



*Asociación
Castellano
leonesa de
Salud Mental*

Perder el tiempo

F. Colina Pérez

¿Cómo sabemos lo que creemos saber?

J. A. Espina Barrio

Prevención secundaria de la tartamudez

J. A. López Villalobos - F. Ruiz Sanz - M^a I. Sánchez Azón

Encuentro de Avila:

La Salud Mental y lo sanitario

n.º **2**
JUNIO 30

boletín

Junta directiva de la
Asociación Castellano-Leonesa
de Salud Mental

Y
Miembro de la Asociación
Española de Neuropsiquiatría

Presidente:

Ramón Esteban Arnáiz

Vicepresidente:

Antonio Uría Pérez

Secretario General:

Antonio Sáez Aguado

Tesorera:

M^a del Carmen Fernández Verde

Vocales:

Antonio Vecino Gallego

M^a del Rosario Palomo Álvarez

M^a Paz Castro González

M^a del Pilar de la Viña Guzmán

Comisión de Asistencia y Docencia:

Jesús Alonso de Vega

M^a de los Angeles López Peña

Esperanza González Marín

Inmaculada López Alija

Fernando Colina Pérez

José Antonio Espina Barrio

Comité de Redacción:

Esperanza González Marín (Coordinadora)

Félix López Sánchez

Antonio Pérez Urdániz

José M^a Álvarez Martínez

M^a Carmen García Pérez

Jesús de Dios Pacios

Ramón Esteban Arnáiz

M^a del Rosario Palomo Álvarez

Jorge Arévalo Ferrera

Antonio Uría Pérez

SUMARIO

Editorial _____ 2

Carta de Cumpleaños _____ 3

Sección colaboraciones:

- Prevención Secundaria de la Tartamudez _____ 4

- ¿Cómo sabemos lo que creemos saber? _____ 11

- Perder el tiempo _____ 17

Sección Casos Clínicos:

- Síndrome de Munchausen:
a propósito de un caso _____ 22

Dossier:

Encuentro de Avila: La Salud Mental y lo Sanitario

Presentación _____ 28

- Epistemo ¿qué? de la Reforma _____ 30

- Epistemología, Medicina y Psiquiatría _____ 33

- Conclusiones del 1er. debate _____ 39

- Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en los
Hospitales Generales _____ 41

- Oro y barro de la Reforma Psiquiátrica _____ 44

- Conclusiones del 2º debate _____ 57

Páginas de la Asociación:

- Conclusiones de las Jornadas de Salud
Mental Infante Juvenil _____ 59

- Resumen de la Asamblea de la Asociación _____ 60

- XIX Congreso de la Asociación Española
de Neuropsiquiatría _____ 61

- III Congreso Estatal de la Infancia Maltratada _____ 62

- VII Congreso Nacional de la Asociación Española
de Terapéutas de Autismo y

Psicosis Infantiles _____ 63

Varios:

- Boletín de Inscripción en la ACLSM _____ 65

- Normas para la recepción de publicaciones _____ 67

El Comité de Redacción de la revista no asume necesariamente las opiniones e ideas vertidas sobre estas páginas, responsabilizándose de las mismas, en todo caso, los firmantes de los artículos publicados.

E

ditorial

Al cierre de la edición parecen acumularse acontecimientos que se verán cumplidos cuando este número del Boletín llegue a manos de los lectores: la aprobación de la Ley de Ordenación del Sistema Sanitario por las Cortes Regionales, la convocatoria de elecciones para la Junta de Gobierno de nuestra Asociación, y las Elecciones Generales.

La Ley de Ordenación del Sistema Sanitario regional merece un análisis profundo y riguroso que lo recientísimo de su aparición y el espacio de este "Editorial" no permiten hacer ahora. El Comité de Redacción, sin embargo, se propone abordar este tema en el próximo número, e insta a los asociados a dirigirle sus impresiones para poder ofrecer una panorámica amplia de cómo haya sido recibida dicha normativa por los distintos profesionales de la Salud Mental.

Respecto a nuestras elecciones asociativas, cabe esperar se produzca una renovación de la Junta Directiva (y así lo desea la saliente), de forma que se aporten nuevas ideas y procedimientos, se generen grupos de trabajo y debate, y se compartan entre los asociados las responsabilidades y tareas necesarias para que la ACLSM sea un organismo vivo a lo largo del tiempo, y no sólo con motivo de las Jornadas anuales. Todo esto está, finalmente, en manos de los socios y no de los directivos.

En cuanto a las Elecciones Generales, formularemos el deseo de que el Gobierno que resulte de ellas manifieste un auténtico interés por llevar a cabo pronto y adecuadamente los muchos elementos pendientes que afectan a la Reforma Psiquiátrica. No corren buenos tiempos para la asistencia pública: los partidos políticos parecen cada vez más proclives a verla con "óptica de empresa", olvidando que lo que puede ser bueno estrictamente para algunos aspectos de la gestión puede ser también muy nocivo para los objetivos de una atención a la salud que se pretendía (la L.G.S. es de 1986) progresista. El discurso de los índices y del dinero no siempre resulta armonizable con el de una asistencia pública, universal, gratuita y de calidad.

Cuando este Boletín salga a la calle los asociados habrán elegido a su Directiva y los ciudadanos a sus gobernantes. Y la Asociación deberá seguir manteniendo su conciencia crítica y desarrollando su capacidad de trabajo para cumplir los objetivos que, tradicionalmente, han dado sentido a la A.E.N. y a sus Autonómicas: "... contribuir un mayor y mas profundo conocimiento de las ciencias de la salud mental y velar por el continuo compromiso de tales ciencias con la realidad, de tal modo que el saber alcanzado repercuta directa y prácticamente en la transformación y mejora de la asistencia psiquiátrica..."

Esto exige tres cosas: ver, pensar y contarlo. Las páginas de esta revista, que ahora cumple un año, han querido y pueden ser un instrumento para que los asociados contribuyan a esa tan necesaria como permanente transformación de la realidad asistencial.

Castilla y León, mayo de 1993

C *arta de Cumpleaños*

Nuestro Boletín cumple con este número un año de vida y, como todo ser en evolución, ha pasado por un proceso natural de desarrollo y maduración: ensayos, titubeos, cambios, errores...

El principio motor que nos guió al crearlo fue favorecer la existencia de vehículos de comunicación entre los afiliados de una Comunidad tan extensa como la nuestra: que pudiéramos conocer las actividades de nuestros compañeros, sus opiniones, sus vivencias, sus filias y fobias...

Los cumpleaños dan siempre lugar a reflexiones. Esperamos que de nuestro recorrido anual (con todo lo que haya tenido de bueno y malo), de la inminente renovación de la Junta Directiva y de vuestras futuras colaboraciones, surjan nuevos cambios, nuevas líneas para nuestro Boletín hasta que su coherencia y madurez nos llenen de orgullo.

Nuestro agradecimiento a aquellos que tuvisteis que trasladaros para discutir hasta la saciedad los más nimios detalles, a los que aportaron su sabiduría a tiempo para sacar el siguiente número, a todos los que habéis soportado nuestros errores y nos habéis leído y acompañado durante todo el año.

Gracias a todos y felices futuros cumpleaños, Boletín.

La Redacción

Prevención secundaria de la Tartamudez

José Antonio López Villalobos Francisco Ruiz Sanz M^a Isabel Sánchez Azón

El presente análisis define la etiología más frecuente en la tartamudez funcional, que se inicia en el período denominado tartamudez del desarrollo, fisiológica y/o evolutiva, enfatizando la necesidad de un trabajo en prevención secundaria que englobe los principios del modelado, extinción y refuerzo, para solucionar en su origen un trastorno de difícil tratamiento cuando está plenamente instaurado.

Palabras clave: Tartamudez, disfemia, prevención secundaria y tartamudez del desarrollo

INTRODUCCION

Según la OMS, la salud es un estado de completo bienestar biopsicosociológico, y la concepción ecológica de la salud concede un papel relevante a los aspectos psicosociales, enfatizando los preventivos y de educación para la salud. Los profesionales de Atención Primaria de Salud, en una nueva concepción comunitaria y con el apoyo de los profesionales de Salud Mental, comienzan la realización conjunta de programas y protocolos en materias relacionadas con la infancia, entendiéndola como período evolutivo que tiene su propia dinámica, contexto sociofamiliar y forma específica de expresión en la salud y en la enfermedad.

Si resulta importante la atención a este período en el plano asistencial, no lo es menos el margen de la prevención, tratando de dotar a los individuos y a la comunidad de competencias para resolver sus propios problemas, según el modelo propugnado por Costa y López en "Salud Comunitaria" [1].

Resulta ser éste el contexto ideológico en el que enmarcamos nuestro artículo sobre la prevención secundaria de la tartamudez, entendiéndolo que su difusión hacia profesionales que atendemos a población infantil, será de utilidad.

La tartamudez o disfemia es un fenómeno secular y universal, ocurre y ha ocurrido siempre en todos los lugares del globo, existiendo claros antecedentes históricos.

SUMMARY

Secondary prevention of the Stuttering

This analysis defines the most frequent etiology in the functional stuttering that begins in the so called development stuttering period physiological and/or evolutionary, emphasizing the need of a secondary prevention work, which includes the modeling, extinction and reinforcement processes in order to solve in its origin a hard treatment disorder when it is fully settled.

Key words: Stuttering, stammering, secondary prevention and development stuttering.

Tartamudos famosos fueron Aristóteles, Esopo, Demóstenes, Virgilio Marón, Desiderio Erasmo, el príncipe don Juan, Carlos I, R. Darwin, Anatole France, San Carlos Borromeo, Torcuato Tasso, el

emperador Claudio, Louis II, Eduardo VII o Jorge IV de Inglaterra. Fue Moisés la primera persona que dejó constancia de su disfemia; Exodo 4:10 " Señor, yo no soy hombre de palabra fácil...aún ahora se me traba la lengua ".[2].

Las explicaciones y terapias para la tartamudez fueron muy diversas; lo que nos hace pensar que el tema era preocupante siglos atrás y que, por su variedad, no existía técnica eficaz. Encontramos cómo Aristóteles pensaba que se trataba de un fallo lingual y que la lengua era demasiado lenta para guardar el ritmo de las ideas; Mercurialis, en 1584, opinaba que la lengua era demasiado húmeda y utilizaba terapia desecante para sus desafortunados enfermos; aunque peor suerte corrían los de Dieffenbach [3] por el 1845, quien, por los "avances de la ciencia", alcanzó triste fama por sus dolorosas operaciones, a menudo mortales, extirpando trozos de lengua en forma de cuña o haciendo cortes en la raíz de la misma. Terapia más "alegre" era la de Francis Bacon, que aplicaba vino caliente para volver más móvil la lengua, observando buenos resultados momentáneos; o Demóstenes, cuya terapia, más molesta y aplicada consigo mismo, consistía en masticar guijarros a medida que impartía sus largas oratorias y/o vociferaba compitiendo con el sonido de las olas del mar. Otros "pacientes" eran susceptibles de extirpación de amígdalas en el siglo XIX en Gran Bretaña, y hay un largo etc. de actuaciones poco recomendables.

Tras estas reseñas históricas referiremos que actualmente existen técnicas muy variadas, y algunas de ellas eficaces, en la reducción de la disfemia, que afecta a un número variable de personas en función de las diferentes estadísticas.

Encontramos un 1% de prevalencia en el DSMIII [4] y un 5% en el DSMIIIR [5]. Eugene Cooper [6] y Van Riper [7] observan un 5% en la población infantil, y V. Martín Pérez [8] en 1987 encuentra un 2% en la población de 2-19 años de una muestra de 4.669 personas en Castilla y León.

En nuestra Unidad de Salud Mental, observamos un 5% de la población infanto juvenil que acude a consulta y en el extremo nos encontramos

con Johnson [9], que refiere un 20% entre los cinco y catorce años.

Este conjunto de datos, por su heterogeneidad, nos indica la utilización de diferentes criterios para evaluar la tartamudez, en cuanto a su definición o edad de aparición; aunque si tomamos el índice mas bajo del 1% nos encontramos con la cifra aproximada de que 400.000 Españoles padecerían disfemia, de los que 300.000 probablemente serían varones [Dinville. Proporción por sexo 1/3] [10].

Todo ello nos habla de variabilidad definitoria, histórica, terapéutica y estadística. Sólo en un punto existe acuerdo : "Tratando la tartamudez en su origen, su reducción puede ser completa". De ello hablaremos en el apartado final de este artículo.

CONCEPTO DE TARTAMUDEZ

Tratándose de un concepto relativamente simple, no siempre es bien definido y diferenciado de entidades diagnósticas similares, por lo que consideramos de interés precisarlo como base para la intervención preventiva adecuada sobre la disfemia.

Científicamente se le ha denominado espamofenia, laloneurosis, psellismo y en la actualidad muchos autores utilizamos indistintamente tartamudez o disfemia, como puede observarse a lo largo de este artículo.

La tartamudez es definida por la CIE 10 de la OMS [11], como un trastorno del habla caracterizado por la frecuente repetición o prolongación de sonidos, sílabas o palabras y/o por paros frecuentes, dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla. Este concepto es similar al del DSMIII-R [5] y al del Dr. Perello [12], quien incluye el síntoma asociado de angustia y/o logofobia en la disfemia.

Fiedler [13] distingue dos tipos de tartamudez : Tónica y Clónica. La tartamudez tónica se define por espamos relativamente prolongados de la musculatura de la fonación, [..p..p..palo] y la tartamudez clónica se caracteriza por contracciones más breves de la musculatura vocal, que se suceden rápidamente, [pa.pa.palo]. La tartamudez

que tiene ambos tipos de síntomas, se denomina tónico-clónica o mixta.

En cuanto al diagnóstico diferencial, conviene distinguir la disfemia de dos entidades que pueden dar lugar a confusión, como la taquifemia o la disartria.

La taquifemia, también denominada lenguaje confuso [5] y farfuleo [11], es un trastorno de la fluidez verbal que afecta a la frecuencia y al ritmo del lenguaje y que se caracteriza por su rapidez y escasez de inteligibilidad. Se diferencia de la tartamudez por su mayor rapidez, menos repeticiones o indecisiones, mejora de la dicción en situaciones de sobrecarga y empeoramiento con escasa responsabilidad en la comunicación. Leen mejor un texto desconocido que conocido, no existe miedo a determinados sonidos y la conciencia de la alteración falta casi siempre. En la tartamudez ocurre lo contrario en los aspectos mencionados, aunque puede darse junto a la taquifemia.

La disartria se traduce en dificultades de expresión del lenguaje debidas a trastornos del tono y del movimiento de los músculos fonatorios secundarios a lesiones del sistema nervioso; [12]. La disfemia se diferencia en que la dicción defectuosa no es constante a través de las diferentes situaciones y no está relacionada con alteraciones lesionales como la disartria.

El tartamudeo también debe diferenciarse de los tics, que sólo son fenómenos acompañantes, y de otros trastornos neurológicos que producen disritmias en el habla [11].

ORIGEN DE LA TARTAMUDEZ

Aunque puede originarse por otros conceptos, momentos evolutivos y/o circunstancias vitales, en el presente artículo sólo nos interesa comentar la etiología más frecuente de la tartamudez funcional, puesto que sólo ante tal evento aplicaremos los principios o pautas que posteriormente definiremos sobre la prevención secundaria.

La explicación etiológica comienza con observaciones como las de Froeschels [14], Fiedler [13]

o Andrew-Harris [15], quienes aluden a una tartamudez fisiológica o evolutiva que ocurre en torno a los 30 meses en un amplio porcentaje de niños (que Froeschels [14] fija en el 70%) coincidente con un periodo de aprendizaje y desarrollo del lenguaje. Los síntomas son similares a los descritos en la tartamudez, a modo de repeticiones de sonidos, sílabas o vocablos, y suele extinguirse o desaparecer en condiciones favorables en muchos de esos niños.

Cuando las condiciones sociofamiliares son menos favorables estamos ante el origen más frecuente de la disfemia siendo el momento en que algunos padres comienzan a obsesionarse con el lenguaje de sus hijos y a presionarles para que consigan una dicción correcta y/o una fluidez que el niño no puede lograr. En estas circunstancias el niño comienza a tomar "conciencia" de que el lenguaje es algo complicado, y se inicia en una cierta ansiedad ante el mismo, intentando hacer voluntario algo que por naturaleza es automático: Si intentáramos hacer de forma totalmente voluntaria cada uno de los complejos movimientos fonatorios que necesitamos para hablar, seguramente tartamudearíamos.

Entre los autores que apoyan esta hipótesis tenemos a Johnson W. [13] con su teoría diagnóstica, quien afirma que "la disfemia surge con su diagnóstico y sólo después de él". De este autor es la frase de que "el tartamudeo comienza en el oído del padre, no en la boca del niño". Otros autores aluden a que "los padres enseñan a tartamudear". Cuando la familia se da cuenta y "diagnostica" el tartamudeo, comienzan las críticas por la dicción defectuosa, las comparaciones, el colocarlo en situaciones sociales comprometidas y la insistencia en que hable bien, se tranquilice o articule de determinada forma. Todo ello con expresión angustiada. A través de estos medios el niño toma conciencia de sus disfluencias, siente ansiedad y, como refiere Fisch-Weckland-Segal [14], intenta controlar algo que por naturaleza funciona por sí mismo, fortaleciendo el proceso disfémico.

Viktor E. Frankl [15], explica un fenómeno similar a través de la intención paradójica, refiriéndose al hecho de que "la hiperintención estorba aquello que se desea". Paradójicamente, los intentos del niño por hablar bien aumentan el número de bloqueos.

Sintetizaremos la evolución posterior de la tartamudez bajo los auspicios de la influencia interactiva de factores fisiológicos, conductuales y cognitivos, que pueden favorecer, en grado variable, el establecimiento y mantenimiento del problema. La cada vez más clara "toma de conciencia" del patrón de tartamudeo va originando más ansiedad en el niño, incremento de la tensión electromiográfica de los músculos fonatorios y stress ante circunstancias de dicción.

Llegados a este punto dejamos constancia de las opiniones de algunos autores como Friedman [16] al definir que "la tartamudez es la descon-fianza básica de una persona en su propia capa-cidad como hablante"; mientras que Bloch [13] indica que la disfemia es todo aquello que el tartamudo hace por evitar la tartamudez, y Santacreu [17] precisa que llegamos a la ins-tauración de la disfemia cuando los niños ponen en marcha mecanismos para no tartamudear, incre-mentando el número de bloqueos.

Santacreu refiere que entre estos mecanismos tendríamos: decir muchas palabras sin pararse, inspirar al hablar, hacer fuerza con los músculos fonatorios y/o tomar carrerilla repitiendo las sílabas o palabras anteriores a la anunciada, e hipotética disfluencia.

En el establecimiento y mantenimiento del problema, no podemos dejar de reseñar, en posición interactiva, a las variables cognitivas. Así A. Rodríguez y Mark Beyebach [18] refieren que el tartamudo elabora bajas metas de fluidez verbal, evitando determinadas situaciones y generando expectativas de ineficacia e incontrolabilidad sobre el habla, con un estilo de procesamiento selectivo.

Finalmente la tartamudez va extendiéndose, condi-cionándose y generalizándose cada vez a más situaciones como el teléfono, desconocidos, mag-netófonos, instituciones oficiales...etc, así como a todo aquello que signifique responsabilidad en el habla y obligatoriedad en la comunicación.

Sheehan [19] se aproxima a este último concepto, señalando que el tartamudo sólo tiene problemas cuando teme comprometer su "sí mismo".

Cuando la tartamudez se ha consolidado claramente y ha llegado a los puntos especificados con anterioridad, requiere de tratamiento específico por un profesional especialista del lenguaje, que frecuente-mente es costoso en tiempo y dedicación. Todo ello es mucho más sencillo si abordamos el fenómeno de la tartamudez en su origen y con ello entramos en la prevención secundaria de la tartamudez.

PREVENCIÓN SECUNDARIA DE LA TARTAMUDEZ

Uno de los factores prioritarios en cualquier acción de salud es evitar que la enfermedad aparezca, poniendo los medios para que no se inicie [prevención primaria] o tratar de atajarla en sus momentos iniciales [prevención secundaria].

Nuestro modelo propugna intervenir cuando el problema se encuentra en sus momentos iniciales, a los que hemos denominado tartamudez del desarrollo, fisiológica o evolutiva.

Se trata de educar a los padres en un conjunto de pautas que implican conceptos como el modelado, la extinción y el refuerzo, favoreciendo su acción como coterapeutas según un modelo de competencia.

Uno de los objetivos más importantes es que el niño no adquiera conciencia del patrón de habla irregular, por lo que la información terapéutica se impartirá en ausencia del niño, aunque podemos modelar posteriormente la intervención en presencia de la familia.

Las pautas de actuación deberán ser co-nocidas por el entorno sociofamiliar de "adultos" próximo al chico, para evitar acciones contra-dictorias, y se realizarán, concretamente, en niños con tartamudez evolutiva, menores de cinco años y sin clara conciencia de las disfluencias.

Las sesiones de seguimiento son importantes para contrastar los resultados y atender a aquellos casos "mínimos" en los que la evolución no fuera positiva, los cuales deberán ser atendidos por un profesional especialista. Debemos alentar a la familia para que siga las pautas de actuación con

tranquilidad, incluso ante las pequeñas recaídas, que sólo empiezan a ser preocupantes en niños con clara conciencia del tartamudeo y que siguen la evolución del establecimiento y mantenimiento de la disfemia comen-tada en el apartado dedicado a etiología.

Comentaremos inicialmente lo que no debe hacer la familia y posteriormente aquello que sería deseable realizar.

LO QUE DEBEMOS EVITAR

1. Criticar su forma de hablar o castigarlo por no hacerlo correctamente.
2. Interrumpirle cuando tiene disfluencias o terminarle las palabras.
3. Comparaciones negativas con otros niños y burlas en forma de imitaciones jocosas.
4. Demandas exageradas o preguntas frustrantes que no puede responder: ["por qué no hablas más despacio", "por qué no te arrancas"].
5. Ponerle en situaciones sociales comprometidas o presionarle para que hable ante quien no desea hacerlo: ["que cante, para ver si le quitamos el miedo"].
6. Indicarle cómo debe hablar. Si no le presionamos, aumentará la confianza en su dicción.

LO QUE SERIA DESEABLE HACER

1. Hacer "oidos sordos" a la tartamudez fisiológica y escucharle con tranquilidad. Que no tenga la sensación de tener un tiempo límite para hablar.
2. No prestar atención a los fallos de dicción y reforzar el "contenido" de lo que se habla. En estos casos es más importante "lo que dice", que "cómo lo dice".

3. Reducir la excesiva responsabilidad en la comunicación, hablándole y permitiéndole hablar en todo momento y en variadas circunstancias.

4. Hablemos mirándole a la cara y dando ocasión a la respuesta. No hacerlo viendo la televisión, con la radio puesta o haciendo varias cosas a la vez, pues ello puede ser interpretado como falta de escucha o inatención, poniéndose nervioso y tratando de hablar más rápidamente, ante la hipotética, y anunciada como inminente, pérdida de interlocutor.

5. Cuando el niño esté excitado hablémosle con tranquilidad: ("vamos al cuarto a hablar...", "Toma un vaso de agua y cuéntamelo...").

6. Utilicemos un adecuado "modelo" de habla. Hagámoslo despacio, sobre todo cuando tenga dis-fluencias, y probablemente terminará imitán-donos sin tomar conciencia de su patrón irregular. Cuando hablemos con calma y lentamente, utilicemos entonación y prosodia, para no dar la impresión de que estamos enfadados.

7. Creemos situaciones agradables de juego y comunicación que reduzcan la conciencia del tartamudeo y la excesiva responsabilidad en la dicción, (.muñecos de guiñol, representación de papeles, pantomimas, juegos con amplios movi-mientos corporales o gesticulatorios, juegos ritmi-cos...).

8. Estimular los aspectos positivos de su persona. El refuerzo social es para el niño como el aire para la vida, haciéndole ganar en seguridad y confianza en sí mismo. Todo ello ayudará a descentrar la atención en las disfluencias y favore-cerá el desarrollo de su personalidad.

DISCUSION

Aunque podíamos haber terminado el artículo en el epígrafe anterior, consideramos que existen tres aspectos o variables sobre los que deseamos dejar constancia.

El primer apartado se refiere a que la validez clínica de los datos aportados viene avalada por la

literatura científica y nuestra propia experiencia profesional, en la que de 34 casos tratados, solamente dos no evolucionaron positivamente, con un seguimiento de 18 meses (fueron tratados posteriormente, con técnicas sencillas). El éxito, considerado como "no disfluencias", alcanzó al 94.1%, lo que resulta notablemente superior a lo que la ciencia refiere como "remisión espontánea" de la tartamudez del desarrollo.

Los otros dos comentarios aluden a la prevención y pretenden plantear un interrogante y/o la posibilidad de una futura investigación.

Las actuales tendencias en prevención, se encuentran en la línea de los factores de "protección", mas que de "riesgo" [20]; encontrando que factores de riesgo y protección tienen su correlato en las nociones de vulnerabilidad y resistencia. La presencia de factores de protección en la persona incrementa la resistencia frente a la enfermedad.

Este conjunto de factores que hemos elaborado inicialmente ¿ son factores de protección ?. Resulta claro su efecto positivo por los resultados clínicos, aunque sería interesante conocer con precisión científica cuáles de ellos son los que utilizan los padres que tienen hijos con tartamudez fisiológica y evolucionan positivamente sin acudir a un profesional.

Werner [21] y Bubert [22] subrayan cuatro factores de protección generales, ligados a los aspectos preventivos mencionados con anterioridad, que nos apuntan la idea de que nuestras pautas pueden ser factores de protección. Estos factores son "el interés constante hacia el niño como persona", "la experiencia del chico de sentirse importante para los otros y respetado por ellos", "la posibilidad de influir con éxito en la propia situación individual", y "adquirir habilidades comunicativas". El paralelismo es evidente.

Finalmente, comentaremos que nuestro equipo se planteó si la prevención debería ser primaria o secundaria. Por el título del presente artículo se deduce que optamos por la secundaria y, aunque dejamos un margen de duda para el lector, entendemos que la prevención primaria podía ocasionar más problemas que beneficios y no cubriría los criterios de eficacia y eficiencia. Una

dificultad añadida sería el que las familias, en ausencia del trastorno, podían obsesionarse con el lenguaje de sus hijos y, paradójicamente, sus intentos por evitar la tartamudez podían terminar desarrollando la disfemia. Tampoco conocemos el efecto que una campaña masiva podría crear, ante las posibles interpretaciones de las pautas mencionadas en función del nivel cultural y las variables cognitivas de cada persona.

Lo que sí aseguramos es que cuando el profesional atiende a unos padres que vienen preocupados por la tartamudez evolutiva de su hijo, adecuándose a su nivel, dando suficientes explicaciones o pautas y realizando seguimiento, los resultados son satisfactorios en la mayoría de los casos y estamos trabajando en prevención secundaria.

José Antonio López Villalobos es Psicólogo en la Unidad de Salud Mental del INSALUD. Palencia.

Francisco Ruiz Sanz es Psiquiatra en la Unidad de Salud Mental del INSALUD. Palencia.

María Isabel Sánchez Azón es Psicólogo del Servicio Territorial de Bienestar Social de la Junta de Castilla y León.

BIBLIOGRAFIA

1. Costa y López. Salud comunitaria. Mtnez. Roca. Barcelona, 1986.
2. Irwing A. Cómo vencer el tartamudeo. Edit. Grijalbo. Barcelona, 1983.
3. Dieffenbach J. Die heilung de stotterns durd eihe nene chirurgische operation. Förster. Berlin, 1841.
4. APA. DSM III. Edit Masson. Barcelona, 1983.
5. APA. DSM IIIR .Edit.Masson. Barcelona, 1988.
6. Cooper E.B. Etiology and treatment of stuttering. Ear, Nose, and Troat Journal. 1980.
7. Van Riper. The treatment of stuttering. Prentice Hall. Englewood Cliffs, 1973.
8. Martin Perez. V. Estudio de la variable "trastornos del habla". Rev. Balbucesos. 1987. Nº 2. Pag. 2.
9. Johnson W. The ouset of stuttering. University of Minnesota Press. Minneapolis. 1959.
10. Dinville C. La tartamudez. Edit. Masson. Barcelona, 1980.
11. OMS. CIE 10. Edit Meditor. Madrid, 1992.
12. Perello J. Trastornos del habla. Edit. Editorial Científico Médica. Barcelona, 1977.
13. Fiedler P. La Tartamudez. Edit. Herder. Barcelona, 1984.
14. Froeschels E. Selected papers North - Holland. Amsterdam, 1964.
15. Viktor E. Frankl. Psicoanálisis y existencialismo. De la psicoterapia a la logoterapia. Edit. Fondo de cultura económica. México, 1982.
16. Friedman. Cartas a un paciente. Promolibro. Valencia, 1990.
17. Santacreu J. Tratamiento conductual de la tartamudez. Promolibro. Valencia, 1985
18. A. Rodríguez. Mark Beyebach. Hacia un enfoque sistémico de intervención en la tartamudez. Rev. Lenguaje y comunicación. Salamanca, 1991. Nº 7, pag. 65.
19. Sheehan J. Stuttering. Research and therapy. New York: Harper&Row.1970
20. Díez Itza E. Prevención e intervención temprana en las alteraciones del desarrollo del lenguaje infantil. Rev. Lenguaje y comunicación. 1991 Nº 7, pag. 3
21. Werner E.E. Vulnerability and Resiliency: A longitudinal Perspective. En M. Brambring, F. Losel y H. Skowronek [eds] Children at risk: Assesment, Longitudinal Research and Intervention. Berlin , 1989.
22. Bubert. R. Erkennung und Kennzeichnung schützender und stützender Bedingungen für Kinder und jugendliche in der Familie und irhem Umfeld. In Materialien zum 7. jugendbericht, Bd.4: soziale Netzwerke und Gesunaheitsförderung. München: Juventa. 1987.

¿Cómo sabemos lo que creemos saber?

José Antonio Espina Barrio

Nota de la Redacción: Este artículo forma parte de otro más extenso, titulado "El árbol del conocimiento", que fué presentado por el autor en las sesiones docentes del Hospital Psiquiátrico "Dr. Villacián" durante el curso 1.991/92. Agradecemos al Dr. Espina la amabilidad de habernos permitido extraer este apartado para adecuar a las limitaciones de la revista unas reflexiones epistemológicas que consideramos de alto interés.

Tomamos el subtítulo de la obra de WATZLAWICK P. et all. (1) ya que va a ser el eje de este apartado. Según estos autores "toda realidad es, en el sentido más directo, la construcción de quienes creen que descubren e investigan la **realidad**". Esto que denominan Constructivismo, puede tener varios significados:

1- Tendencias filosóficas en las que la noción de construcción desempeña un papel importante. Abarca desde el siglo I A.C. en que el término latino **constructio** se usa "para designar los modos de articular palabras en frases", hasta la "Teoría de la Constitución" de CARNAP, desarrollada en **La Construcción lógica del mundo** (1928), que reduce todo a varios conceptos fundamentales de los cuales derivan los demás conceptos. Situándose en el medio KANT (quien constituye el "material de la experiencia mediante formas a priori de la sensibilidad y, **sobre todo**, mediante conceptos puros del entendimiento") **en un sentido epistemológico**. En una línea más metafísica se encuentran FICHTE y SCHELLING, para el primero "la realidad es entendida en función del acto de su construcción por un Yo activo. Se trata de un '**constructivismo**' dinámico y '**operativo**". Siguiendo a FERRATER MORA J. (2) no olvidamos a BERTRAND RUSSELL con su máxima "Donde quiera que sea posible, hay que reemplazar las entidades inferidas por construcciones", y que

hace afirmar al autor del diccionario que "inferir entidades es tender a poblar ontológicamente el mundo".

2- Modos de construcción de figuras geométricas.

3- La idea de construcción en arquitectura.

4- Corriente artística que se desarrolló en la U.R.S.S. en 1920.

5- El citado en primer término, pero que para WATZLAWICK P. no suena bien y prefiere denominarlo "Indagación de la Realidad".

La realidad que se supone "objetiva" es una consecuencia de nuestro modo de buscar la realidad; como prueban los *no contingent reward experiments*, donde al sujeto se le presentan una serie de números de forma aleatoria y ha de averiguar si calzan o no; de esta manera el sujeto inventa una realidad. Subraya el hecho de que calzan y no corresponden, porque de la realidad podemos saber lo que no es y pone el ejemplo del navío que cruza en un día de niebla cerrada un estrecho con muchos escollos: el hecho de pasarlo no le dice nada acerca de cómo lo hizo, sólo puede enterarse de la realidad de los escollos cuando tropieza con ellos.

Para el pensamiento tradicional el "saber sólo es tal si permite conocer el mundo tal como éste es, una saber y realidad; el constructivismo no". El primero busca correspondencias, el segundo el encajar con el ambiente al igual que el ladrón intenta encajar su llave en la cerradura. Desde la Selección Natural se excluye lo que no encaja con su medio.

Las raíces de esta forma de pensar se encuentran en VICO G. quien en 1710 (más de medio siglo antes que KANT) decía: "Así como la verdad de Dios es lo que Dios llega a conocer al crearlo y organizarlo, la verdad humana es lo que el hombre llega a conocer al construirlo, formándolo por sus acciones. Por eso la Ciencia es el conocimiento de los orígenes, de las formas y de las maneras en que fueron hechas las cosas", pp. 30 (1), "Si lo verdadero es lo que ha sido hecho, luego demostrar algo por medio de su causa es lo mismo que causarlo", pp. 30 (1).

Usualmente entendemos el conocimiento como algo repetido, constante y regular conforme a una comparación, cuyos criterios creamos nosotros. A esta estructura la llamamos realidad y la consideramos como algo dado y no hecho por nosotros. Pero si concebimos el conocimiento como una búsqueda de pensamientos y conductas que encajen, y no como un icónico acuerdo con la realidad ontológica, desaparece el problema tradicional ya que donde se falla en la construcción ahí se manifiesta el mundo "verdadero".

El medio ambiente, tal y como nosotros lo percibimos, es una invención nuestra, como ya expusimos en la introducción. Por lo que el conocer es un proceso ilimitadamente recursivo por el que computamos descripciones de la realidad conforme a un imperativo estético: Si quieres conocer aprende a actuar; y otro ético: Actúa siempre de modo que se incremente el número de elecciones. De esta manera construimos a partir de un actuar, actuando conjuntamente nuestra realidad sin un guión. Las

semejanzas con el Contrato Psicodramático son tan evidentes, que remitimos a los lectores a un trabajo nuestro sobre la Teoría de la Escena (3).

¿Qué justifica la suposición de que la órbita de la luna es la causa de las mareas, de que el consumidor es la causa del mercado y de que el experimentador no es la causa de la conducta de las ratas? y no al revés. "La inseguridad del saber se compensa con la seguridad de la fe", o dicho siguiendo a NIETZSCHE el hombre es capaz de soportar casi todo por un porqué; por eso a pesar de los factores de probabilidad, de la relatividad del espacio y del tiempo, nosotros tendemos a pensar linealmente en forma de relaciones causa - efecto. Como en las tribus primitivas (a las embarazadas Fang se les prohíbe comer ardilla porque son animales que entran en huecos oscuros, lo que entorpece el parto, y a las Hopis se les aconseja porque son animales que salen de los mismos huecos y esto facilita el alumbramiento) nos movemos en explicaciones contradictorias del mundo con una visión parcelada del hombre: cuerpo - alma, espíritu - materia, o en nuestro terreno inteligencia innata - adquirida. Nos olvidamos de las profecías autocumplidoras, como p.e. el anuncio de una guerra en el Golfo Pérsico y el consiguiente acopio de petróleo, que encarece artificialmente los precios sin haber existido en ningún momento un déficit en la producción; o el incremento de los impuestos por supuesto falseo de los declarantes que obliga a falsear, pues si declara lo que se le pide paga de más y si lo hace honestamente es requerido por supuesto fraude. Todo esto por no nombrar el elogio al vino de renombrados especialistas de medicina en la época autárquica, cuando era lo único excedente en nuestro país además del hambre; o el sospechoso descubrimiento de otros colegas nuestros actuales de los poderes beneficiosos del aceite de oliva y los pescados azules, otrora proscritos, para bajar el colesterol.

En relación con nuestro trabajo como PSI, nos detendremos brevemente en comentar dos experimentos:

1- ROSENTHAL R. realizó un CI a los niños de una escuela antes de comenzar el curso y dio a los maestros una lista con los niños que se esperaba iban a progresar ese año. Al final del curso se volvió a pasar el CI y solicitar los informes de los maestros, que fueron coincidentes con lo predicho. Lo que no encaja es que la predicción se basó en una elección aleatoria.

En otro experimento dividió a una clase de estudiantes de psicología en dos grupos, a unos se les dio un grupo de ratas provenientes de una generación muy inteligente en pasar el laberinto, al otro ratas normales. Tenían que anotar las veces que lograban éxito; las supuestas ratas inteligentes pasaron la prueba. Alguien avisado podría pensar que el cariño del experimentador influyó en el éxito de la prueba, y en efecto los estudiantes mimaban, hablaban y acariciaban a las ratas inteligentes pero una prueba similar con gusanos dio los mismos resultados, lo que desbarata un experimento de la supuesta transmisión del saber por ingestión del DNA de los gusanos.

2- ROSENHAN D.L. emitió la hipótesis de que los diagnósticos sólo existen en el cerebro del observador. Para ello internó 8 pseudopacientes en 12 hospitales psiquiátricos, únicamente simulaban unas alucinaciones y la profesión. Su estancia osciló entre 7 y 52 días, con una media de 19 días, su diagnóstico al alta fue de esquizofrenia.

Una Clínica Universitaria de alto prestigio, concedora del experimento, se avino a colaborar y entonces se les dijo que en los 3 meses siguientes intentaría ingresar algún pseudopaciente. De 193 ingresos, 41 personas fueron sospechadas por 1 miembro del equipo y 19 por 2, sin que en ese tiempo ninguno de los pseudopacientes de ROSENHAN D.L. lo intentara. ¿Estaban sanos en realidad?

Concluye afirmando que "una clasificación psiquiátrica crea una realidad propia y con ello sus propios efectos" pp. 107 (1), pues las clasificaciones diagnósticas se pegan a los individuos.

Las vivencias de los pseudopacientes es que los asistentes - auxiliares o enfermeras - se encierran en la jaula o cabina de rorma similar a como lo hacen los médicos en sus despachos. "Quien posee el mayor poder es el que menos tiene que ver con los pacientes, y quien menos poder tiene es quien más se ocupa de ellos", pp. 110. Falta el contacto visual y verbal con los pacientes. Los malos tratos a pacientes se hacen ante pseudopacientes que anotan todo y cesan de inmediato cuando viene otro miembro del personal. Sólo los pacientes sospecharon de las notas y de su estado mental, nadie del equipo preguntó por ellas, aunque, tras los primeros días, se hacían a la vista de todos. Se les dieron un total de 2.100 comprimidos que por supuesto no tomaron.

"Pensar / que ya no quiero pensar más en ti / significa sin embargo seguir / pensando en tí. Trataré pues de no pensar más / que no quiero más pensar en ti." Frente a los opuestos está el sentido: *"Cuando se pierde el gran sentido: / surge la moralidad y el deber. / Cuando nacen la inteligencia y el conocimiento: / empieza la gran pretensión. / Cuando no hay paz en la familia: / surge la lástima y la devoción filiales. / Cuando el Estado está en confusión y desorden: / aparecen fieles servidores."* (LAO-TSE). El origen del desconocimiento es la escisión de pares opuestos: para el taoísmo la pérdida del sentido, para los antiguos la caída del pleroma, para la cábala la rotura del receptáculo, para el cristianismo comer del árbol del conocimiento, para la ciencia moderna la rigurosa separación entre observante y observado como crítica SCHRÖDINGER con su ley de la indeterminación.

La perfección buscada engendra el mal que pretende evitar: Facultades más especializadas dan alumnos más mediocres, técnicas de comunicación más sofisticadas producen sordomudos intelectuales, conquistas tecnológicas de ahorro de tiempo hacen que cada vez tengamos menos tiempo, cuantas más prisiones más delincuentes, cuanto más trata uno de olvidar más lo recuerda, cuanto más se trata de dormir menos se duerme, etc. Esto se debe a que "cada solución tiende a

dispararse más allá del objetivo", p.e., el cristianismo renuncia a malos placeres, pero también a algunas comodidades lícitas: pasión contra pasión. Ante una idea se piensa que o se está de acuerdo o en desacuerdo, pero existe una tercera vía que es la negación de la negación, donde no se toma partido ni por lo uno ni por lo otro, o dicho de otro modo se confunde negación activa y pasiva: "La negación pasiva del deseo es igualmente la indiferencia, la activa es la 'abominación'; igual con el compromiso, el pasivo es no compromiso y el activo la prohibición; p.e. ateísmo-creyente, comunismo-propiedad privada. Para TOCQUEVILLE el poder centralizado se caracteriza por "impedir, y no por hacer", adjudicándose el mérito de todo e irresponsabilizándose de todo fracaso.

Atribuir el orden a un creador nos salva de la angustia de su Incomprensibilidad; pues no podemos sobrevivir en un mundo sin sentido y sin orden, y por eso si no lo tenemos lo "inventamos".

Los valores eternos equivalen a introducir en una ecuación el 0 ó el infinito, por eso no ha de extrañarnos que "las más espléndidas utopías desembocan en la más cruel opresión" pp. 173 (4).

Admitir la imperfección supone reconocer que ningún sistema puede demostrarse a sí mismo, a no ser que se salga de su marco conceptual a un metamarco, que para ser explicado precisa de otro más amplio que lo abarque y así sucesivamente. "Cuando la clase y el elemento no se distinguen estrictamente el uno del otro, se dan las paradojas de autorreflexión"; como sucede en La Galería de Cuadros, donde "el cuadro no es el objeto representado, el nombre no es lo nombrado, una explicación de la realidad es eso y no la realidad, etc. El hecho de que ninguna teoría pueda demostrarse positivamente y que sólo sepamos de sus fallos, como sostiene POPPER, no es aceptable para el ideólogo, por eso mete el infinito, es decir lo universal. Frente a esta ideología de lo universal sólo cabe la herejía (que viene de elección). La primera, que se cree en posesión de la verdad, recurre a la violencia para eliminar a la segunda,

por su propio bien, (nazismo), y además del infinito el ideólogo mete el cero ("Usted es un defecto del modelo", en 1984 de ORWELL). Por eso, cuando la ideología trata de autorreferirse no ve su punto ciego y lo imperfecto lo pone fuera, (paranoia institucional).

"En sí misma ninguna cosa es buena o mala, sólo el pensamiento lo hace así" (SHAKESPEARE)
 "Las relaciones humanas son puras construcciones de los miembros de la relación y como tales se sustraen a toda verificación objetiva" pp. 192 (1). La utopía científica confunde el Orden 1 ó de los sistemas observados con el orden 2 ó de los observadores, tal y como diferencia FERRER L.(8), por eso afirman WATZLAWICK P. et all. (1) que "en la psiquiatría clásica se acepta ingenuamente que existe una realidad verdadera, de la cual las personas normales (sobre todo los psiquiatras) tienen conciencia más clara que los locos" pp. 192.

"Quien padece a causa la realidad creada por él mismo, está atrapado en su trampa, la solución intentada es el problema. Solo al salirse de este círculo puede descubrir una nueva realidad. Por supuesto, también esta nueva 'realidad' es tan sólo una construcción, que sin embargo, si calza mejor, no sólo será menos penosa, sino que dará el indefinible sentimiento de estar 'en armonía' sin el cual ninguna persona sobrevive psicológicamente", pp. 204 (1). Esta "realidad desde el punto de vista" tiene, para STOLZENBERGER G. (1), las siguientes trampas:

- 1- Suponer que las cosas son "asi".
- 2- Certeza o creencia en lo anterior.
- 3- Confusión entre Orden 1 y Orden 2, no percibiendo que los presupuestos sobre los sistemas observados, son hipótesis a revisar en los sistemas observadores.

"Dicho en pocas palabras, un sistema de creencias es un sistema en que todos los actos de observación y de emisión de juicios se realizan exclusivamente desde dentro del sistema y al que se encuentran subordinadas todas las demás

reflexiones sobre la defensa del sistema. Cuando un observador situado fuera del sistema puede reconocer que tal sistema contiene un concepto confiable falso y que no puede demostrarse su falsedad con los medios disponibles en el propio sistema, entonces puede decirse que el sistema se ha convertido en una trampa. El observador externo considerará en esta situación a los que se encuentran dentro del sistema como dogmáticos, mientras que aquellos que se encuentran dentro del sistema considerarán al observador externo como alguien que se niega a aceptar lo que 'evidentemente es así'. De hecho, ambos tendrán razón", pp. 220 (1).

"El hecho de que el lenguaje pueda influirnos tan poderosamente no es, en sí mismo nada nuevo", "todos nosotros estamos en condiciones de dejarnos engañar por lo que nos dicen, de dejarnos arrastrar hacia algo que alguien dice, a interpretar más de lo que la realidad contiene", pp. 249 (1). Para evitar esto, es preciso analizar el sistema de creencias de los observadores de la realidad. Este es un proceso recurrente de carácter helicoidal, muy semejante al que propusimos como modelo de la evolución de los grupos (4), que evita los círculos viciosos, creando una espiral creativa en la que nosotros nos dibujamos a nosotros mismos, como en 'las manos' de ESCHER, y nos vemos obligados a saltar a un dominio más amplio para entender las paradojas de autorreflexividad ("Todos los cretenses son unos mentirosos", EPIMENIDES DE CRETA) pues la reflexividad crea un ámbito nuevo en el que nuestro conocer ocurre en nuestro cuerpo, ya que nos autodescribimos con nuestras acciones en un continuo acoplamiento entre nuestros procesos internos y el medio.

Concluimos con VARELA F. (1) que:

- 1- No podemos salir del mundo determinado por nuestra conducta y SNC.
- 2- No podemos retrotraer la experiencia a sus orígenes, como en 'La galería de cuadros' de

ESCHER, ya que no existe una separación sujeto - objeto.

Nuestra conducta en relación con el mundo es igual que ante un espejo, no nos dice nada de cómo es el mundo, nos muestra que existimos de forma viable, pero existen otras posibles maneras de verlo, ya que es un mundo que traemos a la mano, como "El Autorretrato de ESCHER", lo que nos impulsa a una ética de la tolerancia y el pluralismo; la cual nos libera de nuestros valores y percepciones, al mismo tiempo que respetamos las de los otros. Con esto iniciamos el conocimiento y ponemos punto final, siguiendo la frase de ELLIOT T.S.: "Nunca cesaremos de buscar y, sin embargo, la meta de nuestra búsqueda será retornar al punto de partida y conocer ese lugar por primera vez"; algo muy similar a lo que propone MORENO J.L. (5) cuando dice que todo conflicto representado la segunda vez da risa. Esta continuada recursión en una espiral evolutiva de conocimiento no queda cerrada aquí; por lo que, si profundizamos en los influjos del creador del Psicodrama - éstos son el existencialismo heroico vienés, el Psicoanálisis y sobre todo el Hasidismo (6) - retomamos la religión, ya que el hasidismo fué una herejía (que viene de elegir) judía en la que el encuentro con Dios se hallaba en la relación con el otro, por tanto no era preciso ir a la sinagoga, y proponía reuniones en las que la comida, la música y el goce del cuerpo por medio de la danza también eran formas de unirse con Dios. En síntesis, nosotros, como afirma MORENO J.L. (7), somos los dioses de nosotros mismos y en consecuencia los hacedores de nuestro destino, ya que en nuestra mano está la posibilidad de encontrar, soluciones nuevas a los problemas antiguos o apropiadas a los nuevos, es decir espontáneas, en un continuo proceso espiral de acoplamiento con nuestro medio.

José Antonio Espina Barrio es Psiquiatra del Servicio de Salud Mental de la Diputación de Valladolid y Psicodramatista Docente del Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama de Madrid.

BIBLIOGRAFIA

1.- WATZLAWICK P. et all.: La realidad inventada - ¿cómo sabemos lo que creemos saber?, "El Mamífero Parlante: Serie Mayor", Gedisa, Buenos Aires, 1988. (Traducido de la V. O. en alemán de 1981 por Nélida M. Machain, Ingeborg S. Luque y Alfredo Báez.

2.- FERRATER MORA J.: Diccionario de Filosofía, "Alianza Diccionarios", 6ª Ed., Alianza Editorial, Madrid, 1979.

3.- ESPINA BARRIO J.A.: Lo imaginario en la escena psicodramática. Comunicación a la Ponencia: "Hacia un lenguaje común en el Psicodrama: La Escena", V Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama, Sevilla, 1 y 2 de abril de 1989.

4.- ESPINA BARRIO J.A.: "Concepción teórica de la evolución longitudinal de los Grupos Psicodramáticos", en *Informaciones Psicodramáticas*, Barcelona, nº 115, 1er. Trimestre, 1989.

5.- MORENO J.L.: Psicodrama, "Psicología de hoy: Teoría y métodos de la Psicoterapia, Vol. 3", 4ª ed., Hormé - Paidós, Buenos Aires, 1978. (Traducido del inglés por Daniel R. Wagner).

6.- ESPINA BARRIO J.A.: "Encuadre teórico e ideológico de Moreno en el Psicodrama - Una primera idea sobre el Psicodrama", en *Apuntes de Psicodrama*, 1er. Vol., coordinado por Población P., Equipo Docente del Instituto de Técnicas de Grupo y Psicodrama, Madrid, Curso 90/91.

7.- MORENO J.L.: "Las Palabras del Padre", Vancu, Buenos Aires, 1976. (Traducido de la versión inglesa de 1971 por Jaime Ortíz).

8.- FERRER I BALSEBRE L.: "La Cibernética de Tercer Orden y el Psicodramatista". Comunicación a la Ponencia "Personalidad y Psicopatología del Psicodramatista". VI Reunión Nacional de la Asociación Española de Psicodrama. Santiago de Compostela, 7 y 8 de abril de 1990.

Perder el tiempo

Fernando Colina

"He comprobado que toda la desdicha de los hombres se debe a una sola cosa: la de no saber permanecer en reposo en una habitación".

PASCAL

En el censo universal de las ocupaciones, perder el tiempo no tiene lugar. De los que no ocupan la ocupación, podría ser el argumento más breve de este texto. Sea lo que fuere, la expresión natural de perder el tiempo es tan generosamente equívoca que parece formulada por el más incierto y joven de los hombres. No extraña, entonces, que perdamos el tiempo procurando su interpretación.

Pero el tiempo, de ser algo, es recalcitrante e insiste hasta en la perdición. Cabría preguntarse qué cosa sea el tiempo y qué una pérdida para que coexistan. La primera sospecha apunta a la identidad estrambótica del perdimiento y la temporalidad. Acaso cualquier pérdida lo es del tiempo y todo tiempo no sea nada más que un mero perder: pérdida del perder, tiempo del tiempo en consecuencia.

Los hombres han empezado a lamentar que perdían el tiempo demasiado tarde, cuando ya era imperceptible. ¿Cómo se puede llegar tarde al tiempo?: es el posible enunciado de otro enigma. Durante siglos, algunos sentimientos muy profundos han permitido a la vida una impresión semejante a la paciencia o al simple subsistir, una sensibilidad más próxima al dejar pasar el tiempo que al descuido de perderle: eran la idea del destino y su inseparable fatalidad, la regularidad astrológica, la inmediatez perentoria de las necesidades, la promesa cercana de revivir. El tiempo se acercaba y se alejaba pasiva y regularmente, sin ofrecerle a nadie la gratuita ocasión de quedarse sin él. Fue sin duda más adelante, cuando la emoción histórica se adueñó del hombre, es decir, cuando supo que hacia atrás concurrían testimonios de lo mucho perdido de su propio presente y hacia adelante los heraldos agoreros de la muerte no le anunciaban la salvación sino lo mucho que aún prodigaría el perder, cuando tuvo prisa y convirtió en un pro-

blema el provecho urgente de la existencia. Perder el tiempo pasó a ser el malestar de una vida sin intensidad ni ocupación. No perderle se transformó, si puede entenderse así, en la ambición sagrada de no tener nada que perder: ambición y hambre de tiempo. No tener nada que perder quiere decir también que ya no queda nada, o que es la nada lo que apremia conservar. La posibilidad -¿salvífica?- de perder el tiempo y el interés por la nada son contemporáneos. La preocupación por la falta de tiempo y la emergencia continua de la nada psicótica, de la plenitud más Real, coinciden: falta *del* tiempo, sería ya más correcto si se sigue esta otra melodía de la interpretación. Estar fuera *de* tiempo o fuera *del* tiempo son dos anacronismos heterogéneos.

El tiempo inició su pérdida cuando lo hicieron las coordenadas tradicionales de la temporalidad, verbigracia, la dirección irreversible de su tránsito, la secuencia obligatoria del *antes-ahora-después*, el documento objetivable de la duración, la homogeneidad divisible de sus partes, lo fugitivo del vado, lo irrepitable de la cita. Primero la historia, luego la filosofía, más tarde la ciencia, por último el psicoanálisis, o todos al unísono probablemente, han decorado la idea de tiempo con un disfraz irreconocible. De tal modo ha irrumpido una nueva lógica, que hoy bien parece que contra Agustín sabemos menos del tiempo si callamos que si nos preguntan por él. Sorprende por su aire burlesco, pero la diabólica distorsión del concepto nos devuelve a la naturalidad; por difíciles más naturales.

El carácter sereno y circular de los trechos, así como la apaciguadora cadencia del compás que desde siempre habían acompañado al hombre -perfección que Platón saborea en el retorno (*Timeo* 39 d)-, se torció en manos del *otro* filósofo.

La repetición, hasta entonces y en el peor de los casos agobiante, adquiere un rostro siniestro y psicótico: "Supón que un día, o una noche, un demonio te siguiera a tu soledad última y te dijera: esta vida, tal como la has vivido y la estás viviendo, la tendrás que vivir otra vez otras infinitas veces" (Nietzsche en *La Gaya Ciencia*). La amenaza suple al magnánimo acontecer, pues lo que retoma desde entonces es la pérdida del tiempo, el peso más pesado.

La física, por su cuenta, no andaba muy lejos de la misma enemistad con un tiempo único, uniforme y absoluto. Primero empezó por aburrirse ella misma y luego por escandalizarle, por perderle provocativamente en una curva donde el espacio y la velocidad sustituyen al movimiento. Rifado el tiempo en la relatividad, Einstein nos remite al duelo. Al morir Michelle Besso, el amigo de la infancia, escribe a su viuda una confesión reveladora: "Michelle se me ha anticipado en dejar este mundo absurdo. Es algo que no tiene importancia. Para nosotros físicos convencidos, la distinción entre pasado, presente y futuro es sólo una ilusión por persistente que sean". El tiempo sueña una ilusión. "O es invención o no es nada", se quejó por su cuenta Bergson. Ilusión o invención, invención e ilusión casi con seguridad.

Perder el tiempo es dolerse: un duelo imposible, quizá. ¿Quién es capaz de perder el tiempo, es decir, de quedarse sin tiempo que perder?, ¿qué es un duelo, entonces? La cuestión deja de rondar los límites de cierta insensibilidad premoderna, o de caracterizar algunos rasgos de la acedia, del ocio o del aburrimiento. Ahora, más bien, en lugar de plantearnos homéricamente "cómo se desprendió por primera vez" (*Ilíada* XVI 113), necesitamos saber cómo desprendernos nosotros de él.

El deseo es tiempo y puede que nada más. El deseo se desenvuelve en una secuencia irreversible, duradera y efímera, por la que se desplaza como a saltos, bajo el temor, más que de la insatisfacción, de la potencial pérdida del mismo deseo. Así y todo, el deseo no sería tiempo si no fuera porque procede del otro y le precede también. El deseo del otro nos acuna en el tiempo. Nacemos no sólo con un tiempo contado, de cuya fatalidad intentamos sin éxito escapar, sino en un

tiempo avaro que cuentan los demás. Venimos al tiempo y en el tiempo: nos desean contando nuestros futuros méritos y prefijando nuestra voluntad. Luego tendremos que escabullirnos de su deseo y del era y será: tarea del duelo.

Pero, he aquí que el fervoroso deseo es la piedra de escándalo de la temporalidad. El deseo introduce las aporías de la repetición en su seno, mientras la peste psicoanalítica disocia por su cuenta aquella cadencia regular. El duelo se complica. Más que por ambicionar, deseamos porque perdemos: perdemos el tiempo. El tiempo es un duelo que guarda el secreto de su propia desaparición. Perdemos el tiempo por la muerte del otro. Lo que pierde el muerto, la vida, lo perdemos nosotros en su duelo. El que se va pierde primero; quizá por lo irremplazable de la muerte de cada cual. Uno muere realmente en plena soledad. Incluso el ataúd es un alojamiento impar. Hablando Lucrecio de la falacia del coito, dice que "al fin, cuando en los cuerpos hay presagio de dichas y Venus está a punto de sembrar los campos de la mujer, los amantes se aprietan con ansiedad, diente amoroso contra diente; del todo en vano, ya que no alcanzan a perderse en el otro ni a ser un mismo ser" (*De rerum natura*, IV 1 | 16). Por la misma razón no caben dos en un féretro. Uno no puede ser sustituido en ese misantrópico momento, como nadie puede hacerse cargo de tu dolor. La compasión sólo es un intento. Holderlin: "Los que parten dicen siempre la verdad" (*La muerte de Empédocles*). La misma verdad del que se va retumba en nuestro duelo. ¿Qué será un duelo?

Saber del duelo no es dejar pasar el tiempo porque el tiempo lo cure todo. Ni es regular el tiempo que debe de durar, llegando si es necesario a ocultarle o prohibirle (el llanto fúnebre que las doce tablas prohibieron exhibir en los entierros, según Cicerón en *Tusculanas*): sería, en todo caso, desentenderse de su localización. No es, tampoco, la moderación más o menos temporal del sufrimiento ("pues nuestro dolor, y el sufrido por nuestra causa, debemos soportarlo con moderación, no parezca que nos amamos a nosotros mismos", en *Tusculanas* también), es, con más gusto, la confirmación del deseo como un duelo permanente. Perder el tiempo es decidirse por lo imposible o, si se quiere, por un duelo que permanece. Todo duelo lo es de uno precedente: el otro nos otorga el tiempo porque nos adelanta

en la muerte. Al morir su madre, Barthes escribe este inútil pasaje: "Suele decirse que, a través de su labor progresiva, el duelo va borrando lentamente el dolor; no podía, no puedo creerlo; pues para mí, el Tiempo elimina la emoción de la pérdida (no lloro), nada más. Para el resto todo permanece inmóvil. Puesto que lo que he perdido no es un Figura (la Madre), sino un ser; y tampoco un ser, sino una cualidad (un alma): no lo indispensable, sino lo irremplazable" (La cámara lúcida).

¿Qué es preferible, incorporar al muerto para suplirle tras una breve dilación o mantenerse fiel al ausente? ¿Qué duelo es mayor de los dos: olvidar o recordar al que se ha amado? En ambos casos la pérdida persiste, en el primer caso doblándola, en el segundo repitiéndola. Lo que perdemos es lo que nunca se va, algo indócil que porfia.

El duelo freudiano es una teoría de la trampa, un engaño propuesto para camuflar la pérdida y para escamotear la vida incitándonos a la pequeña orgía del sobreviviente; pues, en contra de Freud, si la vida precisamente sigue es por la falta de duelo, por su fracaso. La verdad pertenecería de nuevo al psicótico, al expedicionario del *más allá*. El melancólico "sabe a quién ha perdido, pero no lo que con él ha perdido", dice Freud, empeñado en desestimarle, sin advertir que ignora porque sabe lo principal, el secreto del *quién*, un *quién* que ya estaba de antemano excluido. El problema de matar al muerto, de "asesinar el objeto" perdido, "ofreciéndole al yo la vida como premio", esa estrategia criminal que Freud concede al duelo y niega al melancólico, es un insolente error. Para Lacan, al menos, la segunda muerte del muerto ya nos precedía. Habría una muerte tan antigua y tan presente tras la pérdida del tiempo, que imposibilita la economía del duelo. Todo "permanece inmóvil" -sin tiempo- e "irremplazable", como más arriba dijo Barthes. La psicosis en general, y la melancolía en concreto, son el testimonio de que el asesinato del muerto nos adelanta en la verdad: el melancólico sabe no el *quién*, sino los dos *quienes*. El duelo se enciende en la vida, en el duelo de uno mismo, con el dolor de un tiempo ya sin tiempo: magisterio "irremplazable" de la psicosis. El melancólico es la víctima de la Humanidad que se somete al veredicto de recordar: una memoria que ha perdido el tiempo en el presente más radical del pasado. Encarna al reo de la Historia, a la res-

ponsabilidad que ha dejado de ser indulgente con la condescendencia de olvidar.

"Infiltrarse de un modo fascinante en el alma de una joven es una obra de arte, escribe Kierkegaard, pero saber salirse a tiempo y de una manera airosa es una obra maestra" (Diario de un seductor). La locura, en cambio, la ausencia de obra de Foucault, ha extraviado la seducción, o al menos la dirigida al alma de la juventud, y no necesita de la maestría ni del arte del seductor. Nos seduce en ángulo recto, haciendo saltar en pedazos la duración. Al menos, así lo parece viendo las cosas desde la realidad: el loco se sumerge en un *más allá* donde los instantes se suceden sin temporalidad, sin dirección ni orden en los tiempos. Seguro que si pudiéramos ver las cosas con el loco, desde más cerca, desde lo Real por ejemplo, no cundiría tanto la observación. Afirmaciones como que el psicótico vive en un eterno presente, justo en el borde temporal de sí mismo, paladeando los instantes con oculta fruición, tendrían que ser matizadas; con más razón por cuanto las formulan con frecuencia los mismos locos. Es preciso, ante todo, concebir qué pueda ser la enseñanza de un psicótico. No ya sólo lo que por nuestra cuenta aprendemos de él, sino aquello que insisten en explicar: una suerte de exhibicionismo mental.

Ahora bien, por qué no admitir, señalada la salvedad, que el loco ha perdido el tiempo y vive en una actualidad inapelable, espacio donde el cuerpo es el único *presente*, el sólo regalo que es capaz de dispensar, como un don último que le permite asomarse fugazmente al pasado. Vive en el presente porque no tiene otra cosa que compartir: el duelo constante e impostergable del cuerpo, y no su placer. El don de la locura, la deuda solitaria que ha recibido de los demás, es el cuerpo, y sólo con esa moneda acierta a pagar. No viviendo, sino muriendo el cuerpo, los psicóticos permanecen en la eternidad. "El estilo del deseo es la eternidad", ha escrito Borges (*Historia de la eternidad*): luego, ya que no acceden al deseo, cargarán al menos con el estilo. Quién sabe si el único duelo verdadero, es decir, el más imposible, sea el del cuerpo, y los psicóticos, desde su eterno presente, se duelen en la verdad más arrebatada. Sujeto en esa inmovilidad es como puede decirse seriamente que el psicótico ha perdido *el* tiempo y no sólo su tiempo que es un simple egoísmo neurótico. Ya no hay movimiento, así que el

tiempo, "imagen móvil de la eternidad", según la majestuosa metáfora de Platón (*Timeo* 37 d), desaparece en el seno quieto de lo imperecedero. Cada instante hace del psicótico un duelo imposible, luego verdadero; completo desde antes mismo de iniciarle, como muerto antes de vivir: como un dios en su momento. Con ese despilfarro, no se sabe si sublime o abominable, si próximo o remoto, el loco amortiza la única deuda que restituye: el duelo decisivo de su cuerpo: su inmortalidad. Sin tiempo donde discurrir, el goce, "placer inmóvil de la eternidad", hace del psicótico un tiempo sin pasado ni futuro, un retorno quieto, sin giros, sin recorrido circular.

De este modo, el tiempo ya no incorpora un futuro cargado de esperanzas que le nutren, ni se desvanece en el lecho del pasado, se conforma en un presente que persiste puro y que, salvo en lo que se refiere a la muerte del cuerpo, ignora qué cosa sea un *presente*. No tiene ya qué regalar ni qué perder. Ni desea ni se sacrifica. No hay otro que cuente el movimiento: "el número del movimiento", ese era el tiempo para Aristóteles (*Física*, 221 b). Pero, ¿quién es el contador?, preguntará más tarde Agustín: el alma cuenta, dirá, mas "¡Oh Señor!, mido y no sé lo que mido" (*Confesiones*, Libro XI). Conviene entonces preguntarse sobre qué le sucede al contador si pierde su alma: pierde el tiempo, la Eternidad, diría el santo. ¿Y si asesinan el alma?: "¿Una crisis en los reinos de Dios? El asesinato del alma", titula el Presidente de Cámara Dr. Schreber el segundo capítulo de sus memorias. En vida de Plotino, en cambio, no hay signos de crisis en esos reinos, y la psicosis tampoco manifestaba aún su herida terrible ni su atrayente fragancia: "El tiempo no se hace pedazos porque tampoco se hace pedazos la eternidad -el alma-" (*Enéada* III 7). Ahora sí que existe ese riesgo, pues el alma se divide entre dos querer y un par de *quienes*. El tiempo, ya digo, le cuentan los demás, y sin su bondadosa economía el alma estalla. Nos introducen en el tiempo con un sino de finanzas y contabilidad, nos le prestan con una decepcionante cuenta atrás.

Marco Aurelio decía que "quien ha mirado el presente ha mirado todas las cosas" (*Meditaciones*). Pero, al margen de esta idea estoica, realmente, salvo por lo que pueda decirnos el psicótico, no sabemos qué es un presente. Menos

sabemos del instante, su arrebato. Con la ignorancia renace el problema del *continuo*, de la posible unidad de un tiempo con otro, de un punto con el siguiente: ¿Cómo alojar a alguien entre dos puntos? "La continuidad de los instantes, como la de los puntos es imposible", se lee ya en Aristóteles (*Física* 218 a). Suspendido en los instantes, sin poder aprovechar las interrupciones del placer, el psicótico se eterniza en un siempre, en un cuerpo que escapa casi increíblemente al paso del tiempo, como si muriera privándose de envejecer. Según la opinión de Kierkegaard, en el instante el tiempo entra en relación con la eternidad: del instante al cielo. Pudiera ser, entonces, que el presente fuera el cielo, ya que no sabemos lo que es y menos cuando fulgura en instantes, en presentes del presente.

Ahora que pienso en lo que he oído a los psicóticos, sin renunciar por mi parte a una breve inmortalidad, sospecho que el presente es un roce, un tenue contacto entre dos conceptos quebradizos pero irrefutables: *retroactividad* y *repetición*. Encuentro también en el interior de esa caricia un suceso inesperado: la zozobante indistinción entre el hecho de copiar el futuro -repetido- y de inventar el pasado -retroactivado-. La repetición, en primer lugar, exige el retorno de lo idéntico, pero como resurgimiento en el futuro de un pasado inexistente: inagotable novedad del concepto, muerte de la muerte, asimolismo descarnado del tiempo. La retroactividad, por su parte, barre con la mirada el pasado y le inventa, fabulando una historia que nunca fue presente. El deseo se distorsiona sin distinguir qué flanco mira. Posesión plena y psicótica del presente, augurio también de un joven y nuevo pensar: 1) Pérdida de la propia historia, extravío de la identidad, necesidad del delirio para dar un argumento a la vida; pero, por la misma razón, presagio de una lógica sin tiempo, sin yo y sin cálculo. 2) Deslizamiento de la prueba de realidad, imposible reencuentro con el mundo perdido pues ya no queda tiempo para hacerlo, acoso alucinado, por lo tanto, de los ruidos y las voces; y así mismo, imaginación, rigor y retorcimiento de cuello del positivismo. 3) Ruptura de la secuencia del antes y del después, naufragio del orden de la causalidad, insomnio de la intencionalidad y del perjuicio en la interpretación; librepensamiento también, independencia ante el rumor, la opinión y la rivalidad.

El posible deseo del psicótico, o la pérdida de tiempo que ensayamos en él, aplasta, erosiona, retuerce el tiempo. *"Todos los hombres tienen naturalmente el deseo de saber"*, dijo Aristóteles al abrir su *Metafísica*, creo que un poco antes que Lacan. Y cuando se quiere saber de un pasado penetrante y hondo, el tiempo se desorienta en sí mismo, sin límites ni secuencias. El deseo ocupa el espacio del tiempo. Las tres dimensiones: temporal, espacial y deseante, se revuelven y se unifican sin círculo ni unidad. El pensamiento entonces es nuevo y tan simple que parece colosal. Lo difícil es pensarle, meditar esa idea donde el pensar y el desear se aproximan tendiendo al límite. Bien parece que una habilidad de esa índole sólo pueda enseñarla el psicótico. Pese a que afirmemos axiomáticamente que el psicótico goza pero no desea, la pregunta debe formularse: ¿cómo desear psicóticamente?, ¿quién logra un deseo abierto, sin objeto, anónimo, pero propio?, ¿qué es desear en el interior del presente sin perder la huella y la condición del deseo? Si ello es posible, no debemos perder la oportunidad de la psicosis. *"Amable cosa es enloquecer a tiempo"*, apunta Horacio. Hay que aprovechar la ocasión y ser puntuales en la locura. Suele decirse que la locura no es conveniente, igual que se desaconseja la muerte. Pero los muertos también tienen su vanidad y se creen muy importantes, como puede creerse que la subordinación estricta al presente es la más cabal independencia y el más libre pensamiento, un presente liberado de los eslabones de la anterioridad y la posterioridad. Anticipar el pasado y recordar el futuro podrían ser la tareas del presente sólo presente.

Si el psicótico logra vivir en pleno presente, o algo parecido, escandaliza nuestra vida de observadores de locos. Olvidamos con frecuencia que es un modo de vivir la vida y nada más, retoriéndola en su inmediatez, eso sí, sin obligación de corregirla y reescribirla constantemente. Quizá lo olvidamos por necesidad. Si no nos contagian los locos, si la locura no se expande en una epidemia inevitable, es porque les olvidamos. Conviene recordar aquí sobre este olvido, que la misma distracción que nos salva de la locura nos induce a la no menos loca de matarnos: la otra forma de locura, el aviso más cierto y enigmático de Pascal. No quiere esto decir que el psicótico, por perderse en un presente sea un hombre de paz, pero al menos, salvo los herejes de la paranoia, no se

alista en ningún bando. En el fondo, no es muy falso decir que el presente muere para satisfacer el pasado, como se oye decir que lo particular muere para engrosar lo universal y salvar la especie. Por el pasado nos matamos. El mismo Pascal escribe, emulando el giro de Aristóteles, que *"todos los hombres se odian naturalmente entre sí"* (*Pensamientos*). Dedúzcase la necesidad de otro presente que no alimente el pasado.

Perdemos el tiempo muriéndonos; según muchos la primera obstinación del perder. Súbitamente, escribe Derrida: "Soy el deseo de mi duelo". La frase es un misterio. En último término, aspiro a recuperar lo que pierdo, a no olvidarme de mí; puede que uno sólo pueda ser eso: la ocasión para tener buena memoria pero mal recuerdo. Duelo de la vida, duelo del duelo: una muribundez ociosa e indolente. Es probable que no sea otro el engaño y, en general, el delirio de vivir, la terrible posibilidad de que recordar y olvidar no sean diferentes.

Variando el punto de vista, se trataría de morir deprisa, como si hubiera que despojarse de la vida de un tirón, sin perder el tiempo en una agonía extenuante. La oculta frase adquiere, por este efecto del sentido, casi un valor eutanásico: deseo mi duelo inmediato. Después de una caída que rompe irremediamente su cuerpo, esa loca que pretende ser mi madre me dice: "Mátame, ya no me hace falta vivir". Como si sostuviera rotundamente que, roto el cuerpo y sin la integridad por lo tanto del presente, la vida recuperara una absoluta artificialidad. He aquí que mi loca madre sabe que la vida es una fingida astucia, un simulacro que responde a una necesidad secreta: algo que ignora completamente mi madre natural. "He perdido mi sensibilidad propia", añade, como queriendo ratificar que fuera de la psicosis de la intemporalidad, todo resulta soso e inapetente. Perdido el cuerpo, como en su momento, cuando me distrajo otra locura, me perdió a mí, ella, tantas veces abandonada, quiere morir pronto y sin pérdida de tiempo. Pienso que lo más doloroso que uno pueda sentir es pensar que ha muerto para el otro. Sostenía Benjamin que "a una persona la conoce únicamente quien la ama sin esperanza" (*Dirección única*); nunca sabré lo que ella conoce de mí ni llegaré a conocer su duelo, pero al menos sé que no duda en rogarme su fin.

Fernando Colina Pérez. Psiquiatra

Síndrome de Munchausen: a propósito de un caso

Enrique Daniel Albert M. Pendás Myriam Cavero Antonio Pérez Urdániz

Origen del epónimo

"Las aventuras del Barón de Munchausen", de Rudolph Erch Raspe (1) libro publicado en 1789, está basado en las fantásticas historias que el Barón Karl Friedrich Von Munchausen, oficial del ejército ruso, iba contando de ciudad en ciudad y que le hicieron célebre en su época. Asher, en 1951, denominó acertadamente como S. de Munchausen al cuadro presentado por pacientes que poco o nada tienen que envidiar al fantasioso Barón.

Concepto

Es un síndrome que se agrupa con los trastornos ficticios, y constituye su extremo más grave. El SM o trastorno ficticio con síntomas físicos, se caracteriza por la producción intencionada de síntomas físicos, simulados con gran habilidad, con el objeto de obtener el ingreso hospitalario y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que éste conlleva, por agresivos que sean y, en fin, con el único propósito de asumir la condición de enfermo.

Existen numerosas denominaciones del síndrome, algunas de las cuales son muy representativas y definitorias del cuadro: enfermedad ficticia crónica, adicción poliquirúrgica, adicción hospitalaria, pacientes peregrinantes, patomimesis o pacientes profesionales, entre otras. El SM es un cuadro psiquiátrico más complejo que la simple simulación deshonestas de síntomas, y se asocia con alteraciones emocionales graves; sus mentiras y simulaciones son conscientes pero sus motivos son en gran parte inconscientes.

Epidemiología

Se considera que un 5-10 % de los ingresos hospitalarios corresponden a enfermedades ficticias, si bien la prevalencia real del SM se desconoce y, en su forma extrema, es muy raro incluso considerando su baja incidencia. Parece más frecuente en varones y, sin embargo, una forma más corriente de trastorno ficticio, caracterizada por pacientes no errantes y con una mejor adaptación social, es más común en mujeres jóvenes, solteras, de profesiones relacionadas con el sector sanitario, siendo la fiebre ficticia la enfermedad autoinducida más común.

Etiología

No se puede, en general, hablar de causas y ni siquiera de factores etiológicos. Más bien es un cuadro que aparecerá como desenlace de una serie de factores predisponentes que suelen marcar la biografía del paciente:

a) -Privación emocional infantil, como rechazo de uno o ambos padres, o historia de incesto (15), abuso o abandono en la infancia, que, según los modelos psicológicos, dará lugar a que el médico sea percibido como una fuente potencial del amor buscado y como alguien que satisfaga las necesidades de dependencia. El médico sustituirá a la figura del padre y, tarde o temprano, rechazará al paciente transformándose en padre rechazante. La necesidad de que se les preste atención es pareja a la incapacidad de confiar en figuras autoritarias, que son manipuladas y continuamente puestas a prueba.

b) - Historia de enfermedades graves, incapacidades u hospitalizaciones prolongadas durante la infancia y adolescencia del enfermo o de algún familiar o persona cercana (identificación con una figura importante del pasado que padecía la misma enfermedad).

c) -Las relaciones interpersonales de estos enfermos son muy pobres y a menudo están socialmente aislados, de tal forma que la enfermedad les ofrece un medio para obtener atenciones.

d) -Historia anterior de trabajo relacionado con los servicios sanitarios.

e) -Animadversión hacia la clase médica, debida, generalmente, a tratamientos anteriores erróneos.

f) -Los sentimientos de culpa y la necesidad de castigo son manifiestos en algunos pacientes, en los que podría existir un componente de gratificación masoquista al desear ser sometidos a procesos quirúrgicos y otras técnicas invasivas y dolorosas.

Clínica y Diagnóstico

La característica esencial del SM es la presentación de síntomas físicos autoinducidos con el fin de obtener y mantener múltiples hospitalizaciones, hasta el punto de que toda la vida del sujeto gravita en torno a sus intentos de hospitalización. La asunción del papel de enfermo aparece como una necesidad psicológica compulsiva a la que el paciente no puede resistirse, teniendo en cuenta que todo el cuadro presentado es voluntariamente producido o fingido por el enfermo. Son pacientes que elaboran mentiras exageradas que ellos mismos se creen, refiriendo historias tan extravagantes y dramáticas como inconsistentes (la pseudología fantástica), y que van de hospital en hospital, cambiando de ciudad, país, e incluso de continente, en su desesperada búsqueda de ingreso. Frecuentemente acuden a

los servicios de urgencias cuando el personal es menos experimentado (fines de semana, períodos vacacionales, etc). Una vez admitidos suelen crear muchos problemas por sus continuas demandas de atención, discusiones con el personal e incumplimiento de las normas hospitalarias, siendo habitual una exagerada demanda de analgésicos. El aislamiento social en que viven es evidente por las pocas visitas que reciben. Los resultados de todas las pruebas y exploraciones serán negativos y, tras ellos, aparecerán complicaciones o nueva patología. Demuestran un alto grado de conocimientos médicos, llegando en ocasiones a indicar a médicos y personal de enfermería la conducta a seguir ante su enfermedad. Es frecuente el abuso de sustancias psicoactivas, principalmente analgésicos, aunque no suelen presentar signos de abstinencia al ser retirados bruscamente. Admiten e incluso se muestran ansiosos de someterse a cualquier tipo de intervención diagnóstica, terapéutica o quirúrgica, y suelen presentar múltiples cicatrices de intervenciones sobre el abdomen (signo del abdomen en parrilla o en enrejado) o señales de trepanaciones craneales. La presentación clínica puede ser muy variada, simulando cuadros más o menos graves, pero siempre muy dramáticos y aparatosos. El abdomen agudo, o laparatomafilia migrans, es el cuadro más frecuente y los síntomas abdominales son a veces debidos a adherencias posquirúrgicas. La hemorragia histriónica, en forma de hemoptisis, hemiatemesis u otro tipo de sangrado, muchas veces relacionada con la autoadministración de anticoagulantes, o las anemias por sangrías autoinfligidas, pueden también corresponder a un SM. Otro tipo es la neuralgia diabólica, con pérdidas de conciencia, cefaleas paroxísticas, crisis convulsivas, o meningitis (8). El tipo dermatológico es también bastante común, con heridas o abrasiones químicas autoprovocadas (dermatitis autogénica), enfisema subcutáneo por autoinyección de aire (7), úlceras en la lengua o abscesos por autoinyección de saliva u otros contaminantes bajo la piel. Otras formas de manifestación del SM son la hiperpirexia ficticia-variante, muy frecuente y ya comentada, alteraciones endocrinológicas (hiperinsulinemia, hipoglucemia, hipertiroidismo), infarto agudo de

miocardio, arritmias y aceptación de fármacos a los que ya ha presentado reacciones alérgicas. Existen también variantes con muy pocos casos descritos, como las oftalmológicas, con celulitis orbitaria autoinducida (9), daños corneales químicamente autoproducidos, o perforación del globo ocular con instrumentos punzantes (15); o las otológicas, en forma de otitis externa autoproducida, o de vértigo fingido. También se han descrito casos de SIDA (14) y de muerte súbita por autoinyección de sustancias que resultarán letales (10). Por otra parte, el SM por poderes o por proximidad es una variante en la que los padres u otros familiares presentan a los niños con enfermedades inventadas, lesionan a sus hijos con fármacos, contaminan muestras para análisis, etc. Está considerado como una forma de abuso infantil y es, en algunos aspectos, comparable con el síndrome del niño maltratado (4). Muy importante en el diagnóstico diferencial es el hecho de que los síntomas sólo ocurren en presencia de otras personas (16). Por último, existe un SM por proximidad en adultos, extremadamente infrecuente (3).

Diagnóstico Diferencial

El principal diagnóstico diferencial debe realizarse con un trastorno orgánico verdadero, no sólo para la correcta filiación del cuadro sino, sobre todo, para evitar procedimientos y exploraciones potencialmente peligrosos, siendo no obstante necesario descartar patología orgánica. El personal de enfermería debe vigilar atentamente a estos enfermos para descubrir posibles maniobras intencionadas.

Según algunas experiencias (12), la entrevista facilitada con tiopental ha demostrado su utilidad para evitar intervenciones y hospitalizaciones innecesarias, permitiendo un diagnóstico correcto especialmente en situaciones de emergencia. En los trastornos somatoformes, los síntomas no son producidos voluntaria e intencionalmente y no hay una conducta dramática frente a la enfermedad sino una actitud más bien indiferente.

Además, los síntomas tienen una relación temporal directa o una referencia simbólica con conflictos emocionales.

En la simulación, que es el diagnóstico diferencial más difícil, se persiguen propósitos específicos (percibir indemnizaciones, eludir la prisión, etc), que deben ser reconocidos y diferenciados del único propósito de asumir el rol de enfermo que caracteriza al SM.

Existe algún estudio (5) que señala la posible comorbilidad del SM con trastornos de la personalidad, trastornos cuyos rasgos clínicos comunes con el SM quedarían cuando menos solapados si no totalmente eclipsados e irreconocibles. La pseudología fantástica, las escasas relaciones íntimas y el abuso de sustancias, podrían hacer pensar en un trastorno antisocial de la personalidad, y la constante búsqueda de atención con dramáticas actitudes, en un trastorno histriónico de la personalidad. El estilo de vida anárquico, las escasas relaciones interpersonales, las crisis de identidad, actitudes manipulativas y actos autolesivos, podrían conducir el diagnóstico hacia un trastorno límite de la personalidad.

A pesar del extraño modo de vida de estos pacientes, no existe la sintomatología psicótica propia de la esquizofrenia, por lo que este diagnóstico diferencial es, al menos en principio, sencillo.

Curso y Pronóstico

El SM suele aparecer en la edad adulta pero puede tener un inicio más temprano, y su evolución es habitualmente crónica. Parece bastante verosímil que, a medida que los afectados adquieren más conocimientos sobre medicina y funcionamiento hospitalario y una mayor sofisticación en la simulación de sus síntomas, consigan más consultas y más internamientos en su reiterada búsqueda de atención. Son enfermos con un alto riesgo de abuso de sustancias, riesgo que aumenta con el tiempo, y que con frecuencia pasan cortos períodos en, la cárcel por delitos

menores. Se trata de un trastorno extremadamente incapacitante, pues el curso de las continuas hospitalizaciones y conductas únicamente dirigidas en su busca, es incompatible con un trabajo continuo, lazos familiares o relaciones interpersonales regulares.

Los múltiples ingresos hospitalarios conducen con mucha frecuencia a patologías de origen iatrógeno, como formación de tejido cicatricial tras intervenciones quirúrgicas innecesarias, abscesos, infecciones, reacciones adversas a fármacos, etc. Algunos pacientes mueren a causa de intervenciones, tratamientos o exploraciones invasivas, y se supone que un porcentaje indeterminado de muertes corresponde a casos en los que ni siquiera se ha sospechado un SM debido a la experta simulación y a la asunción de los riesgos que ésta conlleva.

Tratamiento

El panorama terapéutico actual del SM sigue siendo desalentador. En estos pacientes con un trastorno caracterológico pero con una psicopatología de proporciones *casi psicóticas*, rara vez el tratamiento tiene éxito.

Acceder a las manipulaciones del enfermo aliviará su tensión, pero tarde o temprano sus exigencias se harán insostenibles. El rechazo a cumplir las demandas terapéuticas, o la confrontación con el cuadro, da lugar a reacciones coléricas y al alta en contra del criterio facultativo. El tratamiento psiquiátrico es rechazado o, al menos, evitado en la mayoría de los casos, si bien un período prolongado para establecer una relación cordial puede parcialmente prevenir la ruptura abrupta del tratamiento. Si tras la confrontación no se produce negativa o huida, se debe intentar, preferiblemente mediante ingreso psiquiátrico, un plan de psicoterapia manteniendo una relación de apoyo. En la literatura existen al menos 38 casos de pacientes que han estado de acuerdo con un mayor control y tratamiento, obteniéndose en la mayoría de ellos buenos resultados. El número de pacientes

tratados con éxito subraya la necesidad del tratamiento, al menos inicialmente, en un internado.

Caso Clínico

Se trata de un varón de 30 años de edad, que pasó su infancia en un orfanato y sufrió poliomielitis de niño que le ha dejado importantes secuelas físicas: constitución infantil, con una talla de 150 centímetros y extremidades inferiores deformadas en genu varo. Casado hace 6 años y actualmente separado, con un hijo de 4 años que vive con la madre (otro murió a los 4 meses de edad). Tiene un trabajo que le obliga a cambiar periódicamente de domicilio y, desde hace unos meses, vive con un compañero de trabajo.

Su historial médico es amplísimo: ha sufrido 17 intervenciones quirúrgicas, 7 de las cuales se han realizado sobre las extremidades inferiores para corregir los efectos de su enfermedad infantil y podrían estar justificadas. Ha sufrido una apendicectomía, una resección transuretral de la próstata, ha sido diagnosticado de pancreatitis y pericarditis y se le ha realizado una coronariografía. Conoce decenas de hospitales de toda la geografía española; está diagnosticado de SM por un hospital de Madrid. En tratamiento actual con nifedipino, nitroglicerina, acenocumarol, diazepam, clometiazol, entre otros, es alérgico a una serie de fármacos igualmente dilatada, algunos de los cuales está tomando. Estos datos son obtenidos a través de informes médicos del paciente y de la amnesia realizada en el servicio de urgencias del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, donde llegó con una clínica compatible con un infarto agudo de miocardio que alternaba con un cuadro convulsivo muy aparatoso. Tras una exhaustiva exploración física, estudios radiológicos, analíticas, y electrocardiograma (el paciente conocía perfectamente las derivaciones electrocardiográficas, e incluso señaló a los facultativos del servicio de urgencias que el infarto se veía en V2), se descartó patología orgánica que justificase el cuadro y pasó a ser

evaluado por el Servicio de Psiquiatría. La entrevista comienza con el paciente en un estado estuporoso que bruscamente da paso a una crisis convulsiva que se repetirá varias veces, así como pérdidas de conciencia y caídas al suelo. Se muestra poco colaborador y evidencia abundantes contradicciones sobre su trabajo, bajas laborales e ingresos hospitalarios, y refiere una larga lista de síntomas y enfermedades: dolor precordial irradiado a brazo izquierdo que acompaña de una dramática gesticulación dolorosa, cefalea, dolor abdominal, derrames oculares, molestias prostáticas, tinte icterico desde hace días, miocarditis, hepatitis, hipertensión, epilepsia, alergias medicamentosas, etc. A medida que progresa la entrevista, se va mostrando más irritado y sorprendido al ver que no hacemos nada por atender sus síntomas, y termina reaccionando de forma violenta y colérica, quejándose de la mala atención que está recibiendo. Accede al ingreso en la unidad de psiquiatría, pero al día siguiente se va voluntariamente de alta. En días posteriores es traído al servicio de urgencias por ambulancias y coches de la policía, simulando ataques epilépticos y paradas cardiorespiratorias, pero es rápidamente dado de alta tras comprobar su identidad y verificar la inexistencia de tales patologías.

El intento de indicarle el componente psicológico de sus síntomas resulta catastrófico y el paciente adopta una actitud agresiva e insultante, abandonando inmediata y airadamente el hospital para continuar, suponemos, su interminable peregrinaje hospitalario.

Resumen

El SM es un trastorno poco frecuente caracterizado por la producción intencionada de síntomas físicos, la peregrinación de hospital en hospital, pseudología fantástica y amplios conocimientos de la jerga médica, que lleva al paciente a buscar de forma compulsiva e irresistible el ingreso hospitalario, aceptando procedimientos diagnósticos y terapéuticos que muchas veces amenazan incluso la vida del enfermo. Revisando los

antecedentes de estos sujetos son prácticamente constantes la privación emocional precoz, así como el padecimiento de enfermedades graves en la infancia y las dificultades en las relaciones interpersonales.

Las presentaciones clínicas son muy variadas, y abarcan desde el abdomen agudo y la fiebre ficticia como formas más frecuentes, hasta la celulitis orbitaria autoinducida o la simulación de un SIDA como manifestaciones muy poco habituales.

El principal diagnóstico diferencial del SM debe hacerse con los trastornos orgánicos, como actuación fundamental para evitar proceder a procedimientos médico-quirúrgicos potencialmente peligrosos.

El pronóstico de este trastorno, de evolución crónica y carácter altamente incapacitante, es hoy en día poco prometedor y la mayoría de los intentos de tratamiento (intencionadamente hablamos de intentos de tratamiento, ya que no es posible barajar posibilidades o sentar indicaciones terapéuticas), fracasan estrepitosamente.

**Enrique Daniel Albert M. Pendás
Myriam Cavero Antonio Pérez Urdániz**

**Departamento de Psiquiatría y
Psicología Clínica.
Hospital Clínico Universitario.
SALAMANCA**

BIBLIOGRAFIA

1. **Godding V; Kruth M.** Compliance with treatment in asthma and Munchausen syndrome by proxy. *Ars dis child.* 1991 Aug 66(8): 956-60.
2. **Sigal M; Altmark D; Gellkopf M.** Munchausen syndrome by adult proxy revisited. *Isr J. Psychiatri Relat Sci.* 1991; 28 (1); 33-6.
3. **Robert JC; Cremniter D; Lejonc JL.** Le Syndrome de Munchausen. *Press Med* 1991. Apr 20;20 (15): 697-700.
4. **Iarsen F.** Munchausen Syndrome. A rare condition requiring. *Nord med.* 1991; 106 (12): 330-2.
5. **Sofinowski R.E; Butler P.M.** Munchausen syndrome by proxy: A review. *Tex med.* 1991 Oct; 87(10):66-9.
6. **Karnik A.M; Farah S.** A unique case of Munchausen's Syndrome. *Br J clin Pract* 1990 Dec; 44(12): 699-701.
7. **Marchant B; Brown J.** Munchausen meningitis. *J R Soc med* 1990 Aug; 83(8):532-3
8. **Jordan D.R; Nerad J.** An unusual case of orbital cellulitis. *Can J ophthalmology.* 1990 Jun; 25(4):210-2
9. **Nichols G.R; Davis G.J.** In the shadow of the Baron: sudden death due to Munchausen syndrome. *Am j Emerg Med.* 1990 May; 8(3):216-9.
10. **Gattaz W.F. Dressing H.** Munchausen syndrome: psychopathology and management *Psychopathology.* 1990; 23 (1):33-9.
11. **Harrington W.Z; Jackimczyk K.C.** Thiopental facilitated interview in respiratory Munchausen's syndrome. *Ann Emerg Med* 1990 Aug;19(8):941-2.
12. **Cohen N.L; Breda S.D.** Orogenic munchausen syndrome. *Am j otol.* 1990 May;11(3):192-5.
13. **MacDonald J; Wafer K.** Munchausen syndrome masquerading as AIDS induced depression. *Br j Psychiatry.* 1989 Mar;154:420-1.
14. **Voutilainen R; Tupurainen K.** Ocular Munchausen syndrome induced by incest. *Acta ophthalmology Copenh.* 1989 Jun;67(3):319-21.
15. **Sheridan M.S.** Munchausen syndrome by proxy. *Health Soc Work.* 1989 Feb;14(1):53-8.
16. **Kavaltier F.C.** Munchausen AIDS. *Lancet* 1989 Apr 15;1 (8642):852.
17. **Diagnostical and statistital Manual of Mental Disorders.** Third edition, revised. 1989.
18. **Steven E.Hyman.** Manual de urgencias psiquiátricas, 20 edición. SALVAT editores SA.
19. **Talbott J; Hales R; Yudofsky B.** American psychiatric Press Ed. Ancara, Barcelona, 1989.
20. **Compendio de psiquiatría. Kaplan H.J; Sadock D.J.** 20 edición, 1987. SALVAT Editores. Barcelona.

La Salud Mental y lo Sanitario

Encuentro de trabajo

Ávila, 11 y 12 de diciembre de
1992

1ª PONENCIA:
Aspectos Epistemológicos.

José Angel Ortega Fernández.

EPISTEMO ¿QUÉ? DE LA
REFORMA

Antonio Sáez Aguado

¿ES POSIBLE UNA PSIQUIATRÍA
INTEGRADA EN LAS CIENCIAS
MÉDICAS?

2ª PONENCIA:
*Aspectos
Organizativo-Asistenciales.*

Juan José Madrigal Galicia

LAS UNIDADES DE
HOSPITALIZACIÓN
PSIQUIÁTRICA
EN LOS HOSPITALES GENERALES

José Manuel Susperregui
González

ORO Y BARRO DE LA REFORMA
PSIQUIÁTRICA

Transcripción de cintas y resúmenes de
los debates:

A. Sáez y R. Esteban

PRESENTACION

Continuando una joven tradición iniciada en el invierno de 1990 con el encuentro de trabajo del Castillo de La Mota -en el cual se sentaron las bases del documento "Posición de la ACLSM ante la Asistencia Psiquiátrica en Castilla y León"- la Asociación propició otro en Ávila, el pasado mes de diciembre, bajo el lema "LA SALUD MENTAL Y LO SANITARIO", al que asistieron unos treinta participantes. Pretendíamos intercambiar opiniones respecto a un momento regional en el que se empiezan a esbozar en casi todas las provincias unos mínimos elementos de coordinación funcional de recursos y, junto a las ventajas inherentes a esto, se barruntan también ciertos peligros de mimetismo o fagocitación de los distintos dispositivos de Salud Mental por los modos y las modas del sistema sanitario actual.

Estamos en un momento crucial: si a través de las estructuras de coordinación no se consigue transmitir a las Administraciones una serie de necesidades, peculiaridades, actuaciones, etc., fundamentales para la asistencia a la Salud Mental; si no se transmite, a su vez, a quienes trabajamos en este campo, la conciencia de que dar la espalda a la integración en lo sanitario nos colocaría en posiciones marginales y marginadoras; si no se logran, al menos, estos dos objetivos en toda su extensión y profundidad, se corre el serio riesgo -como se dijo en el encuentro- de poner la Reforma en manos de los contrarreformistas, de asistir a la aparición de dispositivos que nacerían destinados al fracaso, de desperdiciar -¿de nuevo?- tiempo, dinero y energías.

Pareció una buena forma de desdramatizar tan "tremebundos" problemas el reunirnos informalmente, con tiempo para hablar, con ganas de hacerlo, y creímos conveniente comunicar lo que allí se dijo al resto de los asociados y a los otros profesionales e instituciones que reciben nuestro Boletín.

Para articular el encuentro pudimos contar con un excelente material glosado en una ya antigua canción: la ayuda de la amistad. Pedimos a los ponentes se atuvieran a dos líneas argumentales: la epistemológica y la organizativo-asistencial, y fue muy celebrado que, aún ateniéndose a ellas, no nos hicieran caso del todo, pues así quedó patente, de nuevo, que en el discurso de la A.E.N. no caben divorcios entre las teorías y las prácticas, ni entre ninguna de sus viceversas y la realidad. Contraída, por lo tanto, una deuda de gratitud agradecemos (por orden de aparición):

A **Coque Ortega**, su generosa disponibilidad para acercarse -él siempre ha estado próximo- desde Santander, su valiente y fresca exposición (que esperamos no haber desmochado al transcribirla, aunque han quedado cosas en el magnetofón) y su apertura a una utilización plástica de los recursos que antepone la solución de problemas al lamento perdido en nebulosos ideales.

A **Antonio Sáez**, nuestro Secretario General, otra cesión más de su tiempo -la enésima- para mantener la actividad asociativa, así como su esfuerzo para recordarnos tanto las enseñanzas de la Historia como que ésta se escribe en el día a día de la reflexión y del trabajo.

A **Juanjo Madrigal**, la facilidad con que accedió a colaborar aún no siendo asociado, la visión animosa que transmitió en su ponencia, y su conocida actitud de sensatez y compromiso con los problemas actuales de la asistencia psiquiátrica.

A **José Manuel Susperregui**, su vuelta al ruedo asociativo (se la mereció también sobradamente en ese otro sentido); su laboriosa sistematización de los elementos epistemológicos, doctrinales y asistenciales que confluyen en nuestra praxis; su rigor conceptual y su ejemplar coherencia con los principios que, hace años, inspiraron la Reforma y cuya puesta en práctica todos esperamos, desde hace años, sea facilitada por los poderes públicos.

Y agradecemos muy especialmente a los demás asistentes su participación en los debates, pues produjeron el enriquecedor contrapunto de pareceres y el intercambio de experiencias y valoraciones que constituyen, realmente, uno de los pilares de la vida asociativa.

Por supuesto: ninguno de los hablantes tuvo toda la razón. Pero todos juntos seguro que sí.

6 de mayo de 1993

Ramón Esteban Arnáiz
(Moderador)

Epistemo ¿Qué? de la Reforma

José Angel Ortega Fernández

Redefinidas desde los años 70 -y vuelta y vuelta a ello- las relaciones entre los "padecimientos mentales" y la sociedad, su asistencia, la misión de los "especialistas", los "métodos" de trabajo, los instrumentos, los "cambios considerables aunque limitados" (BALINT).. es preciso "que se organice un sistema asistencial completamente nuevo" (HOCHMANN). La Historia viene a buscarnos -por aquello del 'vuelta y vuelta'- ahora con otra crisis económica que afecta a todos los servicios públicos. Ya la crisis de los 80 arrastró a los modelos sanitarios europeos, incluso a uno tan instaurado como el inglés. Previamente, en 1978, la O.M.S. (y con vistas al Tercer Mundo, que esto también hay que tenerlo en cuenta) promueve desde Alma Ata un cambio en los servicios sanitarios fundamentado en dos puntos:

1º Mayor equidad en la distribución de las prestaciones. Esto es, evitar su exclusiva concentración en las grandes zonas urbanas. Sabemos, sin embargo, que sigue ocurriendo: incluso se concentran en determinados barrios. O se crean costosos servicios que no siempre surgen ante auténticas necesidades de los usuarios. Y eso que paga igual el asegurado urbano que el que vive en una zona rural distante y mal comunicada.

2º Una transformación de las formas de atención, pasando de la cerrada médico/paciente a otra que permita entrar a otros profesionales: enfermería, A.A.S.S., psicólogos, etc. Es decir, una relación paciente/equipo.

Interesa ahora resaltar un descubrimiento sociológico: NO A MAYOR GASTO SANITARIO (especialistas, tecnología, inversiones...) SE PRODUCEN MÁS BENEFICIOS DIRECTOS EN LA SALUD DE LOS CIUDADANOS, mientras que el

gasto en otros sectores (educación, alimentación, carreteras, vivienda) va a influir en el grado de salud. El nivel de salud es la expresión del nivel de desarrollo socioeconómico. Muchas veces el estado parece ignorar esta y otras cuestiones (por ejemplo, demográficas), y crea grandes hospitales que llegan a quedar obsoletos antes, incluso, de abrirse, como el materno-infantil de Valladolid...

Volviendo a la Historia: en el año 86 se publica la Ley General de Sanidad que, tras el minucioso informe elaborado por la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, sólo contiene un capítulo -y en él, un solo artículo, el 20- en que se comenta cómo se integrarán las actuaciones relativas a la salud mental en el Sistema Sanitario General, actuaciones que se regirán por los siguientes principios: a) La atención se realizará en el ámbito comunitario. b) Las hospitalizaciones psiquiátricas se llevarán a cabo en hospitales generales. c) Se desarrollarán servicios de rehabilitación y inserción coordinados con los servicios sociales (aunque la Seguridad Social no haya creado desde el 86, que yo sepa, ninguno). d) Los servicios de salud mental y asistencia psiquiátrica del sistema cubrirán la prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud.

La LGS propone también un nuevo modelo de organización territorial basado en el Area y la Zona Sanitarias. Sobre el Area pivotan la asistencia especializada y la hospitalaria; el eje asistencial de la Zona Básica será el Equipo de Atención Primaria. Pero además la LGS propone un nuevo modelo de gestión: cada Area Sanitaria deberá -debería- contar con los siguientes órganos:

I- De participación: el Consejo de Salud de Área... que no se ha desarrollado en ningún sitio...

II- De dirección: Consejo de Dirección de Área; tampoco se han desarrollado.

III- De gestión: Gerente de Área, con una Dirección de Primaria y otra de Asistencia Especializada.

Todos estos cambios estructurales y organizativos de la LGS pretenden apoyar otros cambios en las actuaciones para que éstas vayan más allá de lo estrictamente reparador: se quiere introducir la prevención y la epidemiología en el nivel primario, así como ofrecer, desde éste, prestaciones que se habían desplazado a los hospitales, o que no existían. Conviene recordar que el sistema anterior -persistente todavía en muchos lugares- se basaba en los APD rurales y en los médicos de los ambulatorios urbanos, funcionando como "el guardián de la puerta" (el de TOLKIEN) para que no entrara mucha gente en el nivel caro de la asistencia especializada (debemos reconocer la labor de esos médicos sometidos a la consabida presión de 200 personas en dos horas). El otro pilar del viejo sistema, los grandes hospitales "verticales", organizados por servicios, ven hoy vacías algunas de sus salas y otras en permanente "overbooking". No descubriremos a nadie el fracaso del "viejo sistema".

Veamos cuáles son los pilares del nuevo:

A) Centros de atención primaria / Equipos interdisciplinarios.

B) Hospitales comarcales "horizontales".

C) Entre estas dos estructuras se encontraban los equipos de salud mental y los COF, ambos con personal dependiente de Primaria y de Especializada, y que tenían que estar a todo: supervisar y apoyar a los EAP y realizar tareas específicas.

Los COF han ido desapareciendo y sus misiones se les han añadido a los EAP. Los EAP podrían ser la solución a la crisis sanitaria si se procurase realmente desarrollarlos. Pero se dijo que tardarían 20 años en estar implantados, no se les facilitan medios, el personal no es fijo ni se com-

pletan las plantillas; a algunos miembros no se les paga bien (psicólogos); otros profesionales (sociólogos) no llegan a integrarse... Por supuesto que la implantación de los EAP necesita gastar dinero en ellos, en su dotación, en su formación, y merece la pena hacerlo porque los que están funcionando desempeñan tareas utilísimas para una auténtica reforma psiquiátrica: están evitando la psiquiatrización de muchos pacientes; están cambiando la atención sólo por el médico a la atención por el equipo; están haciendo diversos grupos (autoayuda, ocupacionales); esto es, a pesar de sus limitaciones, los que yo conozco llevan a cabo una apreciable labor de contención y, además, comunitaria.

Se han creado nuevos hospitales comarcales y la estructura del hospital también ha cambiado. Ahora no están distribuidos por Servicios sino por cuidados de enfermería. Cuando hemos tenido que ingresar así a algún enfermo psiquiátrico hemos visto que puede tener ciertas ventajas: menos marginación, menos psiquiatrización.

Pero, a todo esto, llega la actual crisis económica: ni un duro para recursos sanitarios. ¿Y para qué gastarse tanto dinero -tal y como se planifica- en beneficiar a unos pocos? ¿Para qué tanto aparato carísimo que muchas veces no se tiene quien lo maneje? Muchas veces los gestores impiden que se utilicen los aparatos que ellos han comprado (litotritor, ordenadores... y hasta fotocopiadoras). Estas son "anécdotas" de la gestión de las que no sé si habrá tiempo para hablar, pero abundan tanto que se convierten en uno de los más grandes escollos diarios.

La crisis no afecta sólo al dinero: también la *epistemo-qué* se ve afectada. Ahora llaman a todo esto "Ciencias de la Salud", que se estudian por "currícula". Sin embargo, los alumnos de Medicina están estudiando los mismos "currícula" de siempre; a los alumnos de Enfermería no se les permite ser Licenciados, se les deja como Diplomados y no pueden ser especialistas (habría que pagarles más después); los enfermeros de Salud Mental no se pueden especializar.

A pesar de todo lo dicho, el dinero se sigue canalizando hacia los grandes hospitales de las ciudades, hacia la tecnología más cara. Al no potenciar los EAP y permitir sobre ellos excesiva presión asistencial, el paciente sigue recibiendo una pastilla o un papel para que vaya a otro punto del sistema, donde le darán otra pastilla u otro papel para que vaya a otro, y a otro y... O sea, la pastilla o el papel como sustituto de *la falta*, en lugar de escuchar su demanda, redefinirla y atenderla en lo posible. El paciente seguirá así buscando quien le contenga.

RESUMO:

1- La "Reforma" es una reforma sanitaria global o no es nada. Hay que reformar el conjunto de atenciones a lo *bio-psico-social*. No cabe esperar una reforma psiquiátrica o "psi..." a no ser que pretendamos seguir una vía extraña y paralela a lo sanitario.

2- La pieza fundamental son los EAP. De que se desarrollen o no, en toda su polivalencia, depende la posibilidad de reformar. Mucho me temo, por los tiempos que corren, que se están desarrollando poco, despacio y con muchas dificultades.

3- Es preciso fomentar una asistencia que no cronifique la propia asistencia. Que no cree "nuevos crónicos", como estamos creando -o criando- nuevos crónicos psiquiátricos psiquiatizando a quien tiene una polimialgia, o al que llora en la consulta y es enviado al psiquiatra y luego resulta que llora porque no ve, porque tiene un desprendimiento de retina pero nadie había tenido tiempo -o ¿formación?- para preguntárselo.

4- Hay que impulsar un sistema sanitario que no esté cronificado en la compartimentalización estanca de especialistas que tenía el anterior. Hay que llegar a un sistema no disociado que comparta la información, que maneje la Historia Clínica única, de Área Sanitaria, innovación que también contempla la LGS y que no ha sido facilitada.

5- Hay que terminar con la idea de la "omnipotencia" de los servicios de salud mental: ni lo podemos todo ni podemos con todo. Hay derivaciones a Salud Mental que son erróneas: no son casos nuestros aunque tengan, claro, una repercusión en el psiquismo. Todos hemos recibido casos así: tuberculosos con astenia y ansiedad, cancerosos deprimidos, patologías de columna que, una vez derivados al psiquiatra, el "sistema" parece desentenderse de lo que les pase: han *sobrepasado* al sistema sanitario.

De estas y otras cosas, y de la *epistemo-qué*, podremos seguir hablando en el debate.

José Angel Ortega Fernández es Psiquiatra de la Unidad de Salud Mental del INSALUD, Torrelavega (CANTABRIA).

Epistemología, Medicina y Psiquiatría

Antonio María Sáez Aguado

"Como fustigados por espíritus invisibles, los caballos del Sol surcan el tiempo con el ligero carro de nuestro hado; y a nosotros sólo nos queda, armados de valor, sostener firmemente las riendas, sortear aquí una piedra y allá un vuelco, y desviar las ruedas hacia la derecha o hacia la izquierda. A dónde se va, ¿quién lo sabe? ¡ Si apenas cabe recordar de dónde se viene!"

Goethe

Las notas que traigo preparadas para esta intervención suponen realizar una serie de propuestas de orden distinto a las planteadas por Coque, pero espero que puedan ser complementarias y nos permitan proceder a un debate en profundidad sobre los distintos aspectos del tema para el que hemos sido convocados. Y creo que al abordar "la integración de la salud mental en lo sanitario" no pueden mantenerse posiciones excesivamente contundentes, radicalmente favorables a la integración en lo sanitario o radicalmente excluyentes; se trata de una cuestión que tiene múltiples determinaciones de carácter histórico, económico, conceptual... y también epistemológico. En mi opinión, más allá de las actuales instituciones o de coyunturas económicas o políticas, conviene intentar plantear algunos de los problemas epistemológicos de la psiquiatría en relación con la medicina, los fundamentos del conocimiento psiquiátrico, su situación en el conjunto de las disciplinas científicas, la estabilidad de sus teorías o los problemas de conjunto de las disciplinas científicas, la estabilidad de sus teorías o los problemas de definición de su objeto. Quiero referirme a la psiquiatría y a la medicina, pero de forma esquemática y para provocar el debate en este Encuentro, por extensión, podemos referirnos a lo que ahora llaman ciencias de la salud y a lo que viene denominándose (y que cada uno lo entienda como quiera) ciencias de la salud mental, si es que se trata de ciencias, porque intentaré argumentar que la psiquiatría no es una ciencia, que es una tecnología y que precisamente por ello está sujeta a circunstancias históricas que

modifican su objeto, a demandas también cambiantes y que no tienen que ver con la configuración de la psiquiatría como una ciencia estable, con una teoría, con aplicaciones prácticas...

Motivos de idole histórica hacen recomendable iniciar algunos de estos comentarios en relación con la Medicina, Laín Entralgo en distintos textos, al referirse a la Medicina actual (y para él, "nuestra actualidad: comienza a partir de 1.918 (1)) y la caracteriza por "su poderío y perplejidad"; poderío en la técnica y perplejidad en la teoría, lo que, en su opinión, ha transmitido una cierta paralización en el pensamiento médico. Pudiera decirse que éste no existe o que es exclusivamente práctico, que elude cualquier relación o consideración entre teoría y práctica. Como decía Jean Cruvel (2), la biblioteca del médico no necesita ser abundante, "Basta con la Biblia..y los tratados, los compendios, y con mayor frecuencia los resúmenes y los manuales, e incluso los prospectos de los laboratorios farmacéuticos." Un estilo conciso que se inscriba directamente en la práctica. Nada cuadra mejor a un médico prototípico que una descripción precisa, una indicación adecuada, un nuevo fármaco..., un protocolo. (En este sentido de recuerdo el alborozo con el que fueron recibidos por muchos médicos, generales y especialistas ajenos al sector psiquiátrico, los breviaros del D.S.M. III, entendiéndolo en su acepción ritual, como el libro que contiene el rezo de todo el año, antes que como compendio o epitome). Una práctica sin teoría (lo que probablemente haya hecho

posible los importantes avances tecnológicos, centrados en el diagnóstico y no tanto en la terapéutica, de la medicina en las últimas décadas).

No debe extrañarnos, pues, que los médicos no conozcan un texto de Foucault en esa obra tan recomendable que antes citaba: "El Nacimiento de la clínica, Una Arqueología de la mirada médica" (3). El nacimiento de la Medicina científica habitualmente suele fijarse entre finales del siglo XVIII y principios del XIX; Foucault señala dos momentos simbólicos que "no corresponden con una mayor racionalidad, ni siquiera a una mayor dosis de empirismo"; en 1.807 Bichat consigue pensar la enfermedad al localizarla en un nuevo espacio, el tejido; en 1.819, Laenner puede describir, por primera vez, un hígado cirrótico. En esta época sitúa también un cambio de interrogación que hacen los médicos, que ya no preguntan al paciente ¿qué tiene vd.?, sino que esa interrogación es sustituida por ¿dónde le duele a vd.?. Así expresa Foucault que el encaje entre un espacio donde los médicos han podido ya mirar y un lenguaje que les permite la lectura de lo que han mirado y lo que han visto, eso habría hecho posible la formulación de un discurso sobre la enfermedad y el sufrimiento, en definitiva, el discurso médico.

"Usted podría tomar durante 25 años de la mañana a la noche notas sobre el lecho de los enfermos sobre afecciones del corazón, de los pulmones, de la víscera gástrica, y todo no será sino confusión en los síntomas que, no vinculándose a nada, le ofrecerán una serie de fenómenos incoherentes. Abrid algunos cadáveres; veréis desaparecer en seguida la oscuridad que la observación sola no ha podido disipar" (4). A través de esta cita de Bichat, y continuando con Foucault, no debemos olvidar la importancia que ha tenido para nuestra cultura que el primer discurso científico sobre el individuo haya debido pasar por el momento de la muerte (y la importancia de la medicina en el conjunto de las ciencias humanas.. "la salud sustituye a la salvación"; pero todo esto nos aleja de nuestro tema). Nuestro autor establece que ha sido la anatomía patológica lo que ha basado conceptual y semánticamente, lo que ha

proporcionado esa epistemología inicialmente a la medicina: "La gran ruptura en la historia de la medicina occidental data precisamente del momento en que la experiencia clínica se ha convertido en la mirada anatomoclínica" (3). Podemos añadir que, en la actualidad, la lesión anatómica sigue siendo la mejor manera en que un médico puede representarse la enfermedad que afecta a su paciente.

Lain Entralgo decía en su "Historia de la Medicina" que durante el siglo XIX se consolidaron tres mentalidades médicas, que algunos consideran tres paradigmas, que han constituido los ejes del pensamiento médico hasta la actualidad; la mentalidad anatomoclínica (de orientación morfológica), la mentalidad fisiopatológica (de orientación preponderantemente procesal) y la mentalidad etiopatológica (de orientación etiológica). La concepción de la enfermedad en cada una de estas mentalidades sería: la lesión anatómica, un desorden en el proceso energético-material y la infección respectivamente.

Hay un aspecto común a estas tres mentalidades: el objeto de la medicina, desde su constitución como ciencia es la enfermedad. Se formule o se extraiga un conocimiento a partir de un modelo anatomoclínico, fisiopatológico o etiopatogénico, lo importante es que el objeto de la medicina es la enfermedad: "...al constituir lo que hace su objeto (la enfermedad) como sujeto de su discurso, la medicina borra la posición del enunciador del discurso que es la del enfermo mismo en el enunciado de su sufrimiento, y a la del médico al retomar ese enunciado en el discurso médico" (2). En definitiva, la medicina se constituye como disciplina científica mediante un procedimiento que excluye al sujeto, que es el enfermo, porque su objeto es la enfermedad. Esta proposición así formulada manifestaría la imposibilidad de integración de la psiquiatría, de la salud mental, en el sistema sanitario en la medida en que esa exclusión del sujeto, y yo añadiría de su contexto histórico, hace imposible que algunas de "las psiquiatrías", algunas orientaciones en salud mental, puedan integrarse en el sanitario; esta imposibilidad sería radical, en el sentido de que afecta a los fundamentos y las ba-

ses de la medicina científica; no sería una cuestión circunstancial, sino radical, en el sentido de su raíz, de las raíces de la constitución de la medicina como ciencia. Esta es la "verdadera dificultad de la medicina" como lo expresaba Canguilhem (5); en la medida en que adquirió estatuto científico, la enfermedad se separa cada vez más de lo que experimenta el interesado. Este autor, también desconocido por los médicos, planteaba en el mismo texto: *"Por más que se admita la importancia de los métodos objetivos de observación y análisis en la patología, no parece posible hablar con pleno rigor lógico de "patología objetiva"... la intención del patólogo no determina que su objeto sea una materia vacía de subjetividad. Es posible practicar objetivamente, es decir imparcialmente, una investigación cuyo objeto no puede ser concebido y construido sin referencia a una calificación positiva o negativa, cuyo objeto por consiguiente no es tanto un hecho como un valor"*.

En diferentes épocas y desde distintas corrientes del pensamiento médico, particularmente desde el denominado humanismo médico y la patología psicosomática, se apela a la necesidad de complementar la técnica médica con las denominadas humanidades Médicas; pueden resumirse estos planteamientos con la expresión "la introducción del sujeto en Medicina" creada por Viktor von Weisacker (6) para expresar lo que debiera ser el rasgo más distintivo del saber y la práctica médica en el siglo XX. Una somera revisión de la situación del saber y la práctica médica al finalizar el siglo nos permitiría afirmar que lo constitutivo de la medicina (la enfermedad como objeto, y la exclusión del sujeto) mantiene su actualidad. Como dice Karl Jaspers (13) *"el médico sólo puede actuar con fundamento en tanto se haya logrado la objetivación. Únicamente trae el progreso poner la mira constante en tal objetivación"*; y sobre los conocimientos médicos: *".. éstos establecen como condición la objetivación; y la objetivación, el distanciamiento"* (por eso plantea después que la gravedad de esta situación sólo es del todo consciente para el psiquiatra). La ambigüedad de las propuestas del humanismo médico queda reflejada en la forma en que uno de sus representantes más

cualificados, Juan Roi Carballo (7) concluye numerosas consideraciones de tipo especulativo o antropológico: *"..hemos de concluir que actualmente la clave del humanismo médico está comenzando a descansar sobre una base anatomo-fisiológica"*. Por tanto, pese a este tipo de llamadas o las de humanización de la asistencia, la subjetividad en la práctica médica "no es más que un residuo".

Resumo, por tanto, esta primera tesis para provocar el debate: existe una imposibilidad radical de integración de la psiquiatría y las ciencias de la salud mental en el sistema sanitario; esta imposibilidad deriva de la exclusión que del sujeto realiza la medicina al constituirse como disciplina cuyo objeto es la enfermedad.

En otro orden de cosas conviene referirnos a la psiquiatría y a algunos aspectos epistemológicos; para ello me remito, en lo fundamental, a la ponencia sobre Epistemología psiquiátrica (8) del XVIII Congreso de la A.E.N.

En este punto es necesario volver a Foucault. En su "Historia de la locura" (y no de la enfermedad mental, como algunos lo han entendido) describe la operación que se realizó con el loco desde el humanismo renacentista hasta casi la actualidad y sus correspondientes avatares: excomulgado de la sociedad, constreñido a las casas de encierro, emparejado con la animalidad, tachado de inmoral y, finalmente, liberado de las cadenas por Pinel para después ser encadenado a la situación de alienado bajo la mirada vigilante de la percepción médica. Como planteaba hace años L. Cabrero (9): *"La institucionalización no surge históricamente de la creación del asilo por el padre Jofre (fruto de criterios humanitarios), sino que parte del momento en que la psiquiatría alemana (al margen de criterios liberadores como los de Tuke y Conolly en Inglaterra y los de Pinei en Francia), aborta la apertura física e idiológica de los manicomios con la aportación de nuevas conceptualizaciones que justificar el internamiento a partir no de criterios de marginación social, sino de criterios en apariencia médica"*. En su evolución, la psiquiatría pretende considerarse una especialidad

médica, transformándose en un saber positivo (paralelamente, la medicina pugna por hacerse un lugar entre las ciencias de la naturaleza). De sus distintos modelos cabe señalar el de parálisis general progresiva formulado por Bayle, que viene a consolidar una psiquiatría positivista basada en el diagnóstico anatomopatológico. Como debo abreviar sólo señalo esquemáticamente dos aspectos relevantes de la evolución de la psiquiatría. La estabilidad alcanzada con la psiquiatría kraepeliniana (a los que algunos (8) consideran epistemológicamente "blanda", en el sentido de que "no concede una importancia central a la dilucidación de la naturaleza, del estatuto ontológico, de la enfermedad mental") que se mantiene hasta nuestros días; señalando la aceptación de los DSM III - R y sucesivos, que no dejan de ser sino una actualización de la nosología kraepeliniana.

En la actualidad podemos, y debemos, plantearnos ¿qué es la psiquiatría?, qué la caracteriza como ciencia o como disciplina unitaria; probablemente podamos hacernos estas preguntas respecto a otras disciplinas de la salud mental. Pero en otros casos, las cosas son más claras; respecto al trabajo social, por ejemplo, estaríamos en un orden de cosas distinto: no existiría un trabajo social como disciplina particular teóricamente definida, sino una aplicación de la sociología a un campo determinado, sanitario o psiquiátrico.

Aprovecho esta reflexión para proponer, siguiendo a Tizón (9) y a Desviat (8), una segunda tesis a debate: la psiquiatría no es una ciencia, como pueda serlo la física, las matemáticas o la biología, ni siquiera una ciencia aplicada, como puede ser la estadística, sino una práctica, un conjunto de prácticas encaminadas a conseguir un fin socialmente determinado en los distintos contextos históricos: en definitiva, una tecnología. Las ciencias básicas de referencia de la psiquiatría serían la biología, que si tendría entidad de ciencia particular, la psicología y fundamentalmente la psicopatología, las ciencias de la conducta, la Teoría General de Sistemas y el psicoanálisis (sobre cuyo carácter quizá convendría hacer otro tipo de consideraciones, pero para andar por casa

aquí podríamos considerarlo también como una ciencia básica de la psiquiatría). Afirma Tizón (9) que "*Faltando el adecuado paradigma unificador ampliamente aceptado, y los subparadigmas unificados o plurales, la psiquiatría queda reducida ya no a una disciplina científica aplicada, sino a una pura técnica o tecnología, con lo que su inscripción ideológica se ve enormemente facilitada*". Efectivamente, la aplicación de las tesis de T.S. Khun en su texto "La estructura de las revoluciones científicas" (10) (que introduce parámetros sociológicos en el estudio histórico del progreso de las disciplinas científicas) y los conceptos de paradigma, ciencia normal, anomalía o revolución científica confirmarían que la psiquiatría es una disciplina precientífica, en la que coexisten numerosos paradigmas no unificados y no ha sufrido la necesaria crítica epistemológica interna. Otras aplicaciones (11) de distintas teorías sociológicas confirmarían esa constatación. La ausencia de un paradigma unificador y de la crítica epistemológica interna facilitaría su inscripción ideológica; el peligro de regresión ideológica, de utilización de las tecnologías en los distintos contextos históricos o formaciones sociales, ya fué señalado por Marx, y en el campo de las ciencias sociales por J-Alain Miller y T. Herbert (12). Esto nos conduce a plantear algunos problemas éticos en relación con nuestra práctica. El primero de ellos en relación con el objeto de nuestro trabajo y los problemas de su definición; probablemente ninguno de los presentes sea capaz de definir con contundencia, no ya cuál pueda ser el objeto de la psiquiatría, sino el objeto de nuestro trabajo diario. En la práctica quienes tenéis más experiencia podéis constatar los cambios sufridos en las últimas décadas en este sentido: el "material" de trabajo al que se ve confrontado en la actualidad un psiquiatra o un psicólogo nada tiene que ver con lo que ocurría hace 10 ó 20 años (hasta el punto de que ya no se habla de enfermos, casi nunca de pacientes, con frecuencia de usuarios y algunos hablan de clientes). Estos cambios tienen su reflejo correspondiente en los distintos textos y manuales y, desde luego, en los sistemas de clasificación, la inclusión de nuevos trastornos mentales en las próximas ediciones del Manual de la A.P.A. parece

obedecer exclusivamente a criterios de "utilidad clínica", lo que confirmaría el carácter epistemológicamente blando de nuestra actual psiquiatría, como antes planteaba. Y ello es congruente con la advertencia inicial contenida en el D.S.M. III-R: "Aunque este manual presenta una clasificación de trastornos mentales, no existe una definición satisfactoria que especifique límites precisos del concepto de "trastorno mental". La décima revisión de la C.I.E. mantiene un nivel similar de imprecisión: "El término "trastorno" se utiliza a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea el utilizar otros conceptos tales como "enfermedad" o "padecimiento". En los años postreros del siglo XX la psiquiatría ha sido capaz de sistematizar "grupos de síntomas identificables en la práctica clínica" (1). Debemos prepararnos, por tanto, para afrontar algunos de los problemas éticos que se plantearán en el futuro en el ámbito de la asistencia psiquiátrica como consecuencia de las demandas cambiantes, del sucesivo cambio de objeto al que está sometida la psiquiatría (al carecer de un anillo teórico protector que le confiera estabilidad) y de su posible utilización en los distintos contextos políticos o sociales.

Termino esta parte de mi intervención recordando, de forma resumida, las dos tesis que planteo a debate:

1. La medicina se constituye como disciplina científica mediante una operación que implica la exclusión del sujeto, al afirmar como su objeto la enfermedad. Esta tesis, en la medida en que afecta a la constitución de la medicina como disciplina, manifestaría la imposibilidad de integración de la psiquiatría y, por extensión, de las ciencias de la salud mental, en lo sanitario, por esa radical exclusión del sujeto (salvo que nos situemos en posiciones reduccionistas desde el punto de vista biológico).

2. La psiquiatría, y el conjunto de disciplinas de la salud mental, por ausencia de un paradigma unificador, tendrían la consideración de tecnología, lo que plantea importantes problemas éticos, derivados de la forma en que pueden practicarse (en

ausencia de un núcleo teórico que le confiera estabilidad) en las distintas formaciones sociales.

Una vez desarrolladas las notas que traía preparadas, me gustaría hacer algunas reflexiones sobre lo planteado por Coque en su exposición. Aunque estoy de acuerdo con el resumen final que se ha hecho, y con el planteamiento de que en la actualidad no hay reforma psiquiátrica posible sin reforma sanitaria, creo necesario hacer algunas matizaciones al respecto. En primer lugar quiero destacar tres aspectos del resumen de contenido de la Ley General de Sanidad: Equidad, Territorialidad y Planificación-Organización; con frecuencia son considerados principios inspiradores de nuestro sistema sanitario y uno de los logros del sistema público. Sin embargo, en el contexto de la actual situación de crisis económica, de la que se ha hablado en la exposición, estos principios, asumidos ya ampliamente por los discursos sanitaristas pueden quebrarse. La situación de incertidumbre a la que está sometido nuestro sistema sanitario tiene que ver, en mi opinión, con algunos de los condicionantes de la denominada crisis sanitaria que creo necesario señalar. En primer lugar una constatación ya realizada por Coque: en los países con un cierto desarrollo, al que con seguridad ya hemos accedido, más financiación sanitaria no implica necesariamente más salud; esta constatación es uno de los condicionantes de la crisis sanitaria y una de las causas de la actual reformulación de los modelos sanitarios. Existe otro condicionante más coyuntural, de carácter meramente económico: el ritmo de crecimiento de los gastos sanitarios no es asumible por la mayor parte de los países desarrollados. Las soluciones que se apuntan, y que ya se han puesto en práctica en otros países, pueden quebrar esos principios de Equidad, Territorialidad y Planificación-Organización; en este supuesto, las implicaciones para la atención en salud mental pueden ser particularmente negativas. Podemos utilizar como ejemplo el de la territorialidad; en la actualidad puede decirse que, con carácter general, todos los dispositivos de salud mental tienen un ámbito territorial y poblacional de su responsabilidad, de tal forma que tanto usuarios como profesionales y equipos tienen cla-

ras sus referencias y sus responsabilidades. Algunas de las propuestas que se barajan inciden de forma importante en introducir de forma progresiva niveles de elección por parte de los usuarios; las regulaciones existentes en la actualidad afecta a la Atención Primaria de salud y se formulan como elección de médico (cabe señalar aquí, las implicaciones que esta elección de médico pueden tener sobre el trabajo en equipo y su organización). No obstante en otros países comienza a plantearse, de diversas formas, la posibilidad de elección de centro u hospital por parte de los usuarios. Esta tendencia puede resumirse con el "lema" utilizado para justificar la reforma del Sistema Nacional de Salud Británico: que el dinero siga al paciente; se trataría de financiar los hospitales y otros centros en función de la captación que éstos realicen de usuarios, bien directamente, bien del nivel primario de asistencia. En definitiva, se trataría de establecer un sistema de competencia entre hospitales (competencia pública, en algunos casos, o introduciendo los centros privados, en otros) y de progresiva introducción de mecanismos de mercado como regulador del sistema sanitario. A ello se añadirían nuevas formas de gestión (contabilidad analítica, gestión clínica, facturación y pago por proceso, etc...) que permitirían incrementar la eficiencia del sistema sanitario. Estas tendencias, presentes en la mayor parte de los sistemas sanitarios pueden, como decía antes, desbaratar los logros de nuestro sistema produciendo situaciones de selección de riesgos o la desprotección de algunos colectivos de población; de especial importancia es esta cuestión para la atención en salud mental, aún no integrada plenamente en el sistema sanitario, financiada de forma incompleta y, con frecuencia, marginal y caracterizada por su especificidad escasamente asumida por los gestores sanitarios.

Para terminar puedo resumir esta última parte de mi exposición diciendo que el marco de nuestro sistema sanitario, la Ley General de Sanidad, hace perfectamente posible el desarrollo de la reforma psiquiátrica en el contexto del sistema sanitario actual; que en la actualidad no es posible la reforma psiquiátrica, como decía Coque, sin

reforma sanitaria; pero que en la evolución del sistema, si se confirman algunas tendencias que ya se han apuntado, pueden quebrarse estos principios de Equidad, Territorialización y Planificación que han sustentado el discurso de la reforma psiquiátrica.

Antonio María Sáez Aguado es Psiquiatra, Secretario de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental. Valladolid.

BIBLIOGRAFIA

1. P. Laín Entralgo. "Historia de la Medicina". Salvat Editores. 1978.
2. Jean Crauvel. "El Orden Médico". Argot Compañía del Libro. 1983.
3. Michel Foucault. "El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica". Siglo XXI Editores. 1966.
4. X. Bichat. "Anatomie Générale". Prólogo. Citado por M. Foucault. (3).
5. Gerges Canguilhem. "Lo normal y lo patológico". Siglo XXI Editores. 1971.
6. Subjetividad, subjetividad y enfermedad". En Laín Entralgo, "Ciencia, técnica y Medicina". Alianza Universidad. 1986.
7. J. Rof Carballo. "Medicina y humanismo: perspectivas". Revista de Occidente, Nº 47. 1985.
8. M. Desviat, comp. "Epistemología y práctica psiquiátrica". A.E.N. 1990.
9. J.L. Tizón. "Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría". Ariel ediciones. 1978.
10. T.S. Khun. "La estructura de las revoluciones científicas". F.C.E. 1971.
11. V. Corcés Pando. "Clasificaciones triaxiales en psiquiatría". En Psiquiatría Pública. Vol. 2, Nº 3. 1988.
12. Jacques-Alain Miller y T. Herbert. "Ciencias Sociales: ideología y conocimiento". Siglo XXI Editores. 1979.
13. Karl Jaspers. "La práctica médica en la era tecnológica". Ed. Gedisa. 1988.

Resumen del 1er. Debate

Inmediatamente después de las dos intervenciones se inicia un interesante debate que puede resumirse, siguiendo los contenidos de las exposiciones, en dos grandes bloques:

- los aspectos organizativos de la integración de la salud mental en lo sanitario (en el que se resaltó de forma importante su componente económico); y
- los aspectos conceptuales y epistemológicos.

Se destaca la importancia del sistema sanitario desde el punto de vista económico: la primera empresa del país, por sus gastos, dimensiones de personal, etc... y, al mismo tiempo, se constata su escasa contribución a la salud frente a otros factores ajenos al sistema sanitario. Probablemente el gasto sanitario, y especialmente su ritmo de crecimiento, sea excesivo y se apuntan algunos factores que lo explicarían: la masificación de la demanda y una cierta perversión conceptual sobre lo que debe ser una demanda sanitaria (lo que contribuye a aumentar la masificación); esta situación generaría una escalada de exploraciones y derivaciones innecesarias. Se apunta como problemático que la perversión a la que aludía esté en el usuario: éste, lo que espera, son respuestas del tipo del *volante*, la *receta*... y no lo que debiera acompañarla. Se cuentan, en este sentido, algunas anécdotas que ilustran la cadena *masificación - perversión conceptual y derroche innecesario de tecnologías*. La masificación únicamente se evitaría en los sistemas totalmente privados (del tipo de los USA), pero que excluyen de forma sistemática un porcentaje importante de la población de cualquier asistencia; en nuestro contexto, la masificación antes aludida no es la que se desprende de una oferta universal de servicios, sino la que procede de esa perversión conceptual,

y se acompaña de una importante cantidad de actos médicos inútiles que se producen todos los días, seguramente por mala gestión.

En relación con la gestión, se apuntan algunos elementos para la discusión: la escasez de gestores *no médicos* en el sistema sanitario, la actual tendencia a transferir algunos elementos de gestión al ámbito clínico (la denominada gestión clínica) como fórmula de implicar a los profesionales en el control del gasto...

En términos generales se considera que, pese a la especificidad propia de la práctica en salud mental, el marco más adecuado dentro de los servicios públicos para la asistencia psiquiátrica es el sistema sanitario. No obstante se abordan numerosos aspectos que hacen problemática la integración: la multidisciplinariedad y la atención integral en un sistema de predominio médico; la inadecuación de la formación recibida en relación con los requerimientos del sistema sanitario; las trabas para el desarrollo del modelo comunitario, (oficialmente asumido) desde las instituciones, pero también desde los profesionales y distintas zonas del pensamiento; la tendencia a las prácticas defensivas...

En el segundo bloque de temas debatidos, referidos a los aspectos epistemológicos de la integración, las opiniones manifestadas son en algunos aspectos discrepantes, aunque, en general se resalta la importancia, no tanto de las argumentaciones teóricas como de las repercusiones en la práctica y la organización.

Por una parte se destaca que los fundamentos teóricos de la medicina o de la psiquiatría son consideraciones de distinto orden que los modelos sanitarios existentes en un momento o en un contexto determinado; los aspectos teóricos de la medicina serían comunes a distintos modelos

sanitarios (entendidos éstos como organización de los recursos fundamentalmente); no obstante, algunas opiniones consideran, en relación con las propuestas basadas en Foucault, que estos planteamientos aluden a determinadas prácticas del XVIII y XIX.

Que la Psiquiatría no sea una ciencia puede ser algo discutible y de una importancia relativa; el problema es el peligro de regresión ideológica como práctica empírica y su utilización en distintos contextos. Desde este punto de vista se apunta como problemática la indefinición de su objeto (en gran medida por no haberse superado el dualismo cartesiano de la mente y el cuerpo y la tendencia consiguiente a parcializar los saberes); la diversidad de paradigmas existentes y, especialmente, las escasas perspectivas de unificación o integración de los mismos (en lo que supondría de progreso y estabilidad); la ausencia de un lenguaje común a los operantes de la salud mental (lo que conduce a la elaboración de manuales blandos y descriptivos como los existentes).

Desde otras opiniones se considera que la Psiquiatría es una práctica clínica que tiene una base científica que es la Psicología y la Psicopatología; el problema de la existencia de diversos paradigmas es su coexistencia, destacándose la necesidad de que se complementen. Frente al grado de coexistencia alcanzado en algunos lugares en torno al modelo comunitario, existen situaciones aniquilantes entre escuelas y profesiones. Por parte de algunos asistentes se considera que ni los cambios ni la diversidad de paradigmas quitan o ponen científicidad.

Parece existir una opinión general referida a las contradicciones frente a las que nos sitúa el modelo médico, y la necesidad de acostumbrarnos a convivir con esa situación, puesto que existirían contradicciones irresolubles; así mismo, el que la Medicina o el médico tenga que excluir al sujeto tendría beneficios secundarios en relación con su desarrollo técnico.

Participaron en el debate, por orden de intervención: **Jesús Alonso de Vega, Antonio M^a Sáez Aguado, José Angel Ortega Fernández, (a) Coque, José Manuel Susperregui González, Ramón Esteban Arnáiz, Antonio Vecino Gallego, Pilar Valbuena Alvarez y José Ignacio Aguado Velasco, (a) Sepi.**

Las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en los Hospitales Generales

J. J. Madrigal Galicia

A partir de la publicación de la Ley General de Sanidad, la reforma de la asistencia psiquiátrica no puede tener más que un camino: adecuar a las disposiciones que marca esta Ley todos los recursos, todos los programas asistenciales y todos los esfuerzos transformadores.

En el artículo veinte, la L.G.S. dice:

1.- La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel de ambulatorio.

2.- La hospitalización de los pacientes, por procesos que así lo requieran, se realizará en las Unidades Psiquiátricas de los Hospitales Generales.

3.- Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental.

4.- Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, así mismo, en coordinación con los servicios sociales los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud.

Sentadas las bases de que no hay otro modelo de asistencia psiquiátrica que el que marca la Ley General de Sanidad, y siguiendo las recomen-

daciones de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica, se crean los comités de enlace regionales y provinciales, formados por representantes de todas las instituciones públicas con competencias en la asistencia psiquiátrica, para posibilitar un modelo integrado de servicios de salud mental y atención psiquiátrica.

LA HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA

En los últimos años, siguiendo las directrices de la L.G.S., en nuestra comunidad, se han creado, en los Hospitales Generales, Unidades Psiquiátricas que tienen asignadas cuatro funciones bien definidas:

- . El tratamiento al paciente ingresado.
- . La psiquiatría de enlace del Hospital.
- . El apoyo a la Urgencia Hospitalaria.
- . Funciones docentes (Sistema MIR) e investigación.

LA UNIDAD DE HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA

Una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría en un Hospital General debe contar con elementos asistenciales comunes al resto de los servicios, pero a la vez con otros específicos en función de

las peculiaridades del paciente psiquiátrico ingresado que, al no estar encamado, precisa, en principio, de un mayor espacio, de zonas de reunión, de un comedor colectivo, de salas especiales, etc. Hay que considerar, además, otras posibles necesidades; salas de terapia ocupacional, sala de tratamientos biológicos.... pero de cualquier modo, las soluciones arquitectónicas no garantizan, por sí mismas, una buena asistencia, y el equipo encargado de una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica debe desterrar la idea de "obra acabada" y estar dispuesto a introducir, cuando sea preciso, nuevas soluciones a los muy diversos problemas que se le plantearán.

Es fundamental no olvidarse que la Unidad de Hospitalización tiene que organizarse en función de tratamientos intensivos, que no es un Hospital de Día, ni una Unidad de Rehabilitación, que el primer objetivo debe ser hacer la estancia hospitalaria lo más breve posible.

La modalidad de la asistencia y el logro de un "ambiente terapéutico" deben ser los determinantes de la estructura arquitectónica y en esta perspectiva sería oportuno considerar los aspectos siguientes:

. Hay que conseguir, mediante la decoración, un ambiente cálido.

. Hay que asegurar la fácil comunicación entre espacios.

. Hay que facilitar la intimidad y fomentar, a la vez, la comunicación.

. Hay que impedir la segregación sexual.

En cuanto a la situación de la Unidad de psiquiatría, dentro del Hospital, y sus dimensiones, insistimos en que no es aconsejable un pabellón separado, excepto si el Hospital es un conjunto de ellos, y que la localización, en una estructura vertical, no tiene demasiada importancia, es decir, no es trascendente que la Unidad de Psiquiatría ocu-

pe los primeros o los últimos pisos. En cuanto al tamaño, al número de camas con que debe contar, la experiencia nos dice que para un Hospital de quinientas serían suficientes veinte camas psiquiátricas y que las Unidades de Psiquiatría tienen un tamaño "ideal" entre veinte y treinta camas, con lo que se conseguiría no dar sensación de aislamiento y facilitar la comunicación, pero sin peligro de masificación, sin peligro de "masa crítica".

La Unidad de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, que puede servir como ejemplo, entró en funcionamiento antes de ser aprobada la L.G.S. y mucho antes de que existiera un modelo integrado de Asistencia Psiquiátrica, y por ello su funcionamiento puede haberse visto distorsionado y sus parámetros ser distintos a los que pudieran resultar de un modelo integrador, pero, en cualquier caso, de la estadística de un año cualquiera de su funcionamiento pueden sacarse datos de interés.

Para una Unidad de veinticuatro camas, se producen una media de cuarenta ingresos mensuales, de los que casi un 50% son reingresos. La distribución por sexos es prácticamente idéntica, y la distribución por origen, rural o urbano, congruente con la dispersión de la población dentro de la provincia.

La estancia media es inferior a dos semanas (doce días en el año 92) y la distribución por grupos diagnósticos tal como sigue:

- 28% Trastornos afectivos.**
- 22% Alcoholismo.**
- 10% Trastornos adaptativos.**
- 10% Trastornos esquizofrénicos.**
- 10% Trastornos por ansiedad.**
- 5% Trastornos mentales orgánicos.**
- 5% Trastornos paranoides.**
- 5% Otros trastornos psicóticos.**
- 5% Otros diagnósticos.**

LA PSIOQUIATRIA DE ENLACE

Cuando, hace casi quince años, se integró el Servicio de Psiquiatría en el H.C.U., algunos compañeros médicos no entendían el por qué de nuestra presencia en un Hospital General. Hoy, esos mismos compañeros solicitan numerosas consultas para que pacientes ingresados por patologías de cualquier otra especialidad sean vistos por el psiquiatra.

La demanda es tal que un equipo formado por un psiquiatra y dos M.I.R. se ve, con frecuencia, desbordado. Esta consulta podría, además, poner en marcha programas y protocolos específicos para unidades como coronarias, nefrología, UVI y otras, generadoras de importantes patologías afectivas.

LA URGENCIA PSIQUIATRICA

Durante años la urgencia psiquiátrica del H.C.U. ha sido casi la única referencia para los pacientes de esta provincia beneficiarios de la Seguridad Social. La falta de coordinación de los servicios de salud mental, hasta fechas muy recientes, ha generado que el usuario acuda a urgencias cuando lo necesita y también cuando la patología que presenta no es susceptible de una consulta urgente. De este modo se ha llegado a que más del 90% de los ingresos en la unidad de hospitalización proceden de urgencias, donde el paciente, en gran medida, acude por iniciativa propia.

La cifra de más de veinte llamadas, como media, al psiquiatra de guardia para atender a pacientes en el servicio de urgencias tiene que disminuir necesariamente cuando comience a ser eficaz y efectivo el organigrama asistencial puesto en marcha en los últimos tiempos.

Para finalizar esta ponencia, que no pretende más que dar pie a un pequeño debate posterior y

que no es sino algunas reflexiones personales sobre aspectos concretos de la asistencia psiquiátrica, tengo que decir que el esfuerzo organizativo realizado a través de las comisiones de enlace y coordinación por la Junta de Castilla y León, la Diputación y el Insalud, ha dado como resultado un modelo de funcionamiento al que pueden sacarse importantes beneficios, ya que es la primera vez que profesionales de varias instituciones, que hasta ahora trabajaban en redes paralelas, van a participar en un proyecto común.

La organización por áreas, la creación de distritos, la posibilidad de otras alternativas para terapias específicas -Unidad de día, Unidad de rehabilitación- son, en principio, instrumentos con los que comenzar a caminar. Quedan, sin duda, recursos que completar, instrucciones administrativas poco claras, problemas que solucionar, pero al menos hay unas metas claras y unos objetivos. Cuando pase el tiempo, un tiempo razonable, será el momento de analizar y cuestionar lo que hacemos y cómo lo hacemos, y entre todos dar nuevas soluciones a los diversos problemas que surgirán a partir de ahora.

Juan José Madrigal Galicia es Psiquiatra de la Unidad de Hospitalización del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

¡ Oro y barro de la Reforma Psiquiátrica !

José Manuel Susperregui González

En España se han sucedido **dos procesos** históricos de Reforma Psiquiátrica:

- La Reforma Psiquiátrica "Real"
- La Reforma Psiquiátrica "Oficial"

LA REFORMA PSIQUIATRICA REAL se inició en el tardofranquismo, con las experiencias pioneras de Oviedo (1968-70), y Santiago (Hospital Psiquiátrico de Conxo, 1973 - 74). Continuó, tras la muerte del dictador, en los más variados puntos de nuestra geografía (Huelva, Málaga, Albacete, Gerona, ...etc; Valladolid en la región castellano - leonesa...). Tuvo un punto álgido a partir del Congreso de la A.E.N. en Sevilla, 1977, con el acceso a la Junta Directiva de la Asociación, y a sus Comisiones, del sector más comprometido con los procesos de reforma. Y se mantuvo en auge a lo largo de todo el período de la Transición política.

Se pueden citar algunos **rasgos** que caracterizan a esta Reforma Real:

1.- Se trata de un conjunto de **procesos reformistas paralelos**, que nacen espontáneamente en diversas provincias, y que alcanzaron grados de consecución y desarrollo muy **desiguales**, a través de estrategias de cambio muy **heterogéneas**, a veces muy **contradictorias** e incluso divergentes entre sí. Sólo a partir de la renovación de la A.E.N. en 1977 se hicieron varios intentos, de eficacia incierta, de homologación de criterios y coordinación de esfuerzos (plataformas de trabajadores de Salud Mental y movimiento de auxiliares psiquiátricos, por ejemplo).

2.- Casi siempre fueron reformas que surgieron en **colectivos profesionales** que constituían las **plantillas de los hospitales psiquiátricos**.

3.- En aparente contradicción con el punto anterior, en todos los casos se trató de un **movimiento abiertamente anti-institucional**, en consonancia con la efervescencia del movimiento

ideológico antipsiquiátrico que florecía en el mundo occidental en aquellas décadas.

4.- El motor de cada experiencia de reforma y el crisol que les dio perfil estuvieron **alejados del poder político**, que, en el mejor de los casos, se limitó a secundar las iniciativas y los proyectos elaborados por los técnicos y trabajadores de salud mental en general. **Algunos** de aquellos procesos fueron **abortados desde el poder**, especialmente en los años que precedieron a las primeras elecciones democráticas de ámbito local. Aquellos acontecimientos traumáticos no siempre fueron achacables exclusivamente a la insensibilidad y al autoritarismo de un poder recalcitrantemente reaccionario, sino también, en ocasiones, a la adopción, por parte de los reformadores, de un **radicalismo innecesario** y mal calculado, que provocó una **paradójica involución**.

5.- Todos los movimientos de reforma compartieron los siguientes **principios asistenciales básicos**:

- La tendencia a la **desinstitucionalización**.
- La **Comunidad Terapéutica** como instrumento transformador y democratizador de la vida hospitalaria.
- El **equipo interdisciplinario desjerarquizado**.
- El **compromiso** asistencial integral con un **determinado territorio**.
- La **Psiquiatría Comunitaria** como modelo globalizador.

LA REFORMA PSIQUIATRICA OFICIAL presenta sus albores al acabar la transición política, cuando el aparato sanitario del nuevo orden socialista integra en el poder a ciertas figuras clave del reformismo psiquiátrico anterior e inicia, además, una determinada política de nombramientos

siempre afortunada. Su primer gran esfuerzo transformador se refleja en el **Informe de la Comisión Ministerial** para la Reforma Psiquiátrica (abril, 1985), logrando su plasmación en el ordenamiento jurídico a través del artículo 20 de la **Ley General de Sanidad** (Ley 14/1986 de 25 de abril), cuyo desarrollo ha seguido un trazo extraordinariamente irregular en el curso de los últimos años según el **marco normativo** instaurado en cada **comunidad autónoma**.

Esta que aquí llamo "reforma oficial" no se contraponen a la "real". En realidad se solapa con ella, y nace de la necesidad de dotarla de **impulso organizativo y legal**, intentando convertir los anteriores focos voluntaristas y espontaneistas en un **proceso planificado** desde las estructuras de la administración pública, imprimiendo en los distintos proyectos un mayor grado de **homogeneidad, coherencia y posibilismo**. Se trata de **sustituir "las reformas"** por "la" Reforma. De entrada la reforma oficial recoge todos los principios asistenciales que inspiraron a las reformas históricas, con el propósito de potenciarlos y llevarlos al terreno de la planificación. Y sin embargo, hay que avanzar que algunos de dichos principios se han quedado en el camino, por acción y por omisión, por negligencia, olvido o traición, llegando algunos principios a descafeinarse hasta quedar irreconocibles, desnaturalizados, como ilustraré más adelante en esta exposición.

No puedo pretender ser comprehensivo en tan corto espacio como el que me brinda este encuentro, por lo que pido excusas por las inevitables generalizaciones y esquematizaciones abusivas en las que pudiera incurrir, aunque estoy seguro que me haré entender perfectamente ante una audiencia que, sobrada de experiencia y aguijoneada por su deseo de debate y esclarecimiento, sabrá dar a mis propuestas su justo valor y sentido.

A mi entender, **las grandes vigas maestras de la reforma iniciada en 1985** se perfilan en los **tres enunciados** siguientes:

1.- La oficialización del Modelo Comunitario

2.- El compromiso de integración gradual de los **Servicios Psiquiátricos en una Red Unica** de dispositivos en cada territorio asistencial.

y 3.- La Integración de los Servicios Psiquiátricos en el Sistema Sanitario General.

No obstante, siete años después, las tres vigas ofrecen síntomas de resquebrajamiento, por erosión de sus enunciados básicos. Ya he mencionado antes **cierto grado de desvirtuación** de los principios de la Psiquiatría Comunitaria. Por otra parte, la tan ansiada "red única" de servicios psiquiátricos está acrisolándose a un ritmo tan lento que desespera a planificadores y planificados, y, en general, se suplanta un proceso de auténtica integración por lo que a mi me gusta llamar su parienta pobre, la "coordinación funcional" de recursos, haciendo caer así ostentosamente el listón de las aspiraciones, ya que se coordina lo que no se puede integrar orgánicamente, es decir, bajo una misma administración y un sólo aparato financiero y gestor.

Pero detengámonos un poco más cuidadosamente en el tercero de los presupuestos invocados: LA INTEGRACION EN EL SISTEMA SANITARIO GENERAL.

A efectos prácticos, este importante enunciado se apuntala, entre otros, con los **tres objetivos siguientes**:

1.- La **desinstitucionalización** progresiva, con el horizonte puesto en la **abolição de los Hospitales Psiquiátricos**.

2.- La verificación de las **hospitalizaciones psiquiátricas** exclusivamente en Unidades de Hospitales Generales.

y 3.- La consideración de la Psiquiatría como especialidad médica básica y su régimen de interdependencia respecto del **Sistema de Atención Primaria**.

A buen seguro que todos reconoceréis en estos postulados la intensa necesidad de erradicar la injusta y dolorosa marginación a que secularmente se ha visto sometida la asistencia psiquiátrica, y muy especialmente los movimientos reformistas, siempre abocados a adentrarse en una perpetua travesía del desierto.

Aquí chocamos frontalmente con un concepto fundamental: LA DESMARGINACION

Pero, ¿qué es lo que hay que desmarginar? ¿A qué marginación nos referimos, de qué segregación se trata?

Permitidme que parafrasee a un autor que me resisto a citar, (no sé si por alguna plusvalía de veneración nostálgica, por pudor pusilánime o por miedo reflejo al vilipendio), y que diga que *"un espectro está recorriendo la Reforma Psiquiátrica, el espectro de la Ideología Antipsiquiátrica..."*

El movimiento antipsiquiátrico está en franco y vertiginoso reflujó desde los años 80. Iniciado dos décadas antes como fecunda aportación reflexiva hacia una crítica radical de la institución manicomial, ha dejado posteriormente un pesado lastre en las conciencias de varias generaciones de psiquiatras, derivando paradójicamente hacia posturas al menos tan marginadoras como las prácticas asilares que pretendía erradicar.

Sólo se margina lo que se niega. La sociedad burguesa creó el Asilo para ocultar la Locura, para que los llamados cuerdos pudieran crecer y multiplicarse, organizarse y estratificarse según sus distintos códigos de clase y repartos desiguales del poder, "como si" la locura no existiese. La **Antipsiquiatría** pretendió imprimir a la historia un gran movimiento pendular, pero su propio impulso la llevó a una perfecta circularidad, al postular dogmáticamente que la locura no existe. Así se abrió la puerta a toda clase de **excesos** y confusión ideológica, a la babelización del discurso político y las tentaciones de desinstitucionalización irresponsable.

El miedo a la locura propia es ubicuo. Martín Santos invocaba la existencia de tres miedos de importancia ontológica fundamental: el miedo ante la grandeza del Cosmos, el miedo a la Muerte y el miedo al Otro. Quizás se pueda añadir este miedo a la Locura como el cuarto jinete que cabalga por los espacios abisales de la condición humana. O puede que el miedo a la alienación constituya el tejido básico de los otros tres.

Decíamos que **sólo se margina lo que se niega**. Añadamos que **sólo se niega lo que se teme**. Y **sólo se teme lo que puede acecharnos, lo que está próximo**. Y nada hay tan próximo como **lo que llevamos dentro**. Este es el caso de **la Locura**. La Psicosis (y la Perversión...) está en el mismo origen de nuestra constitución como suje-

tos. Antes de que la relación con los otros y el lenguaje vayan depositando sucesivas capas para estratificar lo que se entiende por un Yo maduro y armónico, el sujeto vive en un magma narcisista enseñoreado por la pulsión y el proceso primario, donde la transgresión aún no es posible, porque la interdicción no ha hecho presencia. La Locura no es sino expresión de la fisura producida en estos estratos profundos, que permite que el magma primitivo y proceloso sea escupido a la superficie como la lava asciende por una chimenea volcánica.

Los antipsiquiatras más exaltados no eran excepción a esta realidad ontológica ni a los riesgos de desestructuración apuntados. El pánico infinito a su condición más determinante les llevó a negar su propio núcleo psicótico (y perverso...) y a proyectar dicha negación sobre la expresión manifiesta de la locura de los otros.

Tanto les preocupaba la existencia de los locos, que llegaron a eliminarlos como tales. Tanto pretendieron proteger sus derechos, que les negaron su derecho más fundamental: el derecho a existir como locos, y a ser sujetos de su propia historia. Y el derecho a ser atendidos. O llegaban al mismo puerto tras un inmenso rodeo: admitían la existencia de la locura, pero la desprendían de su condición patológica, de su inagotable potencial de sufrimiento individual e interrelacional, de su imposible intercambiabilidad de un sujeto a otro, de su incomunicabilidad esencial y del fracaso absoluto del loco como ente social. Se llegó a un exceso aún más sorprendente: intentaron propugnar la Locura como modelo a seguir en un mundo de "alienación"; era el colmo de la perversión semántica: se confundía la alienación existencial y social (por cierto, inconmensurable en los tiempos que corren...) con la alienación óptica y subjetiva que supone la Locura. Era rizar el rizo: se trataba de **alienar la Alienación**.

Perdonada esta larga dispersión y volvamos a **la Reforma** que nos ocupa, que sólo mantiene un tenue hábito antipsiquiátrico, reconocible, por ejemplo, en su **afán desinstitucionalizador** un tanto dogmatizante.

Todos los profesionales que nos hemos embarcado en cualquier proceso reformista serio y comprometido hemos compartido siempre el sueño de la abolición de los hospitales psiquiátricos. Pero

nunca habíamos pensado que este sueño se pudiera hacer realidad por decreto, sino mediante una lenta y gradual urdimbre de trabajo de equipo en **tres vertientes** fundamentales.

1.- La **transformación radical del hábitat hospitalario** mediante la aplicación de la filosofía de **Comunidad Terapéutica**, siguiendo el modelo anglosajón. (De esta cuestión no nos ocupamos aquí).

2.- La labor de **rehabilitación** de aquellos enfermos susceptibles de ser readaptados a la vida comunitaria.

y 3.- La puesta en marcha de programas y medidas de **reinserción** socio-familiar y comunitaria lo mas ambiciosos posibles

Es en la **Reinserción** donde se ha puesto el énfasis en los últimos años. Pero las medidas de reinserción se ralentizan al cabo de un tiempo, y terminan por **tocar fondo**. Siempre queda una parte de la población de enfermos crónicos irreductible; y una parte numéricamente significativa, a pesar de todos los esfuerzos.

A menudo parece que la Reforma quiere ignorar esta población. No se niega la Locura, pero sí se pretende **ignorar la Cronicidad**. Es, en verdad, una nueva forma de negación de la locura. La Locura existe, pero es "curable", o "compensable", es transitoria, es parcial, es rehabilitable, es inserrible. Nada que ver con el drama profundo que representan aquellos psicóticos cuya ruptura con las formas comunitarias de existencia es radical e irreversible, y cuya mirada y compostura nos pueden evocar de qué mimbres está hecha nuestra frágil textura humana. Se niega el **horror de la irreversibilidad**. Se escotomiza este tipo de miseria antropológica. No se le niega al enfermo su derecho a "estar loco", pero sí el "ser" loco para siempre. Un diabético o un cardiópata se pueden permitir este lujo, un enfermo mental nunca. Por supuesto que no es una negación explícita, sino implícita en las omisiones de que hacen objeto a estos enfermos. No niegan que existan, pero se habla, se escribe y se actúa (se planifica) como si no existiesen. Estamos en el reino del **"como si"**.

Se sale al paso de esta escotomización mediante estrategias como las siguientes:

1.- **Acciones de desinstitucionalización silvestre**. Se propugna dar alta a los enfermos crónicos por consigna, como sea, a cualquier precio. Sin considerar a qué grado de sufrimiento vamos a someter con ello al enfermo y a su familia. Sin preocuparse demasiado por la posibilidad de empobrecimiento de su calidad de vida. Sin asegurar un adecuado seguimiento terapéutico y psicosocial. Sin embargo hay que reconocer que esta práctica ha estado un tanto controlada en términos generales y lejos de las proporciones alcanzadas en otros países, como en los Estados Unidos en los años 60, o en la Italia de los 80, fenómenos -conviene recordarlo- de muy diversos signos, aunque confluyentes en sus resultados, generando unas ingentes bolsas de pobreza y **marginación de nuevo cuño**, entre otras nefastas consecuencias... Conviene tener en cuenta estas experiencias ajenas, para no incurrir en los mismos errores.

2.- Propuestas diversas de **"Reestructuración" o "Reconversión de los Hospitales Psiquiátricos"**. Se trata de dividir el espacio hospitalario, de manera que se mantenga en una de sus partes a la población de enfermos que presentan una sintomatología residual más "activa" (sobre todo si repercute en la conducta), mientras en la otra se crean unidades específicas para el resto de los enfermos, agrupados generalmente en secciones de deficientes adultos y enfermos psicogerítricos. Estos proyectos se han desarrollado con diverso grado de eficacia y distintos criterios clasificatorios, siendo las experiencias más positivas aquéllas en que la clasificación se ha hecho con mayor ponderación técnica y cuando los nuevos dispositivos creados han sido suficientemente dotados de medios específicos, humanos e infraestructurales, de atención.

y 3.- **Otras fórmulas**, muy variadas, de reubicación de los enfermos crónicos, como traslado a otros medios hospitalarios, concertación con dispositivos privados, remodelación de viejas estructuras residenciales, apertura de hogares protegidos, subvenciones a familiares de acogida, etc.

Todas estas acciones -las contempladas en los dos últimos apartados- son de muy distinta valoración, según las circunstancias concretas de cada experiencia. Pero siempre aletea en estas propuestas el riesgo de lo que casi coloquialmente ha venido llamándose **"Transinstitucionalización" o reinstitucionalización sumergida**, tratándose en

estos casos de una mera re-ubicación, no siempre con el resultado de una mejora en la calidad asistencial o existencial de los acogidos. Algo así como un lavado de imagen de los planes de reforma, pero a menudo sin percatarse del grado de **psiquiatización** que se infiltra por la puerta trasera de algunos **servicios sociales**. O sin parar mientes en lo que es incontrovertible: que allí donde estén los enfermos mentales crónicos estará su cronicidad, con su cualidad de espejo deformante para los que se tienen por cuerdos, con toda su capacidad revulsiva, con todo su potencial de conmoción de nuestras fibras más íntimas y nuestros sentimientos más vergonzantes...

También se habla y se escribe mucho de "**Rehabilitación activa**", y de "Estructuras Intermedias". La primera representa la clave de la prevención terciaria, en su intento de detener o frenar la evolución del enfermo hacia la incapacidad, o de paliar los efectos de disfunción y desarmonía psicosocial que ya se hayan producido en él, evitando así, o demorando cuando no se pueda evitar, que pase a engrosar la cifra de los permanentemente hospitalizados. Las **Estructuras Intermedias**, por otra parte, deben suponer alternativas reales a la hospitalización continuada, posibilitando las altas clínicas y el trabajo de reinserción.

Pero no me parece que, en el fondo, se esté muy por la labor en ambos casos. Se habla y se escribe mucho de estos dispositivos, pero sólo para definirlos, para clasificarlos y reclasificarlos, para prepararlos, enumerarlos en los planes asistenciales generales, exigirlos en los futuros proyectos, incluso a veces para proyectarlos... Pero casi nunca para crearlos. Y cuando se crean, a menudo adolecen de una falta de rigor de planteamiento técnico, casi siempre con escasa dotación de medios, nacidos quizás, de nuevo, para lavar la imagen.

Aventuro la hipótesis de que se crea poca estructura rehabilitadora o intermedia porque se cree poco en ello más allá de la teoría, o porque necesita un **esfuerzo inversor** que es siempre **priorizado para ejercicios político - administrativos más "brillantes"**.

Pero mientras tanto no se deja de insistir en la desinstitucionalización ("¡locos a la calle!"), sin el amplio abanico de dispositivos de apoyo que lo hagan más posible, menos deshumanizado. Locos

fuera, que ya vendrán los apoyos. Es como poner la carreta delante de los bueyes.

Hasta aquí lo que me ha parecido oportuno apuntar acerca de la desinstitucionalización, que, os recuerdo, era el primer objetivo que enumeraba de los tres que tienden, en la práctica, a la Integración en el Sistema Sanitario General. Los otros dos (sigo recordando: conexión con Atención Primaria y hospitalizaciones psiquiátricas en Hospitales Generales) forman parte de una estrategia común. Veamos.

Una vez considerada (casi decretada) la desaparición de los Hospitales Psiquiátricos, sólo queda llevar literal y físicamente al enfermo psíquico a la gran red de Servicios de Salud, tanto en su vertiente hospitalaria como ambulatoria. A mí esto me parece legítimo, incluso correcto en muchos aspectos; pero también se me antoja **una fórmula de Integración/Desmarginación reduccionista**, simplista, alicorta y descentrada de lo que, a mi entender, debiera constituir el verdadero foco de atención.

Hay otras fórmulas, incluso compatibles con ésta. Tiene que haberlas.

Finánciense los Servicios Psiquiátricos adecuadamente. **Alcáncese** una auténtica red única de Servicios de Salud Mental en base a una Integración Orgánica, y no sólo funcional, y con una fuente única de financiación. **Dótese** a dicha red, en plazos razonables, de cuantos dispositivos necesite. **Diversifíquense** dichos dispositivos cuanto sea preciso para conseguir una buena oferta asistencial a los tres niveles de prevención. **Ofrézcase** a estos dispositivos una infraestructura digna y apropiada para los usuarios que van a acoger. **Constrúyanse** estructuras de nuevo diseño cuando la adaptación de las viejas resulte inadecuada. **Aplíquense** a estas estructuras del necesario equipamiento en medios humanos, técnicos y materiales. **Cúidese** con mimo la formación de equipos interdisciplinarios verdaderamente profesionalizados, y **escúchense** sus propuestas. **Déseles** a estos profesionales la oportunidad de dar a los enfermos lo que más necesitan: tiempo suficiente de escucha y elaboración psicoterapéutica. **Mélese** notablemente la calidad de vida de los usuarios de los dispositivos de hospitalización, y **dignifíquese** su entorno con presupuestos que hagan olvidar la vieja beneficencia.

Planifíquense los Servicios con la diferenciación que requiera el estado de los recursos de cada territorio. **Téngase en cuenta**, para los planes y proyectos, un poco más los criterios de los expertos clínicos y un poco menos las consignas meramente burocráticas. **Articúlese**, en fin, campañas de divulgación en materia de salud mental, tanto entre la población general como entre grupos especialmente seleccionados. **Afróntense** todas estas cuestiones y otras del mismo tenor que podrían añadirse, y **habremos desmarginado la psiquiatría**.

Pero dejemos ya tanto imperativo (más desiderativo que categórico) y centrémonos en algo que me merece una consideración de particular interés y relevancia: LA ESPECIFICIDAD DEL QUEHACER ASISTENCIAL PSIQUIATRICO. En realidad, toda la cadena anterior de imperativos se podría simplificar en una sola pretensión: que se le dé a la Psiquiatría lo que realmente necesite (medios financieros) y que se conciben sus Servicios en lo que tienen de específico.

... Con la **EPISTEMOLOGÍA** hemos topado. Tema que me es muy querido, pero que no me corresponde desarrollar ahora, aunque sí creo que tengo que abordarlo tangencialmente.

Se ha convertido casi en lugar común decir que "el hombre es un ente bio-psico-social". Sin embargo, no es fácil encontrar otra frase que, en tan pocas palabras, delate en mayor medida que ésta aspectos fundamentales de nuestra propia naturaleza.

Pero no perdamos perspectiva: aquí estamos hablando de Asistencia Psiquiátrica, sin duda alimentados por las aportaciones de sus ciencias básicas: la Psicología, la Psicopatología y la Psiquiatría. Las tres acometen la ardua tarea de contribuir al conocimiento científico de lo individual, de lo subjetivo, constituyendo al sujeto como Objeto de observación. Se centran, pues, en el elemento "pisco" del hombre, que es lo que les da especificidad. Lo "bio" debe ser considerado sólo como un soporte necesario para lo "psico"; y lo "social" como el complemento superestructural inevitable en el proceso evolutivo. Las ciencias de que estamos hablando se enriquecen

con los hallazgos de las ciencias biológicas y las sociales, pero sólo para reciclar dichos conocimientos al campo que les es propio, ayudándoles a construir su propio paradigma.

No resisto la tentación de insertaros una **larga cita del profesor Castilla del Pino**, extraída de su prólogo a una obra de Jorge L. Tizón publicada en 1978. He la aquí:

*"...los capítulos de la psiquiatría que se ocupan de las alteraciones psíquicas merced a perturbaciones orgánicas del cerebro no son propiamente psiquiatría. Prueba de ello es que, sin pleito alguno acerca de la propiedad, la corea de Huntington ayer, hoy la epilepsia, han pasado a ser del dominio que les es propio: la neurología. Recordemos que nuestra generación todavía estudió la epilepsia como la tercera psicosis endógena. Estas **psicosis orgánicas**, por afectación primaria o secundaria del cerebro, son todavía hoy parte de la psiquiatría usual por razones históricas, pero es evidente que son **enfermedades neurológicas o somáticas generales** con complicaciones psiquiátricas. **Lo estrictamente psiquiátrico**, lo que se puede predecir que será siempre el ámbito de la psiquiatría propiamente dicha, es lo mental una vez perturbado: la neurosis, los modos neuróticos del ser, las psicosis denominadas funcionales. En todos estos casos, nadie niega que "algo" ocurre en el organismo, esto es, a nivel biológico, pero me parece claro que no se precisa de ese nivel para la interpretación de los actos neuróticos o psicóticos, sino de un modelo de lo mental, modelo que implica el acto y su sentido, y tras el cual emerge necesariamente el sujeto. El modelo, pues, no es biológico, sino psicológico o, para mejor decirlo, antropológico, porque presupone al sujeto y sus relaciones inter-subjetivas. El que las perturbaciones metabólicas en las psicosis esquizofrénicas y psicosis afectivas se sitúen, obviamente, en el nivel bioquímico, no acerca estas psicosis a las psicosis cerebrales, sino que las homologa con las notorias modificaciones metabólicas que hacen posible los actos de conducta normales, a saber, el pensar, el soñar, el percibir, el emocionarse (el "querer", añadido yo...), actos todos cuyos mecanismos neurofisiológicos interesan a otro nivel de investigación, pero no precisamente en aquel nivel en el que se sitúa el sentido del acto. Interesa ese tipo de investigación en orden a la dilucidación de la naturaleza del acto, no de su sentido.*

En lugar, pues, de **excluir el mentalismo** como recaída, con éste, en lo acientífico, en lo prelógico y cuasi en lo mágico, el esfuerzo real para el logro de **la identidad de la psicopatología y de la psiquiatría** estriba en la **construcción de un modelo de lo mental**. Todo ello precisa una **reflexión lógica y epistemológica** que -como se sabe- el psiquiatra está por lo general escasamente preparado para edificar. Una vez más, **el psiquiatra de hoy se ha dejado coger en la trampa de la aparente base argumental que la terapéutica farmacológica ofrece al modelo fisicalista, y se convierte en un empirista, usuario del modelo mecanicista más rudimentario. La falta de concierto respecto del nivel epistemológico en que se sitúa el sujeto le lleva a ignorar algo que hoy es, o debiera ser, sabido de todos: la significación psicológica de la administración de un fármaco. En la medida en que pretende llevar a las últimas consecuencias ese modelo mecanicista, el psiquiatra se aleja una vez más de su objeto, que es el sujeto, considera su objeto desligado de lo que le define como mental, lo subsume en lo fisiológico y, con la soberbia autosuficiente de quien está en posesión de la verdad, en lugar de enriquecer a la patología general con el aporte de lo mental, con la incorporación del sujeto al proceso de la enfermedad somática, solo actúa de modo caricaturesco con la adopción de un modelo reducido, impropio y, además, prestado.**

He ahí el alcance y la servidumbre de nuestra **especificidad**. Nosotros somos "trabajadores", o carecemos de entidad propia. De ahí la importancia de **la Interdisciplinarianidad** en el equipo terapéutico. De ahí nuestras vitales interconexiones con los servicios médicos y los servicios sociales, siempre que no olvidemos que nosotros no somos una suma de todos ellos, ni su media aritmética, ni un híbrido mendeliano, sino "otra cosa".

De ahí, también y sobre todo, la adopción del **MODELO COMUNITARIO**. Para una aproximación definitoria a dicho modelo, permitidme que me cite a mí mismo en un trabajo de 1985 para la Comisión de Asistencia de la A.E.N., publicado en su Revista, N°. 15, octubre-diciembre 1985. Allí decía:

... **El Modelo de Psiquiatría Comunitaria** es una opción política y técnica que, en aras de un mejoramiento del nivel de bienestar social del ciudadano, y partiendo de un concepto integral y radical de salud pública, aprovecha todos los hallazgos

y aportaciones de la praxis y la investigación y permite el desarrollo ponderado y armónico de todas las formas de entender y abordar los problemas de la salud y la enfermedad psíquicas. Repitémoslo: **La Psiquiatría Comunitaria** es un paradigma técnico que inspira a una voluntad política para ofrecer un servicio público integral en el campo de la Salud Mental". 20.

Se trata, pues, de un modelo matricial donde pueden anidar y crecer los distintos paradigmas que atañen a nuestra teoría y a nuestra praxis. Algo así como "la madre de todos los paradigmas".

Nos podemos felicitar, pues, por la **proclamación explícita del Modelo Comunitario por parte de la Reforma**, dándole así carácter oficial.

Nos parece lógico, por otra parte, que la Reforma contemple **la integración de los Servicios Psiquiátricos en el marco general de los Servicios Sanitarios**. Se trata, al fin y al cabo, de abordar y prevenir ciertos desequilibrios de la salud del ciudadano, aunque sea en un sentido muy particular. El grado y el tipo de organización de nuestra sociedad como un todo no hace concebir, por lo demás, la construcción de un nuevo marco para la Salud Mental que fuera específico y autónomo.

Pero que quede bien claro: la entronización de la Salud Mental en la Salud General no debe conducirnos a la **equivocidad** que supondría el deducir que es **el Modelo Médico** el que se toma como paradigma total, ni siquiera hegemónico. Le costó demasiados siglos a la Psicología desprenderse del ámbito de la Medicina y de las Ciencias Positivas, para caer ahora en semejante trampa.

Pues bien, éste es el riesgo que se corre en estos tiempos. El **riesgo de la Medicalización**. Este podría llegar a ser su gran "**pecado epistemológico**". Y todo por un afán desmarginador loable, pero a veces mal entendido, o mal aplicado.

La Asistencia Psiquiátrica y la Salud Mental pueden estar enmarcadas donde más convenga, siempre que no se les niegue la **especificidad** que vengo propugnando, y su corolario inmediato: la **interdisciplinarianidad**. Puede resultar patético y estrambótico recordar la larga lucha de los reformistas históricos contra el modelo médico (o mejor dicho contra la colonización por parte de dicho modelo de la teoría y la praxis psiquiátricas) para

constatar ahora el riesgo de un golpe de péndulo que neutralice toda la desmedicalización conseguida. Y aún es más dramático comprobar cómo algunos de aquellos luchadores, e incluso pioneros, pudieran llegar a entregar inadvertidamente las riendas de la Reforma a técnicos y gestores antirreformistas de toda la vida...

Esto sí sería **marginación**. Y sin redención posible.

Nada que objetar a LA FILOSOFÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA. Más bien me merece toda clase de apoyos y juicios críticos favorables. Más aún, me resulta un movimiento esperanzador, cuyo desarrollo total supondría haber alcanzado en la sociedad un estado evolutivo verdaderamente solidario. Al fin y al cabo, dicho modelo, que cristalizó a niveles casi fundacionales en la Conferencia de Alma-Ata de 1978, y que tanta repercusión ha ido teniendo en los años 80 en todos los países desarrollados, es algo muy próximo al **Modelo de Medicina Comunitaria**, que a su vez se ha acrisolado en buena parte tomando los principios básicos del **Modelo de Psiquiatría Comunitaria**, que la precedió en dos décadas.

No son, pues, los contenidos de este modelo los que resultan discutibles. La preocupación puede hacerse notar cuando se considera la **exaltación** de que ha sido objeto el sistema y los **excesos** en los que a veces se ha incurrido en su **aplicabilidad a los cuidados de Salud Mental**. Tanto se espera de la intervención en el nivel primario, que el nivel especializado pudiera quedar sin entidad propia.

Creo que las expectativas creadas son irrealistas, y que encierran una **nueva fuente de confusión epistemológica** y, a la postre, de sutil marginación a través de la medicalización.

La Psiquiatría no es una especialidad médica más. Cuando un médico de atención primaria deriva a un enfermo al cardiólogo, lo hace porque éste posee un nivel más alto de conocimientos en este campo y dispone de una tecnología exploratoria más amplia. Cuando el mismo médico deriva un enfermo al psiquiatra, no lo hace porque éste sepa más, sino porque tiene **un saber distinto**. Debe de tenerlo, o tender a tenerlo, porque **el enfermo mental es distinto; profunda, radicalmente distinto**. Y cada enfermo mental es distinto de todos

los demás. El viejo aforismo médico que reza que "no hay enfermedades, sino enfermos" adquiere en salud mental su expresión más literal. Quien no reconozca este hecho diferencial está negando a la psiquiatría su **primer grado de identidad**.

Que nadie se alarme. No estoy diciendo que me parezca desviacionista la interconexión entre Atención Primaria y Salud Mental. Creo sinceramente que el desarrollo de la red de Atención Primaria, la formación de Médicos de Familia y la apertura de numerosos Centros de Salud constituyen una de las grandes realizaciones sanitarias que han tenido lugar a lo largo de todo nuestro período democrático, incluso puede que sea la mayor, la piedra angular de la Reforma Sanitaria, y sólo cabe desear que alcance las metas propuestas de cobertura total. También creo que la conexión de Atención Primaria y Salud Mental puede resultar extraordinariamente fecunda.

Pero la **Atención Primaria** ha llegado a constituirse, para algunos, en objeto de **culto y latria**, con su correspondiente dogmatización, con su mensaje "evangélico", con su catecismo. Es un **problema de énfasis**. Si se le otorga estatus de **panacea**, la atención primaria puede llegar a desbordarse y a esterilizarse. Tampoco puede ser una panacea para los equipos de salud mental.

Esto me lleva de la mano a enfocar mi atención sobre el estado actual de la Reforma en lo que respecta a LA ASISTENCIA EXTRAHOSPITALARIA.

Se ha considerado -y con razón- que la asistencia psiquiátrica debe dar un salto cualitativo **desde el modelo hospitalocéntrico tradicional a otro** que desplace su centro gravitatorio al **medio extrahospitalario**, y cuyo **eje asistencial está asentado** en los Centros de Salud Mental. Allí se **ubicarían** los Equipos de Salud Mental, **cuyos componentes** interdisciplinarios (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y auxiliares psiquiátricos, etc.) ejercerían una **acción asistencial de gran diversidad** en cuanto a oferta terapéutica se refiere y una acción coordinadora sin fisuras con los equipos de atención primaria, con las unidades psiquiátricas hospitalarias, con el resto de dispositivos de la red y con diversos agentes comunitarios del distrito urbano o rural en el que prestan sus servicios.

Un equipo de Salud Mental debe estar en disposición de ofrecer una **respuesta terapéutica** lo más ajustada posible a las necesidades del usuario, desde un tratamiento farmacológico o un seguimiento psicosocial adecuado hasta diseños psicoterapéuticos sofisticados y pertenecientes a distintos marcos teóricos; desde el mero apoyo o la intervención en crisis a la terapia de inspiración analítica, los abordajes cognitivos, sistémicos, etc., según el grado y el tipo de formación de los miembros del equipo. Deben saber alternar el encuadre terapéutico individual con el grupal o familiar, y compatibilizar la atención ambulatoria con la domiciliaria.

Se espera **además** del equipo que ofrezca apoyo y formación continuada a los compañeros de atención primaria; que forme y supervise sus propios M.I.R. y contribuya en alguna medida a la formación de los M.I.R. de Medicina Familiar; que celebre reuniones de equipo frecuentes (e imprescindibles si quiere funcionar como tal equipo); que diseñe y lleve a efecto campañas de acción comunitaria; que elabore unas buenas historias clínicas; y que corone su polivalencia encontrando espacio para actividades docentes, para su propia formación continuada (congresos, jornadas, etc., si es posible con participación activa), para elaborar cuantos informes y peritajes se les pida, para diseñar y desarrollar algún programa de investigación, y para efectuar una recogida de datos fiable e informatizada, así como frecuentes exigencias de tipo coordinador, organizativo y hasta burocrático. Todo ello sin olvidar el servicio de urgencias, mediante los turnos de guardia que a cada psiquiatra le correspondan.

Pero, **sobre todo**, los profesionales de salud mental deben ofrecer a sus usuarios lo que, a mi juicio, es más importante, y que se erige en auténtica sustancia prima común a toda acción terapéutica: **tiempo**. Tiempo de escucha, tiempo de apoyo, tiempo de análisis de conflictos, tiempo de elaboración y resolución psicoterapéuticas. Tiempo para las entrevistas y tiempo para las anotaciones clínicas (casi nunca delante del enfermo...); tiempo para el paciente y, en su caso, para su pareja, para su grupo familiar, para agentes comunitarios varios. Tiempo en cuanto a la duración de cada entrevista, en cuanto a la frecuencia de los encuentros, en cuanto a la prolongación del tratamiento. **Tiempo**. Otros profesionales sanitarios necesitan aparataje y tecnología; el trabajador de salud

mental necesita **tiempo**. ¿Cuánto tiempo? El que sea preciso en cada caso, con la debida ponderación técnica cualificada. No más de lo preciso, pero tampoco menos. Y no me estoy refiriendo a una atención de lujo, sino a la **calidad a la que debe aspirar un servicio público** (No incluyo aquí las terapias psicoanalíticas formalizadas que merecerían una consideración aparte...).

Si no se ofrece al enfermo tiempo suficiente, y en una **atmósfera** lo más **relajada** posible por parte del terapeuta, (lo que, de nuevo, está muy relacionado con el tiempo de que dispone) se le está hurtando al encuentro terapéutico de un elemento esencial, de la cualidad de lo específicamente psicoterapéutico. Y se le está haciendo percatarse al usuario de que existe el sector privado...

Quede bien claro: el tiempo ofrecido al enfermo no garantiza la calidad del encuentro terapéutico, cuestión evidentemente mucho más compleja; pero sí constituye una condición necesaria e irrenunciable, por lo que habría que tenerlo en cuenta en el diseño de los planes asistenciales y de la constitución de los equipos.

Pues bien, **toda esta formulación del buen funcionamiento** y la calidad y especificidad de prestaciones por parte de los equipos de salud mental, **se puede desplomar** como un castillo de naipes **ante factores** como los que a continuación se enumeran:

1.- **Demanda** de asistencia progresivamente **creciente**, hasta niveles que hacen muy difícil su absorción manteniendo un nivel razonable de calidad de la atención. Este crecimiento se explica por la aparición de una oferta nueva y especialmente cualificada, por la conjunción de las antiguas redes asistenciales paralelas en una red única y territorializada, y por la práctica extinción de las viejas consultas de neuropsiquiatría. Aunque también cabe aducir la inmadurez que aún presenta la conexión con los equipos de atención primaria y algunos problemas derivados de la deficiente educación sanitaria de la población en estas materias.

2.- **La escasa dotación de personal** de los equipos de salud mental. En algunas ocasiones, como en Valladolid, los efectivos técnicos y auxiliares son incluso diezmados, al provisionar con sus plantillas los equipos (a su vez deficitarios) de los

nuevos dispositivos que se abren en la red sin una sola contratación nueva.

3.- La **escasa interdisciplinariedad** de los equipos, sobre todo los de nueva formación. Escasean los psicólogos, los trabajadores sociales, los técnicos y auxiliares de enfermería especializados. Los módulos se conciben como fundamentalmente médicos en el sentido más tradicional.

4.- La **complejidad y diversidad crecientes de las funciones** de los equipos, más arriba descrita, que hace que el tiempo real de dedicación de los facultativos a los usuarios no sea muy distinto de las antiguas consultas "de cupo", a pesar de la jornada de dedicación plena.

y 5.- La miopía o la insensibilidad de algunos gestores y burócratas de la asistencia, que priman los **criterios de cantidad sobre los de calidad de los Servicios públicos**. Son, en el fondo, **criterios economicistas y "asistencialistas"** (por contraposición a asistenciales), donde importa sobre todo cuántos usuarios "se atienden", más que cómo son atendidos. A veces uno piensa que para este viaje no hacían falta alforjas, ya que para "ver" (que no "escuchar") a muchos por parte de pocos ya estaban los anteriores consultores de ambulatorio, que en este sentido batieron varios "récords" de rango olímpico. No debería ser difícil de entender que si un neuropsiquiatra ve a 40 usuarios en su horario parcial, mientras un facultativo de un equipo de salud mental "sólo" pasa a su despacho a 6 u 8 enfermos en una jornada completa, el rendimiento no es de 40 a 6 a favor de la consulta de neuropsiquiatría, sino de seis a cero a favor del equipo de salud mental, ya que quien "atiende" a cuarenta en dos horas de consulta no atiende a ninguno.

Los **riesgos** que se desprenden de todo esto son los siguientes:

1.- **Involución** en cuanto a la calidad de los cuidados prestados.

2.- **Medicalización** del modelo, a través de respuestas terapéuticas casi exclusivamente farmacológicas, al disponer los equipos de escaso tiempo para otros abordajes. Cosas como la atención domiciliaria, la presencia del equipo en los distritos rurales, las terapias familiares, psicoterapias intensivas, los abordajes grupales, etc... pue-

den llegar a convertirse en prácticas "de lujo", casi a extinguir. Se sustituyen por intervenciones de mera contención y tamponamiento.

3.- **Atomización de los equipos** que, carentes de la suficiente diversidad y de tiempo de reunión para constituirse verdaderamente en grupo de trabajo coherente, se diluirían en la mera actividad sumativa de sus componentes a nivel individual.

y 4.- **Probable crecimiento del Sector Privado**, derivado no sólo de las insuficiencias de las prestaciones públicas, sino de la propia insatisfacción de los profesionales de los equipos.

¿Y qué decir de LAS HOSPITALIZACIONES PSIQUIÁTRICAS exclusivamente EN LOS HOSPITALES GENERALES?

En principio me parece correcto. Pero, aún a riesgo de ser tildado de "contrarreformista", me parece oportuno aventurar las siguientes **puntuaciones**:

1.- Yo sustituiría el adverbio "exclusivamente" por el de "**preferentemente**".

2.- No veo inconveniente alguno en que las **hospitalizaciones** puedan **verificarse en Hospitales Psiquiátricos** si la Unidad está bien diferenciada a nivel infraestructural y de equipo respecto del resto de la población de enfermos, si está bien dotada de medios humanos y materiales y si la financiación permite un suficiente grado de humanización y dignificación del hábitat.

3.- Tampoco me parecería descabellado que se crease a este fin de hospitalización psiquiátrica, como alternativa, alguna **estructura ad hoc, fuera de las macroestructuras hospitalarias (generales o psiquiátricas)**, con un diseño escrupulosamente asesorado por expertos en asistencia psiquiátrica. Yo sugeriría la posibilidad de puesta en marcha de alguna experiencia piloto.

4.- La **ubicación de las Unidades de Hospitalización** no me parece baladí, pero creo sinceramente que se ha sobredimensionado su valor, que se le ha cargado de un énfasis exagerado e innecesario. La ubicación, por sí sola, no encierra la clave de la desmarginalización. Más bien se puede

abocar a otra forma de marginación y de asentamiento de "ghetos" para los enfermos psiquiátricos, si nos limitamos a decretar las hospitalizaciones psiquiátricas en hospitales generales sin más, como sea, descuidando otros aspectos.

y 5.- Si me pongo a elegir ubicación ideal me quedaría con **Unidades "ad hoc", de nueva planta y diseño, construidas en la proximidad de un hospital general, a ser posible en el ámbito de su mismo recinto, adyacente a los demás Servicios, pero con la mayor autonomía posible.** Si elijo esta cercanía o esta inclusión en el hospital general no es por veleidades ideológicas de presunta desmarginación, sino porque verdaderamente creo que esa posición reporta toda una serie de **ventajas prácticas** mútuas tan obvias que no me molesto en desgranar.

Pero lo que realmente propongo es un nuevo **cambio de adverbio: del "dónde" al "cómo"** de las hospitalizaciones psiquiátricas. Creo que es ahí donde la Reforma debiera haber puesto su principal atención en este tema, ya que es el "cómo" el que da cuenta de la calidad del servicio.

En línea con esta propuesta, enumero a continuación algunos requisitos esenciales de idoneidad que debe reunir la Hospitalización Psiquiátrica, donde quiera que ésta se efectúe (el orden no implica prioridad):

1.- **Diferenciación e independencia** de la Unidad, en cuanto a medios de infraestructura y de equipo, respecto de otras unidades o colectivos de enfermos, psiquiátricos o generales.

2.- **Dotación suficiente de camas.** Quizás su número no debe descender del índice que habitualmente se aplica de una cama por cada 10.000 habitantes (recordemos que actualmente esta ratio, en Castilla y León, es de 0,46, según consta en el Plan Sectorial). Por debajo de 15 camas sería una Unidad asistencialmente poco "rentable"; por encima de 30 se resentiría su manejabilidad. Estimo que el número adecuado oscilaría entre 15 y 25 camas.

3.- **Dotación suficiente de personal** cualificado, mediante un Equipo que trascienda el módulo sanitario tradicional y se enriquezca con la aportación, interdisciplinaria, de otros profesionales (psicólogo, asistente social, etc.). El personal de enfermería y auxiliaria debe ser especializado, o se le debe formar específicamente en Salud Mental.

4.- **Dotación suficiente de espacio**, sin amplitudes excesivas e innecesarias, lejos de las inmensidades manicomiales deshumanizadas, pero sin angosturas. El espacio de la Unidad debe garantizar la intimidad de los usuarios y sus visitantes, y permitir la ocupación constructiva del ocio durante su estancia (espacio para las manualidades, lectura, música y T.V.) y, en general, alternativas diversas de terapia ocupacional y animación sociocultural.

Espacio que permita la actividad grupal, reuniones de equipo y de coordinación, encuentros con familias, asambleas comunitarias, etc. A ser posible debe concebirse también algún espacio exterior, mejor aún si es ajardinado. El clima general de la Unidad debe aproximarse a los ya viejos postulados de la Comunidad Terapéutica.

5.- **Dotación suficiente de despachos.** No es ésta una exigencia frívola, sino una garantía de que los encuentros de evaluación y las sesiones terapéuticas se lleven a efecto en un ambiente de absoluta discreción, con aislamiento acústico, en un ambiente que propicie la relajación y sin las prisas que pueden derivarse de los despachos excesivamente compartidos.

y 6.- Facilitación del establecimiento de un **Régimen Abierto** absoluto para aquellos enfermos ingresados que puedan disfrutar de él, junto a medidas razonables para evitar las fugas, las desapariciones o el suicidio de aquellos enfermos que necesiten una mayor contención. Resulta penoso concienciar que el Régimen Abierto, principio inalienable y bandera de la progresía transformadora de las instituciones de los años 60 y 70, es hoy apenas invocado, o se le invoca con la boca pequeña.

No entro aquí en otras formulaciones que no están directamente relacionadas con la ubicación

de las unidades, su diseño y su dotación básica, como puedan ser la garantía de respeto a los derechos humanos y cívicos del enfermo, o los mil y un aspectos técnicos y organizativos que podrían añadirse.

Allí donde los requisitos de idoneidad reseñados se cumplan en una medida razonable, se estará ofreciendo una **hospitalización de calidad, donde quiera que se ubique**. A medida que se descienda en esta escala de idoneidad, se estará mermando dicha calidad. Cúmplanse los requisitos apuntados, y **habremos erradicado la tan temida marginación**.

No deseo abandonar este tema de las hospitalizaciones, sin advertir **otras dos** posibles (y comunes) **fuentes de riesgo de "desviacionismo" asistencial**:

Una es la que podríamos llamar **"burocratismo" o "gerencialismo"**. Con ello quiero aludir a la esclavización de la asistencia por parte de los índices clásicos de rendimiento hospitalario: índice de ocupación de camas, estancias media y máxima, índice de rotación, etc.

Cualquier profesional de salud mental tiene bien claro que debe verificar el menor número posible de ingresos psiquiátricos. Y que, una vez cursado un ingreso, éste tiene que durar el menor tiempo posible. Pero, partiendo de esta premisa de carácter general, cada hospitalización debe mantenerse el tiempo que necesite la evolución clínica de cada cuadro. El alta debe ser cursada cuando sea posible la devolución del enfermo a su medio de origen, y cuando se entienda que se va a obtener un beneficio mayor (o igual) del seguimiento ambulatorio que de la prolongación del tratamiento hospitalario. Esa debe ser la duración de un ingreso, ni un día más ni un día menos.

No es bueno, asistencialmente hablando, no poder ofrecer un ingreso a quien lo necesita por la plétora de la unidad de hospitalización, sobre todo si se reitera a menudo; o algo falla en la dinámica de ingresos o está mal calculada la oferta de camas. Tampoco es de recibo cursar un alta precoz por la presión de la cama, o por miedo a elevar excesivamente el índice de estancia media.

El otro riesgo a que me refería está directamente relacionado con el anterior, y es el que se deriva de **la clasificación de las hospitalizaciones en "estancias cortas, medias y largas", o de los enfermos objeto de ingreso en "agudos y crónicos"**.

Entiendo que **en una Unidad de Hospitalización de área deben efectuarse todas las hospitalizaciones que se estimen necesarias**, con criterio clínico y psicosocial. Con **dos únicos tipos de excepciones generales**:

a).- Aquellos enfermos con cierto grado de cronicidad que, compensados suficientemente en su sintomatología más productiva, puedan beneficiarse de su **derivación a un centro de rehabilitación** para ser incluidos en programas a medio o largo plazo, y no susceptibles de ser integrados en una estructura asistencial intermedia, necesitando aún la oferta de su medio hospitalario.

b).- Aquellos enfermos cuya **devolución a su medio de origen resulta imposible**, y que estén **abocados a una situación residencial permanente**. Aquí habría que invocar, una vez más, la eternamente reivindicada creación de **estructuras residenciales asistidas** en el marco de los **Servicios Sociales**.

No entran en estas dos excepciones, pues, las reagudizaciones de cuadros crónicos (por frecuentes que sean), los cicladores rápidos, los cuadros agudos prolongados y resistentes al tratamiento, los transeuntes, etc., aunque siempre serán posibles consideraciones especiales en casos concretos a título esporádico.

De este modo evitaremos derivaciones indebidas de enfermos, clasificaciones estigmatizantes y escisiones poco rigurosas de la oferta asistencial. Y cerraremos las rendijas por donde pudieran infiltrarse **nuevas formas** -esta vez **"tecnocráticas"**- **de marginación**.

Puede ser oportuno añadir que los redactores del excelente **Informe del Defensor del Pueblo** sobre el estado de la asistencia psiquiátrica española (1992) parecen compartir muchas de las inquietudes que aquel reflejo respecto a las unidades psiquiátricas en hospitales generales, espe-

cialmente en lo que se refiere a exigencias infraestructurales y de equipo.

Lamento no disponer de más tiempo para acometer otras dos grandes asignaturas pendientes de la Reforma:

1.- La atención especializada a la población infante juvenil. Una vez más, el niño (o el adolescente) es el gran marginado, junto al "crónico"...

y 2.- El enorme **vacío legal** sobre los aspectos jurídicos de la asistencia psiquiátrica. En esta materia me remito de nuevo al Informe del Defensor del Pueblo.

José Manuel Susperregui González pertenece a los Servicios Provinciales de Salud Mental de Valladolid.

Conclusiones del 2º Debate

I) INTEGRACION/NO INTEGRACION

La opinión unánime es favorable a la integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general. Se señalan, sin embargo, las deficiencias de gestión que tiene aún este sistema, y no se conciben esperanzas razonables de llevar a cabo una auténtica reforma psiquiátrica sin una eficaz reforma de la sanidad general. El desarrollo y ejecución de todo el articulado de la L.G.S. se considera imprescindible.

II) ESPECIFICIDAD/NO ESPECIFICIDAD

Existe una especificidad en los cuidados de salud mental que obedece a las particulares necesidades de un determinado colectivo -los *pacientes mentales*- así como existe especificidad en pediatría, geriatría u obstetricia. Tal especificidad no puede ser excluyente de otros cuidados y derechos, no puede ser marginadora. No debe constituir un estorbo para la integración, ni un pretexto para no atender a los enfermos psiquiátricos en servicios somáticos cuando la causa de la atención sea de esta índole.

La especificidad no es privativa de las hospitalizaciones: debe tenerse también en cuenta en la planificación de cualquier dispositivo (CSM, Centros de Día, URA, etc).

Tampoco proviene de un determinado diagnóstico (p. ej.: psicosis). La existencia de los diversos trastornos susceptibles de ser atendidos por un determinado recurso no puede ser soslayada en el diseño del mismo (p. ej.: hospitalizaciones).

III) UHPHG/NO UHPHG

Los ingresos deben llevarse a cabo *preferentemente* en unidades de hospitalización psiquiátrica de hospitales generales (UHPHG). Esto de-

pendará en cada área sanitaria de los recursos existentes. Las UHPHG deben cumplir unos mínimos de dotación de personal (suficiente, multidisciplinario, estable, bien entrenado), de infraestructura (espacio amplio sin gigantismo, nº de camas adecuado a las necesidades del área, accesibilidad física desde el interior del hospital y desde el exterior, dotación de aparataje sanitario, dependencias que garanticen la confidencialidad de las entrevistas, etc) y de coordinación (con los demás servicios del hospital y con el resto de los dispositivos de la red, especialmente con los CSM).

Los criterios de ingreso en UHPHG deben ser convenientemente *debatidos con y compartidos* por los otros servicios, evitando la marginación de los pacientes (y su "peloteo" o "subasta") y asegurando las interconsultas.

Se producirá el ingreso cuando se considere que el paciente se va a beneficiar de esa situación y *no de otra posible*. La duración debe ser breve, pero siempre en función de las necesidades del enfermo y no de criterios gerencialistas.

Hay que evitar el riesgo de que las UHPHG funcionen exclusivamente con un enfoque "urgencialista" que atienda sintomatología parcial mediante procedimientos farmacológicos (agitación/sedantes, p. ej.), pues debe ser atendido el *sujeto que enferma*, y el proceso integral de su enfermar.

Opinión repetida a lo largo del debate fue que, sobre todo en las hospitalizaciones, debe primar el "cómo" sobre el "dónde".

IV) CRITERIOS DE CALIDAD EN LA ASISTENCIA A LA SALUD MENTAL

En cualquier variante de la asistencia sanitaria, el tiempo disponible es un indicador de la calidad que recibe cada caso en particular, máxime en el terreno concreto de la salud mental, dadas

sus especificidades y el imprescindible uso de la relación paciente/terapéuta. Pero existen otros criterios de índole colectiva: universalización de la atención, diversificación de las prestaciones y/o de los dispositivos, grado de satisfacción de los usuarios, sensación de calidad de los técnicos, formación y reciclaje del personal, etc. La calidad global en un área sanitaria resultaría del equilibrio dinámico -o relación dialéctica- entre esos factores parciales. Y si bien los técnicos deben esforzarse por adecuar a la demanda los recursos existentes, los gestores no deben esgrimir ni el posibilismo irresponsable ni las "macroestadísticas" asistencia- listas para crear una falsa impresión de calidad. El horizonte deseable debe estar clara y oficialmente definido, y no puede ser perdido de vista o pervertido porque, en un momento dado, los bienes sean -discutiblemente- escasos.

V) EL MODELO COMUNITARIO CO- MO MARCO ASISTENCIAL

También fue unánime el "sí" al modelo comunitario basado en el concepto de área sanitaria. Si, desde el punto de vista epistemológico, no cabe esperar la aparición de un modelo único para entender/explicar/abordar la salud -ni la enfermedad- mental, el modelo de la psiquiatría comunitaria puede ser la matriz que armonice en sus filas y columnas la aplicación asistencial de los distintos paradigmas.

El modelo médico de la asistencia general -o la gestión sanitaria actual- comienza a adoptar procedimientos hace tiempo ensayados y/o empleados por la psiquiatría comunitaria (hospitalizaciones parciales y domiciliarias, continuidad terapéutica, participación de los usuarios, ampliación del rol de algunos estamentos, etc). Cabría esperar que tal experiencia no se emplease solamente según criterios economicistas o de imagen, parcializando sus objetivos y dificultando sus logros.

VI) USUARIOS Y TECNICOS

Escuchar la voz de los usuarios y facilitar su representatividad en los órganos de planificación es otro de los temas contemplados en la L.G. S., pero tampoco ha sido totalmente desarrollado ni aplicado hasta ahora. Los participantes en el debate consideran este punto tan necesario como deli-

cado. Las demandas de los usuarios deben ser moduladas por el criterio cualificado de los técnicos y por la disponibilidad de recursos humanos y materiales.

II Jornadas Regionales de Salud Mental Salamanca

Los días 11 y 12 de Marzo de 1993 se celebraron en Salamanca las "II Jornadas Regionales" de la Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental, cuyo contenido en esta ocasión giró en torno a la **Salud Mental Infanto-Juvenil**.

El tema básico propuesto, que dio origen a las principales aportaciones de los diferentes especialistas, fue "El niño en su contexto" (familiar, sanitario, escolar y social, etc...), tanto desde el punto de vista del desarrollo o epidemiológico como desde la intervención, planificación y tratamiento.

La conferencia inicial y su correspondiente debate, que permaneció presente durante el resto de las intervenciones y coloquios, se centró en el desarrollo y situación actual de la asistencia psiquiátrica y de Salud Mental en el niño, el adolescente y sus alternativas

Entre las conclusiones generales que se pueden extraer del conjunto de las exposiciones y debates, resaltamos las siguientes:

1- *Resulta imprescindible, para abordar la atención de la Salud Mental del niño y del adolescente, el crear un espacio de diálogo y puesta en común entre los diferentes profesionales que rodean al niño (pediatras, psicólogos, educadores, psiquiatras, Trabajadores Sociales, A.T.S., etc...).*

2- *Consideramos necesario, al menos en las Areas de Salud con suficiente población infanto*

juvenil, la creación de un Equipo específico de referencia que integre y coordine las intervenciones y programas a desarrollar sobre la población en sus diferentes niveles (asistencial, de formación, prevención, promoción de la investigación, etc...). En esta línea es importante el reconocimiento de la especialidad y acreditación docente de Equipos y Servicios que en la actualidad desarrollan esta labor.

La asistencia y participación en estas Jornadas pueden ser valoradas como altamente satisfactorias (alrededor de 200 asistentes), sobre todo si tenemos en cuenta que hoy por hoy la S.M.I.J. no tiene el reconocimiento que, aparentemente, podría desprenderse de la existencia de diferentes programas y proyectos de Ley que contemplan su desarrollo y que muchos de nosotros seguimos esperando.

También nos sentimos satisfechos de la repercusión y difusión lograda en los medios de comunicación locales (Prensa, Radio y T.V.).

Como balance final podemos decir que se han cumplido los objetivos que nuestra Asociación se propone con estos encuentros, aunque creemos necesario seguir profundizando y abordando esta problemática en sucesivas reuniones, intentando contribuir en lo posible a la coordinación, homogeneidad y mejora de la asistencia en Salud Mental del Niño y el Adolescente.

Actualmente, la Junta Directiva y el Comité Organizador de las Jornadas, llevan a cabo las últimas gestiones encaminadas a la publicación del contenido de las mismas. De conseguirlo finalmente remitiremos un ejemplar a cada uno de los asistentes y socios de la A . C . L . S . M .

EL COMITE ORGANIZADOR

*Breve resumen de lo
tratado en
la Asamblea Ordinaria
celebrada en Salamanca
12 de marzo de 1.993*

Como punto final de las II Jornadas Regionales de Salud Mental se celebró la Asamblea Ordinaria de la Asociación de acuerdo con el siguiente Orden del Día:

1º Acta de la Asamblea de León.- Se da lectura y aprobación al Acta de la Asamblea celebrada el 15 de Mayo de 1992 en León.

2º Información general.- Por el presidente se informa de algunos aspectos de la modificación de Estatutos de la AEN y de la constitución de agrupaciones de psiquiatras y psicólogos. Así mismo se informa de la posición mantenida por la Junta Directiva de mantener la actual estructura autonómica de la AEN. Finalmente informa de algunas modificaciones del próximo Congreso de la AEN a celebrar en Sevilla.

3º Informe de Secretaría.-

a) Se propone a la Asamblea, y ésta aprueba, la admisión de los siguientes socios: Manuel Franco Martín, Teresa Huifruela y Mario Martínez Pérez. El total de socios es de 150, aunque serán dados de baja 15 socios en un plazo de 15 días si no se ponen al día de sus cuotas.

b) Reuniones de la Junta Directiva. Desde la última Asamblea sólo ha sido posible celebrar dos reuniones: 17 de Octubre de 1992 y 6 de Febrero de 1993.

c) Boletín de la Asociación. Se han editado dos números (0 y 1) tras la creación de un comité

de Redacción coordinado por Esperanza González Marín; el primero fue financiado por un laboratorio y el segundo por la propia Asociación. Se pretende mejorar algunos aspectos de tipografía y se anima a los asociados a remitir artículos, opiniones y otros trabajos.

d) Liquidación Jornadas de León. Se informa de los resultados de las I Jornadas celebradas en León: 110 asistentes (además de los ponentes y Comité organizador), publicación de ponencias y comunicaciones, buenos resultados económicos (pendientes de la ejecución de una subvención del Ayuntamiento de León).

Se felicita al Comité organizador de León así como al de Salamanca por el éxito obtenido.

e) Se informa del desarrollo del Encuentro celebrado en Avila en Diciembre pasado sobre "La Salud Mental y el Sistema Sanitario", con asistencia de 30 socios; se intentará publicar su contenido.

f) Se informa de los programas asistenciales presentados a la convocatoria de subvenciones de la Junta de Castilla y León.

g) Se informa de la participación del Presidente en el jurado del Premio Luis Martín Santos, así como las gestiones realizadas en Cantabria a demanda de algunos profesionales.

4º Informe de Tesorería.- Desde la última Asamblea se han producido los siguientes ingresos y gastos:

- Ingresos: 1.686.148
- Gastos: 909.838

5º Proceso electoral.- Se aprueba la propuesta de la Junta Directiva y la convocatoria de elecciones para el 29 de Mayo de 1993 en Valladolid.

6º Otros asuntos de interés.- Se informa del cierre del censo electoral así como sobre la necesidad de crear un grupo de trabajo para desarrollar el Programa "Opiniones de los profesionales sobre la Reforma Psiquiátrica".

XIX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Sevilla, 6-9 octubre 1.993
Sede: Hotel Los Lebreros

Prsidencia de Honor

S.M. La Reina D^a Sofía

Congreso declarado de Interés Científico Sanitario
por el Ministerio de Sanidad y Consumo

Programa Científico

Conferencia Inaugural:

GARANTIA DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD
MENTAL SEGUN EL MODELO DE LA O.M.S.

Dr. J.M. Bertolote, Senior Medical Officer. O.M.S
Ginebra

Mesas Redondas:

LA ATENCION A LOS PROBLEMAS DE SALUD
MENTAL DESDE EL MODELO DE LA ATENCION
PRIMARIA

Coordina Carlos Martín Hortelano. ESMD de
Camas. Sevilla

PROBLEMAS ETICOS Y JURIDICOS DE LOS
TRATAMIENTOS EN SALUD MENTAL ¿QUE
CRITERIOS SE DEBEN DEFENDER EN UNA
SOCIEDAD DEMOCRATICA?

Coordina: Elena Pañeda Reinlein. Letrada.
S. A. S. Sevilla

LA FORMACION CONTINUADA EN SALUD
MENTAL DE PROFESIONALES SANITARIOS Y NO
SANITARIOS

Coordina: J. Antonio Espino Granado. Pres.
Comisión Nacional de la Especialidad en Psiquiatría

DESDE LA LEY GENERAL DE SANIDAD A LA
REFORMA PSIQUIÁTRICA ANDALUZA: SI-TUACION
ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Coordina: Francisco Yanes Sosa. ESMD Aljarafe.
Sevilla

LAS PARAFRENIAS: REVISION DEL CON-CEPTO.
APORTACIONES DE LAS CLASIFICA-CIONES
INTERNACIONALES

Coordina: Leopoldo Molina Brito. Coordinador Area de
Salud Mental de Huelva.

LA HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA
PRERREPUBLICANA Y DE LA ASOCIACIÓN
ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA (1924-1936)

Coordina: Tiburcio Angosto Saura. Dtor. del Comité de
Ediciones de la A.E.N.

Ponencias

EVALUACION EN SALUD MENTAL

Coordina: Víctor Aparicio Basauri. Dtor. de la Unidad de
Coordinación del Centro Colaborador de la O.M.S. en
España. Asturias

MUJER Y DIFERENCIA: UNA APROXIMA-CION
DESDE SALUD MENTAL

Coordinan: Josefina Mass Hesse, Coordinadora del H.
de Día del I.P. José Germain. Madrid y
Amalia Tesoro Amate, Coordinadora del Area de Salud
Mental de Almería

PSICOSIS INFANTIL

Coordinan: Carmen Fernández Rojero, Coordinadora
del Servicio de Salud Mental Area XI. Comunidad de
Madrid, y

Teresa Suárez Rodríguez, Coordinadora del Servicio
de Salud Mental Area VIII. Comunidad de Madrid.

SECRETARÍA TÉCNICA

"TRAVEL QUINTO CENTENARIO"
C/ Tetuán, 8 - 10, 1º D-E 41001 SEVILLA

Tfno.: (95) 422 45 78 Fax.: (95) 422 65 96
Télex: 72582

III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada

Madrid

15 al 11 de Noviembre de 1.993

Organiza:

**ASOCIACION MADRILEÑA PARA LA
PREVENCIÓN DE LOS MALOS
TRATOS EN LA INFANCIA**

**FEDERACION DE ASOCIACIONES
PARA LA
PREVENCIÓN DEL MALTRATO
INFANTIL**

PROGRAMA CIENTIFICO

PLENARIOS.

- 1.- La Infancia en Europa.
- 2.- Iguales Derechos, respuestas diferentes.
- 3.- Los Derechos de la Infancia: razones para una Ley.
- 4.- Instituciones Residenciales, ¿hacia dónde?.
- 5.- Medio familiar-social y maltrato.
- 6.- Condiciones para que una sociedad no maltrate.

GRUPOS DE TRABAJO.

- Areas Temáticas.

- 1.- Malos tratos institucionales.
- 2.- Abuso sexual.
- 3.- Minusvalías y Malos Tratos.
- 4.- Situaciones de riesgo especial y Maltrato.
- 5.- Investigación y Maltrato Infantil.
- 6.- Discriminación Social y Maltrato Infantil.
- 7.- El Maltrato Infantil en las etapas evolutivas de la Infancia.

8.- La atención del niño maltratado fuera de su medio Familiar: Acogimiento Familiar y en Instituciones

9.- Justicia y Administración: aplicación de las Leyes 21/87 y 4/92.

- Areas por Sectores de Servicios y Ambitos Profesionales e Institucionales.

- 1.- Servicios Sociales.
- 2.- Servicios de Salud. (Atención Médica y de Enfermería).
- 3.- Educación.
- 4.- La práctica de la psicología y el Maltrato Infantil.
- 5.- Administración de Justicia.
- 6.- Organización y Gestión de Centros y Servicios.
- 7.- Medios de Comunicación Social.
- 8.- Movimientos Sociales y Asociativos.

ACTIVIDADES ALTERNATIVAS.

- Comunicaciones orales.
- Posters de autor.
- Programas de video.
- Carteles artisticos o affiches.

INFORMACION GENERAL

- Fecha: 15 al 17 de Noviembre de 1993.

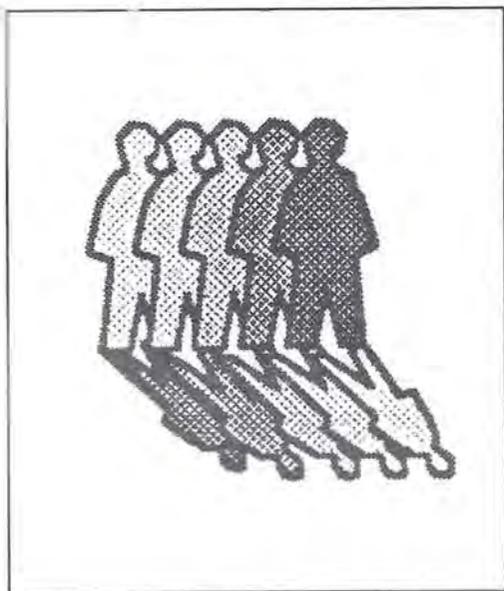
- Sede: Oficina Central de la Cruz Roja Española.

Rafael Villa, s/n (vuelta Ginés Navarro) 28023 El Plantío (Madrid)

Organiza: Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil.

- Idiomas: español e inglés.

**Secretaria del Congreso: MV. Convenciones y
Congresos**
Pza. Sta. Bárbara, 10
28004 - Madrid
Tfno.: 91 / 310 53 96/64
Fax.: 91 / 308 42 36



Asociación Española de Terapeutas de Autismo y Psicosis Infantiles

VII Congreso Nacional

El Autismo 50 años después de Kanner (1993)

Salamanca, 24-27 noviembre 1993

Entidades Organizadoras

- Asociación Española de Terapeutas de Autismo y Psicosis Infantiles
- Máster en Integración,
- Dpto. de Psicología de la U. de Salamanca,
- Asociación de Padres y Terapeutas de Autistas "Ariadna".

OBJETIVOS

Commemorar el 50° aniversario de la primera publicación de Leo Kanner (1943).

Reflexionar sobre la concepción del problema del Autismo en estos 50 años.

Recopilar y contrastar las investigaciones sobre Autismo realizadas últimamente en nuestro país.

Difundir y discutir la experiencia obtenida por los profesionales que actúan en el campo del Autismo en España.

PLAN DE TRABAJO

Duración: 40 horas (de miércoles a sábado)

Tipo de actividades científicas:

7 mesas de trabajo que incluyen:

- conferencias
- comunicaciones libres
- 4 talleres monográficos
- 2 sesiones de posters

Habrà un programa complementario de actividades sociales

Temas para las mesas de trabajo

EL SINDROME DE AUTISMO INFANTIL PRECOZ 50 AÑOS DESPUES

DESARROLLO SOCIAL, COGNITIVO Y DEL LENGUAJE DE SUJETOS CON AUTISMO

NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SUJETOS CON AUTISMO

LA INTERVENCION EN EL DESARROLLO COMUNICATIVO Y LINGÜISTICO

LA INTERVENCION EN EL DESARROLLO SOCIAL DE LOS NINOS AUTISTAS

EL TRABAJO CON EL ENTORNO Y LAS FAMILIAS DE LOS SUJETOS AUTISTAS

EL PAPEL DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS ANTE EL PROBLEMA DEL AUTISMO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES Y ADULTOS CON AUTISMO

*RECURSOS SOCIALES PARA RESOLVER
EL PROBLEMA DE LAS PERSONAS CON
AUTISMO*

Temas para los talleres

*ENSEÑANZA DE PROGRAMAS
DE COMUNICACION ALTERNATIVA*

EVALUACION PARA LA INTERVENCION

INTEGRACION SOCIO-LABORAL

*TECNICAS PARA LA ENSEÑANZA
DE HABILIDADES SOCIALES*

Secretaría de Organización del Congreso

**Dpto. de Psicología. Universidad de Salamanca
Avda. de la Merced, 109-131
37005 SALAMANCA
Tel.: (923) 29 45 96
Fax: (923) 29 46 17**

**SOLICITUD DE INGRESO EN LA
ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA
y en la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental**

D./Dña. _____
 profesional de la Salud Mental, con título _____
 que desempeña en (Centro de trabajo) _____
 y con domicilio en _____
 población _____ D.P. _____
 Provincia _____
 teléfono _____

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A. E. N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los miembros:

D.

D.

(firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha:/...../.....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista está incluida en la cuota de Asociado.

Nombre: _____

Dirección: _____

Firma

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, número _____ el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Población _____

Firma:

díamesaño.....

**Asociación Española de Neuropsiquiatría
Enviar a: C/ Villanueva. 11 - 28001 Madrid**

CRITERIOS PARA LA ACEPTACION DE ORIGINALES

El Boletín de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, aparece semestralmente y es una publicación de carácter científico que recoge artículos de todos los campos relacionados con la Salud Mental, permitiendo la difusión de trabajos tanto de reflexión teórica como de experiencias prácticas que mayor vigencia tengan en nuestra comunidad autónoma.

Como tal debe ajustarse a las normas generalmente aceptadas para este tipo de actividad por la comunidad internacional:

1. Los artículos deberán ser inéditos, de una extensión máxima de 20 folios, mecanografiados a doble espacio en papel tamaño folio, con las páginas numeradas consecutivamente incluyendo primera página, resumen, texto, agradecimiento, bibliografía, tablas y pies de figuras. Se enviarán 3 copias del manuscrito completo y 3 copias en papel satinado de todas las figuras. Los casos clínicos se escogerán los que mayor interés tengan según criterios del Comité de Redacción y tendrán una extensión máxima de 5 folios, a doble espacio en papel tamaño folio.

2. La primera página deberá contener: 1) Título del artículo. 2) Nombre y apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. 3) Nombre y dirección del autor al que debe dirigirse la correspondencia sobre el manuscrito.

3. La segunda página debe incluir un resumen de no más de 150 palabras acompañado de tres palabras clave para índice.

4. Cuando sea posible, el texto se adaptará a los apartados clásicos de Introducción (con explicitación de los objetivos del artículo), Métodos, Resultados y Discusión.

5. La bibliografía se identificará en el texto mediante números arábigos (entre paréntesis) y las citas se numerarán consecutivamente por orden en que se citen por primera vez en el texto y se reunirán en páginas separadas al final del manuscrito. En el caso de los libros se especificará autor, título, lugar de edición y año, y en el de las revistas autor, título del artículo, título de la revista, año, volumen, número y página.

6. Las notas explicativas a pie de página se señalarán con asterisco o similar y se entregarán en página

suplementaria que seguirá inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.

7. Las tablas se mecanografiarán en hoja distinta para cada una, a doble espacio, irán numeradas consecutivamente y las abreviaturas empleadas irán explicadas a pie de página. Se citarán en el texto por orden consecutivo.

8. Se enviarán 3 conjuntos completos de figuras dibujadas y fotografiadas en forma profesional, con los títulos y explicaciones mecanografiados en hojas aparte numeradas con los números arábigos que corresponda a las figuras.

9. Los originales se enviarán por correo en sobre de papel fuerte y, si es necesario, protegidos con cartón. En el envío se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado o emplear fotografías de personas identificables.

10. Los originales podrán enviarse también en disquettes de 5^{1/4} y de 3^{1/2} transcritos en Macintosh o en PC.

El Consejo de Redacción se compromete a:

1. Acusar recibo de todo artículo recibido y remitir al autor la correspondencia recibida en la Revista acerca de los publicados, pero no se mantiene otra correspondencia acerca de los originales si no es previamente solicitada. Los originales no son devueltos.

2. Todo artículo recibido es leído por, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos), los cuales informan al comité de redacción sobre la conveniencia o no de su publicación de acuerdo con los criterios establecidos por éste para cada sección.

3. La responsabilidad de la decisión de publicar o no un original así como la de determinar la fecha en que éste se llevará a cabo corresponde al Comité de Redacción. Dicho Comité se reserva el derecho de resumir las publicaciones que no se ajusten a las necesidades de espacio.

Los originales se enviarán a:

Dra. Esperanza González Marin
Coordinadora del Comité de Redacción
Hospital Psiquiátrico Provincial de
Salamanca
C/ Carlos 1, s/n
37008 Salamanca

EDITA: Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental
Imprime: Sorles - Imprenta
Santa Teresa de Jesús, 3 - LEON
Mquetación: EMSA
Dep. Legal: LE-627-1993

XIX

Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Sevilla, 6 al 9 de Octubre de 1993

Sede del Congreso:
HOTEL LOS LEBREROS

Avance del
Programa Científico
en el interior