana" Siglo XXI. Madrid, 1975.
- 11 Fromm, E.: "Humanismo socialista" Paidós. Barcelona, 1984.
- 12 Foucault, M.: "Espacios de poder" Ediciones la Piqueta. Madrid, 1981.
- 13 Foucault, M.: "Microfísica del poder" Ediciones la Piqueta, Madrid, 1980.
- 14 Giddens, A.: "Un mundo desbocado" Taurus. Madrid, 2000.
- 15 Gómez Pin, V.: "Hegel" Barcanova. Barcelona, 1986.
- 16 Groddeck, G.: "El libro del Ello" Taurus, S.A. Madrid, 1973.
- 17 Hegel, G.W.F.: "Fenomenología del espíritu" Fondo de Cultura económica, México, 1966.
- 18 Heidegger, M.: "Etre et temps" Librairie Gallimard. París, 1982.
- 19 Husserl, E.: "La idea de la fenomenología" Fondo de cultura Económica. México. D.F. 1982.
- 20 Lacan, J.: "El Yo en la teoría de Freud y en la teoría psicoanalítica" Paidós. Barcelona, 1999.
- 21 Lacan, J.: "La metáfora del sujeto" Homo Sapiens. Buenos Aires, 1978.
- 22 Lacan, J.: "La letra y el deseo" Homo sapiens. Buenos Aires, 1978.
- 23 Lacan, J.: "Acerca de la causalidad psíquica" Homo Sapiens. Buenos Aires, 1978.
- 24 Lacan, J.: "Más allá del principio de realidad" Homo Sapiens. Buenos Aires, 1978.
- 25 Lévy, B.H.: "Le siecle de Sartre" Éditions Grasset-Fasquelle. París, 2000.
- 26 Marcuse, H.: "Razón y revolución" Alianza Editorial. Madrid 2003.
- 27 Popper, K.R.: "La sociedad abierta y sus enemigos" Paidós. Barcelona, 1992.
- 28 Sartori, G.: "La democracia después del comunismo" Alianza Editorial. Madrid 1993.
- 29 Sartre, J.P.: "L'ètre et le neant" Librairie Gallimard. París, 1960.
- 30 Sartre, J.P.: "Critique de la raison dialiectique" Livrairie Gallimard. París, 1960.
- 31 Sartre, J.P.: "The emotions" Philosophical Library. New York, 1948.
- 32 Savater, E.: "La libertad como destino" Fundación José Manuel Lara. Sevilla, 2004.
- 33 Unamuno, M.: "Abel Sánchez" Editorial Kapelusz. Buenos Aires, 1974.



# La asistencia psiquiátrica en el contexto de la Bioética

**Fernando Santander**

Médico psiquiatra. Magíster en Bioética

Servicios de Salud Mental de Álava (Osakidetza / Servicio Vasco de Salud)

## Resumen

Se realiza un acercamiento no exhaustivo a la historia y conceptos básicos de la Bioética. Se repasan también someramente los conflictos éticos que pueden surgir en los diversos momentos de la práctica asistencial psiquiátrica (diagnóstico, terapéutica) y en relación con el consentimiento informado, la confidencialidad o la valoración de la competencia. Finalmente se exponen algunas ideas en torno a las funciones y metodología de trabajo de los Comités de Ética Asistencial.

## Palabras Clave

Bioética. Principios de bioética. Conflictos éticos en psiquiatría. Consentimiento informado. Confidencialidad. Competencia. Comités de Ética Asistencial.

## LA BIOÉTICA

En 1971 Van Potter acuñó un nuevo término, *Bioética*, para abrir una reflexión sobre los retos que se le planteaban a la biología en un planeta sobrepoblado y con graves problemas medioambientales. Este término se amplió en las décadas siguientes, aplicándose al estudio sistemático de las dimensiones morales de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud. Así, actualmente se entiende la Bioética como una tarea de reflexión que analiza, desde las categorías de valor, deber, bondad, etc. los actos humanos en las cuestiones relacionadas con la vida —ya sea las ciencias biológicas o de la salud—; es decir, es una tarea racional de análisis de las conductas morales en el ámbito de la biología y la medicina.

La Bioética es una nueva disciplina que se ha venido desarrollando en los últimos treinta años a raíz de tres cambios fundamentales:

- El avance técnico de la medicina, que plantea decisiones mucho más complejas y difíciles que antes sobre la salud y la enfermedad, las condiciones de la vida y de la muerte y la propia asistencia sanitaria.
- El desarrollo de los Derechos Humanos, que en el caso de las personas que padecen enfermedades incluyen el derecho a decidir sobre lo que les afecte y a vivir según sus propios proyectos.
- La generalización del derecho a la asistencia sanitaria, que obliga a toda la sociedad a plantearse la distribución y los límites de los recursos que se dedican a la sanidad.

En su vertiente más pragmática y conocida se define como *Bioética Clínica*, porque pretende analizar los valores que acompañan a los



hechos clínicos en las relaciones asistenciales. Es una ética práctica pero también un discurso moral nuevo —que supera la deontología y la ética filosófica—, utiliza el diálogo y la deliberación —en una sociedad plural cuyos miembros no tienen una moral común—, y reconoce que muchos problemas actuales son, en sentido estricto, dilemas (problemas cuya solución es otro problema) o aporías (situaciones sin solución aparente).

En la medida que trata de considerar todas las perspectivas posibles la Bioética conduce con frecuencia a una visión más compleja de la realidad, pero también pretende dotarse de una metodología que ayude en la búsqueda de respuestas. La Bioética no se propone como un recetario para problemas difíciles ni como una vía para alcanzar la verdad; su modo de razonamiento —superando el normativismo deontológico tradicional— intenta ser sistemático y para ello se basa en una metodología de trabajo que parte de un sistema de referencia formal (“todo ser humano es persona y en tanto tal digna e igual a otras y merecedora por ello de un trato respetuoso y considerado”) y unos principios morales básicos, para posteriormente entrar a considerar las consecuencias previsibles de los actos clínicos.

Uno de los aspectos más conocidos de esta metodología es el de los *principios básicos de la Bioética*, que no deben ser entendidos como verdades incuestionables sino como un referente o brújula orientadora en el análisis ético de los conflictos asistenciales. Recordemos brevemente estos principios: *No-Maleficencia* u obligación de no dañar (y en un sentido más amplio: de realizar una correcta práctica asistencial); *Justicia* o equidad en el trato con todas las personas atendidas, sin prejuicios ni discriminaciones; *Autonomía* o deber de aceptar el derecho de todas las personas a decidir sobre aquello que les afecte; y *Beneficencia*, que implica el intentar procurar el mayor bien, según los criterios de “bien” de la persona atendida.

Así, desde esta perspectiva, una actividad profesional sería éticamente correcta si es capaz de respetar estos principios. La consideración de las posibles consecuencias de los actos clínicos podría hacer que alguno de estos principios no sea respetado en su integridad; sería entonces motivo de una excepción a la regla, pero siempre una excepción suficientemente argumentada y justificada. En definitiva, es un sistema de razonamiento que propugna una deliberación racional sobre los actos clínicos pero que permite el disenso, siempre que sea razonable.

## LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA Y LA BIOÉTICA

La Psiquiatría (entendida en el sentido amplio de todas aquellas ciencias y quehaceres relacionados con la Salud Mental) también se va adaptando a estos cambios. Históricamente la Psiquiatría no ha sido ajena a la preocupación por los aspectos éticos de su quehacer y hasta se podría decir que —en cierto modo— ha sido una avanzada en la consideración de muchos de los aspectos que ahora se descubren como novedosos. Así por ejemplo, en un rápido repaso, podemos nombrar algunos: la constante preocupación por la búsqueda de un trato digno para los enfermos mentales, que tradicionalmente han estado marginados en lo social y lo asistencial; la crítica de las concepciones organomorfas-biologicistas y la introducción de una perspectiva holística del ser humano; la importancia que siempre ha dado a la compleja relación profesional-paciente y su particulares características (transferencia, contratransferencia, ...); el descubrimiento del valor terapéutico de la palabra; la valoración de la capacidad de la persona para regir autónomamente sus propios actos y decisiones; la preocupación por sistemas asistenciales integrados y comunitarios, etc.

Aún así, la práctica profesional en el campo de la salud mental no está libre de conflictos y retos de los que se puede hacer una lectura ética; veamos algunos:



El primer problema sería la poco clara definición de su campo de trabajo, empezando por la propia indefinición de lo que es trastorno o enfermedad mental. El primer paso de toda actividad clínica pasa por el diagnóstico y en este campo la Psiquiatría —aunque existen clasificaciones basadas en criterios de consenso (CIE 10, DSM IV) con definiciones tipológicas de carácter descriptivo, pragmático y provisional— tiene aún mucho camino por recorrer.

Otro importante problema tiene relación con lo que se denominaríamos prácticas terapéuticas más correctas. Hay una multiplicidad de orientaciones conceptuales sobre la enfermedad mental que unida a la multiplicidad de enfoques terapéuticos que derivan de aquellas (tanto en el ámbito de las psicoterapias como en el de las terapias de base biológica o en las de rehabilitación) provoca en definitiva una dificultad en el establecimiento de lo que serían “buenas prácticas clínicas”, base imprescindible de todo planteamiento ético de práctica no—maleficiente. Muchos de los tratamientos en psiquiatría y psicología, aunque hayan mostrado de modo empírico su mayor o menor eficacia, tienen aún sin resolver la demostración científica de sus indicaciones, contraindicaciones y eficacia.

El reconocimiento de la capacidad de las personas para tomar decisiones y disponer libremente de sí mismas conlleva una serie de actitudes en la relación profesional—paciente que rompe con la tradición paternalista de la Medicina. La relación clínica, tradicionalmente vertical, se va horizontalizando al reclamar el paciente su protagonismo en la toma de decisiones sobre su vida y su salud. Pero esta consideración por ser novedosa no está libre de conflictos. Señalaremos los tres más importantes:

- 1) El respeto a la confidencialidad de los datos clínicos.
- 2) La información y el proceso de consentimiento informado.
- 3) La evaluación de la capacidad para decidir libremente.

El respeto a la *confidencialidad* se entronca en la tradición del secreto profesional, pero va más allá pues ahora se enfoca no sólo como un deber del profesional sino como un derecho de la persona a que no sean reveladas las informaciones confiadas en la relación. En el campo de la salud mental la confidencialidad es un tema especialmente importante por el tipo de información que se maneja, digamos que es información “especialmente sensible” y que habla de lo más íntimo de la persona; motivo por el que el cuidado en su manejo ha de ser muy delicado. La irrupción de las nuevas tecnologías —sistemas de registro informatizado, bases de datos, etc.— aporta importantes avances para el proceder clínico y la gestión asistencial, pero sin los suficientes controles pueden derivar en modos inadecuados que no eviten la difusión de información sobre los pacientes y sus dolencias fuera del ámbito estrictamente clínico. Pero hay que recordar que si bien es necesario disponer de sistemas informáticos con la suficiente salvaguarda de seguridad, el uso inadecuado siempre vendrá de las personas que lo manejan, por lo que sólo la conciencia de los profesionales respecto a los deberes de confidencialidad y secreto compartido podrá evitar el mal uso de la información clínica.

Del *consentimiento informado* (CI) se ha escrito mucho y quizá es el aspecto más visible de los cambios que el enfoque bioético ha traído a la relación asistencial. No se ha de confundir el CI con un papel que se da a firmar casi a ciegas a un paciente antes de una intervención clínica; ésta es la visión legalista, defensiva y espuria del CI. El CI genuino o es un proceso o no es nada. Más allá de consideraciones legales, el consentimiento informado, o —mejor dicho— el *proceso de información y consentimiento*, consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido



do a esos procedimientos; para ello la presentación al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente.

También dentro del ámbito del respeto a autonomía de las personas hemos de hablar del complejo campo de la *capacidad / competencia*. Durante siglos se ha considerado a las personas enfermas como incapaces o inmaduros para decidir por sí mismas por el mismo hecho de estar sufriendo una enfermedad, y más aún las personas que sufrían patologías mentales. Obviamente hay patologías que producen una pérdida de la capacidad de juicio crítico y de decisión (unas veces de modo temporal, otras veces de modo más prolongado y otras de modo definitivo) pero siempre se ha de ser cuidadoso en no caer en el error de sobregeneralizar y atribuir un déficit de competencia al mero hecho de sufrir un trastorno psíquico. La valoración de la capacidad o competencia para tomar decisiones sanitarias sigue siendo un terreno falto de una sistemática, aunque en general se acepta que los criterios para medir la capacidad deben jerarquizarse de mayor a menor exigencia en relación con la mayor o menor trascendencia de la decisión a tomar.

Respecto al principio de beneficencia hay que recordar que hacer el bien al paciente es un planteamiento ético irrenunciable para los familiares, los sanitarios y cualquier otra persona que tiene a su cargo a una persona enferma. Sin embargo, hay al menos dos formas de plantearlo: una es hacer el bien según el criterio del médico, del familiar o del amigo (criterio benéfico-paternalista) y otra es hacer el bien siguiendo los planteamientos o valores de quien va a ser beneficiado (criterio benéfico-autonomista). Pero, en ocasiones, cuando hay que tomar decisiones sobre aspectos asistenciales sanitarios, el paciente puede tener ya su competencia bastante limitada, por ello, además de intentar corregir en la medida de lo

posible esa situación, siempre habrá que plantearse quién decide y qué se decide. La filosofía general de un trato benéfico sería, resumidamente: respetemos las peticiones del paciente (cuando las haya, por ejemplo mediante la declaración de voluntades anticipadas), cuando no las sepamos deleguemos en quien mejor le conoce y le quiere y, ante la duda, actuemos en el mayor beneficio del paciente.

Finalmente habría que hablar de los conflictos éticos que surgen en torno a la política asistencial psiquiátrica. Sin duda se trata de seguir en la brecha de la lucha iniciada ya hace décadas por la extensión de los cuidados de salud mental a la comunidad y por la dignificación en el trato del enfermo mental. Pero la paradoja actual es que a medida que han ido creciendo los recursos asistenciales, éstos se ven casi colapsados por la irrupción de casos de patología menor —cuando no de mero “malestar”— a la par que los recursos de rehabilitación para la atención a enfermos más graves sigue siendo escasa o deficiente. Un mínimo criterio de justicia distributiva nos debería obligar a repensar las prioridades a la hora de la creación y dotación de recursos.

## LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL (CEA)

Tal como acabamos de esbozar, los problemas éticos que se plantean en la práctica asistencial psiquiátrica no son escasos. Afrontarlos desde una visión bioética supone, por una parte dejar de lado su mera lectura legalista —que trasluce casi siempre una actitud defensiva— y, por otra, hacerlo con un método y desde unas estructuras que permitan la reflexión sopesada y prudente, el debate y la deliberación racional, huyendo así de soluciones improvisadas, emotivistas o normativistas.

Uno de los modos —aunque no el único— de llevar esto a cabo son los Comités de Ética Asistencial. Un CEA es una instancia de consulta y diálogo que se conforma como un grupo



de personas que asumen la responsabilidad de intentar aclarar y resolver racional y razonablemente los conflictos de valores que se presentan en la práctica clínica; todo ello con el objetivo genérico de mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y promover el desarrollo de los derechos humanos en el ámbito de la atención a la salud. Los CEA han surgido de la necesidad experimentada por los profesionales de compartir decisiones clínicas que comporten la contingencia de la incertidumbre tanto en los resultados de determinadas intervenciones diagnósticas o de tratamiento como en la valoración de los riesgos y beneficios.

Las funciones de los CEA se circunscriben a tres áreas principales:

- 1) Asesoramiento sobre conflictos concretos que se produzcan en las relaciones clínicas (por ejemplo en la ponderación de las decisiones a tomar en un caso clínico) y siempre a solicitud de las personas implicadas en dicha toma de decisiones; esta función asesora nunca será resolutoria, quedando a criterio de la persona o grupo asesorado la puesta en práctica o no de las recomendaciones del CEA.
- 2) Formación en bioética, promoviendo la divulgación, la formación y la reflexión del personal sanitario en cuestiones relacionadas con la ética asistencial.
- 3) Elaboración de documentos de análisis y/o consejo en casos generales. Es decir, sobre aquellas cuestiones de conflictos de valores que se generan recurrentemente en el medio asistencial (por ejemplo, el uso de medidas de contención mecánica).

Generalmente quedan excluidas de sus funciones:

- 1) La intervención jurídica explícita, tanto en el amparo de profesionales como en la participación en denuncias sobre negligencia profesional.
- 2) Los juicios de valor sobre la competencia profesional del personal sanitario.

- 3) La toma de decisiones sobre los problemas sobre los que son consultados, pues su función es solamente asesora.
- 4) El análisis de problemas socioeconómicos, de personal, recursos o justicia social que surjan en su medio.

Su método de trabajo es el que el propio comité asuma y conozca, y los requisitos que se exige a todo comité que se mueva en un ámbito civil o no confesional son:

- 1) que su método responda a criterios de razonabilidad, crítica, autonomía, pluralidad y diálogo.
- 2) Que los temas sean tratados desde la multidisciplinariedad y la representatividad de todas las personas afectadas por la toma de decisiones (de ahí la importancia de establecer correcta y equilibradamente su composición). La composición de los CEA, de hecho, ha de ser interdisciplinar, buscando la participación equilibrada de las diversas profesiones sanitarias y una cualificada representación de la sociedad.

Los CEA son multiprofesionales y tienen exclusivamente carácter asesor. La única autoridad de un comité será la "autoridad moral" que le otorgue el reconocimiento de un trabajo bien hecho. En definitiva, no se trata de suplantar las decisiones de los profesionales en su labor cotidiana sino de intentar ayudar en ese, en ocasiones, demasiado complejo proceso de toma de decisiones.

Podemos concluir comentando que el fin de la acción de un CEA es el de mejorar el proceso asistencial mediante recomendaciones a las que sólo se puede llegar tras un riguroso análisis ético de las situaciones. Los elementos clave de este análisis son: el partir de una posición de buena voluntad, el poseer una formación bioética suficiente, el aplicar una metodología de análisis adecuada y el ceñirse a reglas de discusión y deliberación razonadas, para finalmente descubrir la esencia común contenida en el consenso, que



suele definir el marco ético aceptable para todos los implicados.

El ejemplo más cercano que podemos aportar en el campo de la asistencia psiquiátrica es

el del CEA de los Servicios de Salud Mental de Álava que viene desarrollando su labor desde 1998.



Vitoria–Gasteiz, Mayo 2007

---

### **Bibliografía básica de referencia:**

- Baca E, Lázaro, J. (eds) *Hechos y valores en psiquiatría*. Triacastela. Madrid, 2003.
- Bloch S, Chodoff P, Green SA. *La ética en psiquiatría*. Triacastela. Madrid, 2001.
- Couceiro A. *Bioética para clínicos*. Triacastela. Madrid, 1999
- Feito L. *Ética profesional de la enfermería*. PPC. Madrid, 2000.
- Fulford KWM, Thornton T, Graham G. *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford University Press. Oxford, 2006.
- Gracia D. *Fundamentos de bioética*. Eudema. Madrid, 1989.
- Gracia D. *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Triacastela. Madrid, 2004.
- Gracia D, Júdez J. (eds) *Ética en la práctica clínica*. Triacastela. Madrid, 2004.
- Marijuan M, Lejona B, López de Heredia J, et al. *Guía práctica para la elaboración de documentos de información y consentimiento / Informazio eta baimen agiriak egiteko gida praktikoa*. Bilbao: Osakidetza–Servicio Vasco de Salud, 1998.
- Santander F. (coord) *Ética y praxis psiquiátrica*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 2000.



# Adolescencia e hipermodernidad

**Manuel Fernández Blanco**

## ¿Por qué hay que educar?

Iniciaré estas reflexiones, sobre la adolescencia en la época hipermoderna, planteando una pregunta muy básica: ¿por qué hay que educar? La respuesta a esta pregunta es que lo primario, en el ser humano, es la satisfacción no mediada por la cultura. Lo primario es el goce, no la civilización. Es muy simple, para el cachorro humano muchas de las cosas juzgadas por los adultos, y la cultura, malas (como chillar, manchar o pegar) son placenteras, ¿en base a qué renunciaría a ellas? Podemos pensar que puede hacerlo por la coerción del adulto, que no le permite esas conductas, y esto es verdad. De algún modo, toda educación pasa por su dosis de coerción. Pero la coerción física, material, sólo es eficaz en presencia del adulto. El padre, o la madre, se dan la vuelta y el niño sigue con la suya. Es decir, en un primer momento, el niño sólo renuncia al goce “inadecuado” en presencia del agente prohibidor. Sólo en un segundo momento, tal como lo desarrolló Freud, el niño interiorizará la prohibición, interiorizará los valores e ideales propuestos, y entonces se hará vigilar por sí mismo, por su conciencia moral. El operador lógico que le permite acceder a este segundo momento es el temor a la pérdida del amor de los padres, es el “si haces eso no te vamos a querer”, formulado así o de otra manera (cuanto menos explícita, más eficaz). Es, por el temor a la pérdida del amor, que el niño consiente a renunciar a sus goces primarios, no civilizados. También hay que decir que el

consentimiento a la educación, es decir a la renuncia al goce, nunca es pleno, nunca total. No todo puede ser educado, lo que pone un límite a las utopías educativas de que una educación diferente haría posible un hombre totalmente nuevo (no agresivo, por ejemplo).

Entonces partimos de que se educa siempre desde cierta coerción para que el niño introyecte valores e ideales. Toda educación se basa en la propuesta de ideales, aunque sólo fuera el de que es mejor adquirir conocimientos que no hacerlo.

## La crisis de la función del Ideal

Pero, centrándonos ya en el objeto de estas reflexiones, tenemos que preguntarnos por el contexto en el que tenemos que educar hoy. La respuesta, en un sentido amplio, es que tenemos que educar en la época de la crisis de la función del Ideal, y, es preciso matizarlo, de la función misma del Ideal. ¿Qué significa esto? Significa que en la época actual se está realizando la profecía de Nietzsche, inaugurador de la modernidad, quien, a través de su proclama: “Dios ha muerto”, anunciaba la caída de los valores supremos. Esto significa que los valores, los ideales caídos, no son sustituidos por otros. Desaparece el lugar mismo de los valores, y de los ideales, con su carácter obligante para el sujeto. La consecuencia de esta desaparición de las referencias es la



sentencia de Nietzsche: “No hay hechos sólo interpretaciones”.

Ya en nuestra época, Lyotard habla del fin de los grandes relatos, basados en el Ideal, y de los cuales el marxismo pudo ser el último exponente. Ya no hay más grandes verdades, ni grandes valores, ni grandes hombres, como el psicoanalista Jacques Lacan profetizó, vinculándolo a efectos de segregación.

Vemos como con la crisis de los grandes sistemas de pensamiento, de los grandes sistemas de ideales, de los grandes Nombres del Padre, adviene una crisis ética. Esto lleva a pensadores, como Vattimo, a proponer un “pensamiento débil” como correlato lógico del fin de la metafísica. De esta manera, todo sentido pasa a ser cuestión local. Si todo son interpretaciones, no se puede afirmar que un sentido sea mejor que otro y, por lo tanto, que un goce sea mejor que otro. Si todo sentido es válido, todo goce es válido, ya que el sentido es lo que funciona como límite al goce. Ya no hay, por lo tanto, éticas prevalentes. La verdad, para el sujeto actual, no existe. En esta época, caracterizada por el relativismo, lo que ha venido al lugar de la verdad es el funcionamiento. Estamos en la época del click: “eso va o no va”. Por eso, el único valor de verdad que no se cuestiona es el mercado. Más allá de la sanción del mercado, las cosas ya no se hacen (hablando en nuestro contexto cultural) en nombre de la verdad, de un Ideal, sino en nombre de que no lo hay. El Ideal ya no cumple una función reguladora y esto tiene consecuencias decisivas para una práctica, la educativa, basada en la transmisión de valores.

## La ética cínica

Antes mencionábamos que ya no hay éticas prevalentes. Pero, si hubiera una, sería la ética cínica. Se trata de un cinismo auténtico. Cinismo aquí entendido como posición ética, más allá de toda connotación moral.

El cinismo fue una escuela filosófica fundada por Antístenes y cuyo discípulo más destacado fue Diógenes de Sínope. Los cínicos despreciaban los valores sociales y defendían una vida solitaria. Despreciaban la ley y el sentido. Afirmaban que no se puede decir nada válido sobre nada. Antístenes proclamaba la imposibilidad del pensamiento racional, negaba el hablar mismo. Era inútil aprender a leer o a escribir. Lo mejor, la vida en soledad.

Si el cinismo es la ética prevalente, hay que reconsiderar la respuesta institucional al sujeto actual que, como ha señalado el psicoanalista francés Eric Laurent, sólo cree en la particularidad de su satisfacción, en su personalidad. Son sujetos mucho más refractarios a la influencia y que sólo aceptan adorar el tótem de sí mismos. Este es el hombre moderno, producto del matrimonio de la ciencia y el mercado, de la globalización, que trae consigo el individualismo más feroz. Es lo que avanza Francis Fukuyama, teórico de “*El fin de la historia*”, cuando anuncia que las ciencias van a realizar el fin de la humanidad.

La educación está en crisis porque ofrece al sujeto una respuesta universal, en el tiempo en el que sólo cree en sí mismo. Lo que denominamos declive de la función paterna, tiene que ver con esto. Estos nuevos tiempos han puesto al desnudo una verdad: el padre es un semblante cuya función puede ser suplida por cualquier artificio que permita articular sentido y goce. Hemos pasado del monoteísmo del padre al politeísmo de su función. Cuando el padre aparecía bajo un semblante de consistencia, los goces se ordenaban respecto al punto que el padre representaba como centro del sistema. Actualmente no hay centro, cada propuesta es una unidad en sí misma desconectada de las demás.

Estamos en la época de la crisis de los referentes simbólicos, del lugar del padre, de los nombres del padre. Asistimos, así, a un efecto de retorno del goce no mediado por la función



del Ideal. El referente es cada vez más, una vez eclipsada la función del Ideal, el goce propio. Pero es un goce que ya no divide ni culpabiliza al sujeto y que se presenta bajo la forma del derecho al goce y del presentismo del goce, no admitiendo demora. Por eso, el estilo de la época es maniaco. Por eso, uno de los trastornos psíquicos de mayor incidencia en la población infanto–juvenil es el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

A la vez, las nuevas formas de presentación del goce son más autísticas, sobre todo en los varones. Sabemos que el varón tiende más a cerrarse al Otro y a satisfacerse autoeróticamente con sus objetos de goce. La mujer siempre está más abierta a la dimensión del deseo, que pasa por el Otro. Pero, en general, en la sociedad de la comunicación, el sujeto vive, cada vez más, aislado y solo. Se satisface, con sus objetos, en soledad. Es la época de los goces sin el Otro en una sociedad algófoba. Así cualquier contratiempo, o el sacrificio y el sufrimiento cotidianos, son muy mal tolerados.

Cuanto más el sujeto corta el lazo con el Otro de lo simbólico, y el lazo social, más depende del consumo. El sujeto moderno, liberado de la norma, cae esclavo de la pulsión, del goce ilimitado. La ley simbólica, contra lo que algunos piensan, es lo que permite que se ponga un tope, un límite, a la tiranía de la ley del goce, que aboca al sujeto al mayor de los servilismos, a la esclavitud de un goce opaco.

Sin embargo, la época actual no se caracteriza por la regulación del goce por el Ideal. Más bien, ahora, es el Ideal el que se adecua al goce. Algo así como: “A cada goce su Ideal”. Lo que define al sujeto es su modo de goce, lo que lo agrupa también. Ya no se pregunta: ¿en qué crees?, se pregunta: ¿de qué gozas? El cogito cartesiano: “Pienso luego soy”, ha dejado su lugar a otro que podríamos enunciar como: “Gozo luego soy”. El goce, para muchos, se plantea como un derecho liberado de la culpa. Si el goce es un derecho, la trasgresión ya no es

necesaria. Así, lo que viene al lugar de la culpa es la búsqueda del límite.

## La desaparición de la infancia

Esta situación produce una desorientación general y de los padres en particular. Los padres ya no saben cómo educar y recurren a los técnicos o a las Escuelas de Padres que, aunque cumplan una función, no dejan de resultar sorprendentes en su propia formulación: “Los padres a la escuela”.

Mientras tanto, surge la pregunta por la posibilidad de la “desaparición de la infancia” como época evolutiva. Ya no se sostienen más las ideas, por muy inexactas que fueran, sobre la pretendida “inocencia infantil”. Los niños y los jóvenes actuales tienen un acceso ilimitado, casi en igualdad de condiciones que el adulto, a prácticamente todos los circuitos de ocio e información, como los que representan la televisión o Internet.

Dejando la nostalgia a un lado, ya que no hay más tiempo que el que nos ha tocado vivir, tenemos que admitir, tal como ha desarrollado la pedagoga social Violeta Núñez, que estamos ante una nueva categoría de infancia: la infancia hipermoderna. Los hijos, como bien escaso, son más valorados y considerados en la familia y la relación padres–hijos se organiza en función de lo que se define como “las necesidades de los niños”. Sin embargo, los padres de hoy tienen problemas para sostener la función de autoridad. Las referencias familiares y el lugar de la autoridad son, cada vez, más lábiles. Una de las consecuencias del resquebrajamiento de la autoridad es la infantilización del adulto, el borramiento de las diferencias entre el niño y el adulto. Pensemos en el modo de vestir, en las comidas, en los horarios, en los espectáculos, y percibiremos la confluencia del adulto con el niño. Por eso, la adolescencia es el estado común, para muchos sujetos de cualquier edad, en nuestra civilización.



La infantilización del adulto trae aparejada la adultización del niño. En este contexto nos encontramos, paradójicamente, con la eclosión de la violencia infantil y juvenil. Porque, si renunciamos al ejercicio de la autoridad, dimitimos de nuestra responsabilidad educativa. Un adulto sólo funciona como tal para un niño si recibe sus demandas desde un lugar de autoridad.

## Los derechos del niño

Frente a la omnipresencia del mundo infantil y juvenil, los adultos en general, y los padres en particular, están menos presentes. Se puede decir que, cuanto más se intenta saber lo que es un niño, menos se sabe lo que es un padre. Esto supone que el reverso del interés creciente por el niño y sus derechos es una verdadera “desprotección” de la infancia y de la juventud. En el momento en el que eclosionan los derechos del niño, éste queda desdibujado como tal.

Como ha desarrollado Eric Laurent, el niño, actualmente, se presenta como caído de la institución familiar y se le da un nuevo lugar a partir del planteamiento universal de los derechos del niño. En la Convención Internacional de los Derechos del Niño, reconocida en 1989 por los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas, se intenta defender al niño sosteniendo su individualidad, afirmando el derecho a una personalidad diferente a la de sus padres, no siendo su doble, no debiendo cargar con sus mismos fantasmas, ni con sus proyectos no realizados, ni con sus ambiciones personales. Definir las cosas en estos términos ideales es ignorar lo real, e ignorar lo real produce desastres. Somos responsables de las consecuencias de nuestros actos, más allá de las intenciones pretendidamente ideales. Esto es algo a pensar cuando hablamos de la Reforma Educativa, o de otras reformas referidas al campo del menor.

Pero, volviendo al tema de los derechos universales del niño, vemos que definir las cosas

en esos términos supone la idea de un niño universal, libre de influencia. Pero, por el contrario, los que trabajamos con niños, especialmente los psicoanalistas de niños, vemos que los niños cargan con los fantasmas de los padres, con sus proyectos no realizados, con sus ambiciones personales. No existe un solo niño normal que no pase por esto. De este modo podríamos decir, siguiendo a Eric Laurent, que el único niño conforme a los derechos universales del niño sería el niño autista. El único que, por desgracia, está solo, cortado de todo discurso, no determinado por nada. El único que es, auténticamente, él mismo.

Los padres que, por miedo a condicionar a sus hijos, dimiten de su deber de autoridad e influencia, aquellos que no desean algo para cada uno de sus hijos, algo particular, los dejan sin la posibilidad de una orientación clara en la vida.

Los derechos del niño, en ocasiones, pueden llevar a su desprotección. La infancia la dibujamos como un sector con reivindicaciones propias pero, las reivindicaciones de los niños, encuentran a unos adultos desorientados ya que la crisis ética anula los referentes. Para tener un ejemplo de esto basta encender el televisor, en el que proliferan programas que dan la sensación de que todo es posible. Son parloteos que enseñan la manera de hablar de nuestra época, en la que cualquiera se autoriza a pontificar sobre cualquier cosa. Es el consumo del goce del bla-bla-bla en el que, por su falta de consecuencias, el lenguaje no compromete a nada. Esta situación del todo vale, de la simpleza de juicio, de que no hay un sentido mejor que otro, interfiere en todas las profesiones (educar, psicoanalizar...) que operan por medio del peso de la palabra.

Frente a esto, se trata de promover nuevas estrategias y modalidades de relación con los niños basadas en la responsabilidad. Esta responsabilidad no puede negar los cambios operados en lo social: si a un niño se le prohíbe



usar el ordenador, e Internet, se le está condenando a una posición marginal.

## Nuevas formas de organización de los adolescentes

Los significantes del goce presentes en el mercado, los significantes de la moda, son significantes que en sí no constituyen un sistema, pero sí pueden permitir la articulación intra-grupal. Lo diremos de otro modo, un grupo de adolescentes es algo que adquiere consistencia al dársele a una serie de significantes que en sí no la tienen. El momento actual se caracteriza, entre otras cosas, por poner en el mercado una serie de significantes. La serie no hace sistema, a no ser que haya un sujeto, el grupo, en este caso, que se identifique a ellos, y encarne ese sistema, o sea, los estructure y se estructure con ellos. Los grupos, pues, son “el cuerpo” que da estructura a la serie —y al decir estructura decimos sentido—, y es por el mismo sentido, por la misma semántica que los grupos se estructuran y reconocen. La serie de los significantes, desconexos entre sí, encuentran su articulación en los grupos —no tenemos que repetir la pobreza de este mundo simbólico, sólo igualable a la fuerza con el que se pegotean a él.

¿De dónde viene esto? De la pluralización del Nombre—del—Padre, antes mencionada, o sea, de la pluralización de todo aquello que puede hacer la función de broche, y que era la función históricamente otorgada al padre. Lo que la pluralización del Nombre—del—Padre demuestra es que no es necesaria la figura del padre para unir significante y significado. Dicho al revés se entiende mejor: todo aquello que realice la función de broche es equivalente a la función paterna.

El politeísmo paterno, la pluralización de los grupos, supone que la sociedad se cuarteada en grupos que no tienen un referente común, grupos—estado, diríamos, como se dice ciudades—estado para las polis griegas, y lo que

importa señalar es que el grupo puede hacer esa función.

Siempre se ha tendido a ver estos grupos desde lo negativo, pero queremos pasar a señalar las características positivas que tienen.

La primera es la prevalencia de lo imaginario, prevalencia que se manifiesta en una indumentaria común, resumible en un adagio que sería: “Así vistes, así eres”. Lo anterior supone que las identificaciones imaginarias, sustituyen cada vez más a la debilidad de las identificaciones simbólicas. Y ocurre que cuanto más sufren los sujetos de una pobreza simbólica, por el imperialismo de un único discurso, el empuje a lo distinto busca refugio en lo imaginario. Este es uno de los efectos de la globalización: la sustitución de lo universal por lo global, por un universal imaginario, que se hace equivalente a la cultura del centro comercial. El mercado provee de toda una iconografía para las tribus, que con un mínimo de simbólico —frecuentemente reducido a su nominación como grupo o tribu como rasgo simbólico identificatorio— logran generar una industria, por ejemplo la de los surfers. Aquí el número da la fuerza, y la verdad se sustituye por una seguridad imaginaria.

La segunda característica es más simbólica, y viene dada por el uso de un léxico y una semántica común. Se trata del argot de estos grupos, con significantes repetidos y significaciones coaguladas, poco dadas a la metonimia. La fijeza de las significaciones contribuye igualmente a su seguridad y reafirmamiento.

Y la tercera tiene que ver con algo más real: se trata de un código de goce, si podemos decir. Un código porque diferencia entre lo permitido y lo que no a los miembros de esas tribus, acotando de esta manera una forma particular de goce.

La suma de los tres, arroja el saldo de que estas tribus se dan un estilo de vida, y permiten obtener una barrera entre el sujeto y el Otro,



un espacio que permite incluir a sus miembros y excluir a los demás, logrando con ello una manera de tratar el tema de la identidad, ya que todos estos grupos comienzan por lo fundamental, el acto de nombrarse, el acto de nominarse mediante un significativo amo que les funciona como remedo de una identidad tan ansiada como desconocida: punk, skin, etc.

A este logro se añade otro, y es que las tribus, los grupos, logran una organización frente a la masa desorganizada. Esa organización supone una orientación en la vida, una orientación en lo social —claro está que esa orientación puede ser más afortunada o menos.

En resumen, lo que de positivo tiene la grupalidad es que permite un cierto reconocimiento inter-pares, una cierta orientación en la vida, pero también una cierta humanización del deseo al conllevar un límite, al propiciar una ley interna que contiene algo a los sujetos que se incluyen en esos grupos, salvándolos de un extravío mayor por recusar los significantes amos que son comunes al resto.

Al igual que Lacan habló de las dos operaciones necesarias para la constitución del sujeto (alienación-separación), se puede hablar de esas dos operaciones en la constitución de los grupos. La diferencia está en la inversión de su secuencia, ya que estos grupos comienzan por una separación del Otro para luego pedir una alienación a sus significantes.

## Las familias hipermodernas

Los profesionales cometeríamos un error si seguimos dirigiéndonos a un adolescente que ya no existe. Cuando hablamos de hipermodernidad, y de familias hipermodernas, nos referimos a que la historia de la familia tradicional ya está terminada. Las relaciones clásicas de parentesco están en declive y esto supone un declive de la función misma de la filiación.

La ruptura con la tradición, las exigencias del trabajo y la preservación del nivel de vida, provoca una caída del número de nacimientos. Junto con esto, los hijos de padres divorciados, antes eran una minoría y, actualmente, ya no lo son. Esto lleva a montajes muy complejos: por ejemplo, es el caso de personas que, tras una unión de años con alguien que tenía un hijo, de una anterior unión, al separarse, solicitan régimen de visitas para mantener la relación con ese niño que no es su hijo.

El matrimonio entre personas del mismo sexo, que incluye el derecho a la adopción, es ya una realidad en algunos países como es el caso de España. Por otra parte, las nuevas técnicas de reproducción, hacen posible modelos de familia antes inconcebibles. Sabemos que una mujer ya no necesita de un hombre para formar una familia. Además, técnicas como la clonación se realizarán con seres humanos. La lógica de la ciencia lleva a que, lo que se puede hacer, se acaba haciendo. El recurso a la ciencia para construir una familia, hoy minoritario, no lo será tanto dentro de una generación.

Por otra parte, la vida se alarga. Lo que hace que la relación padre-hijo se alargue, también, en el tiempo. Esto hace difícil, a veces, encontrar a un adulto de verdad. Esta perspectiva de la adolescencia alargada es llamativa no sólo en relación a la imagen (los adultos imitando la vestimenta juvenil o, sencillamente, siguiendo esa moda), sino también respecto de la subjetivación. Son muchos los sujetos que se colocan en la posición de hijos eternos al no responsabilizarse de sus vidas. Todo esto entra en lo que es la definición y remodelación, actual, de la función paterna.

La figura del padre se ha banalizado. Existen diversas figuras del padre banalizado, pero tal vez la más habitual es la del padre-colega, ese padre-amigo que ha dimitido de su función, la de sostener una palabra que humanice una vida aunque eso suponga arrostrar en determinados momentos el enfado de los hijos. ¿Cómo



pueden servirse de un padre tan banalizado los jóvenes de nuestros días? Y nos preguntamos: ¿qué hay detrás de esos padres tan permisivos? ¿Acaso un permitirse ellos algo a lo que deberían haber renunciado? Nos preguntamos y respondemos porque comienzan a llegar a las consultas jóvenes que veladamente critican a su padres, al aludir a una necesidad de algo que no les hubiera dejado tan desorientados en su deseo. Quizás no sepamos toda la respuesta pero lo que podemos decir taxativamente es que el amor no está reñido con la Ley sino todo lo contrario: el amor necesita de la Ley y agradece el límite que esta supone.

Que el padre sea el soporte la Ley conlleva que él también se somete a la ley, acotando su goce. Mejor la ley que humaniza el goce y el deseo, que un goce pulsional sin límites —que es lo que observamos actualmente, donde el eclipse de la ley se acompaña de un estrago sobre los cuerpos, por volver a los sujetos esclavos de la pulsión. Y es que nuestros jóvenes, como nosotros, o consumen goce o consumen palabras y sentido.

Cuando se banaliza la palabra no quedan más que unos goces desatados, confrontados. Y es lo que se observa: la familia es cada vez más un enfrentamiento de goces irreconciliables, sin una palabra que venga a mediar, y es por ello que las autoridades han de intervenir cada vez más para extraer a los hijos de los infiernos familiares. No se trata sólo del mayor número de divorcios, sino del mayor número de casos donde el Otro asistencial sustituye al Otro familiar.

La inconsistencia de estos padres “amigos de sus hijos”, fuerza a los hijos a “crecer sin padres”, por ausencia real o por dimisión de su deber, refugiándose en ese impresentable actual llamado el padre-colega. Añádase a esto otra confusión frecuente: la de aquellos que creen que un buen padre es lo mismo que un padre bueno.

Esto está en línea con algunos modernos docentes que renuncian al semblante de auto-

ridad porque creen que el coleguismo docente es una mejor forma de “estar cerca” del alumno. Error: suministrar un significante que limite el goce, es siempre más benéfico que un falso sueño fraterno-liberal. De angelismo docente se puede nombrar esta posición, porque desconoce el goce de los sujetos —¡ay, Rousseau, Rousseau!—, y lo necesario de su limitación. Lo que con frecuencia provocan estos docentes es la vuelta de un exceso pulsional desbordando todo límite. La ausencia de toda ley, ley simbólica se entiende, retorna con los efectos desastrosos de violencia escolar.

Pero ocurre que este declive, esta canalización, tiene otra consecuencia: si esa función, la palabra y la Ley, están en declive, es el objeto el que la sustituye. Decimos, pues, claramente que, cada vez más, al padre como función le sustituye el objeto como instrumento de goce. Donde el padre dimite, el objeto es convocado; donde la palabra se eclipsa, viene la edad de oro de la pulsión.

En resumen: es la Play-Station tomando el relevo del padre. Es a eso a lo que hoy asistimos: a la dimisión del padre y al ascenso de la pulsión. Pero es más, esta metáfora, la sustitución de la palabra por el objeto, es la refinada forma que adquiere hoy en día el control social, pues no hay alienación, o sea, cárcel, más productiva que la de un sujeto con su objeto de consumo. Y decimos productiva, no sólo porque el amo actual encarcela a las masas sin tener que gastar dinero en grilletos ni barrotes, sino porque, del atontamiento de las masas, este amo hace su negocio. El gran negocio hoy en día es el ocio tonto, el consumismo idiota.

## El goce y el saber

Y hay una derivación de esto: el consumismo actual es consumismo de goce, y ahí donde se consume goce, el saber está de sobra. El fracaso escolar es un fracaso venido de que el saber ya no es agalmático, sino vivido en una gama de colores que van desde la indiferencia



al odio. El fracaso escolar no vendría de un déficit intelectual sino de una demasía de goce. La tontuna del poder es echar más leña al fuego: cargar las tintas sobre los déficits e incrementar los recursos protésicos-pedagógicos.

Que el poder lo sepa: el goce cierra el paso al saber, y si a esto se le añade el rebajar el listón de los programas, conseguimos sumar a una imposibilidad —la de que el goce permita el paso al saber—, un error, el de la banalización de los programas de estudio.

Que el goce impide el saber es algo que sólo el psicoanálisis puede formular claro y alto, y lo afirma porque el saber es un abrirse al Otro, un interesarse por, mientras el goce es un encerrarse con. Y la cuestión es: ¿cómo hacerle entender a las autoridades educativas que el llamado fracaso escolar es un síntoma, un síntoma, o sea, una verdad, una verdad que no es otra que esta: hoy impera la anorexia respecto al saber? ¿Cómo hacerles ver que están en la misma posición que el Otro de la anorexia: dan desde donde tienen, y eso después de hacer de los sujetos unos discapacitados intelectuales? ¿Cómo hacerles ver que la mentada Play-Station atrae más que todas las argucias pedagógicas, pues el sujeto con el objeto ready-made está completo? Pero, ¿no lo saben? De alguna manera sí, pues el reto de las autoridades académicas es el de cómo movilizar el deseo en sujetos que están atrapados por goces cada vez más autosuficientes, a la vez que demandan obtener todo gratis: se trate de la música bajada de Internet o de la promoción automática de curso.

Nuestros sujetos actuales, con todo lo exagerado que pueda parecer, habitan la complejidad propia de aquél que tiene el goce a su alcance, una complejidad que la palabra podrá tajar, horadar, si en lugar de banalizarse, aloja la verdad en su seno. Eso intentamos los analistas, hacer oír una palabra que no exilie esa verdad, por incómoda que sea, de modo acorde a la “alta tradición sobre la que asienta su posición”, como dice Lacan. Y el analista puede

intervenir ahí mediante la interpretación analítica, pues ésta no es otra cosa sino la presencia de la verdad en la palabra.

Por ello, en un momento donde el Otro, por incompleto e inconsistente, se vuelve inexistente, es un deber transmitir algo en el ámbito familiar que le permita a un sujeto no ir a lo peor.

## El individualismo hipermoderno

El niño, el adolescente, el joven, han caído de su inscripción en los discursos universales que, hasta ahora, intentaban cobijarlo. Pero, entonces, ¿desde donde sostenerlo?, ¿desde donde darle un lugar? Sólo parece posible desde la particularidad, desde el contrato privado, desde la suma de las particularidades.

Pero, ¿puede construirse una institución desde esta perspectiva? ¿Qué institución promover en la época del individualismo moderno? Individualismo que hace problemático todo tipo de lazo social (incluido el matrimonio) y que fragmenta la institución educativa, que es una institución sostenida en los universales.

Los jóvenes se preguntan para qué sirve estudiar y se lo preguntan mucho más los que fracasan. Se preguntan para qué sirve estudiar historia antigua, por ejemplo, cosa tan poco práctica, a juicio del Ministerio también, que recorta cada vez más las asignaturas de humanidades.

Este problema ya fue diagnosticado por Hannah Arendt en “*La crisis de la educación*”, donde subraya la importancia de que la escuela fuera conservadora respecto del movimiento general de la sociedad. Se refiere, por conservadora, a que conservara el discurso de la educación, que fuera su depositaria.

## La violencia en la escuela

Los efectos producidos están más allá de la violencia que, efectivamente, aumenta en la



escuela. La violencia siempre existió en los centros escolares, aunque ahora sea más frecuente e intensa. Lo nuevo no es la violencia, lo nuevo es el tipo de violencia. La violencia actual se caracteriza por ser una violencia anti-institucional que recae y se ejerce sobre los lugares de enunciación del discurso educativo mismo y de quienes lo encarnan: los docentes. Se trata de una violencia que se dirige al fundamento de la relación educativa misma. Así, algunos chicos pueden intentar divertirse acudiendo a clases de asignaturas a las que no están matriculados, para mofarse del profesor, o bien rechazar pasivamente o activamente cualquier indicación pedagógica o medida disciplinaria. Esto constituye el testimonio vivo de la crisis de los ideales y de las propuestas universales. Anteriormente la violencia contra un ideal, y quienes lo encarnaban, se hacía en nombre de otro ideal. Se buscaba sustituir un universal por otro. El rechazo actual, a la disciplina educativa, no es ideológico. No parte de la contestación al modelo educativo, ni propone alternativa. Es la actitud propia de quienes simplemente, al modo del *Bartleby* de Melville, prefieren no hacer lo que se les pide. Esto también es violencia, porque el opositorismo, incluido el opositorismo pasivo, es una respuesta agresiva. Por eso la violencia, presente en los centros de enseñanza, no se reduce a los episodios de agresión física o acoso moral.

Cuando se trata de esta última forma de violencia, aunque también puede alcanzar a los profesores, se dirige fundamentalmente hacia aquellos alumnos que, por sus características personales, se convierten más fácilmente en objeto del sadismo planificado y continuo, de un individuo o de un grupo, hasta convertir la estancia diaria en el centro educativo en algo insoportable. Esta práctica, que se ha dado en denominar *bullying*, es una realidad frecuente y en aumento, como tenemos ocasión de comprobar en los dispositivos de Salud Mental, aunque en ocasiones sea silenciada por los propios acosados debido al sentimiento de infravaloración y auto-desprecio que les genera.

Si bien es cierto que cada acto violento exige del análisis singular del caso, resulta imprescindible distinguir entre el sujeto violento y el alumno violento. El alumno violento lo es sólo porque le obligan a estar donde no quiere estar, lo que aboca al conflicto permanente. El sujeto violento, por el contrario, lo es dentro o fuera del aula. En ambos casos, el abordaje es muy distinto. Con el alumno que, mediante la indisciplina, expresa su rechazo a estar escolarizado es posible una cierta dialéctica. Estos objetores del saber pueden variar su posición si son orientados hacia otro tipo de aprendizajes que consueñan más con sus deseos, y siempre que no nos empeñemos en un tipo de escolarización obligatoria que rechazan abiertamente.

No es tan fácil cuando se trata del sujeto, no del alumno, violento. En estos casos, sus actos son más sórdidos, más calculados, más escogidos, más pensados, porque no son la simple expresión del rechazo académico: apuntan a algo que no admite el pacto, la argumentación ni el razonamiento. Se trata de una violencia más primaria, más difícilmente dialectizable. Aún así, siempre es imprescindible delimitar la posible psicopatología que puede estar subyacente a las conductas violentas, para no reducir todo a problemas de conducta.

## ¿Por qué aprender?

Nuestro llamado occidente cultural está debilitado de referentes. Desde la afirmación en el goce, caídos los ideales, ya no hay respuesta a la pregunta de ¿por qué aprender? O, ¿por qué no aprender sólo matemáticas y, al menos, encontrar un empleo técnico? Y, si no se puede aprender, ¿qué otra cosa se puede hacer en la vida?

Aprender, para integrarse en la sociedad y ser un hombre de provecho, ya no sirve cuando la comunidad está fragmentada. Esta fragmentación alcanza a la comunidad escolar. Si, en la primaria, la comunidad de niños es, más o



menos, respetada, la diferenciación es menos visible y la violencia mínima, a partir del pasaje a secundaria la caída de la autoridad de los profesores es mayor. Es el momento en que aparecen, de forma visible, la diferenciación y el fracaso escolar. La enseñanza se encuentra con un número creciente de objetores del saber, en un ambiente de casi conflicto permanente, con episodios de violencia. Los psicoanalistas estamos advertidos de que, a la oferta del bien, se puede responder con el mayor de los rechazos, rechazo que paga el profesorado entre otros. No todos los sujetos quieren estudiar y, si el derecho a la educación es un bien, el adolescente occidental lo ha tomado como un “trágala” a las autoridades. Autoridades que, además, no han tenido en cuenta que los dos años añadidos “por arriba” a la enseñanza obligatoria son, precisamente, los de la emergencia del goce pulsional.

Frente a este real, no previsto por el ideal de la reforma educativa, se aplica una política de clases de nivel, cuando no el colegio en su conjunto se intenta constituir en una clase de nivel. El efecto de segregación es inevitable: los que dan el nivel y los que no. Efecto de segregación favorecido, como acabamos de comentar, por el aumento de los niveles de enseñanza obligatoria. El legislador debería tomar en cuenta que la educación es una oferta que requiere del consentimiento del sujeto.

La segregación es el gran problema actual, producto de la homogeneización de la demanda y de la oferta educativa. Esto confronta al docente a los efectos de retorno de ese “lo mismo para todos”, en forma de síntomas individuales, segregación y violencia. Pero, ahora, ya no funciona un discurso del que pueda echar mano y que toque algo en el joven aunque, formalmente, lo rechace.

Podemos hacer exposiciones dolidas por no haber nacido en el lugar y tiempo adecuados, y no poder ejercer la profesión en una época en que las familias eran familias y la mayoría de los hombres tenían nobles ideales. Esta sería una queja impotente y estéril. Recordemos las palabras de Jacques Lacan, cuando decía: “Mejor que renuncie quien no puede unir a su horizonte la subjetividad de su época”.

Y, nuestra época, está caracterizada por un momento agudo de incertidumbre. En esos momentos, la interrogación se convierte en el método esencial. No obstante, la disposición para asumir la ausencia de certezas tiene un límite. Más allá de cierto punto, el desencanto deja de ser una benéfica pérdida de ilusiones irrealizables, que conducen, sólo, a la frustración, y se transforma en una peligrosa pérdida de sentido. Esto lleva al desánimo. En definitiva, que hacerse preguntas está muy bien y responderlas aún está mejor. De lo contrario, se instala la desmotivación o el deseo de jubilarse.

Se trata de reinventar el vínculo educativo, en la época donde los cimientos clásicos de la práctica educativa han sido tocados. Si los criterios universales ya no son totalmente absolutos y operativos. Y, sobre todo, son cambiantes. ¿Qué es lo constante? Lo constante es el síntoma de cada niño, su particularidad. Se trata de hacer una orientación por el síntoma.

En la época de crisis del Ideal, de la crisis de los valores universales, sólo queda como referencia, para orientarse, lo más particular de cada uno. Eso es el síntoma que, más allá de su posible dimensión clínica, es el modo fundamental de estar en la vida. Es lo que insiste en cada uno y lo hace único. Es la posibilidad de hacer una política del síntoma, del ciudadano-síntoma.



## BIBLIOGRAFÍA

- Arendt, H., “La crisis de la educación”, en *Entre el pasado y el futuro*. Península, Barcelona, 1996.
- Bruckner, P., *La tentación de la inocencia*. Anagrama, Barcelona, 1996.
- Laurent, E., “Efectos de clon”, *El niño* 8, 2000, pp. 64-76.
- Lipovetsky, G., *El crepúsculo del deber. La ética indolora de los nuevos tiempos democráticos*. Anagrama, Barcelona, 1994.
- Nuñez, V., “La infancia posmoderna”, *El niño* 6, 1999, pp. 29-35.



## La psiquiatrización del mal\*

Guillermo Rendueles

A diferencia del dolor que nos causa el rayo cuando nos parte, el daño causado por el prójimo, al convertirnos en víctimas, nos enfrenta al dilema moral de cómo tratar con el mal. Negar la diferencia y hacernos creer que debemos vivir ambos daños como idénticos constituye la falacia determinista. La agresión en posmodernidad es una especie de acción sin sujeto: el hombre agresivo es producto de su pobreza, educación o, en todo caso, de su locura, pero jamás de una acción libre y malvada. Sindéresis es un término escolástico que define el mecanismo mental del hombre que califica automáticamente los actos de buenos o malos. Igual que el cuerpo produce sudor con cada movimiento, nuestra mente califica de buena o mala cada acción humana. Que es una palabra fósil nos lo muestra la actualidad del avilesino que para pagar sus caros vicios vendió 300 kilos de dinamita con la que se comió el atentado de Madrid. Afirma Trashorras que, por estar pensionado como esquizofrénico, esas acciones no le pertenecen y reclama un sanatorio en lugar de la cárcel. No es una excepción: cada juicio penal incluye una especie de sesión clínica en la que las defensas tratan de demostrar que sus clientes tienen más de locos que de criminales. Obviamente, hay criminales locos a los que sus delirios o alucinaciones descalifican como sujetos morales: cuando un psicótico en crisis mata a un pobre niño desconocido para él, no podemos repro-

charle intencionalidad, y la desgracia debemos llorarla como la producida por el rayo. Declararlo no imputable significa excluirlo de la humanidad. Por el contrario, lo habitual en los Juzgados son conductas determinadas por el cálculo egoísta: violencia fría motivada por el lucro. En el caso que me afecta el deseo de no trabajar y jubilarse.

Las defensas tratan de psiquiatrizarse el mal incluyéndolas en relatos inverosímiles: «Toda su crianza le determinó a la violencia». O también su inversa: «Fue un acto impulsivo, ajeno a su biografía, y, por ello, no punible». Frente a esas falsedades, el exhaustivo examen de los genocidas nazis no mostró ninguna patología psiquiátrica que explicase su maldad y legitimó tanto su condena como nuestro deber de maldecirlos.

Colegios e institutos sufren también ese eclipse del juicio moral: las golferías escolares son psicologizadas como conductas «desadaptadas» y resueltas lejos de la ética con «programas de mediación de conflictos» que igualan el bien con el mal. Creo urgente contra todo eso rehabilitar el concepto de sindéresis: cualquier hablante humano sabe tanto que robar—matar—mentir son acciones malas y que quien las comete debe avergonzarse de ellas, como que sus prójimos tienen derecho a pedirle cuentas, castigarlo y despreciarlo cuan-

\* Publicado en *La Nueva España* el 27-5-07, Gijón.



do las comete. Piaget fue el primero que demostró su genealogía, que ya permite al niño de 8 años decir bueno–malo con la misma propiedad que lleno–vacío. Algo ocurre luego que atrofia ese juicio y nos desalma.

Recuperar el alma supone afirmar la pertinencia de guiar nuestra biografía por el criterio de virtud frente a las vacuas psicologías positivas de la autoestima, el gozo o la realización personal. La vida estéril de un señorito dedicado a darle gusto al cuerpo y que valora el buen día como aquél en que se lo pasó bien aumenta en indignidad si además se «autoestima». Antes del relativismo y sin necesidad de congresos de bioética, todo el mundo sabía lo que era un buen hombre o un depravado. De quien había sido un buen colegial, un trabajador honrado, un buen marido–padre, un ciudadano y un viejo prudente se decía que había llevado una buena vida. De quien se torcía y no cumplía con esos fines se decía que era un desgraciado, si su incompetencia para pasar con éxito por esas edades del hombre era debida a la mala fortuna, o un depravado, si el fracaso era debido a sus vicios.

Pero, de repente, todo ese lenguaje quedó obsoleto y no hubo vidas cumplidas o estériles, sino vidas gozadas o frustradas. Escoger como héroes a quienes encarnan el principio del placer está siendo para la razón común más tóxico que la cocaína: supongo que el gozo obtenido en encuernarse por cualquiera de los personajes de la prensa rosa es superior —por ello ¿más deseable?— a la vida enclaustrada en el laboratorio de una científica como la doctora Salas.

Ante el mal natural sólo cabe el estoicismo: el terremoto de Lisboa es un suceso lleno de furia y ruido que nada significa. Buscar su significado conduce a esa enloquecida teodicea que J. C. Gea ha poetizado con maestría. Pero cuando somos víctimas de un acto violento, donde siempre gana el fuerte (estoy seguro de que mi agresor logrará jubilarse por enfermedad mental), dar un sentido moral a la situación que nos incluya en la memoria de los buenos y coloque en la picota al agresor es lo único que permite enfrentar la realidad del perdedor sin demasiado desconsuelo.





## Osakidetza, nora zoaz?

Ander Retolaza

Parece que corren tiempos de confusión en el ente público. Tras las Huelgas por entregas convocadas por diversos sindicatos durante el año 2006 y, a pesar de la implantación de la carrera profesional para algunas de las profesiones sanitarias (o quizá precisamente por esto y solo cuando son fijos cuando la totalidad es profesional y tiene carrera), hemos llegado a 2007 con la batería cargada y, durante los meses de mayo y junio, ha cuajado una muy elaborada huelga de **MIR**es centrada en las guardias hospitalarias de este colectivo. Las retribuciones y las libranzas postguardia han sido, como todo el mundo sabe, el objeto de malestar y el centro de las negociaciones finalmente culminadas con acuerdo tras las elecciones municipales. Como en otras ocasiones, junto a esta huelga, otros colectivos también insatisfechos, especialmente los médicos especialistas que trabajan en ámbito hospitalario, han impulsado sus reivindicaciones, algunas de ellas muy antiguas, como la reclamación del complemento específico (la exclusiva) para el conjunto del colectivo médico. Finalmente también los médicos de **atención primaria**, sometidos a una importante sobrecarga asistencial, han presentado sus reclamaciones en la línea de disminuir el número de pacientes asignados a cada médico, en este momento excesivamente alto (por

encima de las 1.600 TIS en muchos cupos) como para desarrollar una asistencia en condiciones. No olvidemos que los profesionales de enfermería, trabajo social y psicología señalan que siguen ninguneados en sus planteamientos sindicales y profesionales.

La **inversión** sanitaria en la Comunidad Autónoma Vasca ha caído por debajo del 5% del PIB en los últimos años. Nos encontramos ya por detrás de gran parte de Comunidades Autónomas. Nuestros responsables sostienen, a veces, que lo que tiene sentido es el gasto sanitario por habitante, que al parecer sigue arrojando unas cifras interesantes, aunque otras veces reconocen públicamente que es necesario aumentar el gasto sin más matices. Sería razonable un aumento del porcentaje del gasto sanitario del PIB en Sanidad.

De cualquier forma los problemas parecen acumularse en la mesa de nuestros directivos que, tras más de 20 años de éxitos, se encuentran con cifras disparadas en todos los indicadores de actividad, una población a atender cada vez más anciana y demandante y un colectivo profesional, a su vez envejecido y desgastado (una gran parte de los profesionales supera la cincuentena). Además tenemos ahora una



progresiva carencia de **facultativos** en media docena de especialidades, entre las que está la psiquiatría. Y todo ello en un escenario local y general en el que comienza a percibirse una escasez de profesionales sanitarios a escala internacional ya alertada por la OMS. Obviamente algunos de estos problemas no son exclusivos de Osakidetza, pero —al menos en un país como el nuestro— no se entiende que hasta hace poco tiempo sólo se hablara de la abundancia de profesionales de la medicina (las cifras de médicos en España han estado por encima de la media europea durante años) y de una manera abrupta estemos, de repente, en la escasez. Estas cosas dan qué pensar (y no precisamente bien) sobre quienes planifican a medio y largo plazo. Todo ello, claro, suponiendo que estos términos tengan algún sentido para una gran parte de nuestros gestores y políticos cuyo horizonte por encima de los cuatro años que dura una legislatura no parece existir ni tener validez alguna. Así la idea de un *MIR vasco*, recientemente publicada en prensa en boca del Consejero de Sanidad, suponiendo que sea viable, no parece que pueda resolver los problemas de fondo.

Con este panorama general, y en relación con algunas de las propuestas que el Departamento de Sanidad ha puesto sobre la mesa a fin de abordar con alguna garantía las arduas negociaciones que se están produciendo, habría que señalar una serie de elementos para la reflexión. Y ello porque no sólo las guardias médicas y su retribución están en el punto de mira, sino también otros asuntos, que debieran estar meridianamente claros como la carrera profesional o el complemento de exclusividad, sobre los que se está ofertando hacer concesiones. Primero, no tiene sentido una **carrera profesional** que se acabe confundiendo con una subida de las nóminas de un sector de los médicos, los fijos, y enfermería próximamente, impuesta a base de decretos, vulnerando los derechos de igualdad, capacidad y mérito. Y no tiene sentido si de lo que se trata es de primar la excelencia y el esfuerzo *personal y a lo largo*

*de los años* en una línea de responsabilidad clínica y compromiso con la empresa (o sea, con el sistema sanitario público, llamado en este caso Osakidetza). Pero también —y sobre todo— con el compromiso con la investigación y docencia de calidad, en las que se debiera fundar el potencial de futuro del sistema. Una cosa es aceptar que otras profesiones sanitarias, distintas a la de médico, tengan derecho a una carrera profesional adaptada a sus cometidos, otra es acabar en un *totum revolutum* en el que nadie sepa dónde está y en función de qué cometidos cobra su sueldo. Sobre todo, si esto nada tiene que ver con la excelencia y el compromiso con el sistema público, ejercidos —también— mediante un esfuerzo investigador y docente (que precisamente se prima por no ser obligatorio para todos, como lo son otras actividades incluidas en el sueldo).

Todavía menor sentido tiene el aceptar que todo el mundo deba cobrar el complemento de **exclusividad**, cuyo origen natural estuvo en incentivar a aquellas personas con dedicación exclusiva al sistema público y asegurar una cierta fidelidad al mismo. Cierto es que, al correr del tiempo, los salarios han perdido capacidad adquisitiva y están más menguados de lo que la mayor parte de profesionales sanitarios (incluidos muchos médicos) consideran decente o normal. Pero parece que no es el sueldo base lo que es objeto de problema o de deseo, sino las diferencias retributivas entre el colectivo médico a causa de algunos complementos, entre los que destaca el de exclusividad. Aceptemos que podría discutirse sobre la cuantía del mismo, la necesidad de contemplar otros complementos retributivos o la posible inadecuación del sueldo base, pero —en buena lógica— conceder el complemento de *exclusividad a todo el mundo* es un absurdo y no sólo semántico, que puede ocasionar efectos contrarios a los pretendidos.

Me encuentro entre los que opinan que retribuir, sin más matices, por este concepto a todos los médicos (independientemente de



que tengan o no práctica privada) desvirtúa completamente su sentido e introduce un importante factor de inestabilidad y confusión en nuestro sistema sanitario. Además se envía una clara señal al conjunto de profesionales a los que se indica cuál es el camino más fácil a seguir: Fuera del mundo de la sanidad (pública, claro, no privada) nadie podría comprender cómo una empresa puede incentivar a sus profesionales más cualificados para que trabajen en la competencia, a no ser que acepte que les paga mal y que no está dispuesta a discutir mucho sobre el asunto. El espíritu de la nueva norma podría resumirse en: *“dejemos todo como está y que se busquen la vida por ahí afuera”*. Insistimos, esta solución nos parece mala porque tiende a desestabilizar el sistema público de salud (que es el único que tiene la gente que no tiene otra cosa) e introduce riesgos de competencia desleal y corruptelas.

No quisiera acabar este comentario sin dedicar unas líneas más específicas a nuestro mundillo de la salud mental y/o asistencia psiquiátrica en Osakidetza. Diríase que la situación general del sistema sanitario vasco tiene un reflejo particular en el territorio de la salud mental donde últimamente tenemos de todo.

Para empezar tenemos que preguntarnos sobre el **Plan Estratégico** de Salud mental, sobre el que ya hicimos un comentario editorial varios números atrás. A fecha de hoy muy pocos de sus objetivos y plazos parecen haberse cumplido y se ignora si en alguna parte está siendo utilizado como instrumento para el desarrollo y planificación de los servicios. Más allá de una declaración general de intenciones y de unos pocos grandes objetivos, para los que no hacía falta elaborar un plan tan detallado y minucioso, ahora mismo parece poco más (o menos) que un documento interesante dormido en un cajón. Ignoramos si la voluntad de nuestros responsables es la de volverlo a poner en la agenda o si se han rendido ante las dificultades. Un aspecto interesante del plan es que puede servir para analizar lo que se debía

de haber hecho y cuándo se debería de haberlo hecho. De esta manera es posible juzgar las debilidades y carencias de nuestro sistema organizativo y asistencial a día de hoy y con un calendario en la mano. Quizá su mayor utilidad sea la de ser un buen semillero de ideas a poner en práctica cuando ello sea posible. Pero siempre será necesario el apoyo de los responsables y gestores del sistema de los que ahora mismo poco se sabe en cuanto a sus intenciones.

En esta coyuntura nos hemos enfrentado (y digo bien con el *nos*) a una nueva Oferta Pública de Empleo (**OPE**). Hace unos años en otro editorial de esta revista se afirmó lo siguiente: *“El sistema de contratación de personal (OPE, listas) regulado por ley, trata de ser justo y ofrecer igualdad de oportunidades, pero la realidad es que, en vez de consolidar, desestructura los equipos, dejando rara vez satisfechos a profesionales y gestores”*. Parece que una vez más se ha cumplido este veredicto y, tras un tortuoso y largo proceso de constitución y convocatoria de tribunales, en fechas recientes se han efectuado las pruebas de aptitud para psiquiatras y psicólogos y estamos a la espera de resolver la fase de concurso de méritos para aquellos que las han superado. Sea como sea su resolución están siendo abundantes los comentarios críticos sobre la organización, la valoración del euskera (en un sistema escasamente favorecedor de la euskaldunización de su personal), los contenidos de los exámenes, etc. Tampoco aquí quiero evitar algunos comentarios que esperamos sepan reflejen el sentir de un amplio abanico de profesionales. Hay un malestar bastante extendido entre el colectivo de psiquiatras por las características de la prueba teórica a la que han debido de someterse. No sólo se trata de que demasiados profesionales con muchos años de trabajo a sus espaldas no la hayan superado (cosa que siempre puede pasar a algunos) sino que, debido al tipo de preguntas dominante en la prueba cabe discutir (y así lo han hecho algunos sindicatos por ejemplo) sobre la idoneidad de la prueba respecto a los puestos a cubrir. Es decir, ¿es posible, mediante un examen como el



efectuado, juzgar quiénes son las personas más adecuadas para desempeñar de una forma competente las tareas asignadas al conjunto de plazas convocadas? Ya sabemos que ésta es la duda que siempre planea sobre cualquier posible prueba de estas características, pero da la impresión de que esta vez, más que otras anteriores, se han cargado demasiado las tintas en un saber académico como forma de cribar a las personas aptas a pasar al concurso de méritos. En definitiva resultan cuestionables en sí mismos este tipo de OPEs.

De cualquier forma no quiero desde aquí dejar de felicitar a los afortunados y afortunadas que han superado la prueba y tampoco

obviar alguna palabra de aliento al resto, que de todas formas, y dada la carencia actual de profesionales, tendrá como consuelo el disponer de trabajo (ya que no de plaza) asegurado. Por cierto que una de las dudas que ha quedado en el ambiente, y que esperamos que se resuelva debidamente, es la de que, dado el escaso plantel de aprobados en el examen, pudieran quedar algunas plazas sin cubrir, lo que no sería un plato de gusto para la empresa, pero tampoco para los equipos en cuestión y sus usuarios o pacientes que debieran de ser los beneficiarios más directos (que no últimos) de todo este proceso. Y, por extensión, beneficiados también de todos los demás procesos, huelgas justas incluidas, en que estamos inmersos.





# Discinesia Respiratoria: revisión y caso clínico

**Pablo Malo\*, Esther Fernández\*\*, Enrique Aragüés\*,  
María Etxebeste\* y Luis Pacheco\***

\* Centro de Salud Mental Bombero Etxaniz. Bilbao

\*\* Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao

## Resumen

Realizamos una revisión bibliográfica de la Discinesia Respiratoria, un trastorno que puede ser más frecuente de lo que se considera y que consiste en una variedad de Discinesia Tardía (DT), que afecta a la musculatura respiratoria y laringo-faríngea, provocando una clínica caracterizada por una alteración del ritmo respiratorio con taquipnea, jadeos y gruñidos y bloqueo del habla. Presentamos el caso de una paciente probablemente afectada por el trastorno.

Aunque la DT es un efecto secundario cuya incidencia parece haber disminuido tras la introducción de la nueva generación de antipsicóticos, creemos conveniente tener presente la existencia de esta variante de DT.

## Introducción

El empleo de fármacos antipsicóticos conlleva una serie de posibles efectos secundarios entre los que han destacado tradicionalmente los efectos extrapiramidales, efectos que se han visto reducidos sensiblemente desde que los nuevos antipsicóticos han ido reemplazando a los tradicionales. Dentro de estos efectos extrapiramidales algunos aparecen inmediatamente o en un plazo breve tras la instauración del tratamiento, como pueden ser las distonías agudas, la acatisia o un síndrome parkinsoniano.

La discinesia tardía, sin embargo, es un efecto de tipo extrapiramidal que aparece

generalmente tras un tratamiento prolongado, al de meses o años, normalmente. Consiste en una serie de movimientos que pueden implicar la cara, el tronco o las extremidades aunque su forma más habitual es la que se expresa por una serie de movimientos buco-linguales: un movimiento de la lengua por el interior de la boca como si el paciente repasara la cavidad bucal, protrusión de la lengua, chupeteos o succión, movimientos masticatorios, etc. (síndrome bucolinguomasticatorio). Se calculaba que un 15-20% de los pacientes tratados con antipsicóticos convencionales presentaba esta complicación.

En cuanto a la etiología, la hipótesis que se maneja habitualmente es que se debe a una hipersensibilidad del receptor dopaminérgico D2 provocada por la exposición prolongada a estos fármacos antagonistas. Esto explicaría la aparición frecuente del trastorno al retirar o reducir la medicación. También se habla de una alteración del sistema gabaérgico estriatal debido a una disminución de la actividad glutámico-descarboxilasa habiéndose encontrado en estos pacientes una disminución de la síntesis y concentraciones de GABA.

Entre los factores de riesgo se cita —aparte de la duración y dosis acumulada del tratamiento con antipsicóticos— la edad, la existencia de daño orgánico cerebral y el sexo feme-



nino siendo más frecuente su aparición en mujeres de edad avanzada. También se ha descrito que la DT es más frecuente entre fumadores. Otros factores serían la raza (afroamericana), la presencia de Trastornos afectivos o los antecedentes de cuadros extrapiramidales previos.

Por lo que se refiere al tratamiento no se ha definido, hasta la fecha, ningún tratamiento eficaz. La estrategia recomendada sería cambiar a un antipsicótico de nueva generación entre los que se ha recomendado tradicionalmente la Clozapina pero también hay descritos buenos resultados tras el cambio a Quetiapina u Olanzapina. Los anticolinérgicos podrían empeorar el cuadro y en cuanto al empleo de otros fármacos como Vitamina E, Benzodiacepinas, etc., la evidencia es bastante controvertida.

Como decíamos más arriba la forma orofacial es la más frecuente pero también puede existir afectación de los músculos del cuello, axiales y de las extremidades en forma de movimientos coreoatetoides que en algunas pocas ocasiones pueden afectar incluso a los músculos laringofaríngeos y respiratorios.

## Definición y Epidemiología

Aunque parece haber descripciones de los síntomas de la Discinesia Respiratoria (DR) desde el año 1964, se considera el trabajo de Weiner et al de 1978 como la primera descripción clínica de la DR con tal nombre y ligada al uso de fármacos. La DR consiste en movimientos anormales involuntarios de la musculatura respiratoria manifestándose clínicamente por alteración del ritmo y profundidad de la respiración, taquipnea, jadeos y gruñidos. Estos movimientos pueden llegar a impedir el habla normal y buen número de pacientes se quejan de disnea. Normalmente se presenta en pacientes que, además, tienen DT tradicional, existiendo muy pocos casos descritos en los que se presente aisladamente, por lo que normalmente se va a acompañar de movimientos en otras

zonas del cuerpo. Los síntomas desaparecen durante el sueño pero también tras un descanso prolongado y empeoran con la ansiedad y el ejercicio. Se considera un trastorno infradiagnosticado ya que suele confundirse con un problema primariamente respiratorio o considerarse relacionado con el trastorno psiquiátrico de base del paciente, o bien de origen psicogénico o histérico.

La prevalencia de la DR varía dependiendo de que la muestra de pacientes estudiada padezca DT o no. Si los pacientes no presentan DT, es muy baja (0,67–3,9%), mientras que si preexiste una DT las cifras que se encuentran van del 7,4 al 45% según los diferentes estudios. Estas grandes variaciones reflejan diferencias en las muestras estudiadas, así como en el nivel de sospecha y en la interpretación de los signos y síntomas por parte de los investigadores, ya que no existen por ahora unos criterios diagnósticos claros.

La DR incluye con frecuencia manifestaciones de discinesia faríngea (disfagia y aerofagia) y de discinesia laríngea (jadeos, gruñidos, interrupción del habla).

Hay que recordar que existen otros fármacos además de los antipsicóticos que son susceptibles de originar DR como la levodopa, los antagonistas del calcio, antieméticos, anfetaminas, anticolinérgicos y litio.

## Fisiopatología

La etiopatogenia de la DR no se conoce con precisión. En el control de la respiración intervienen tanto vías voluntarias como involuntarias. El hecho de que la DR desaparezca durante el sueño indicaría que los centros de la respiración automática de la médula y del puente funcionan correctamente. Las vías voluntarias que descienden por el tracto piramidal desde la corteza reciben modificaciones de un circuito formado por los ganglios basales y el tálamo. La implicación de los ganglios basa-



les se ha demostrado en enfermos parkinsonianos en los que se han descrito diversas anomalías respiratorias. La hipótesis más admitida es que la patogénesis de la DR tiene que ver con la alteración de la sensibilidad dopaminérgica postsináptica en el estriado.

Por otro lado, las vías respiratorias corticales ejercen su control sobre los músculos respiratorios pero también sobre la musculatura de vías altas lo que explicaría la posible afectación de la faringe y de la laringe

Algunos autores (1), han utilizado la Espirografía, la medición del flujo nasal e incluso la Fibroscopia para intentar definir de una forma más precisa la DR. Han observado que se pierde la regularidad y ritmicidad de la respiración y que el flujo nasal se interrumpe a pesar de la preservación de los movimientos torácicos. Hayashi et al.(2) describen dos tipos de hallazgos espirográficos:

- (1) El tipo disrítico, en el cual los movimientos torácicos y el flujo nasal están bien sincronizados pero son frecuentemente disríticos.
- (2) El tipo obstructivo, en el cual hay graves movimientos distónicos y de discinesia lingual y troncal. Observan también una desincronización entre los movimientos torácicos y abdominales, lo que podría ser la causa de la disnea. Según estos hallazgos(3), la DR se originaría por una disinerjia entre los músculos intercostales y el diafragma y no por una disfunción glosofaríngea ya que en el examen fibroscópico no se encuentran movimientos involuntarios anormales de la faringe que impliquen a las cuerdas vocales ni oclusión respiratoria a ese nivel.

### Diagnóstico

Como ya hemos comentado, se considera un trastorno infradiagnosticado y esto es así porque los libros de texto y los artículos que tratan la DT no suelen mencionar la variante respiratoria o la descartan por rara. Por otro lado, entre las escalas que se utilizan habitual-

mente para evaluar la DT solamente la Smith Tardive Dyskinesia Scale (4) puntúa los movimientos involuntarios diafragmáticos y los gruñidos.

No existen pruebas de laboratorio confirmatorias del diagnóstico. En la gasometría suele encontrarse alcalosis respiratoria, pero no en todos los casos. En el diagnóstico diferencial debemos incluir aquellos procesos cardiopulmonares, tóxicos y metabólicos que cursan con hiperventilación y alcalosis respiratoria. Ver tabla 1.

<b>Tabla 1. Diagnóstico diferencial de la alcalosis respiratoria</b>
<p><i>Hipoxemia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Neumonía</li> <li>Embolismo Pulmonar</li> <li>Edema Pulmonar</li> <li>Hipotensión</li> <li>Otras alteraciones ventilación–perfusión</li> </ul>
<p><i>Trastornos del SNC</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ACV</li> <li>Encefalitis, Meningitis</li> <li>Trauma</li> <li>Tumor</li> <li>Discinesia Tardía/Respiratoria</li> </ul>
<p><i>Medicaciones</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Salicilatos</li> <li>Teofilina</li> <li>Progesterona</li> </ul>
<p><i>Miscelánea</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bacteriemia por Gram–negativos</li> <li>Recuperación de una Acidosis Metabólica</li> <li>Síndrome Hiperventilatorio por Ansiedad</li> <li>Fallo Hepático</li> <li>Hiperventilación Mecánica</li> <li>Fiebre</li> </ul>

Descartados estos procesos nos quedaría la Hiperventilación Psicógena como principal y más difícil diagnóstico. En la Tabla 2. resumimos las principales diferencias y semejanzas que pueden ayudarnos a diferenciarlas tomadas de Rubio Esteban y cols.(5)



**Tabla 2. Semejanzas y diferencias entre el Síndrome de Hiperventilación Psicógena y la Discinesia Respiratoria**

	<b>Hiperventilación Psicógena</b>	<b>Discinesia Respiratoria</b>
pH	Alcalosis respiratoria	Alcalosis respiratoria
Reacción tras estrés	Aumento ventilación/min.	Aumento ventilación/min.
Efecto durante el sueño	Patrón respiratorio normal	Patrón respiratorio normal
Visibilidad	A menudo no observada	Generalmente obvia
Movimientos torácicos	La mayor parte regulares	Torpes e irregulares
Movimientos asociados	Ninguno	Otros movimientos coreiformes
Sonidos asociados	Suspiros, bostezos	Gruñidos, jadeo, sonidos desagradables
Habla	No interferida	Discinesias linguales, entrecortadas, gruñidos, puede ser interferida
Etiología	Ansiedad, hábitos respiratorios anormales, histeria en ausencia de ansiedad	Alteraciones debidas a una función dopaminérgica anormal, aumento de la frecuencia respiratoria con la ansiedad
Tratamiento	Explicación, ansiolíticos, terapia psíquica, terapia conductista	Reserpina, haloperidol, diacepam

Como hemos comentado en el apartado anterior, las técnicas de Espirografía y medición del flujo nasal pueden definir objetivamente las irregularidades en la tasa, ritmo y profundidad de la respiración.

## Complicaciones

La mayoría de las veces la DR es leve y no supone un riesgo vital pero se han descrito pacientes que debido a la disfagia han sufrido neumonías por aspiración así como otros en

los que la función respiratoria estaba tan comprometida que han necesitado ventilación mecánica. La descompensación de la alcalosis respiratoria podría afectar al corazón, cerebro y otros órganos.

## Tratamiento

El tratamiento de la DR se basa en la asunción de que es un componente o una forma de DT, por lo que el abordaje sería el mismo de este trastorno, tarea decepcionante la mayoría



de las veces dadas nuestras carencias en este terreno. Si la DR se debe a levodopa, antieméticos o medicaciones similares la primera medida sería retirar la droga causante si es factible. Hay que decir que la retirada del agente causal rara vez resuelve por completo el cuadro.

En el caso de un paciente psicótico que necesite continuar con la medicación la situación es más complicada. Reducir la dosis puede empeorar tanto la psicosis como la DR mientras que está descrito que aumentar la dosis mejora los síntomas de DT.

Los tratamientos propuestos en la DT han sido muchos y todos de una eficacia cuestionable. No vamos a realizar una exposición exhaustiva de ellos pero citaremos por ejemplo la reserpina, la tetrabenazina, las benzodiazepinas, clonidina, porpanolol o vitamina E.

Otra alternativa sería cambiar la medicación a clozapina o un antipsicótico de nueva generación.

## Caso Clínico

Se trata de una mujer de 57 años cuyo cuadro clínico se inicia en el año 1988 cuando tras el fallecimiento de una vecina empezó a oír voces y risas, los vecinos hablan de ella, rechaza salir con las amigas y se muestra paranoide con respecto a ellas. Desde entonces fue tratada con diferentes neurolépticos, recogándose en la historia el uso de *Haloperidol*, *Etumina*, *Meleril* y *Decentán* junto con ansiolíticos, principalmente el *Orfidal* y el *Dorken*. La sintomatología productiva alucinatoria y delirante cedió pronto consolidándose luego un cuadro de tipo defectual con un deterioro global de su rendimiento, empobrecimiento, insulsez, pérdida de red social llevando una vida limitada en compañía de su madre. A partir de ese momento y durante los últimos años sus síntomas se han centrado en el plano somático refiriendo dolor persistente debajo de las mamas así como prurito generalizado y quejas subjetivas

de problemas de sueño. Hay que destacar que ya desde los primeros meses de tratamiento manifestó inquietud interna y necesidad de moverse, lo que fue interpretado como acatisia. También hay recogidos en la historia movimientos discinéticos buco-linguales desde el año 1991 que luego desaparecieron. Así mismo, era patente un enlentecimiento motor y síntomas de tipo parkinsoniano asociado al tratamiento neuroléptico.

Debido a sus quejas de dolor, prurito e insomnio, procedimos a múltiples cambios de tratamiento. En estos últimos años se han utilizado *Risperdal*, *Orap*, *Zyprexa*, *Clopixol*, *Sinogán*, *Eskazine* así como *Neurontin* o *Tegretol*. También hemos utilizado antidepresivos como *Prozac* o *Rexer*.

En Mayo de 2006 las quejas van *in crescendo* lo que nos obliga a aumentar y combinar medicaciones pero, además, la paciente cae en un abuso de las medicaciones prescritas del que nos informan al de un tiempo sus familiares. Aparecen en ese momento unos movimientos orales de apertura y cierre de la boca. A veces se queda con la boca abierta durante largo rato y también presenta unos movimientos diafragmáticos que preocupan a la paciente. Dado que para esas fechas vive sola, por fallecimiento previo de la madre, se procede a realizar un ingreso hospitalario.

Tras salir de alta con *Neurontin*, *Zyprexa* y *Rexer* acude de nuevo en Agosto presentando una respiración acelerada, jadea y se le corta la respiración y se procede a un nuevo ingreso para valoración y estudio. En el hospital se le encuentra consciente y orientada en tiempo y espacio. Mantiene una actitud colaboradora y amable. Presenta una respiración irregular en forma de movimientos torácicos acompañados de jadeos que entrecorta un discurso espontáneo y coherente. No refiere ansiedad ni sensación disneica. No presenta sintomatología de la esfera afectiva o psicótica productiva mostrando más bien un estado residual y refiere insom-



nio de conciliación. No constan antecedentes médico-quirúrgicos de interés salvo hábito tabáquico que la paciente reinicia durante este ingreso y que había abandonado meses atrás.

Se realizan las siguientes pruebas: bioquímica, hematemetría con recuento y fórmula, niveles de hierro y ferritina, proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular, ácido fólico y vitamina B12, examen general de orina, hormonas tiroideas y niveles de prolactina, todas con resultados normales. En E.A.B. en sangre arterial no se objetivan hallazgos significativos (no alcalosis respiratoria). ECG: rítmico, sinusal, 65 l.p.m. No alteraciones de la repolarización.

Se solicita interconsulta al Servicio de Neurología con diagnóstico de “Posible Discinesia Respiratoria”. Se interconsulta también al servicio de Respiratorio:

- Gasometría arterial basal: normal
- Radiografía de tórax: normal
- Pruebas funcionales respiratorias: Sin hallazgos significativos

Inicialmente se mantiene el tratamiento indicado añadiendo medicación con fines hipnóticos obteniendo buen resultado: *Sedotime 15 y Noctamid 1 mg.*

Se objetiva durante su ingreso que su respiración entrecortada y los sonidos en forma de

jadeos mejoran cuando mantiene una conversación o está desarrollando alguna actividad. Aumentan, sin embargo, cuando está en silencio o algo inquieta. Según cuenta la propia paciente inicialmente apenas podía mantener una conversación.

Tras revisar bibliografía y en concreto el tratamiento, se inicia tratamiento con *Rivotril 0,5 mg.* cada 8 horas objetivándose mejoría (también a nivel subjetivo).

Como se ha dicho anteriormente, la paciente reinicia el consumo del tabaco lo que coincide temporalmente con una mejoría parcial del cuadro. En este sentido se podría decir que tal vez tendría que observarse un empeoramiento de los síntomas por la disminución de los niveles de neurolépticos que el tabaco conlleva. También se puede especular con la influencia que pudiera tener la liberación de dopamina producida por la nicotina. Por otra parte, en el caso que nos concierne, la paciente comentó que había retomado el consumo por ansiedad, que ella relacionaba con haber dejado de fumar; por lo que la mejoría de los síntomas pudiera tener que ver con un efecto ansiolítico.

Como conclusión, a favor del diagnóstico de Discinesia Respiratoria estarían los antecedentes de discinesias bucolinguales, el sexo femenino y las características propias del cuadro, a pesar de no presentar alcalosis respiratoria.



---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nishikawa T, Kaneda W, Uegaki A, et al. Respiratory dyskinesia: a variety of clinical forms differentially diagnosed by using a spiograph. *Clin Neuropharmacol.* 1992; 15: 315–321.
2. Hayashi T, Nishikawa T, Koga I, Uchida Y, Yamawaki S. Prevalence and risk factors for Respiratory Dyskinesia. *Clin Neuropharmacol* 1996; 5: 390–398.
3. Komatsu s, Kirino E, Inoue Y, Arai H. Risperidone withdrawal-related respiratory dyskinesia. A case diagnosed by Spirography and Fibroscopy. *Clin Neuropharmacol* 2005; 28: 90–93.
4. Smith RC, Allen R, Gordon J.A rating scale for trdrive dyskinesia and Parkinsonian symptoms. *Psychopharmacology Bulletin* 1983; 19: 266–276.
5. Rubio Esteban G, Vargas Nuñez JA, Iruela Cuadrado LM, García Guijo C. Discinesia Respiratoria provocada por neurolépticos. A propósito de un caso. *Medicina Clínica* 1988; 91: 758.



# Protocolo de actuación enfermera con adolescentes con alteración de conducta

**Susana Marqués Andrés, Lourdes Barrasa Santamaria,  
Mila Amundarain Lejarza, Mercedes Landa Aqueche**

Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil  
Hospital de Basurto. Bilbao

## Resumen

*El trastorno de conducta es un patrón repetitivo y persistente de comportamientos agresivos, desafiantes o antisociales, es una de las formas más frecuentes de alteración psiquiátrica en niños y adolescentes dentro de nuestro entorno, pudiendo aumentar en la adolescencia. Este trastorno supone una violación de las normas sociales y/o de los derechos de los demás.*

En la alteración de conducta son características la intolerancia a la frustración, la impulsividad y no saber esperar para conseguir lo deseado; tendencia a la hostilidad, descontrol de impulsos y búsqueda de sensaciones. Estos hábitos obligan a que la intervención sea precoz.

Si bien es cierto que la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad para comportamientos antisociales, afirmaciones como “todavía es joven” pueden ser una forma de negar la evidencia: la existencia de un problema real y grave que puede empeorar y cronificarse.

El entrenamiento en habilidades sociales en el amplio sentido de la palabra promueve comportamientos prosociales, desarrollando la empatía y utilizándola como factor modulador.

El objetivo del presente trabajo es exponer el protocolo de actuación enfermera con los adolescentes, engarzado dentro del protocolo médico de actuación dentro de la Unidad de Psiquiatría Infanto Juvenil del Hospital de Basurto, en Bilbao.

Disminuir la prevalencia del problema supone intervenir con estos adolescentes, pero también con sus padres.

La evaluación de la intervención efectuada con el protocolo se realiza con un instrumento de elaboración propia para conocer la satisfacción de los adolescentes con las intervenciones realizadas, su utilidad y aplicabilidad en la vida cotidiana.

## Palabras Clave

Alteración de conducta, intervención de enfermería, protocolos, habilidades sociales, evaluación continuada.



## INTRODUCCIÓN

El trastorno de conducta es un patrón repetitivo y persistente de conductas agresivas, desafiantes o antisociales. Es una de las formas más frecuentes de alteración psiquiátrica en niños y adolescentes, con una prevalencia calculada entre 1,5% y 3,4% en este grupo de edad y tres veces más frecuente en chicos que en chicas<sup>(1)</sup>. Esta conducta parece ser una condición estable a lo largo del tiempo, pudiendo aumentar en la adolescencia por el incremento de las demandas, momento en que esta conducta puede volverse cada vez más grave y compleja, llegando a ser catalogada como *delincuencia*<sup>(2)</sup>. Los padres y maestros expresan dificultad acerca del manejo de la conducta de estos chavales: ansiedad, tristeza y aislamiento social, aumento de la actividad, bajo control de impulsos, incumplimiento, agresiones dirigidas a padres y golpes de genio<sup>(3)</sup>. En definitiva este trastorno supone una violación de las normas sociales y/o de los derechos de los demás<sup>(4)</sup>. Es un serio problema y su gravedad radica en la problemática que en sí supone la conducta de estos adolescentes: con robos, mentiras y conductas agresivas, etc., y por otra parte, la tendencia a la cronicidad del trastorno y su elevada comorbilidad.

El trastorno de conducta es un problema frecuente en nuestro medio. En la Unidad de Psiquiatría del Hospital de Basurto, ingresaron en 2005 con este diagnóstico 49 adolescentes lo que supone casi la mitad de los ingresados, el 44,1%.

Intentar disminuir su prevalencia supone hacer intervenciones, tanto con los adolescentes que en primera persona sufren el desarreglo, como con sus familias ya que estas intervenciones han mostrado ser más efectivas. Las características familiares de los hogares donde el trastorno se produce manifiestan unas prácticas disciplinarias inadecuadas, existe conflictividad en las relaciones entre ellos, con agresividad intrafamiliar. Por parte de los chavales existe una falta de apego emocional hacia los

padres y combinado con la impulsividad que suelen manifestar hace que la conducta sea más antisocial. Por otro lado, los procesos cognitivos de los adolescentes con conductas antisociales muestran atribuciones de intencionalidad hostil a los demás con muy pocas soluciones alternativas a la problemática interpersonal, así como un menor número de consecuencias previstas a su conducta inadecuada<sup>(4)</sup>.

Existe evidencia sobre la edad de intervención para la prevención de la violencia, siendo los programas más efectivos los dirigidos a niños entre 4 y 12 años<sup>(5)</sup>.

Anteriormente elaboramos el protocolo de atención a los padres<sup>(6)</sup> y lo desarrollamos en la Unidad de psiquiatría infanto juvenil del hospital de Basurto. Ahora, el objetivo del presente trabajo es exponer el protocolo de actuación enfermera directamente con los adolescentes, engarzado dentro del protocolo médico de actuación.

El apoyo de enfermería se traduce en las siguientes intervenciones:

1. Reflejo de la conducta inadecuada del adolescente, con sugerencia de pautas comportamentales alternativas.
2. Asesoramiento sobre el trastorno y entrenamiento de afrontamientos asertivos durante el ingreso.
3. Escucha activa y útil sobre las dificultades, incidiendo en la modificación de la conducta problemática, inadecuada o inhábil socialmente.
4. Apoyo y drenaje emocional del malestar generado por la situación desencadenante del ingreso.

Utilizaremos los diagnósticos de enfermería introduciendo resultados e intervenciones enfermeras. De esta forma enmarcamos el trabajo propio que desarrolla enfermería y justificamos la necesidad de formación y preparación por parte de las profesionales que atienden a estos jóvenes en las unidades específicas. El



entendimiento de la estructura y patrones de comunicación familiar, la historia de asistencia sanitaria y las influencias culturales facilitarán intervenciones efectivas por parte de enfermería. Es importante considerar que en muchas familias el modelo de afrontamiento de la comunicación incluye la negación como forma defensiva ante ciertos conflictos; generalmente este es un comportamiento aprendido<sup>(7)</sup> que se tendrá que modificar como tantos otros.

En las intervenciones desarrollamos una serie de cuidados protocolizados para consensuar las intervenciones enfermeras, disminuir la variabilidad e imprimir calidad al cuidado, mantener un seguimiento y facilitar la tarea al personal de nueva incorporación (vacaciones, bajas o libranzas de los miembros estables del equipo de enfermería).

## MATERIAL Y MÉTODOS

La puesta en marcha de estos cuidados pasó por revisar de entrada los trabajos publicados hasta el momento en la base de datos CUIDEN, la más importante en idioma español que recoge el contenido científico de enfermería y dispone a texto completo y libre de cantidad de artículos. Fueron otras bases consultadas CINALH, PSYCINFO y MEDLINE, también la BIBLIOTECA COCHRANE. Encontramos referencias sobre la eficacia de las técnicas de

modificación de conducta en general referido a los adolescentes con conducta antisocial, pero no plan específico alguno en esta línea, excepto en las intervenciones con padres para disminuir la delincuencia y mejorar los procesos de interacción familiar.

Con los resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) esperados en el usuario y las intervenciones NIC (Nursing Interventions Classifications) a partir de la taxonomía NANDA se desarrollan una serie de cuidados para consensuar las intervenciones enfermeras y disminuir su variabilidad, mantener su seguimiento y facilitar la tarea a las enfermeras de nueva incorporación (vacaciones, bajas o libranzas). Desglosamos los siguientes procedimientos de enfermería:

- Acogida del adolescente con sus padres en el momento del ingreso, informando sobre el funcionamiento de la unidad y su normativa.
- Grupos psicoeducativos: de lectura del periódico, de buenos días y de intervención de enfermería (autoestima, asertividad, control de la ira,...).
- Visitas de padres y familiares.
- Complicaciones durante el ingreso: alta voluntaria, intento de fuga, agitación psicomotriz.
- Alta del paciente.

Tabla 1. **Diagnósticos de enfermería**<sup>(7,8)</sup> NANDA, basadas en Virginia Henderson

<p>Afrontamiento inefectivo                  Afrontamiento defensivo                  Temor                  Baja autoestima crónica o situacional                  Deterioro de la adaptación                  Deterioro de la interacción social                  Deterioro del patrón de sueño                  Conocimientos deficientes respecto al trastorno                  Negación ineficaz                  Desesperanza</p>	<p>Incumplimiento del tratamiento                  Ansiedad                  Interrupción de los procesos familiares                  Mantenimiento inefectivo de la salud                  Riesgo de impotencia                  Impotencia                  Riesgo de violencia                  Violencia                  Trastorno de los procesos del pensamiento</p>
---	---



Entre las sesiones de este apartado desarrollamos las sesiones enfermeras<sup>(10-14)</sup> que se desarrollan en las siguientes:

- Habilidades sociales
- Derechos personales
- Estilos de comunicación: Agresión, aserción, inhibición
- Críticas con mensaje yo y feed back
- Control de la rabia: Componentes de la respuesta airada
  - Desencadenantes: justificación bioquímica, curvas de hostilidad, formas de autocontrol
- Resolución de problemas
- Autoinstrucciones

Por otro lado, los cuidados de enfermería durante la visita de los familiares consisten en mantener la presencia física y reflejar qué y cómo son las conductas que utilizan para relacionarse, posibilitando una expresión adecuada de la rabia hacia los padres por mantener el ingreso y negarse a firmar el alta voluntaria.

Empleamos la escucha activa y útil en los tiempos libres de las actividades de la unidad, favoreciendo el drenaje de emociones con el relato del sufrimiento sobre la situación por la que está pasando en el ámbito familiar, escolar y social.

Damos apoyo emocional e información sobre posibles conductas alternativas ante la frustración, la rabia, el afrontamiento de los problemas, etc.

Todas las explicaciones se adaptan a las características de los adolescentes, haciéndolas sencillas y personalizándolas con ejemplos, aprovechando las historias que relatan, sus inquietudes, dudas y preocupaciones que a la vez permitirán a la enfermera identificar posibles percepciones equivocadas y/o dudas, reafirmando la experiencia de una forma aceptable.

La evaluación de la intervención efectuada con nuestro protocolo la realizaremos a través de un instrumento de elaboración propia

(Anexo I) para conocer la satisfacción de los chavales con las intervenciones enfermeras, su utilidad y aplicabilidad en la vida cotidiana. Estos datos son cumplimentados por los propios adolescentes el día del alta y un mes después del alta, a través de contacto telefónico para valorar las diferencias de su problemática, antes y después del ingreso.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las alteraciones de conducta se caracterizan por la intolerancia a la frustración, la impulsividad y no saber esperar para conseguir lo deseado, tendencia a la hostilidad, descontrol de impulsos y búsqueda de sensaciones.

La intervención ha de ser precoz. La evidencia apunta entre los 4 y 12 años<sup>(5)</sup>, pero no es posible, otra alternativa a considerar puede ser hacer una intervención temprana, entre los 12 y los 17 años.

Lo que los adolescentes han aprendido cuando llegan a ingresar en una Unidad de Psiquiatría infanto juvenil, no es posible desaprenderlo en 13 ó 15 días de ingreso, siendo necesario un cambio más estructural a nivel familiar, con intervenciones con los padres (relación de pareja, relación familiar, estilos de crianza y comunicación, etc) además de con el propio adolescente (psicoeducativo, psicoterapia, farmacológico, ocupacional,...). Si bien es cierto que la adolescencia es una etapa de vulnerabilidad para comportamientos antisociales<sup>(15)</sup>, afirmaciones como “todavía es joven” o comentarios similares pueden ser una forma de negar la evidencia: la existencia de un problema real y grave que puede empeorar y cronificarse.

El entrenamiento en habilidades sociales en el amplio sentido de la palabra: asertividad, resolución de conflictos, expresión emocional, control de la rabia, técnicas de autocontrol,... promueve comportamientos prosociales, desarrollando la empatía y utilizándola como factor modulador<sup>(16)</sup>.



Los protocolos de Enfermería en Salud Mental son una necesidad para dar una atención de calidad y dar cuidados uniformes a los pacientes y a los usuarios. Requieren formación y especialización con el fin de superar el ‘saber’ y llegar a ‘saber hacer’.

Los protocolos de enfermería son argumentos en evaluación continuada de forma que

publicado uno se afronta, se valora, se discute, se confronta y se mejora. Eso esperamos con este; no sólo con su implementación, sino también con su publicación de forma que la confrontación pueda ser más amplia. Seguro que de estas discusiones críticas nos beneficiamos todas y mejoramos la actuación enfermera. Y con ello su aplicabilidad y utilidad.



**ANEXO**

**Háblanos de las enfermeras y de las sesiones de enfermería**

Dinos tu edad ..... tu sexo  MUJER  HOMBRE

¿Qué estudias o haces durante la semana? .....

¿Qué haces en tu tiempo libre? .....

¿Te han gustado las sesiones de enfermería?  SI  NO

¿Cuáles te han gustado más? .....

¿Qué te han parecido? .....

¿Podrás aplicarlas en tu vida real, cuando salgas de alta?  SI  NO

¿Para qué te servirán? .....

¿Cuál crees que es su utilidad? ¿Para qué sirven? .....

¿Las enfermeras te han tratado?

Muy bien	Bien	Regular	Mal	Muy mal
----------	------	---------	-----	---------

¿Y las soluciones que te han dado? .....

**Durante las sesiones**

Muy buenas	Buenas	Regulares	Malas	Muy malas
------------	--------	-----------	-------	-----------

**Fuera de ellas**

Muy buenas	Buenas	Regulares	Malas	Muy malas
------------	--------	-----------	-------	-----------

El tiempo que te han dedicado las enfermeras te ha parecido

Demasiado	Mucho	Suficiente	Poco	Muy poco
-----------	-------	------------	------	----------

¿Y la disposición de las enfermeras para ayudarte?

Muy buena	Buena	Regular	Malá	Muy mala
-----------	-------	---------	------	----------

**EN CASA**

¿Has aplicado alguna de las habilidades entrenadas y aprendidas en el hospital? SI NO

¿Cuáles? ASERTIVIDAD AUTOESTIMA CONTROL DE LA RABIA

¿Con qué resultados?

Muy buenos	Buenos	Regulares	Malos	Muy malos
------------	--------	-----------	-------	-----------



## BIBLIOGRAFÍA

1. Woolfenden, S. R.; Williams K., Peat, J.: *Intervenciones dirigidas a la familia y a los padres en niños y adolescentes con trastorno de conducta y delincuencia con edades entre 10 y 17 años.* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Última modificación significativa: 28 de feb de 2001. Citado el 24 de dic de 2006.
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Practice parameters for assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorders.* Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1997; 36(10 supplement): 122S–139S.
3. Montgomery, P.; Bjornstad, G.; Dennos, J.: *Tratamientos conductuales basados en los medios de comunicación para los trastornos de conducta en los niños.* (Revisión Cochrane traducida) En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2006. Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Última modificación significativa: 26 de set de 2005. Citado el 24 de dic de 2006.
4. Bermúdez, M.P.; Bermúdez Sánchez, A.M.: *Manual de psicología clínica infantil.* Técnicas de evaluación y tratamiento. Biblioteca Nueva. Madrid, 2004.
5. Cohn, Cohn Donnelly, A.: *An Approach to Preventing Child Abuse.*; National Committee to Prevent Child Abuse, Chicago, IL 1997.
6. Marqués Andrés, S.; Landa Aqueche, M.; Barrasa Santamaria, L.; Amundarain Lejarza, M.: *Apoyo a padres de adolescentes con alteración de conducta, en una unidad de psiquiatría infanto-juvenil.* Comunicación presentada en 8º Congreso Virtual de Psiquiatría. Febrero 2007. Tomado de <http://www.psiquiatria.com/congreso/2007/enfermeria/articulos/29538/>. Citado, 1 de mar de 2007.
7. Jonson, M.; Maas, M.; Morread, S.: *Clasificación de resultados de enfermería (CRE).* 2ª edición. Harcourt – Mosby. Barcelona, 2003.
8. McCloskey Dochterman, J.; Bulechek, G.M.: *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).* Elsevier – Mosby. Barcelona, 2004.
9. Caballo, V.E.: *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales.* 5ª Edición. Siglo XXI de España Editores, S.A. Madrid, 2002.
10. Costa, M.; López, E.: *Manual para el educador social. (1) Habilidades de comunicación en la relación de ayuda.* Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid, 1994.
11. Costa, M.; López, E.: *Manual para el educador social. (2) Afrontando situaciones difíciles.* Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid, 1994.
12. García, M.E.; Magaz, A.: *Aprendiendo a comunicarse con eficacia. Manual para padres.* CEPE. Madrid, 1992.
13. Pelechado, V.: *Habilidades interpersonales. Teoría mínima y programas de intervención.* Vol. II. Editorial Promolibro. Valencia, 1996.
14. Herrero, O.; Ordóñez, F.; Salas, A.; Colom, R.: *Adolescencia y comportamiento antisocial.* Psicothema, 2002. Vol. 14 (2): 340–343.
15. Mestre, M.V.; Samper, P.; Frías, M.D.: *Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador.* Psicothema, 2002. Vol 14 (2): 227–232.



## Hace 30 años en la psiquiatría vizcaína

**Oscar Martínez Azumendi**

Servicio de Psiquiatría  
Hospital de Basurto. Bilbao

Sin duda 1977, recientemente conmemorado con ocasión del 30 aniversario de las primeras elecciones democráticas tras la dictadura, fue además especialmente significativo en la Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Ese año, el XIV Congreso de Sevilla propició el relevo generacional que tan importantes consecuencias tuvo para la AEN, en cuanto al modelo clínico, asistencial y asociativo defendido a partir de entonces<sup>1</sup>.

Envueltos por una multiplicidad de conflictos que fueron cristalizando en diversos manicomios a lo largo y ancho de la geografía, la mayoría de socios que se incorporaron a la AEN en aquellos años tenían claro que querían un nuevo tipo de asociación, más acorde con el sentimiento colectivo de necesidad de cambio y oportunidad histórica de iniciar un nuevo periodo asistencial.

En las recientes XXI Jornadas de la AEN, celebradas en Alicante bajo el lema de “salud mental y memoria” tuvo lugar una mesa que reunió a varios de los presidentes de la AEN entre 1977 y 2007, quienes rememorarón las vicisitudes en este tiempo de una asociación interprofesional como la nuestra.

Puede ser una buena oportunidad para preguntarnos cuál era el clima asistencial y lo que sucedía en nuestro entorno más inmediato en aquel año y lo que todo ello deparó para los siguientes. Para ello, apoyándonos en la rememoración de algunos testigos directos, echaremos un vistazo a las hemerotecas vizcaínas (cuyos textos íntegros se reproducen en la página web de OME-AEN<sup>2</sup>) para ver como reflejaban el escenario.

La situación asistencial en Vizcaya a finales de los años 70 era muy deficitaria con importantes limitaciones, tanto en el ámbito estructural como de personal. La insatisfacción laboral crecía en la misma medida que los profesionales se abrían a las nuevas corrientes desistitucionalizadoras y de tratamiento que se extendían a lo largo de occidente.

La prensa resumía así el problema: “Cerca de 800 seres humanos, reclusos en nauseabundas celdas y adormilados por efecto de los narcóticos, esperan la llegada de la muerte en los sanatorios vizcaínos. Pero nuevos niños nacen con irregularidades mentales y Vizcaya no está preparada para recibirles”<sup>3</sup>.



En ese contexto, el 5 de abril de 1977 el personal sanitario de Zaldibar (casi totalidad del personal auxiliar, 2 asistentes sociales y 4 médicos) solicitó al Presidente de la Diputación el cese de la superiora de las religiosas que actuaba como Jefe de Personal. Lejos de investigar las acusaciones realizadas de mala gestión, la respuesta de la Diputación (de quien dependían los servicios psiquiátricos de la época) consistió en el despido de uno de los médicos, inhabilitación a otros tres para el ascenso en tres años, suspensión de empleo y sueldo por dos meses a una asistente social y de la séptima parte del sueldo al resto de los firmantes. Fue el detonante para que el miércoles 18 de mayo, 15 médicos internos de los tres hospitales psiquiátricos de la provincia y uno procedente de la práctica privada se encerraran en el Colegio de Médicos que defendía su postura a la vez que denunciaba el riesgo de prescindir del estamento MIR en los hospitales psiquiátricos.

La Diputación considera la huelga ilegal, despidiendo seguidamente a otros 6 médicos el 23 de mayo, reforzando de esta manera el encierro hasta que no se readmitiera a todos los despedidos. Ese mismo día, los trabajadores de Zaldibar realizan una Asamblea donde deciden realizar un paro, mientras una treintena de sus trabajadores permanecía encerrada en el hospital. El día 24 se despidió a tres enlaces sindicales, mientras que el día 27 lo era el resto de médicos encerrados.

El 28 de mayo, tras solicitarse en sendas asambleas el apoyo de los facultativos de los hospitales de Cruces y Basurto, entre 100 y 200 médicos se manifiestan por la Gan Vía de Bilbao hasta la Diputación, donde se entrevistaban diversos representantes de las partes interesadas. Fruto de estas negociaciones, los Presidentes de la Diputación y del Colegio de Médicos (Srs. Unzueta y Aya Goñi respectivamente) inician una serie de visitas de inspección a los tres hospitales psiquiátricos para observar las posibles deficiencias estructurales

y asistenciales denunciadas y de las que la prensa se hizo eco puntualmente.

Especialmente impactantes fueron un reportaje en Deia<sup>3</sup>, basado en un informe elaborado por los propios MIRs donde se denunciaban las deficiencias de diferentes hospitales, o un artículo publicado en Punto y Hora<sup>4</sup>, que incluía varias fotografías del ruinoso estado del Hospital de Bermeo y el abandono de los allí asilados.

Si bien el conflicto laboral pudo resolverse, la problemática de fondo siguió sin solución y sin un aparente interlocutor en la administración que pudiera asumir la necesaria reforma asistencial. La inquietud de un grupo de 14 psiquiatras procedentes de diferentes ámbitos asistenciales, hizo que durante los primeros meses de 1978 inicien una serie de contactos encaminados a organizarse entre sí. El 18 de Marzo se celebra una reunión en el Colegio de Médicos ampliándose la participación y se constituye una Comisión provisional para organizar y convocar, mediante un carteo a la totalidad de los 88 psiquiatras y médicos en formación en Psiquiatría colegiados y con ejercicio en Bizkaia, la primera reunión general en el Colegio de Médicos.

La reunión tuvo lugar el 8 de abril de 1978, con la presencia de 49 profesionales y la adhesión de otros 10, aceptándose con 48 votos a favor la constitución de la "Asamblea y Comisión Representativa". La Comisión, nacida como embrión de una proyectada Asociación que se insertaría en la Academia de Ciencias Médicas de Vizcaya, buscaba la unidad de acción de todos los sectores psiquiátricos implicados, estando formada por dos representantes por cada uno de cuatro sectores asistenciales, entre ellos dos futuros presidentes de OME-AEN (Valentín Cámara y Fernando Sáenz Sevillano por Sanidad y Seguridad Social; José de Miguel y Pedro Torre por Diputación; Miguel Gutiérrez y Fernando Marquínez por Universidad; Isabel Usobiaga y Begoña Salcedo, que actuó como



secretaria, por la Medicina Privada). Uno de sus primeros pronunciamientos fue mostrarse contraria a la construcción en Zamudio de unas nuevas unidades proyectadas por la Diputación que, yendo en contra de las ideas ya entonces imperantes acerca de la conveniencia de pequeños edificios por comarcas, significaría el hundimiento de la deseada reforma psiquiátrica por más de 30 años.

Seguidamente la Comisión se dirige a los responsables de los cuatro ámbitos representados para presentarse, señalar las carencias observadas y proponer la participación de los profesionales en los proyectos de futuro. Envía escritos a: Presidente del Colegio de Médicos, Presidente de la Diputación, Rector de la Universidad, Subdirector Provincial del Insalud y Consejería de Sanidad de la autoridad autonómica. Todos ellos se hacen eco de la presentación y la aceptan como un elemento de colaboración. Asimismo se envía una propuesta de colaboración al Colegio de Licenciados y Psicólogos.

En paralelo se está desarrollando la crisis institucional en los psiquiátricos con la huelga de Residentes, protestas por las carencias y petición de cambio de Direcciones. La Comisión apoya las expresiones de denuncia de carencias y la necesidad de cambios en algunos ámbitos de la asistencia pública, expresando su intención de no participar en los asuntos internos de las instituciones.

En uno de sus manifiestos, se denunciaba: *“La necesidad de personal adecuado a todos los niveles, la deficiencia de las instalaciones que poseemos, la falta de coordinación existente entre los distintos servicios de psiquiatría que existen en Vizcaya, la escasez de medios y posibilidades de investigación, la insuficiente y no programada actividad docente... conforman una situación asistencial realmente deficiente que, creemos, dificulta enormemente el ejercicio profesional tanto a aquellos que trabajan en instituciones cerradas, como a los que lo hacen en hospitales generales, ambulatorios*

*de la Seguridad Social o práctica privada. Todo ello, obviamente, repercute directamente en la asistencia que debemos al enfermo”*<sup>5</sup>. Mostrando su preocupación por el futuro de la estructura sanitaria psiquiátrica, la Comisión proponía la formación de Comisiones de Trabajo que se encargaran de estudiar los problemas de cada sector para darlos a conocer al entonces Consejo General Vasco, así como reclamaba su derecho a participar en los planes de reforma ante el temor a que esta se realizara de forma impuesta desde unos organismos en los que no se confiaba.

El sábado 27 de mayo se convocaba en el Colegio de Médicos una nueva Asamblea donde se informaba de las gestiones realizadas la mañana anterior con el Sr. Larrañaga (Director del Departamento de Sanidad y Seguridad Social, dependiente de la cartera de Sanidad del C.G.V.) y donde se manifestaron partidarios del sistema de *“Psiquiatría de Comunidad”* como la mejor alternativa para salir de la caótica situación imperante, recibiendo a continuación el encargo de elaborar unas líneas maestras que rigieran la asistencia psiquiátrica coordinada en Vizcaya y posteriormente el País Vasco.

También la tarde anterior el Colegio de Médicos invitó a un miembro de la Comisión a una reunión convocada por la Diputación (que se veía realmente más preocupada y presionada por la huelga de guardias de M.I.R.es), donde además acudieron el Presidente y Secretario del Colegio, el Delegado Territorial de Sanidad, el Presidente de la Diputación y el Sr. Rekalde, de la Consejería de Interior del C.G.V. que propuso la dimisión de todos los directores generales, mientras se aseguraba se tomarían medidas relativas a la gestión nombrándose una o varias personas capacitadas.

En Junio hay una nueva Reunión General siguiendo dos de Comisiones en Julio y Agosto, en ellas se incide en la necesidad de elaborar un Plan General de Asistencia Psiquiátrica para Bizkaia. En Noviembre de 1978 ya se han ela-



borado sus líneas generales y se han tanteado algunos posibles supervisores. Se envía el documento a la Diputación, al Colegio de Médicos y a la Consejería de Sanidad. El Colegio sugiere integrar estas propuestas en el Plan de Salud que se estaba elaborando para Bizkaia, ante lo que la Comisión envía representantes al grupo de trabajo. El 22 del mismo mes tiene lugar una reunión de las tres Diputaciones provinciales que deciden encargar de manera conjunta un trabajo de planificación, de acuerdo también con el Gobierno autónomo.

Al día siguiente, se informa en Reunión General de las propuestas emitidas así como de la iniciativa de las Diputaciones que en ese momento se produce sin previa información a la Comisión de Bizkaia. Durante el mes de Diciembre se producen contactos con el Profesor Julian de Ajuriaguerra, por encargo de estas instituciones que designan un Comité Técnico constituido por Bizkaia por José Guimón y finalmente con él Agustín Ozámiz y Fernando Marquínez. Tanto Guimón como Marquínez venían participando en la Asamblea junto a los profesionales de Basurto y la Facultad de Medicina. El Prof. Ajuriaguerra aceptó el encar-

go, informándose oficialmente sobre todo ello a la Comisión Representativa en una reunión convocada al efecto y abriendo el trabajo del Comité a la participación de los miembros de la Asamblea. El 1 de Febrero de 1979 se celebra Reunión General de la Asamblea en el Colegio de Médicos en la que la Comisión Representativa da cuenta del proyecto autonómico para Plan de Salud Mental.

La Comisión fue perdiendo progresivamente ímpetu y durante 1979 impulsado por el Consejo General Vasco y las Diputaciones Forales, y subvencionado por éstas, se inició un estudio sobre la situación que en aquel momento presentaba la asistencia psiquiátrica de la C.A.V., estudio que fue terminado en 1980, por un equipo formado por los Drs. Guimón, Cristóbal y Arzamendi, y dirigidos por el Dr. Ajuriaguerra. Embrión de la Comisión Asesora de 1982 para la elaboración del Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental<sup>6</sup> publicado el año siguiente.

Agradecimientos: a Maren Hormaza, J. Andrés Martín Zurimendi, Juan Medrano y Begoña Salcedo por la cesión de material documental y recuerdos personales.



---

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Lázaro, J. Historia de la Asociación Española de neuropsiquiatría (1924–1999). *Revista Asoc. Esp. Neuropsiquiatría* 2000; Vol 75 (monográfico).
- 2 <http://www.ome-aen.org/cronicon/1977/crisis77.htm>
- 3 "Grave situación de los psiquiátricos vizcaínos". *Deia*. 28 mayo 1977. p. 7
- 4 "En el psiquiátrico de Bermeo, peor que perros". *Punto y Hora*. 16-22 junio 1977, nº 40. p. 12–16.
- 5 "Reunión de los psiquiatras vizcaínos". *El Correo*. 28 mayo 1978.
- 6 "Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental". Informe de la Comisión Asesora presidida por el Profesor J. Ajuriaguerra. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Gobierno Vasco. 1983.



# A la búsqueda de reconocimiento

Llum Quiñonero

*«En la guerra que peleo  
siendo mi ser contra sí,  
pues yo mismo me guerroo:  
defiéndame Dios de mí».*  
Lope de Vega.

Los primeros días del pasado junio, participé en un Congreso titulado Salud Mental y Memoria, organizado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Profesionales de la Salud Mental. La perspectiva de la salud mental es esencial en el intento de reencuentro con la memoria que nos pertenece. Por inquietante que resulte mirar lo más infame de nosotros mismos, peores diagnósticos origina negar lo ocurrido y abandonarlo en el limbo de lo inverosímil, de lo improbable, de lo inexistente. Porque en ese limbo de lo negado es precisamente el lugar donde lo peor recupera sus fuerzas.

De ese Congreso nació este artículo para Norte.

*«Ustedes me esperarán, ¿verdad?».*  
Ettý Hillesum

Había un limón cortado sobre la cocina y una pequeña mosca daba vueltas. Yo comenzaba a darle forma a este artículo. La memoria colectiva, la memoria social, la memoria individual todas tejidas con trazos a veces homogéneos y hermosos, en ocasiones repletos de zurcidos, de boquetes, de nudos apresurados, cosidos como la misma música, con sonidos y silencios. Comencé a escribir, miraba el limón la mosca y pensaba en una especie de fractal que fuera la memoria, un patrón que se repite con agujeros y formas armoniosas, a veces parece apaciguarse y en ocasiones se precipita, brilla y se oscurece. Esa memoria que nos da sentido y que buscamos, esa madre de la Historia, que nace cuando los historiadores documentan, fechan, sitúan y ponen nombres y apellidos a lo vivido intensamente y que tiene consecuencias colectivas de gran magnitud.

Allí estaba la mosca y yo sin mirarla, la veía. De fondo sonaba Bach.

Entonces salí al balcón y me encontré con mi vecina que me decía que cada día su memoria se parecía más a la de una mosca. La mosca, el tema del día. Traté de persuadirla de su error. Resulta que las moscas, esas que daban vueltas



sobre el limón de mi cocina, que responde al aristocrático nombre *Drosophila melanogaster*, literalmente —Amante del rocío de abdomen oscuro— se han convertido en los últimos años en paradigma de la memoria. Ella, *Drosophila*, como los humanos, está preparada para comportamientos muy elaborados. Uno de esos comportamientos es el cortejo. Hoy se investiga sobre su comportamiento genético y bioquímico. Incluso han viajado al espacio sideral en naves rusas y norteamericanas, ellas que carecen de pasaporte, por ahora.

Las moscas tienen una memoria que les permiten crecer, vivir, reproducirse y no cometer los mismos errores en la vida adulta que en su juventud. Al menos así lo establecen quienes han estudiado con minuciosidad su vida social, su forma de reproducción, el comportamiento de los jóvenes, de los machos, de las hembras y el de los adultos.

Son seres sociales y se desenvuelven en un sistema complejo pero no tratan de contarle su vida a las otras moscas, ni se deprimen, que se sepa. Y no se duelen de falta de reconocimiento. Viven en la felicidad que les proporciona su preciosa memoria, esa que les permite cumplir su tarea que no cuestionan. ¿O sí? No lo sabemos, aunque hay científicos que las escuchan y tratan de averiguarlo.

Pero ¡ay de nuestra memoria! No somos moscas. La sociedad española, pareciera haber entrado en el siglo XXI después de bajarse de una atracción de feria de esas que ponen a la gente boca abajo y les dan vueltas a gran velocidad. Salimos aturridos y contentos de estar de nuevo en tierra firme, pero sin la evidencia de que tal cosa sea verdad. Venimos de un ruidoso y violento traqueteo que nos ha dejado tan exhaustos, que aún apenas nos atrevemos a mirar lo ocurrido. De ahí que aún tengamos una deuda pública, social, histórica y por supuesto también familiar e individual con nosotros mismos, con nuestra memoria. De ahí, que, todavía perplejos, casi sin mirar atrás, nos

tentamos el cuerpo para comprobar que estamos enteros, que no nos falta nada.

¿Podremos sacar provecho de la lección? ¿Convertirnos tras lo ocurrido —como escribe en su diario del campo de concentración de Auschwitz la holandesa Etty Hillesum—, *en seres más sabios, más profundos?* ¿A qué esperamos?

Necesitamos olvidar y necesitamos recordar, todo a la vez y todo en la medida de nuestro propio horizonte. Pero la memoria, pase lo que pase con las conexiones de nuestras neuronas, persiste en algún lugar de nuestro cuerpo, de nuestra mente, igual que ocurre con las neuronas de las diminutas *drosophilas*. No hay modo de vivir sin tal registro del pasado, almacenado en algún lugar aún sin descifrar por quienes escudriñan el cerebro en busca de respuestas. Un pasado que vuelve, que nos da fuerzas, nos ilumina, que en ocasiones nos paraliza y a veces nos enferma.

Recientemente me reuní con varios ancianos de mi familia. Mi madre, mi tío Jaime y mi tío Federico, los tres primos hermanos, compañeros de aventuras y desventuras durante los años de guerra y posguerra en Alicante; hablaron durante horas de sus recuerdos; recuerdos que iban una y otra vez al mismo lugar: la infancia, la guerra, el hambre, las bombas, la muerte y las ganas de vivir. Cada uno relataba los hechos como si se tratara de momentos distintos pero hablaban de lo mismo. Se sorprendían de lo que el otro recordaba y se asombraban de lo que el otro relataba con tanta nitidez porque no recordaba haber estado allí, aunque los otros afirmarían lo contrario. Sus sinapsis eran diferentes por eso diferían sus relatos al extraerlos de la despensa de su memoria. Los tres tenían la certidumbre de que aquellos años de niñez y adolescencia eran el tesoro sobre el que habían construido su existencia, sus errores, sus ambiciones, sus fracasos y sus éxitos.

Son protagonistas de una generación—de una de las generaciones—afectadas de lleno



por la crueldad de la guerra, por el terror de la represión y de la dictadura, con la negación de más memoria que la impuesta, crecidos con orejeras, castigados contra la pared, o en el cuarto oscuro, por desobedientes, temiendo siempre la mano dura como respuesta. Crecieron con la necesidad de no mirar atrás, porque mirar atrás quemaba. No era solo el dolor íntimo, la experiencia intransferible del hambre propia, de haber sido testigos de la muerte, supervivientes bajo las bombas que mataron a otros, de los disparos que acabaron con otras vidas vecinas, familiares... son el resultado de un esfuerzo personal para adaptarse a una forma de supervivencia que les ha permitido seguir vivos cargando con sus recuerdos silenciados. Ninguno de ellos fue perseguido por sus ideas políticas; eran adolescentes durante la guerra y crecieron después, adaptados a la vida que se les ofrecía, son supervivientes que trataron de aprender la lección terrible con la que terminan todas las tragedias. Se aferraron a la vida y avanzaron y sacaron provecho de las escasas posibilidades que se les ofrecieron.

Setenta años después de lo ocurrido, dolidos por la experiencia, a mí me parecían sabios, me parecían profundos porque miraban su biografía sin la angustia de quien niega lo vivido.

Andamos perdidos olvidando, inventando, recordando. A veces somos memoriosos, como Funes, el personaje absurdo de Borges que todo recordaba, y tantas otras estamos enfermos por falta de memoria. La memoria permanece, se dice desde la neurobiología, lo que queda interrumpido en ocasiones son las conexiones que cierran el acceso hasta la información en ese intrincado laberinto que es el cerebro. Nuestra memoria está ahí. Gracias a ella, cada cual y la Humanidad en su conjunto es lo que es. Pero vivimos en sistemas, sistemas de relación que del mismo modo que nuestras neuronas, funcionan por conexiones.

Percepción, historia, memoria y verdad cada una de ellas convertidas en materiales inapren-

sibles con los que se construyen las biografías, los conflictos y sus resoluciones, la política, los sueños, la vida cotidiana y la vida social. Estamos en el territorio de la psicología, de la filosofía, el eterno espacio de la vida que pretende explicarse. Estamos en la búsqueda del equilibrio para sobrevivir de modo saludable; estamos más aún, en el mapa de la vida, construido de incertidumbres y certezas, en la geografía de la memoria que necesita ser nombrada.

Llevo años escribiendo sobre historias silenciadas: imparto talleres sobre memoria histórica, trato de entender y desarrollar los mecanismos que tenemos a nuestro alcance que posibilitan el encuentro, la comunicación, el reconocimiento de lo que somos cada cual y del lugar del otro; de recuperar instrumentos que nos permitan mirar lo silenciado, lo callado, lo ocultado para dar espacio también nuestro propio relato sin negar las otras narraciones. Vencer la rigidez de una memoria congelada, el miedo a que no sea verdad lo recordado, a que nadie dé crédito a lo dicho. La necesidad de mirar la historia propia, me ha conducido a meterme en la vida de los otros. No hay tarea que ejerzamos en la que el yo no se implique profundamente, aunque esa implicación se vista con el traje de la ausencia o de la objetividad.

¿Qué es la memoria histórica? ¿En qué consiste la memoria colectiva? ¿Podemos construir una verdad social que se convierta en la verdad? ¿Qué relación tiene la propia memoria con la memoria de los otros?

No hay modo saludable de afrontar la memoria si no reconocemos el material con el que construimos el relato de nuestra vida. Es precisamente en nuestro propio linaje donde se han encontrado los protagonistas: verdugos y víctimas, a veces las dos fuerzas a la vez, incluso en la misma cama, todos supervivientes a sus propios demonios y a los demonios de los otros. Hablo de las mujeres que nos han parido, las que han puesto el puchero en la mesa cada día en tiempos de escasez, aquellas que



han levantado la vida doméstica, alentando los rescoldos de un fuego que parecía extinguido, también aquellas que han disfrutado de los lujos logrados con el sufrimiento de los otros o con el suyo propio. Hablo de los hombres, los derrotados y los victoriosos, atormentados tantas veces por la culpa, esa culpa que tal vez no sean capaces de nombrar, humillados por la derrota, perseguidos por la humillación de no ocupar el papel para el que estaban llamados o estar allí a costa de tanta negación y tanta sangre. Hablo de quienes han crecido con el peso de un silencio denso a sus espaldas.

“Romper la continuidad con el pasado, querer comenzar de nuevo, es aspirar a descender y plagiar al orangután”, decía Ortega y Gasset en *“La rebelión de las masas”*.

Plagiar al orangután... ni siquiera imitarle, porque el orangután posee sus propias cualidades y tiene su propio abanico de posibilidades y por supuesto, su propia memoria, un recurso elemental para todos los aspectos de su vida y supervivencia.

Como se puede apreciar, de modo magistral, en el relato autobiográfico, *Una Mujer en Berlín*, la actitud de la protagonista cambia y se modula en relación a los acontecimientos que le afectan. El miedo, el dolor, la violencia, el amor modifican sus expectativas, su actitud ante vida. Es capaz de sobrevivir, de afrontar la guerra y la posterior ocupación de Berlín por los rusos, al integrar cada momento, ponerse al frente de sus posibilidades y darle de ese modo continuidad al propio relato. Claro que su testimonio se hace público bajo el anonimato con el que firma su peripecia. Memoria, silencio, necesidad de reconocimiento.

Somos el resultado de lo que aceptamos y de lo que rechazamos. Salimos de un trauma social y socialmente lo afrontamos tantas veces en silencio, como si tal no hubiera sucedido. Nada de lo que nos ocurre queda ajeno a nuestra historia; siempre vuelve al presente en forma de acción, de omisión, de síntoma, de salud.

¿Acaso la lucha armada de ETA en Euskadi no sigue vinculada a esa violencia anterior por lazos que resultan tantas veces tan inexplicables como difíciles de romper, tan inexplicables? ¿Acaso no redundan en un dolor viejo, no convierte a las víctimas en permanentes verdugos, atrapados en un laberinto que se alimenta a sí mismo sin calma, sin sosiego?

La memoria nunca nos abandona aunque queden distorsionados los senderos que nos conducen hasta los recuerdos. La experiencia, la propia y la heredada, conforma nuestra manera de ser, de percibirnos, de comunicarnos. Nos amplía el campo de visión si la aceptamos o lo restringe, lo parapeta si lo negamos.

Somos más neuróticos en la medida que resultamos menos flexibles para integrar en nuestra experiencia los hechos más dolorosos y perturbadores. Tal vez sea ese precisamente uno de los territorios desde los que resulta saludable reclamar el derecho a la memoria propia y a la par, la obligación de reivindicar una memoria colectiva que nos reconozca. Ahí reside uno de los dramas, de los disturbios de nuestra memoria social, la rigidez que sufrimos, dificulta cuando no impide la tolerancia que reclama el reconocimiento de lo que somos. Padece de una especie de neurosis social que ha germinado en cada casa.

Imaginemos una memoria cimbreada capaz de aceptar lo que contiene, la propia experiencia y la heredada; una memoria que se sabe veraz y capaz de convivir con otras memorias diferentes, divergente incluso. Memorias flexibles que no se quiebran cuando otros las niegan. Que no tienen que inventarse para ser. Una memoria profunda, sabia que mira lo que somos capaces de destruir, de crear.

Necesitamos de una sociedad que nos contenga de la misma manera que debemos ser capaces de contener y convivir en ese mar de relatos del que Jerome Bruner dice que es la atmósfera de nuestro vivir. El, desde la psicología



cognitiva, ha teorizado y experimentado acerca de la percepción y sus significados. Un mismo hecho es percibido por cada individuo en relación a sus deseos, valores y necesidades. La experiencia se codifica y se interpreta. Tal es una verdad a la que todos estamos expuestos a diario; y sin embargo a diario tratamos de convertir en una sola verdad lo que es por definición múltiple. Probablemente el asombro sea otro recurso de la memoria para evitar su esclerosis.

La memoria, las memorias, ponen de manifiesto que nuestra mente no es un receptor pasivo; que no hay una realidad sino realidades. Hemos de aceptar que somos en nuestro presente, hombres y mujeres, herederos de nuestros antepasados, de sus pasiones, de sus aberraciones, de su amor a la vida; que somos el resultado de sus esfuerzos, de sus errores, de sus derrotas y también de sus victorias.

No estamos donde estamos como producto del esfuerzo de la última generación educada en la más refinada tecnología que jamás hubo antes en la Historia; no somos el resultado de esa memoria mastodónica que es Internet y que nació en el siglo XX, ella misma originada en la fuerza de la guerra y en la enérgica necesidad de paz ¿Cuál de las dos fuerzas es más poderosa?

Resulta urgente reclamar un espacio para las memorias silenciadas, reclamar un reconocimiento político y social de las experiencias individuales; necesitamos decir en voz alta lo que no fue nombrado, reivindicar el recuerdo de quienes todo lo perdieron, reconocer el dolor y seguir con ello. Sin matar para vivir. Sabernos herederos de una sociedad que se coló en el siglo XXI de puntillas sobre su pasado, de prisa, como corriendo sobre las brasas.

Ha sido a partir del año 2000 cuando la memoria de la guerra y de la represión franquista ha cobrado un nuevo auge y una novedosa perspectiva, avalada por algunos gobiernos autónomos, ciertos ayuntamientos, algunas universidades. Es la tercera generación tras la

guerra quien ahora lleva la iniciativa. Buscan, buscamos sus cuerpos, sus memorias, su reconocimiento. El debate ha salido, en medida, de las trincheras donde estuvo agazapado durante décadas. Hace sólo unos pocos años que se comenzó a hablar con cierto eco público sobre viejas fosas comunes, cadáveres en las cunetas, campos de concentración y de trabajo esclavo en los campos de trabajo para presos, como el Canal de los presos del bajo Guadalquivir, abierto hasta 1962 y tantos otros repartidos por una geografía sin mapas. Comenzaron los pequeños actos de homenaje, se levantaron algunos monumentos, ciertas exhumaciones... Las nietas y nietos de aquellos que murieron, sus biznietos y biznietas están ya ocupando sus trabajos, en la Universidad, amasando el pan que nos comemos y atendiendo los mostradores de los supermercados, se sientan en los Consejos de Administración, en el Parlamento, llevan a sus pequeños al colegio, abren cada día sus negocios y son médicos de guardia en los Hospitales, están en el Tribunal Constitucional, son fiscales y dirigen grandes inmobiliarias. Tal vez, probablemente, pocos sepan de su propia historia; una historia marcada por el silencio envuelto por la voz destemplada del poder total y después por la palabra débil de la prudente democracia que no osó, porque no pudo, llamar dictador al dictador. Este año, por primera vez, se ha recordado de forma pública en Alicante, el fin de la República, la encerrona en su puerto de miles de hombres, mujeres y niños que trataron de ponerse a salvo de la victoria de Franco y a los que no se les permitió embarcar hacia el exilio. Aún balbuceamos el derecho al recuerdo público. Erramos si no reclamamos la memoria desde la lección magistral de la vida. Necesitamos el coraje de Ety Hillesum, de la joven judía holandesa cuando escribió en su diario, en el campo de concentración, entre 1941 y 1943:

“(…) Las amenazas y el terror crecen día a día. Me cobijo entorno a la oración como un muro oscuro que ofrece reparo, me refugio en la oración como si fuera la celda de un con-



vento; ni salgo, tan recogida, concentrada y fuerte estoy. Este retirarme en la celda cerrada de la oración, se vuelve para mí una realidad siempre más grande, y también un hecho siempre más objetivo. La concentración interna construye altos muros entre los cuales me reencuentro yo misma y mi totalidad, lejos de todas las distracciones. Y podré imaginarme un tiempo en el cual estaré arrodillada por días y días, hasta no sentir los muros alrededor; lo que me impedirá destruirme, perderme y arruinarme.”

Y más adelante escribe: “Si llegase a sobrevivir a esta etapa, surgiré como un ser más sabio y profundo. Mas si sucumbo, moriré como un ser más sabio y profundo”.

Su testimonio es la defensa de la vida, esa verdad unánime, indiscutible: la vida tratando de abrirse paso, resistiendo, aceptando cada una de las lecciones que se le brindan.

Trato de mirar lo que tenemos, las múltiples posibilidades que se nos ofrecen a nuestro alcance. Y me parece que escucho a Etty Hillesum. Desde el convoy de la muerte y el exterminio que la llevó a Auschwitz con toda su familia y 938 personas más, arrojó una tarjeta-postal con estas palabras:

«Ustedes me esperarán, ¿verdad?».

Sabemos más de lo ocurrido en Alemania, en Polonia, incluso de los horrores del poder soviético que de lo acontecido tras la victoria de Franco. El pacto de olvido fue el precio de una democracia que no pudo nacer de otra manera. Se blindaron los archivos militares, los judiciales, los municipales, los policiales; muchos documentos se perdieron, se destruyeron... Todo en una legalidad incapaz de sobreponerse al peso de una democracia apresurada que avaló —como afirma el historiador Francisco Espinosa Maestre—, *que la memoria suponía rencor y el olvido, reconciliación*. Pero no hay olvido aunque estén heridos los archivos que acreditan los abusos, la rapiña, las crueldades.

Miro de nuevo mi limón que sigue dando vida a las moscas sabias, felices moscas. Ellas que no sufren por sus recuerdos, aunque si tienen memoria. El siglo XXI esperó a Etty que murió antes de la liberación, en 1943, esperó también a cada una de las mujeres y de los hombres protagonistas de las tragedias que inundaron los hogares españoles por la guerra y por la dictadura.

“Quisiera vivir muchos años, para poder explicarlo posteriormente. Mas si no se me concede este deseo, otro lo hará, otro continuará viviendo mi vida, desde donde terminó”, escribió ella.

Existe un espacio privilegiado en el que caben las memorias, profundo, veraz; es aquel generado por la conducta a través de la cual, como dice el biólogo chileno Humberto Maturana, el otro no es negado, aún en el desacuerdo.

Ese lugar es el amor; esa emoción que tan escasamente tratan los científicos y las ciencias. Maturana afirma que el amor es un fenómeno básico, la emoción que todos conocemos y que constituye la esencia social, así lo dice él. Y si hay algún territorio para el encuentro, es precisamente ese del que habla Maturana: un espacio que nos posibilite recoger el testigo ardiente de la memoria, el reconocimiento profundo de lo acontecido, la aceptación de la trágica y sensacional energía que hace posible y a la vez la vida y la muerte. Podremos así entrar en los archivos blindados también por nuestros miedos y leer, venciendo todos los temores y en voz alta, los nombres de los ejecutores y de las víctimas; a sabiendas de que somos sus semejantes, que probablemente llevamos sus apellidos y somos sus herederos. Podremos después, dejarlos por fin en paz con sus tragedias ya resueltas. Y asumir, con la vida a nuestra disposición, la responsabilidad que nos corresponde con nuestro presente.



Alicante, 13 de junio de 2007

llum@llumquinonero.es



## ***Psiquiatría para el no iniciado***

**Rafa Euba**

Bilbao: Desclée de Brouwer, 2007

Colección Serendipity – Crecimiento Personal

ISBN: 978-84-330-2118-2

Los libros divulgativos sobre Psiquiatría y Salud Mental no son habituales en la bibliografía en castellano, y cuando existen no siempre dan una idea válida sobre la enfermedad mental y la especialidad. Por el contrario, sí son más frecuentes en países de habla inglesa. Tal vez por ello, el bilbaíno Rafa Euba, consultant psiquiatra en Londres, ha emprendido la tarea de escribir un breve y ameno texto que tiene como destinatario, como revela su título, al no iniciado, ya sea afectado directa o indirectamente por la enfermedad, estudiante, profesional sanitario de otra especialidad, o simplemente interesado en el campo de la Salud Mental.

Tras un repaso inicial al cerebro como asiento de los síntomas psiquiátricos y un breve pero denso viaje por la Historia de la Psiquiatría, el autor va desglosando los diferentes síndromes y patologías, así como los tratamientos que se emplean en la atención en Salud Mental. Las descripciones clínicas se acompañan de referencias literarias y cinematográficas que dotan al libro de un ritmo fluido y un tono coloquial que lo hacen ameno y fácil para cualquier lector. Se evitan además en lo posible tecnicismos, cuyo significado se explica en el texto

o a pie de página cuando son imprescindibles. De esta manera, el libro alcanza, con nota, su propósito divulgativo.

La extensión de los capítulos es uniforme, por lo que patologías particularmente graves, discapacitantes o estigmatizantes no reciben una atención especial. Es posible que algunos lectores consideren que se ha perdido una buena ocasión para poner el acento en estos trastornos, pero en un libro que pretende nada más —y nada menos— que dar una visión conjunta de la Psiquiatría y las patologías que atiende no es reprochable la estrategia seguida por el autor. Es posible, también, que haya quien esté disconforme con el respetuoso distanciamiento con que se aborda al Psicoanálisis y en general las terapias de orientación dinámica a lo largo de la obra, pero esta actitud es la coherente con una visión actualizada de la Atención Psiquiátrica en los albores del siglo XXI.

Tal vez el mayor reproche que pueda plantearse es la falta de un repaso tipográfico, defecto éste cada vez más común en una época en la que se confía la forma definitiva de muchos textos a los correctores ortográficos de los procesadores de textos. También hubiera sido conveniente retocar algunas expresiones que suenan demasiado inglesas y que no se corresponden con la terminología utilizada en la literatura psiquiátrica en castellano: detoxificación, manía depresiva, cognitivo-conductista... lo que podría resultar confusional para el destinatario, precisamente no iniciado, del libro. En cambio, otros términos, como retardo psicomotor o desorden, se van haciendo más comunes a lo largo de una traducción tan literal como desafortunada de los correspondientes en inglés.

En definitiva, tanto el tono como el contenido del libro consiguen su propósito divulgativo y lo hacen recomendable para quien desee obtener una visión sencilla (que no simple) y amena de la Psiquiatría.



**Juan Medrano**



## Nos complace anunciar la primera edición en castellano de las Obras Completas de S.H.Foulkes

Para más información pueden dirigirse a los siguientes números de teléfonos y/o correo electrónico:

Dr. Juan Campos: +34744501618 (ext. 93 417 56 59)  
Pere Mir: +349130621 (ext. 93 212 51 01)

Si lo prefieren pueden contactar directamente con la Librería Xorot: +349130621 (ext. 93 415 53 36)

Se presentan por vez primera las obras completas de S. H. Foulkes en lengua castellana. Han tenido que transcurrir casi sesenta años —cincuenta y seis para ser exactos— desde que en la Revista de la Sanidad Militar Argentina apareciera traducido el primer artículo de S. H. Foulkes (“Group Analysis in a Military neurosis centre”). Fue con posterioridad, alrededor de 1956, cuando la editorial Paidós publicó el libro de S. H. Foulkes y E. J. Anthony *Group Psychotherapy. A Psychoanalytical Approach* bajo el poco afortunado título de *Psicoterapia Psicoanalítica de grupo*. Más recientemente (1981) la editorial Gedisa vertió al castellano la última obra de Foulkes, *Psicoterapia grupoanalítica: método y principios*, con un excelente prólogo y una cuidada revisión técnica a cargo del doctor Juan Campos.

Posiblemente, ha sido demasiado tiempo sin poder conocer en la lengua de Cervantes los trabajos de S. H. Foulkes, famoso pionero en el campo de las psicoterapias de grupo y del trabajo grupal y creador, asimismo, del método y la teoría grupoanalíticas.

Afortunadamente, ahora se nos brinda la posibilidad de remediar estos altos de olvidos y

silencios e introducirnos en la lectura de los siempre apasionantes textos foulkesianos.

Quisiera, ante todo, agradecer la ilimitada generosidad de Elizabeth Foulkes, quien en gran medida posibilitó este proyecto editorial al ceder de manera absolutamente desinteresada los derechos de autor para la traducción y publicación de las obras de S. H. Foulkes. El objetivo de Elizabeth iba en la misma dirección que el autor, es decir, que los textos foulkesianos se difundieran a lo largo y ancho de los países hispanohablantes. Su muerte, acaecida en agosto de 2004, tan solo le permitió ver la maqueta en CD del primer libro —Introducción a la psicoterapia grupoanalítica— y desgraciadamente le ha impedido comprobar que sus anhelos serán, en breve, una auténtica realidad.

Debo hacer mención especial a la figura de Dr. Juan Campos, quien no solo alentó desde los inicios esta aventura en cierto modo quijotesca, sino que, gracias a su amistad personal con Elizabeth Foulkes, contribuyó de manera muy especial y decisiva a la viabilidad del proyecto. Por ello, vaya mi más profundo agradecimiento y gratitud.

La traducción de estas obras completas ha corrido a cargo de Javier Guerrero, excelente profesional, que ha sabido de manera magistral adaptar el estilo, en ocasiones repetitivo, de S. H. Foulkes a una prosa castellana amena y fluida.

Quisiera hacer una breve aclaración acerca del contenido de esta obra. Lo que hoy se presenta al juicio de los lectores son los cuatro libros que S. H. Foulkes escribió —solo o en colaboración— a lo largo de su vida. No se incluyen los numerosos artículos aparecidos en diferentes revistas y publicaciones científicas. Por parte del editor existe el firme compromiso de reunir en un quinto volumen una selección de textos escogidos de S. H. Foulkes que abarquen tanto la teoría como el método grupoanalíticos.

**Pere Mir**



## Conciencia, libertad y alienación

Fabricio de Potestad y Ana Isabel Zuazu

**Editorial:** Desclée de Brouwer

**Colección:** Biblioteca de Psicología

**ISBN:** 978-84-330-2150-2

**Prólogo a tres voces:** Luis Yllá, catedrático de Psiquiatría (Universidad País Vasco), Emilio Garrido, catedrático Psicología Aplicada (Universidad Pública de Navarra), Juan José Lizarbe (Parlamentario Foral de Navarra)

**Páginas:** 280



Abandonado a su suerte, sin sentido ni finalidad e indefectiblemente libre, el ser humano se percibe como un ser contingente, frágil y finito. Está ahí simplemente, sin razón alguna ni propósito determinado, obligado permanentemente a elegir entre múltiples opciones, pero sin apelación posible, pues nada inteligible hay escrito en la naturaleza ni en el cielo que guíe su vida. En un mundo de objetos inertes, irrumpe su semejante, una realidad, igualmente libre, que no se deja someter. Se ve así inmerso en un inevitable conflicto de libertades y frente a su trágico final, la muerte. Sólo tiene dos opciones: asumir su condición ontológica y vivir esa pasión inútil que es la existencia o engañarse. Varias son las formas mediante las cuales el ser humano se enajena con objeto de eludir la libertad amenazadora de sus semejantes y maquillar su fatal desenlace. El fóbico camina de puntillas para no provocar la ira de sus semejantes, el histérico se viste con sus mejores máscaras para seducir a su prójimo y evitar los zarpazos de su libertad, el obsesivo trata de controlar, mediante rituales de carácter supersticioso, las supuestamente aviesas intenciones de sus allegados, y el creyente se aferra a un más allá desiderativo, tan irracional como improbable. Todos, en fin, miran de soslayo ante el infortunio y la enfermedad que anticipan la muerte.

**Fabricio de Potestad Menéndez** nació en San Sebastián. Es médico especialista en Psiquiatría y Psicoanálisis. Master en Psicoterapia Analítica Grupal. Es autor de numerosas publicaciones científicas en revistas especializadas y de ponencias y comunicaciones en Congresos de Salud Mental. Ha escrito más de 300 artículos de opinión en diferentes medios periodísticos. Ha publicado dos novelas: *Noche cerrada* (1999) y *El extraño predicador* (2003) y dos libros de opinión: *Nuestra respuesta social e institucional al manicomio de Pamplona* (1991) e *Incursiones en la niebla* (1995). Actualmente es Jefe de Servicio de Psiquiatría y Director del Sector 1-A de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud.

**Ana Isabel Zuazu Castellano** nació en Tudela. Es Psicóloga Clínica, Psicoanalista y Psicoterapeuta Grupal. Autora de numerosas publicaciones científicas y de ponencias y comunicaciones en Congresos de Salud Mental. Actualmente es Psicóloga Clínica del Centro de Rehabilitación de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud.

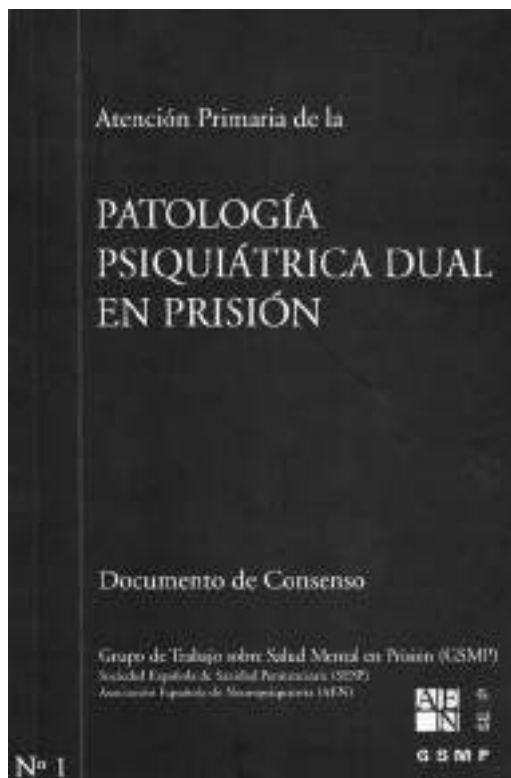




## **Atención Primaria de la Patología Psiquiátrica Dual en Prisión** **Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP)<sup>1</sup>**

DL: Z. 2899-06.

Distribuye Laboratorios Janssen-Cilag



En la época de los consensos y del “políticamente correcto”, un consenso no es otra cosa que una serie de “conocimientos” vertidos en un texto por una serie de autores de “reconocido prestigio” que vuelcan en papel una revisión de ensayos clínicos sacados de nuestro oráculo de Delfos que es Internet. Aquí estamos ante un documento de Consenso.

Hay que reconocer que el mundo en el que vivimos y que todos hemos hecho es, pero antes de ponderar mejor o peor un trabajo, es necesario un esfuerzo de autocrítica por parte de todos, pienso que esto, la crítica, ha sido siempre esencial en el modelo científico de investigación. Estamos ante un trabajo sobre Patología Dual, y tras leerlo hay que pensar que se trabaja con una población clínica difícil, de difícil trato y tratamiento, de gran dificultad para valorar los antecedentes vivenciales y existenciales de las personas, de estos pacientes, en los que encontramos no sólo Patología Dual sino también u otras variables como la falta de voluntariedad o la pérdida de libertad, muchas veces matizadas por el medio ambiental en el que están viviendo, la prisión.

¿Qué pretende el documento? La patología Dual se define como la coexistencia en un mismo paciente, de un trastorno por abuso de sustancias psicoactivas y cualquier otro trastorno psiquiátrico asociado. En el momento actual es uno de los problemas de salud mental más presentes entre la población reclusa. Los casos de internos en los que se asocian ambos diagnósticos y por tanto presentan

<sup>1</sup> El GSMP está constituido por miembros de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP): Mariano Hernández, Rafael Herrera, Cristina Iñigo, Iñaki Markez, Andrés Martínez Cordero, Luis Ortega, Eduardo Ortega Martínez, Gabriel Rubio, Enric Vicens, José Manuel Arroyo (Coord.).



Patología Dual, son un problema de salud mental creciente para la sanidad penitenciaria por su frecuencia y gravedad.

Por lo general, salvo escasas excepciones, en las prisiones españolas no hay un equipo multidisciplinar capaz de ocuparse del tratamiento a medio y largo plazo, de pacientes con trastornos mentales. Estos internos, que con frecuencia necesitan una psicoterapia continuada, no encuentran profesionales especializados dedicados a estas tareas y es el servicio sanitario de los centros, por lo general, el encargado del diagnóstico y tratamiento de la mayor parte de las patologías psiquiátricas.

Muchas veces, la sintomatología que produce un Trastorno por Consumo de Sustancias Psicoactivas puede enmascarar un trastorno mental asociado, sobre todo si se relaciona con un comportamiento claramente inadaptado. Este documento pretende que el profesional de la salud que atiende a este tipo de reclusos, piense en esa posibilidad y descarte la presen-

cia de una Patología Dual en este tipo de pacientes.

A pesar de que esta formación del personal sanitario penitenciario es especialmente amplia en materia psiquiátrica, en problemas complejos como la Patología Dual, siempre es útil tener a mano una guía que renueve conocimientos, proponga pautas prácticas de actuación adaptadas al medio siempre complejo de la prisión y aporte bibliografía para que aquellos profesionales más interesados puedan profundizar en el manejo de estos casos.

Este documento se estructura en una primera parte con conceptos resumidos y pautas simples y claras, a la que sigue una segunda parte en la que se desarrolla con mayor profundidad los temas planteados y que está pensada para los lectores más interesados en esta materia. Este sencillo librito es un buen recurso para la reflexión y para actuar en consecuencia, siempre aprenderán.





## ***El museo vasco de Historia de la Medicina y de la Ciencia “José Luis Goti” celebra su 25 aniversario***



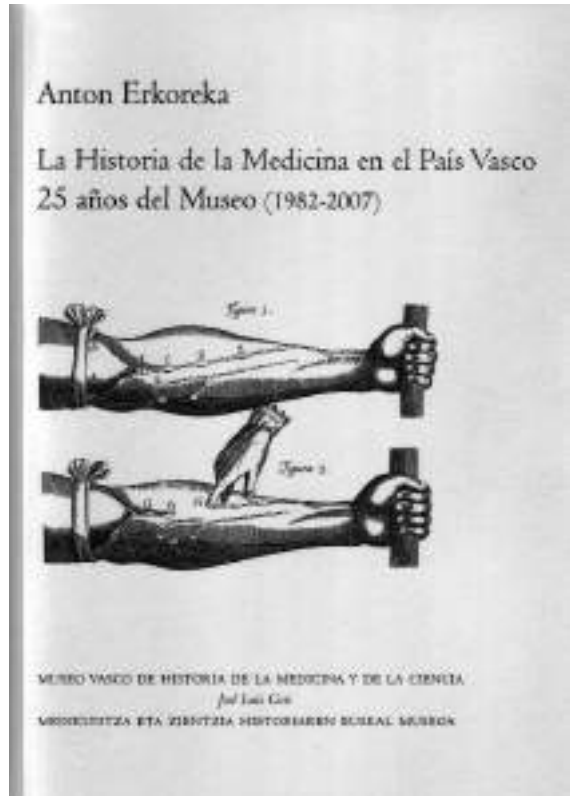
José Luis Goti, José Miguel de Barandiarán y Julio Caro Baroja en un acto académico del Seminario (18 junio 1983).

Son varios los actos conmemorativos celebrados recientemente en honor del Museo vasco de Historia de la Medicina y de la Ciencia, destacaremos el que tuvo lugar en el seno de las Jornadas Traspirenaicas de Historia de la Medicina (Hendaye-Bilbao) o el homenaje al Dr. Jose Luis Goti por la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Del mismo modo, nosotros queremos honrar sus bodas de plata oficiales tras su inauguración el 25 de mayo de 1982 siendo su fundador el Dr. D. José Luis Goti Iturriaga, de quien toma su nombre.

Concebido como museo de Historia de la Medicina, aloja también otros materiales relacionados con la tecnología y ciencias naturales. Todo ello en un ya hace tiempo insuficiente espacio de 1.520 metros cuadrados, distribuidos en 5 salas ubicadas en la Facultad de Medicina y otras 19 en el edificio central de bibliotecas de la Universidad en Leioa. Sus inicios se remontan a 1974, cuando la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao posibilitó su desarrollo embrionario. Seguidamente, en 1979, se fundó

el “Seminario” en la Facultad de Medicina de Bilbao, abriéndose una primera sala para recibir las iniciales donaciones que a lo largo de este cuarto de siglo han alcanzado un patrimonio científico y bibliográfico excepcional. Su historia más detallada ha sido publicada también con ocasión del aniversario por su actual director, el Dr. Anton Erkoreka.

La actividad, muy condicionada por la limitada dotación presupuestaria con la que cuenta y que ha obligado recientemente a diferentes recortes en sus recursos, es preferentemente científica, docente, cultural y museística, pero no descuida además la labor editorial, bibliográfica, informática y de intercambio de documentación con otros museos. De sus memorias puede extraerse que anualmente es visitado por entre 5.000 y 6.000 personas, consultan sus fondos unos 50 investigadores y realizan allí sus prácticas 200 universitarios anualmente, publicándose uno o dos volúmenes cada curso académico. Sin duda, todo ello, junto al deber social que tenemos de preservar nues-



tra Historia colectiva, es el principal motivo que nos anima a reclamar para el Museo una asignación presupuestaria más acorde con su función y cometidos.

En línea con otra serie de exposiciones temporales realizadas con anterioridad, durante mayo y junio de 2006 y con ocasión de la celebración en Bilbao del XXIII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, se abrió al público la exposición "Stultifera Navis". La muestra, a través de diversos objetos, documentos y libros, proponía un recorrido imaginario por la historia de la enfermedad mental y su terapéutica. La edición de un catálogo trilingüe explicativo de los diversos artefactos ha permitido además mantener la exposición de forma virtual en las páginas web de la Universidad y OME-AEN. Ojalá fuera ésta la matriz de

una sección museística que en el futuro se ocupara del devenir histórico de la salud y enfermedad mental en particular, así como de las instituciones que se han visto implicadas en su atención. Saben que cuentan con el apoyo de nuestra Asociación que, tanto a través de la revista Norte como de la página web y dentro de sus posibilidades, desde hace tiempo se viene ocupando de incluir en sus contenidos algunos materiales de características históricas.

- De acceso libre, el museo permanece abierto los laborables de 12 a 14 horas, pudiendo también concertarse visitas colectivas llamando al teléfono 94 601 2790 o al 94 601 2270. Más información en: <http://www.ehu.es/museo>



**Oscar Martínez Azumendi**



# Agenda

- 24–29 de septiembre** ..... **Santiago de Compostela**  
XI Congreso Nacional de Psiquiatría: *Los caminos de la psiquiatría en el siglo XXI*  
[www.psiquiatriasantiago07.es](http://www.psiquiatriasantiago07.es)
- 18,19 y 20 de octubre** ..... **Auditorio Universidad de Deusto. Bilbao**  
III Congreso Nacional de PsicoOncología, organizado por Sdad. Española de Psico–Oncología  
Secretaría: [pernetas@hbas.osakidetza.net](mailto:pernetas@hbas.osakidetza.net)
- 24 de octubre** ..... **H. de Galdakao. Bizkaia**  
I Jornada sobre Drogodependencias  
Organiza Hospital de Galdakao y SMEB, Osakidetza
- 22 y 23 de noviembre** ..... **Palacio Euskalduna. Bilbao**  
X Jornadas de Rehabilitación del Hospital de Zamudio  
Secretaría: Hospital de Zamudio
- 22 a 24 de noviembre** ..... **Madrid**  
XII Curso Anual de Esquizofrenia: *“Psicosis y Relaciones Terapéuticas”*  
[www.cursoesquizofreniamadrid.com](http://www.cursoesquizofreniamadrid.com)  
Secretaría: 91 531 94 49; E-mail: [sec.tecnica@cursoesquizofreniamadrid.com](mailto:sec.tecnica@cursoesquizofreniamadrid.com)
- 22, 23 y 24 de mayo de 2008** ..... **Girona**  
XXII Jornadas Estatales de la AEN  
[www.asoc-aen.es](http://www.asoc-aen.es)

# 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 2.007. 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 12, 48950 ERANDIO, Bizkaia.

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

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

con título de .....

que desempeña en (Centro de trabajo) .....

y domicilio en ..... Población .....

C.P..... Provincia ..... Teléfono ..... Correo electrónico .....

SOLICITA:

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

D. ....

D. ....

Fecha...../...../200..... (y firma de los 2 miembros)

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

Nombre ..... Dirección .....

BANCO/CAJA DE AHORROS ..... Sucursal .....

Cuenta nº ..... Población .....

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

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

Firma