

L'interro?ant

FUNDACIÓ NOU BARRIS PER A LA SALUT MENTAL

Nº 2 • OCTUBRE 1999



"valer" 1991 acrílic sobre cartó 85 x 75 cm.

Antoni Clavés

FILIACIÓ I MODERNITAT
NORMA, NORMALITAT I PATOLOGIA
QUALITAT ASSISTENCIAL EN SALUT MENTAL

- I.
- II.
- III.

F9B

2



Nº 2 • OCTUBRE 1999

Editorial
Begoña Matilla

pág. 2

I. FILIACIÓ I MODERNITAT

- Infancia y familia hoy pág. 4
Estela Paskvan
- Familia y función pág. 6
Estela Solano-Suárez
- Modernidad femenina y su incidencia en la estructura familiar pág. 9
Rithée Cevasco
- La reproducción asistida pág. 15
Entrevista con Diana Guerra
- La maternidad, un deseo oculto pág. 20
Carmen Grifoll
- La agresividad en nuestra época pág. 23
Alicia Pascual
- La filiación por adopción pág. 26
Silvia Giménez-Salinas Colomer
- Del adolescente agredido al adolescente agresor pág. 29
M^a Eulalia Navarro Hurtado
- La bogeria en el camp social: El cas de "Luna de T" pág. 33
Rosa Godinez
- Una casa para el ser: filiación adoptiva de una niña de cuatro años pág. 39
Carmen Alda

II. NORMA, NORMALITAT I PATOLOGIA

- La relatividad negada. La noción de norma y algunas fabulaciones psiquiátricas pág. 43
Angel Martínez Hernández
- La clínica y sus límites: norma, normalidad y patología pág. 47
Nilda Estrella
- Filosofía i construcció de la normalitat clínica pág. 51
Angel Puyol González
- Normalitat i anormalitat en psicopatologia. pág. 56
 El problema del síntoma com a valor per al diagnòstic
Josep Moya i Ollé
- La clínica infantojuvenil i els seus límits: Norma, normalitat i patologia pág. 61
Sabel Gabaldón y Francesc Vilà

III. QUALITAT ASSISTENCIAL EN SALUT MENTAL

- Programa de prevenció i assistència a menors pág. 63
 amb un entorn vinculat a les addiccions
Roser Casalprim
- Programa de Soporte Técnico a residencias de la DGAJ pág. 66
Susana Brignoni, Nilda Estrella y Begoña Matilla
- Qualitat i avaluació de les intervencions en salut mental infantil i juvenil pág. 68
M. Teresa Pi Ordoñez
- Programa de abordaje comunitario pág. 71
 de los trastornos de la alimentación en el CSMIJ de Reus
J.L. González Molinero, F. López Sero, B. Tàrrega y A. García Siso
- Calidad y evaluación de un dispositivo médico-educativo pág. 78
 para atender trastornos graves de la personalidad en la adolescencia
Francesc Puntí y Francesc Vilà
- Mecanisme d'entrada en un Centre de Dia pág. 81
Enric Berenguer, Empar Rubio y Silvia Tolchinsky
- Programa de priorización de enfermos pág. 84
Clara Bardón y Montserrat Puig

Publicació de distribució gratuïta.

Si desitja un altre exemplar o qualsevol informació, posar-se en contacte amb la secretaria de la **Fundació Nou Barris**

Doctor Pi i Molist, 133 (baixos) 08042 Barcelona

Tel. 93 359 49 16

e-mail: fnb@mx2.redestb.es

FUNDACIÓ NOU BARRIS
PER A LA SALUT MENTAL

patologies que a veces han cursado de manera encubierta a lo largo de la infancia, tanto en lo que se refiere a la estructura neurótica como en la psicosis. Brotes psicóticos francos, crisis depresivas o de angustia, síntomas fóbicos importantes, anorexia, fenómenos de desorientación o despersonalización, pasajes al acto que entrañan un peligro, etc. requieren ser atendidos de modo inmediato para evitar un agravamiento de la situación e iniciar el tratamiento cuanto antes.

NOTAS

(1) Ponencia presentada en la II Conferencia Europea de Calidad Asistencial en Salud Mental. Barcelona Noviembre 1998. Los datos asistenciales del programa presentados en forma de transparencias fueron elaborados por Carmen Grifoll de la Esperanza. CSMIJ Nou Barris.FNB.

Clara Bardón Cuevas es psiquiatra, psicoanalista. CSMIJ Nou Barris. FNB.

Montserrat Puig i Sabanés es médico, psicoanalista, coordinadora del CSMIJ Nou Barris.FNB.



Equip Tècnic

Direcció: Begoña Matilla.

Redacció: Clara Bardón,
Roser Casalprim
Matilde Jiménez
Montserrat Puig
Jorge Sosa

Secretaria: Reyes Nogués
Iolanda Ayala.

Obra portada: Alfonso Alzamora
Disseny i maquetació: Jesús Alvira.



L'interrogant

Revista editada a Barcelona
Octubre del mil nou-cents noranta nou



EDITORIAL

Begoña Matilla

La Organización Mundial de la Salud-OMS- en la Declaración de Yakarta para la promoción de la salud durante el siglo XXI sitúa como mayores problemas de salud pública para Europa, aquellos relacionados con la salud mental, las adicciones, la soledad y el desarraigo social.

Sin duda alguna, los cambios en las sociedades occidentales derivados de los efectos de la globalización y universalización, así como del avance del discurso capitalista y de la tecnología, están dejando sentir sus efectos en los modos de expresión subjetivos del malestar en las culturas modernas. Tal como señala la OMS, los enormes cambios sociológicos de este fin de siglo, que afectan tanto a las estructuras del estado del bienestar, como al mercado de trabajo y a los modos de vínculo familiar y social, favorecen la emergencia de problemáticas relativas a la salud mental.

Verdaderamente asistimos a cambios y evoluciones en la clínica, en particular, de la clínica de la infancia y de la adolescencia, que se vinculan al desfallecimiento de la función paterna, al cambio de la mujer frente a su rol tradicional de la maternidad, a la crisis de la familia, y en general, a la erosión de las regulaciones simbólicas que han regido a occidente durante siglos.

Siendo los cambios de la familia moderna y sus efectos sobre los niños, una cuestión central para aquellos que trabajamos en el campo de la salud mental de la infancia y de la adolescencia, la I Jornada de Debate de la FNB se convocó bajo el título **Infancia y Familia hoy**, para abordar el tema desde diversos paradigmas y discursos.

La riqueza de las presentaciones en la Jornada y sus debates, nos decidió a tomar como tema central del número 2 de la publicación de la FNB las **Nuevas filiaciones en la modernidad**.

Este apartado promueve una amplia gama de temas relacionados con la familia contemporánea: desde la preocupación ética relacionada con la fecundación asistida, a casos clínicos que dan cuenta de las respuestas subjetivas a las marcas de la ciencia en las coordenadas de su procreación. Desde la ilustración de la intervención, en un caso concreto, de los equipos de Atención a la Infancia en Riesgo -EAIA-, al complejo tema de las adopciones y la función de las familias profesionales que constituyen, hoy por hoy, los equipos de educadores de los Centros Residenciales de Acción Educativa, instituciones tutelares de DGAJ, en el marco general de la ley de Protección a la Infancia. Se incluyen también artículos que reflexionan sobre la institución familiar, su función en la constitución de los sujetos, y los cambios a los que se ve sometida en la actualidad, tras la caída del modelo clásico patriarcal y el auge de mujeres solas educando a sus hijos.

Incorporamos en este apartado algunas presentaciones en la Jornada de Debate de la FNB así como la Conferencia de Apertura, para situar, qué de la familia, en el complejo campo de su sociología, jurisprudencia e influencias técnico-médicas, interesa verdaderamente a aquellos que abordamos la infancia desde la perspectiva clínica en las instituciones de salud mental: su función de transmi-

sión, en cada caso particular, del campo específicamente humano: el deseo, el amor y el goce.

En el marco general de los cambios en los que nos vemos inmersos, tanto de la sociedad occidental como de las manifestaciones psicopatológicas, se convocó en abril de este año, la IX Jornada auspiciada por el Colegio Oficial de Psicólogos de Catalunya de los dispositivos asistenciales de la Red Pública de Salud Mental Infantil y Juvenil, bajo el tema: **Normalidad, Norma y Patología: los límites de la clínica infanto-juvenil.**

Los nuevos síntomas, parecen dibujarnos un paisaje de sujetos en lucha, rechazo o huelga, a un mundo cambiante en sus estructuras simbólicas. Discernir entre el concepto de normalidad, según cada tiempo histórico y el ámbito de la psicopatología es, hoy por hoy, un tema absolutamente central en el campo de la salud mental de la infancia y juventud.

Publicamos en este número, tanto el Documento de Trabajo como la Mesa Redonda de Apertura de la Jornada, que abordó el tema que nos convocaba desde la filosofía, la antropología, la psiquiatría y el psicoanálisis. Agradecemos desde aquí a las 16 instituciones organizadoras de la Jornada la posibilidad de publicar los trabajos. Esperamos contribuir con ello a una mayor difusión de la riqueza de ese espacio de trabajo y reflexión conjunta.

El último apartado de la revista nos ofrece diversas experiencias asistenciales relativas al tema de la mejora de **La calidad asistencial**, presentadas en la **2ª Conferencia Europea** sobre este tema, realizada en Barcelona con el patrocinio de la OMS y organizada por el Servei Català de la Salut y FORUM - iniciativas en Salud Mental.

La calidad asistencial se vincula, hoy por hoy, a nuestro entender, con una organización de las instituciones que permita atender la particularidad del caso por caso, así como la creación de condiciones para desarrollar las intervenciones clínicas específicas de cada grupo de edad y patología.

La calidad asistencial, la coordinación entre servicios diversos de salud mental, y el abordaje consensuado desde la diferencia en la intervención según instituciones sociales, educativas, jurídicas

y sanitarias, es la preocupación mayor de las políticas sanitarias de nuestro país, vinculadas a los informes de la OMS, para la promoción de la salud mental en la infancia y la adolescencia.

Publicamos en este número diversas experiencias institucionales relativas a la mejora de las condiciones de atención a la infancia y adolescencia desde la perspectiva amplia que nos brinda la variedad de dispositivos asistenciales. Entre los nuevos significantes que rodean la salud mental: calidad asistencial, satisfacción del usuario, proveedores de salud mental, etc... la calidad asistencial solamente puede verdaderamente valorarse por el lado de la mejora de las condiciones para la atención clínica, en sus diversas modalidades institucionales, específicas para la infancia y adolescencia, que permitan la emergencia de la particularidad de cada subjetividad.

Begoña Matilla

Directora de la FNB para la Salud Mental





INFANCIA Y FAMILIA HOY ⁽¹⁾

Estela Paskvan

El psicoanálisis también se interesa por la familia pero desde una posición particular con respecto a las demás disciplinas. Para el psicoanálisis, no se trata de la "célula social" en sentido sociológico ni, por ejemplo, de formas de organización socioeconómicas y culturales de la antropología sino de la estructura que da cuenta de la constitución del sujeto. En este sentido la familia dentro de las coordenadas históricas es una encarnación particular de la estructura.

Esta estructura es una combinatoria de funciones simbólicas: padre-madre-niño. Con esto quiero decir que lo que está en juego en el advenimiento del sujeto no es tanto la constitución biológica sino la inscripción de este sujeto en una combinatoria de orden simbólico. Por lo tanto, desde nuestro punto de vista, la estructura familiar permite la

inscripción del individuo en la cultura, es decir, el paso de la criatura como naturaleza biológica al surgimiento del sujeto en tanto sujeto de la palabra.

Pero la inscripción del sujeto en el mundo del discurso implica el lazo social y en este sentido no podemos decir que estas funciones simbólicas estén al margen de los profundos cambios que la familia como núcleo social ha experimentado. ¿Cuáles son entonces los aspectos más relevantes de la actualidad en esta estructura simbólica? Evidentemente para la modificación de esta estructura no cualquier avatar social o histórico es determinante; debemos prestar atención a los cambios que se producen en esas funciones: madre-padre-niño.

Al respecto señalaré la más importante desde nuestro punto de vista porque afecta indudablemente a las demás: *el declive de la función paterna, y, por supuesto, desplazamiento y debilitamiento de su función*. Para poder hablar de esta variación es necesario primero explicitar o definir esta función.

Para el psicoanálisis la función del padre es la que permite a través de su nombre, el Nombre del Padre, la inscripción del sujeto, y por lo tanto su advenimiento en el mundo de los símbolos. Por lo tanto esta función es primordial y es lo que el padre, más allá de su realidad, encarna. Él encarna la ley universal para todo ser hablante. Es, por otra parte, la ley de la prohibición del incesto, la prohibición del goce sexual entre madre-hijo, que es la ley primordial de la cultura.

El declive de esta función paterna tiene, a mi entender, los siguientes efectos de actualidad (sólo señalo los que me parecen más importantes y que pueden interesar en esta mesa de discusión):

a) A la pregunta ¿qué es un padre? responde la ciencia diciendo que padre es el esperma que fecunda un óvulo. Las nuevas formas de reproducción asistida por medio de los avances genéticos, reducen al padre a la materialidad del esperma. Creo que no es necesario abundar sobre las modificaciones que estas técnicas han introducido en la estructura familiar y también la nueva problemática que supone el surgimiento de nuevos padres e

hijos: *padre o madre biológicos, madre de alquiler, niño probeta*, etc. Los antiguos problemas acerca de la infertilidad se han borrado y con él un cierto imposible. Al contrario, ahora existe el derecho a tener un niño. Y a veces, este derecho va tan unido a los derechos del consumidor que asume formas grotescas: se puede ir al mercado (no sólo el de la ciencia) y elegir el niño que más apetezca.

La función de la filiación, que es la función simbólica paterna, está en cuestión. Sin embargo asistimos, por ejemplo, a un desplazamiento de esa función. Tomaré un simple hecho transferencial que lo muestra. El lugar que ocupa el médico para muchas de estas mujeres que han tenido hijos mediante las nuevas técnicas es indicado con claridad por ellas: ese profesional es quien les ha dado el niño. La función simbólica del don aparece desplazada a la vez que muestra cómo la paternidad no es sólo una cuestión genética.

b) En la actualidad podemos ver más a menudo las dificultades de los sujetos para incorporarse a la serie de las generaciones. No es difícil observar este fenómeno en las demandas de asistencia: la confusión de generaciones (abuelo, padre, hijo) que presentan a menudo quienes consultan. Vivimos, como dice el psicoanalista Eric Laurent, en un mundo de hermanos, y agrega, de hermanos incrédulos que ya no creen en Dios ni en el padre. Hay que decir, que si bien ésta es la situación actual debemos ser cuidadosos en no caer en lo que podríamos llamar la nostalgia del padre. Cuando éste retorna en la actualidad lo hace de manera bastante funesta y sobre todo cuando se viste con el manto de la religión. Basta verlo en los fundamentalismos y las guerras de religión.

c) Las nuevas problemáticas del acceso y mantenimiento de las relaciones sexuales, la homosexualidad, el rechazo a la maternidad, etc., pueden ser también explicados a partir del debilitamiento de esa función paterna que inscribe al sujeto como ser sexuado. Hay evidentemente un extravío mayor de los sujetos en materia sexual al borrarse los parámetros de los ideales, lo que designa, por ejemplo, qué es lo prohibido y qué lo permitido. Es frecuente entonces una demanda de saber, un saber sobre qué hacer y que se dirige a diversos especialistas: educadores, terapeutas, etc. A ellos se dirigen preguntas como ¿se debe permitir la

masturbación de los niños? ¿qué hacer frente a los comportamientos sexuales de los adolescentes?, etc. Estas preguntas son el signo del extravío que los sujetos manifiestan. A esa demanda de saber responde una proliferación de información: cursillos y revistas, programas de televisión, de puericultura, sobre qué es ser padre o madre, sobre cómo actuar. También, hay que decirlo, nos encontramos con la angustia de los profesionales que deben responder.

d) Al declive de las leyes simbólicas le corresponde lo que podemos llamar una judicialización creciente de las relaciones familiares: la ley que falta invoca las respuestas judiciales que intentan decidir sobre cuáles son los deberes parentales y los derechos del niño: regular la patria potestad, las visitas, la manutención, etc.

e) Los fenómenos de pérdida de responsabilidad afectan cada vez más a mayores masas de la población; declarar a los sujetos no responsables de sus actos (enfermos mentales, toxicómanos, indigentes, etc.) no deja de tener consecuencias sobre esos sujetos. Este es un problema delicado en donde los profesionales de diversas disciplinas tendrían mucho que decir. Asistimos a un fenómeno que Jacques Lacan denominó "*el niño generalizado*" para aludir precisamente a dejar en manos de otro el uso de los derechos y deberes. Ese otro, a menudo es el estado o diversas instituciones privadas que responden mediante cuidados, custodia, etc.

Para concluir, creo que después de lo dicho, hay una pregunta que se nos presenta a los diferentes profesionales aquí presentes: ¿hasta qué punto debemos, por un lado, y es posible, por el otro, intentar suplir las carencias simbólicas que presenta la familia actual?

(1) *Intervención en la mesa redonda sobre "Perspectivas actuales". I Jornada FNB "Infancia y familia hoy"*

Estela Paskvan es Psicoanalista de la EEP-Sección Cataluina





FAMILIA Y FUNCIÓN⁽¹⁾

Estela Solano

¿Qué familia?

Trataremos de la forma moderna de la familia, la que hoy conocemos, reducida a un número restringido de elementos: el padre, la madre y los niños. De esta familia es de la que habla un analizando en un análisis. Es también ésta la que tiene una incidencia en la historia del sujeto, y nosotros podemos, a partir del discurso analítico, elaborar su clínica. No la clínica familiar, sino la clínica del sujeto como resultado de una constelación familiar particular. Esta clínica estructural es la que Jacques Lacan aborda en 1938 en "Los complejos familiares". Allí emprende su estudio por un capítulo consagrado a la institución familiar. Señala que ésta resulta en su forma actual de una profunda modificación, en términos de reducción de su extensión y de contracción, cuya consecuencia no es que su estructura se haya vuelto más simple. Desde este punto de vista, la tesis de Lacan consistiría en afirmar que cuanto más se reduce la institución familiar con respecto a su extensión, más compleja es su estructura. En lo que concierne a las causas de esta modificación, Lacan aísla en esta fecha "la influencia prevalente que adquiere el matrimonio", y por eso Lacan adopta el término de Durkheim familia conyugal como el más apropiado para designar nuestra forma moderna de la familia.

En 1950, en su escrito titulado "Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología", Lacan extrae algunas consecuencias clínicas, es decir estructurales, sobre esos fenómenos que se han producido en el curso de la historia y cuyo resultado es la contracción de la forma institucional familiar. Así, caracteriza los fenómenos psicopatológicos como la expresión de "la dehiscencia

del grupo familiar en el seno de la sociedad". En la medida en que el grupo familiar se reduce declina socialmente, puesto que no consigue hacerse valer como institución socialmente potente. En cambio, la familia se vuelve omnipotente en cuanto a su rol formador, porque conserva en exclusividad el poder de instalar al niño en sus primeras identificaciones. Un menor poder social se ve pues compensado, no obstante, por un peso indudable en el plano de la transmisión. En el mismo texto Lacan señala también que la estructura edípica no es más que la formalización de esta reducción de la familia al grupo natural. El único rasgo formal de la estructura original que permanece en la familia edípica, y que se conserva a pesar de la evolución histórica, es la autoridad que se le sigue dando al padre. Pero Lacan no deja de señalar que dicho rasgo "se muestra de hecho cada vez más inestable y hasta caduco", lo cual no deja de tener consecuencias en el plano psicopatológico.

En 1956, en "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis", Lacan da razón de la complejidad de la estructura familiar a partir de la estructura del lenguaje. Así, Lacan recuerda que son las leyes del lenguaje las que regulan los intercambios en el nivel de las estructuras elementales del parentesco, de tal suerte que al aislar las constantes estructurales de los intercambios que allí se producen, lo que encontramos formalizado en lo que se efectúa como combinatoria lógica son las leyes del número¹. Una vez aislado el principio formal de la combinatoria, que es el que asegura al mismo tiempo la transmisión de la estructura familiar, Lacan no deja de señalar que en el modo moderno de intercambio que predomina en la elección de pareja y el matrimonio, el señuelo de la libertad de elección nos hace ignorar la presencia y la permanencia de los símbolos que rigen dicha elección.

El nombre, la nominación y la transmisión.

Hay pues una permanencia o bien una inercia que rige la elección amorosa bajo la forma de una condición que, aun siendo inconsciente, es perfectamente eficaz. ¿Es esta condición la que determina la perennidad de la transmisión? Sí, si se tiene en cuenta lo que puede transmitirse en cuanto posición subjetiva. Pero, por otra parte, la transmisión de la condición formal que asegura propiamente la transmisión de la estructura familiar de generación en generación no depende de la condición de

amor en sí. La condición de amor, opacidad que determina la elección del compañero sexuado, puede llegar a ser un obstáculo para la transmisión formal.

En consecuencia, para definir esta condición formal consideremos la familia como un conjunto. Se trataría de un conjunto que incluye las "x" que responden a una propiedad determinada. ¿Cuál es el rasgo que permite, en la familia conyugal, definir la propiedad de "x" para que "x", en cuanto elemento, pueda ser contado como perteneciente a dicho conjunto? El elemento simbólico que detenta esta propiedad en la familia conyugal es el patronímico. Cuando hablamos de patronímico, hablamos de la transmisión de un nombre, operación cumplida normalmente en y por la familia. Esto supone la existencia de otro operador lógico: para que haya transmisión de nombre es necesario que exista una función simbólica. Si no hubiera lenguaje, no habría posibilidad de transmisión de un patronímico. De ello podemos deducir que la familia conyugal no es constituyente, sino más bien constituida. Es una consecuencia del hecho de que habitamos en un universo simbólico.

La transmisión del nombre abre un abismo entre la familia animal y la familia humana. Estas dos familias aparentemente idénticas no tienen nada en común, son radicalmente distintas. En la familia conyugal, lo que la transmisión del nombre establece es, entre otras cosas, la posibilidad de establecer una diferencia entre las generaciones. Para diferenciarlas es preciso saber contar. Una línea genealógica es una sucesión de generaciones que responde a un criterio del mismo orden que el que rige en la serie de los números naturales, tales como 1-2-3-4. Para que haya una serie generacional, es necesario contar $n+1=n'$ y también hacer valer en la construcción de esta serie la función del cero, que permite contar el "uno más" para engendrar el sucesor. En consecuencia, observamos que hay una condición formal necesaria para que haya transmisión – siendo ésta un operador simbólico: la transmisión del patronímico –, sobre la cual se articula un operador lógico que permite construir la lógica de la sucesión de las generaciones: la función del cero. Estas condiciones constituyen la piedra angular de lo que llamamos la familia conyugal, y pertenecen, hablando con propiedad, al lenguaje. Ello nos permite deducir que la familia es una consecuencia de la

lógica del lenguaje y una entidad que se define por su articulación en términos de discurso, es decir de lazo social. Así, de entre las instituciones humanas, la familia se destaca por tal como pone de relieve su propiedad fundamental: la de ser engendrada por el símbolo y, al mismo tiempo, ser su vehículo. Esto es lo que constituye su aspecto "sólido", característico de "la función de residuo que sostiene (y al mismo tiempo mantiene) la familia conyugal en la evolución de las sociedades" ⁴.

¿Una transmisión?

Esta transmisión no sólo es lo que asegura la reproducción de la vida y su mantenimiento de acuerdo con las satisfacciones de las necesidades, sino que en esta transmisión también se trata "de una constitución subjetiva", lo cual implica "la relación con un deseo que no sea anónimo" ⁵. Ello supone que se alcance un ordenamiento subjetivo en virtud del cual se realice una posición del sujeto frente al deseo, un deseo subjetivado y singular que no sea anónimo, ni válido para todo el mundo. Es con respecto a este punto que dicha transmisión se considera necesaria, y aquí es donde las funciones de la madre y del padre se diferencian. La madre, como potencia de respuesta, transmuta el grito en llamada e introduce con sus idas y venidas el vacío de su ausencia. Dicha ausencia hecha símbolo será una matriz simbólica fértil en la introducción que lleva a cabo del valor del conjunto vacío en lo real: esta primera simbolización de su ausencia recibe en la enseñanza de Lacan el nombre de Deseo de la Madre y se escribe "DM". DM es el símbolo que nombra la ausencia de la madre: si no está, entonces es que desea. DM adquiere para el niño el valor de una "x", es decir que no recibe ninguna significación inmediatamente: DM/X. Este matema escribe el momento de la perplejidad al enfrentarse a esa nada de la ausencia de la madre. ¿Cómo va a encontrar el niño las coordenadas de significación de esa ausencia, para que esa "x" encuentre una solución en la dialéctica de las significaciones? Para que eso sea posible es necesario que otro significante, el llamado "Nombre del Padre", venga a sustituir al primero, de esta forma:

$$\frac{NP}{DM} \cdot \frac{DM}{X}$$

y así la "x" puede resolverse en términos de una significación fálica que permite articular las representaciones significantizadas de la falta. Así pues, la función del padre es la que hace valer los nom-

bres que son aptos para introducir "el vector de una encarnación de la Ley en el deseo"⁶. La metáfora paterna en cuanto matema escribe la fórmula de la familia como dispositivo de transmisión del deseo.

¿Cuál es la consecuencia de esta transmisión que hace valer para el "hablanteser" la función de la castración? Ya en 1938, en "Los complejos familiares", Lacan definía la familia como la institución que "prevalece en la primera educación, en la represión de los instintos y en la adquisición de la lengua". Más tarde en su enseñanza, el Dr. Lacan sustituye la represión de los instintos por la función reguladora del goce. Así la familia, como "toda formación humana, tiene por esencia y no por accidente, [la función de] refrenar el goce"⁷. Desde este punto de vista, la familia se puede considerar una pequeña máquina: se entra en ella con cierto goce que podemos imaginar como mítico y originario, y se sale con una atemperación de goce que en la enseñanza de Lacan recibe el nombre de función de la castración. Debido al ejercicio de esta función, aquel que accede a su condición de viviente como producto sexual será admitido en un lugar simbólico que le asigna un lazo de parentesco, una posición en las generaciones y una identidad civil. Partiendo de ese producto de lo sexual, la familia habrá tenido la tarea de hacer advenir un sujeto del deseo.

Un abono al inconsciente

En 1974, Lacan indicó que el inconsciente freudiano es del orden de un saber que depende de una invención y cuya función es la de asegurar la permanencia de la especie: "El saber designado por Freud como inconsciente, eso es lo que inventa el humus humano para su perennidad de una generación a la otra (...) "⁸.

¿Por qué es preciso que el "hablanteser" invente un saber para perpetuar la generación? Esto es lo que lo diferencia aún más de las otras especies en las que dicho saber se encuentra ya ahí, inscrito en lo real biológico. Si se trata de inventar, es porque con respecto a ese punto el saber es deficiente. La invención interviene para suplir una falta de estructura, un "no hay" que concierne a la relación entre los sexos. Si hay un saber inconsciente como invención que articula una realidad sexual pulsional, es porque no hay un saber inconsciente sobre el Otro sexo y la relación sexual no puede escri-

birse en cuanto saber articulado. Por el contrario, en el inconsciente se articula una función como la función del falo, en relación a la cual el sujeto se determina como sexuado. Hombre o mujer, en cuanto diferencia sexual, escribe dos maneras radicalmente distintas de determinarse con respecto al falo y la castración. Así, el falo, que recibe "su función simbólica en el complejo de castración" es el símbolo que revela ser "el signo donde el logos marca la vida con su impronta (...) "⁹.

Es evidente que sin el paso por la castración, y sin el consentimiento del sujeto a la función simbólica que en ella se encarna para que resulte en el sujeto la instalación de una posición inconsciente, no habría ninguna posibilidad de "identificarse con el tipo ideal del sexo propio, ni tampoco de responder sin graves problemas a las necesidades de la pareja en la relación sexual, ni aún de acoger con justeza las del niño que se ha procreado"¹⁰. Por eso nos parece que de entre esas funciones, la más eminente de las que desempeña nuestra familia conyugal es la consistente en transmitir al ser vivo al que acoge, para transformarlo en sujeto, un abono al inconsciente.

NOTAS

- 1 Lacan, J. *La familia*. Ed. Anagrama
- 2 Lacan, J. "Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología." *Escritos*. Ed. Siglo XXI, 1971
- 3 Lacan, J. "Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis." *Escritos*. Ed. Siglo XXI, 1971
- 4 Lacan, J. "Dos notas sobre el niño." *Intervenciones y textos*. Ed. Manantial
- 5 Lacan, J. *Ibidem*
- 6 Lacan, J. *Ibidem*
- 7 Lacan, J. "Discurso de clausura sobre las psicosis en el niño." *Intervenciones y textos*. Ed. Manantial
- 8 Lacan, J. Note italienne. *Ornicar* 25, p.9
- 9 Lacan, J. "El psicoanálisis verdadero y el falso." *Freudiana* 4/5. Ed. Paidós
- 10 Lacan, J. "La significación del falo." *Escritos* 2. Ed. Siglo XXI, 1971

(1) Artículo publicado en "Les feuillets du Courtil" nº 5.1992

Texto traducido con autorización de la autora.

Estela Solano es psicoanalista de la E.C.F.
Traducción: Jorge Sosa



MODERNIDAD FEMENINA Y SU INCIDENCIA EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR⁽¹⁾

Rithée Cevalco

Introducción

La Jornada de Debate que hoy convoca la FNB bajo el título *"Infancia y familia hoy"* nos confronta a una institución bastante problemática: la familia.

Obviamente no se trata, y menos en esta Conferencia de Apertura, de tratar la cuestión de la familia en toda su extensión, basta recordar que, sin ningún lugar a dudas, es una institución fundamental para la regulación de las generaciones y la transmisión de la propiedad privada. Se localiza, en general, así muy simplemente y ajustándonos a la definición jurídica, como aquel lugar donde viven bajo el mismo techo las personas emparentadas y en su versión mínima la constituyen el padre, la madre y los hijos.

Es una institución que siempre ha sido considerada como la piedra angular de toda sociedad. La familia como la base de las sociedades, es una de las premisas fundamentales de muchas corrientes sociológicas. A ella se dirigen los mejores elogios, pero también los peores odios. No sé si para ustedes es conocida la frase de André Gide que dice: *"familias os odio, hogares que encierran, puertas que se cierran sobre uno, poseoras celosas de la felicidad"*. Es una institución que, efectivamente, está en el centro mismo, tanto de nuestras esperanzas como de nuestros peores malestares.

Hoy en día es tema común hablar de la decadencia de la institución familiar, es verdad, nadie lo duda, pero qué quiere decir hablar de la decadencia de la familia, si no es porque la comparamos, lo queramos o no, con lo que fue la idealización de la familia tal como fue presentada en el siglo XVIII. Así, hablar de familia hoy, es remitirse a la familia moderna que se programó en el derecho del siglo XVIII y que comenzó a transformarse en el siglo XIX.

Respecto a este cambio de la familia, son muchos los factores que se invocan, pero quizás el más común en nuestro medio analítico, se atribuye al declive de la función paterna⁽²⁾. Es un tema que va a ser tratado posteriormente, en la primera mesa de debate, por lo tanto no me detendré en ello. Sin lugar a dudas, es punto central, pero considero que es necesario situar, a su vez, otras problemáticas.

El enfoque particular, que desearía imprimir a esta Conferencia, no es tanto inscribir la problemática de la familia por el lado del declive de la función paterna, sino por los efectos de la modernidad femenina⁽³⁾ sobre la constitución de la familia. En otros términos, poner más el acento en los cambios del universo femenino y sus consecuencias sobre la familia contemporánea, en contrapunto a la función del padre. Entonces, podríamos denominar algunas de estas consecuencias bajo el epígrafe: *"la marca materna"* y de qué manera, las incidencias sociales del deseo femenino han modificado la *"marca materna"*, para acentuarla o para minimizarla⁽⁴⁾.

Modernidad femenina

Modernidad femenina, es una cuestión que podríamos discutir, hay quien opina que no existe tal modernidad femenina, a lo sumo, hay mujeres modernas. Tómelo ustedes, por el momento, simplemente, como una expresión con la cual quiero designar aquellos movimientos de liberación de las mujeres, llamados o no feministas, que recurren a una gran variedad y gama de posiciones.

Hablar de feminismo, de los movimientos feministas en tanto tales, no permite abordar un campo homogéneo. Existen posturas extremadamente diferenciales y para orientarnos, únicamente me referiré a dos grandes líneas que permiten clasificar los movimientos feministas.

En primer lugar, tomaré la línea de los feminismos de la igualdad, que corresponden a aquellos movimientos de mujeres que luchan por tener los mismos derechos jurídicos y políticos que los hombres. Se inauguraron a partir de la Revolución Francesa y se han desarrollado principalmente en Francia. Parten de la base de la universalidad del sujeto, del sujeto, tanto hombre como mujer, entendido como ser social. Son movimientos feministas que reivindican los derechos de las mujeres en igualdad con los derechos de los hombres.

En segundo lugar, los feminismos de la línea de la diferencia. Corresponden a las corrientes diferencialistas, a veces denominadas también esencialistas, de mayor implantación en el área anglosajona, en particular, aquellos países donde predomina la religión protestante. Son tendencias feministas que, a diferencia de las primeras, más bien ponen el acento sobre el elemento diferencial entre el hombre y la mujer. Buscan, de manera ahincada, y a menudo llegan a posiciones extremas, qué es aquello que haría el rasgo propio de lo femenino, la esencia propia de lo femenino.

En todo caso, tanto las corrientes feministas igualitaristas como las corrientes feministas diferencialistas, coinciden en poner en cuestión la familia tal como se la conoce tradicionalmente, es decir, la familia de corte patriarcal. Esta modalidad de institución familiar siempre ha sido conceptualizada por los movimientos feministas como un dis-

positivo al servicio de la opresión del hombre sobre la mujer constituyendo una de sus tesis de base.

Si bien no se trata de hacer sociología de la familia, sí es fundamental relevar uno de los factores de crisis o de descomposición de la familia actual. Tal como había señalado Begoña Matilla⁴¹ en su investigación acerca del tratamiento de la prensa española sobre los temas emergentes como los signos del malestar en la cultura actual, la familia, la infancia y la modernidad femenina, efectivamente se atribuía como factor determinante de la crisis actual de la institución familiar, la influencia de los movimientos de liberación de las mujeres, en la medida en que favorecieron, la mayoría no todos, a que la cuestión de la femineidad dejara de ser recubierta únicamente por la maternidad⁴².

Podríamos decir, a grandes rasgos, que en el modelo idealizado de la familia del siglo XVIII, que corresponde a la clase ascendente, la burguesía, efectivamente, las mujeres quedaron capturadas fundamentalmente por el lado de su función reproductiva, como corresponde al capitalismo emergente en la época. Por todo ello, evidentemente, la problemática de la femineidad, quedó totalmente replegada sobre la función de la maternidad⁴³.

Esta crítica de la familia patriarcal iniciada por algunas mujeres feministas ya desde el siglo XVIII, constituyó al mismo tiempo el punto inicial del desarrollo de los movimientos feministas en tanto tales, entendidos como movimientos políticos e ideológicos, logrando un gran auge en los primeros 30 años del siglo XX, hasta alcanzar el punto culminante en los años 60 al 80. En la década de los 90, por el contrario, asistimos, no solo a la decadencia del pensamiento feminista, sino a un fuerte retorno a ideales de tipo clásico, en particular en ciertos movimientos feministas americanos que promueven, hoy más que nunca, el retorno de las mujeres al hogar.

El campo de los movimientos feministas a fin de siglo es sumamente complejo en la medida en que se articula con la crisis mundial a nivel del mercado de trabajo y el desempleo creciente en occidente. Esta realidad socioeconómica facilita soluciones que promueven la salida de las mujeres del

mercado de trabajo para volver al hogar, a fin de no establecer competencias con las fuerzas de trabajo masculinas. Esta política está bastante promovida por algunos autores de la nueva derecha liberal americana, acompañados ellos mismos, por sus propios grupos de mujeres.

Pero volvamos a los pilares fundamentales de los movimientos feministas desde el siglo XVIII hasta la actualidad, que pueden agruparse básicamente en dos temas fundamentales: por un lado atacar el rol de la familia en tanto lugar de dominio del hombre sobre la mujer, y liberar a la mujer de las ataduras de la maternidad impuesta y automática por la propia reproducción de lo social, a través de la vía de la legalización del aborto, el acceso a métodos anticonceptivos, etc...

Por otra parte, los movimientos feministas realizaron un gran cuestionamiento sobre la propia diferencia sexual, llegando a grandes extremos, pero lo que es importante señalar aquí, es que esa interrogación afectó fundamentalmente a la distribución de los roles de las familias modernas y en consecuencia a su estructura. En la medida en que la diferencia sexual ha sido considerada por el pensamiento feminista como un producto de la ideología dominante patriarcal y masculina, se han puesto en cuestión los roles, incluso los más tradicionales, por ejemplo que el cuidado de los niños esté a cargo de las mujeres. Este simple cambio de pensamiento redistribuye absolutamente el panorama de la función del padre tanto como la función de la madre con respecto a los niños.

Ciencia, procreación.

Valor y deseo de los niños en occidente.

Otro factor que me parece importante a considerar en relación al cambio de la familia clásica en la actualidad, no hace hincapie en la crisis de la familia contemporánea, sino en el viraje del valor mismo del niño en el seno de nuestras sociedades. En la medida en que el niño, hoy, está desligado del automatismo de la reproducción, cada vez más, es producto del deseo, por lo menos en nuestras sociedades occidentales. En todo caso, existe la libertad de elegirlo o no elegirlo, razón por la cual adquiere un valor radicalmente diferente. ¿Para qué tener hijos hoy? ¿En función de qué deseo? y como señala muy bien Violeta Nuñez en

su artículo *La infancia a fin de milenio*, publicado en **L'interrogant**, ¿Con qué costos se tienen hijos hoy? Por diversas razones de ideales y de voluntad de formación de ese niño en nuestras sociedades occidentales, se transmuta su función de contribución a la familia en un costo considerable para la familia misma.

La cuestión del deseo de niño es problemática, es problemática hasta el punto que podríamos situar, en un horizonte un poco de ciencia ficción, que bien sería posible encontrarnos con nuestra especie no deseando reproducir niños. Es cierto que planteo un panorama de ciencia ficción, pero en la medida en que la ciencia va a permitir fabricar a los niños a partir de otras respuestas que no requieran del acto del deseo, de la cópula entre un hombre y una mujer, evidentemente, ya no vamos a encontrarnos en el plano de la elección frente a los hijos, "quieres o no quieres tener un niño", sino que se abrirá para nosotros el problema de la fabricación de los niños.

La ciencia ficción ha trabajado mucho con ese argumento, y si bien considero que no hay que tomarla como una anticipación del porvenir, (¡sería desastroso!), sí es interesante examinar la construcción de ciertas utopías. Por ejemplo la utopía de que efectivamente la reproducción de los niños quedaría a cargo de los aparatos del estado, o de las empresas multinacionales que calcularían los ciclos en que se necesitan fuerzas de trabajo, señala bien a las claras de qué modo la ciencia y sus avances pueden llegar a incidir sobre la naturaleza.

No se asusten, no estamos todavía en este punto, esperemos que la especie humana tenga cierta capacidad de respuesta política y moral para hacer un poco de contrapunto a las ciencias ficciones que inspiran las posibilidades abiertas por la ciencia.

Entonces, la cuestión de la introducción de la ciencia también tiene toda su importancia anudada a lo que he llamado la modernidad femenina, articulado a la particularidad que tendría una mujer de hoy con respecto a su posible o no maternidad, a la posibilidad de fabricar niños o tener niños, procurárselos sin pasar por el hombre, pidiéndoselo a la ciencia por inseminación

artificial, u otras modalidades que todos empezamos a conocer.

Hoy podemos decir que nos encontramos, por primera vez en la historia, frente a la posibilidad de que las mujeres puedan tener niños a partir de un deseo no referido a un hombre. Es un corte sumamente importante y a cuyas consecuencias, no es cuestión de alarmarnos, tarde o temprano tendremos que enfrentarnos.

Marca materna

Si yo quería insistir sobre la cuestión de la "marca materna" a diferencia de la "función paterna", es porque creo que se conjugan las dos vertientes en todo ser humano a advenir. Traten de concebir, por el momento, la familia en su esquema más simple: madre, padre y el X a advenir, será el niño o la niña, pero hay que situarlo como una X, porque al comienzo no es nada o no es nada más que lo que se irá produciendo en función del deseo de los que lo tengan a su cargo.

Tal como nosotros lo podemos haber deducido a partir de la práctica analítica, el esquema de cualquier niño a advenir, está fundamentalmente recortado en lo que se pueden llamar tres generaciones. Es decir, la generación de sus padres, pero a su vez, la propia solución subjetiva de los padres articulada a lo que sería la generación de los abuelos.

Introducir la importancia de las tres generaciones en toda vida a advenir me parece fundamental, en la medida en que para la familia moderna, este campo de referencia amplio empieza a perderse porque los núcleos familiares son cada vez más reducidos. Entonces, el niño es el producto tanto de la "marca materna" como de la "función paterna". Desde la perspectiva de la "marca materna" recibirá las trazas de las primeras fijaciones de goce. Desde la perspectiva de la "función paterna" recibirá, en el orden de lo simbólico y fundamentalmente a través de lo que se denomina en psicoanálisis su desarrollo edípico, la limitación de goce.

Cuando planteo "marca materna" y "función paterna" no me estoy refiriendo forzosamente a que una la cumpla la mamá y la otra el papá. Lo que realmente quiero transmitir es que se trata de dos fun-

ciones más bien diferenciadas, por ese motivo establezco la oposición entre marca y función, que constituyen dos polos fundamentales a confluir en el destino de todo niño por venir.

¿Qué es la familia para el psicoanálisis?

Estamos hablando de la familia en términos generales, estamos hablando de los movimientos feministas como factores de modificación de la estructura familiar, ahora bien, ¿qué es la familia para el psicoanálisis?

La familia para el psicoanálisis no se recorta con lo que es la problemática de la familia como institución para la sociología, la antropología o para la economía. Para responder a esta cuestión hay que decir que la familia es el ámbito en el cual, independientemente de la modalidad de familia que sea, monoparental o más tradicional, el sujeto por venir deberá inscribir y desarrollar sus primeros pasos hacia la socialización. Por lo menos, mientras no estemos de lleno en nuestra ciencia ficción...

Es decir, que la familia tiene para el psicoanálisis la propiedad de ser una institución colectiva, pero que al mismo tiempo, es el ámbito más determinante con respecto a las respuestas, las más particulares y las más singulares del sujeto. Esas respuestas particulares que cada sujeto organiza a las propuestas que le son transmitidas, son las que el psicoanálisis trata.

El psicoanálisis no trata las instituciones, trata a los sujetos tomados uno por uno, no se preocupa de la familia en sí, ni va a intervenir el psicoanálisis en la política de la organización familiar. Va a tratar a los sujetos uno por uno, resultantes de estas instituciones y en los efectos que sobre ellos se habrán producido. En este sentido no hay que olvidar que el psicoanálisis, por lo menos el psicoanálisis freudiano, por hoy dejaremos lo que podría ser el salto de Lacan en esta cuestión, está teorizado a partir de dos mitos fundamentales, totalmente articulados al tema de la familia: *Totem y Tabú* y *Edipo*.

El mito de *Totem y Tabú* está tomado como la estructura de pasaje de la horda primitiva del estado de naturaleza al estado de la cultura y la civilización. El mito de *Edipo* articula la estructura

de aquello que se vuelve a repetir en cada historia particular, para cada uno de los sujetos, en su pasaje de ser viviente a ser social y de palabra. Tanto el mito de *Totem y Tabú* como el mito de *Edipo*, ponen fundamentalmente en escena, una operación de limitación del goce. Limitación de las satisfacciones primeras del niño, en su pasaje hacia la vida simbólica, social y cultural.

Es evidente que el tema de la familia, hoy en día, es un tema crítico, puesto que asistimos a nuevos fenómenos en nuestra sociedad ya postmoderna, con sus efectos de universalización y globalización. Es evidente que la clínica está evolucionando, que aparecen nuevos tipos de síntomas, que ustedes, sin duda, conocen probablemente más que yo, en la medida en que se vinculan a los colectivos sociales. La violencia de la adolescencia, la violencia que cada vez más se va desplazando en la edad, basta que recuerden los últimos hechos diversos, para ver fenómenos de asesinatos en niños extremadamente jóvenes, por lo cual se puede decir que hasta la infancia se ha vuelto hoy algo inquietante en nuestras sociedades. Los trastornos de la alimentación, como la anorexia o la bulimia, con fuerte compromiso corporal, los pasajes al acto suicidas, etc...

Vemos oscilar a los colectivos sociales en un intento de reconstruir la familia, en la medida en que se considera que es el único modo de hacer con estos nuevos síntomas. No es ésta la posición del psicoanálisis, en absoluto. No se trata de volver a reinyectar la función paterna decadente, ni de volver a promover la familia tradicional, heterosexual, en sus ideales del siglo XVIII, ni de hacer retornar a las mujeres a su función de maternidad dejando de lado la problemática de la sexualidad femenina. Que todo ello no sea en absoluto la función del psicoanálisis, no implica para los psicoanalistas, dejar de estar atentos a todos estos fenómenos de desregulación simbólica producidos hoy sobre la infancia.

Para el psicoanálisis la familia es fundamentalmente el lugar donde se produce una transmisión. Creo que lo importante es localizar este punto. Que se trate de la familia clásica, o de la familia monoparental, que se trate incluso, según he visto en algunos textos, de la denominada familia profesional, siempre el problema es una cuestión de transmisión.

Los psicoanalistas sabemos que tenemos el problema de la transmisión, en la medida en que es fundamental para el advenimiento del sujeto a nuestro mundo, qué se le va a transmitir, qué marcas del deseo, qué tipo de ley para limitar su goce, etc. La familia, sea la que sea, siempre tendrá un problema de transmisión para las nuevas generaciones por venir. Y fundamentalmente, lo que será importante es que la marca al niño por venir se vincule a un deseo que no sea anónimo⁽¹⁾.

El ejemplo que les daba de ciencia ficción, donde se fabricarían niños en función de las necesidades, de las fuerzas económicas, puede parecer un poco siniestro, pero lo que les estoy proponiendo con ello, es el ejemplo mismo de la posibilidad de la reproducción de la especie, no a partir de la transmisión del deseo, no a partir de la transmisión vinculada al amor entre el hombre y la mujer, entre parejas homosexuales, femeninas o masculinas, da lo mismo. Por chocante que parezca se puede sostener, en la medida en que el deseo y su transmisión juega un papel central, a diferencia del deseo anónimo que puede facilitar la ciencia y que, efectivamente, podría colocar a la especie en una situación de planificar a sus próximas generaciones como simples fuerzas de trabajo, valores de cambio o valores de consumo según las necesidades del mercado.

Para terminar, el psicoanálisis se ocupa de los sujetos uno por uno, no se ocupa en su práctica del tratamiento de las instituciones, tampoco de la decadente familia postmoderna. Ya en 1923, Freud advierte claramente que el psicoanálisis no es una práctica preventiva, que pueda actuar antes de que las cosas ocurran, en consecuencia, es difícil prestarse a programas de salud mental diseñados a partir de ciertas normas que excluyen la palabra de los actores y colocan en su lugar los ideales de los programadores.

La salud mental, lacanianamente orientada, enfrenta la regla general con la particularidad del sujeto, hecho que tiene una importancia fundamental para todos los agentes de la salud mental y en particular para los psiquiatras que no quieran reducirse a la función de intermediarios entre los intereses de las instituciones asistenciales y el mercado que se sostiene en una promesa de la felicidad.

NOTAS

(1) Lacan en "La familia" (publicado en 1938) ya hablaba del declive en referencia al padre, lo hacía en aquellos tiempos en términos de declive de la imago (no de la función) paterna. Mas tarde en 1972 en su artículo "L'Étourdii" habla del nombre-del-padre "según la tradición" y es de ese padre según la tradición del que acusamos el declive.

cf. J. Lacan, "L. familia", Editorial Argonauta, Buenos Aires/Barcelona, 1978.

cf. J. Lacan "L'Étourdii" en Scilicet nº 4, Le Seuil, París, 1973.

(2) La expresión Modernidad Femenina y Psicoanálisis es el nombre de un grupo de investigación animado por R. Cevasco. El tema de la Modernidad Femenina en su relación con el psicoanálisis puede ser rastreado, tal como lo evocamos aquí, en los documentos de trabajo del grupo de investigación que puede ser consultado en la página Web: <http://www.ctv.es/USERS/bertini/modernid/index>.

(3) Tomo la expresión "Marca Materna" de un trabajo de Colette Soler que ha sido publicado en Canadá en la revista *Savoir*

Este artículo ha sido para mí una referencia fundamental para una conferencia que he dado en Abril de 1998 en Las Palmas de Gran Canaria. En esta conferencia ponía de relieve el contrapunto función paterna y marca materna: La "marca" como inscripción real originaria de goce y la función como inscripción simbólica de limitación de goce, de castración.

En el trabajo mencionado de C. Soler el acento estaba puesto de entrada también en este tema del "declive del padre"

"El imperio del padre ha caído, esto no es ninguna novedad" se expresa Colette Soler en el artículo mencionado y pregunta: ¿en qué se puede convertir la familia, por fuera de este imperio?

(4) Trabajo de investigación presentado por B. Matilla en una de las reuniones de trabajo del grupo de investigación Modernidad Femenina y Psicoanálisis mencionado más arriba

(5) La respuesta a la pregunta de la especificidad de lo femenino por el lado de la maternidad no sólo es fruto del modelo idealizado de la familia del siglo XIX. A ella han contribuido ciertas corrientes del psicoanálisis, y también el propio Freud en sus orígenes. También han contribuido ciertas corrientes de los movimientos feministas, cito solo entre muchos ejemplos posibles, por ejemplo a Antoinette Fouque quien sitúa en la procreación de la mujer lo que es específico de su creación y que le ha sido confiscado por la historia dominante del patriarcado (cf. A. Fouque, *Il y a 2 Sexes, Essais de féminologie 1989-1995*, Col. *Le débat*, Gallimard, París, 1995)

(6) Para este tema podrá consultarse el artículo de Marie Hélène Brousse: *Être femme, être mère*, *Revue de la Cause Freudienne*, París, nº 24

(7) Véase en este sentido el artículo de Jenny Aubry: *Deux notes sur l'enfant*, en *Ornicar?* nº 37, Navarin, París 1986.

Lacan insiste múltiples veces en el estatuto de objeto que es el del niño como posición originaria de su ser y en la importancia que tiene para que pueda recorrer el trayecto que lo conduzca a su estatuto de sujeto su "...relación con un deseo que no sea anónimo". Podemos ilustrar rápidamente las coordenadas trazadas por Lacan de ese "no anonimato" del deseo en las relaciones padre/niño y madre/niño.

Que un hombre haya podido hacer de una mujer la causa de su deseo y podrá cumplir con su función de padre y no forzosamente "según la tradición". Es lo que enseña Lacan en su Seminario "RSI" de 1975 (no publicado): "Un padre solo tiene derecho al respeto, si no al amor, cuando dicho amor, dicho respeto está... *père-versement orienté*, es decir hace de una mujer, objeto a que cause su deseo", que una mujer pueda hacer del niño la "metáfora de su amor" por un hombre y no la "metonimia de su falta", es decir que no haga del niño el objeto que obture su castración, vale decir, que no recubra con su tener un hijo, con un "ser madre", la cuestión espinosa de su ser mujer. Es lo que desarrolla I: Lacan en su Seminario IV, *Las relaciones de objeto*, Paidós, Barcelona.

(1) Conferencia de apertura en la I Jornada de la FNB "Infancia y familia hoy"

Rithée Cevasco es psicoanalista de la E.C.F. investigadora en CNRS. -París-

Transcripción por Laia Gómez

Texto establecido por Begoña Matilla y revisado por la autora.





LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Entrevista con Diana Guerra

Tradicionalmente, la filiación ha estado ligada al vínculo biológico pero en la actualidad es un hecho cada vez más extendido la existencia de familias creadas por las nuevas técnicas de reproducción asistida. Estas incluyen: la reproducción asistida en la que el niño puede estar genéticamente relacionado al padre o no, la inseminación artificial en la que el niño está genéticamente relacionado con la madre y puede estarlo con el padre (inseminación artificial de cónyuge) o no (inseminación artificial de donante). También puede darse el caso de que la donación sea de óvulos pero el niño esté relacionado genéticamente con el padre y, por último, que óvulo y espermia procedan de donante, en cuyo caso no existe vínculo biológico en la filiación.

Si bien la ciencia avanza de una manera en cierto modo ciega, la aplicación de estas técnicas ha llevado a muchos de los profesionales implicados a preguntarse por los efectos psicológicos que esto

podría tener sobre los padres y los niños, específicamente cuando se utiliza la donación y por tanto el niño no está relacionado genéticamente con uno o ambos padres. Es por esta razón por la que en 1989 la *European Commission Party on Ethical and Legal Aspects of New Reproductive Technologies* ha recomendado estudios de seguimiento de estas familias.

El estudio que ustedes han realizado enmarca una problemática de gran actualidad social que es la disyunción cada vez mayor entre la procreación como hecho biológico y la paternidad como función simbólica y social. ¿Cuáles fueron las razones que les llevaron a hacerlo?

Básicamente el hecho de que cada vez hay más niños fruto de la reproducción asistida que no siempre significa una paternidad biológica. Queríamos saber qué ocurría con esos niños, queríamos saber si esos niños tenían más o menos dificultades emocionales y de comportamiento que el resto de niños concebidos de forma natural. De hecho, porque no había ningún estudio en este sentido, también queríamos saber qué ocurría con los padres, qué ocurría con las familias que habían pasado por técnicas de reproducción asistida, que sabemos que es un proceso estresante, un proceso que genera muchas veces sintomatología significativa.

¿Qué es lo que le parece más destacable de los resultados obtenidos?

Realmente, lo más destacable es haber encontrado que no hay diferencias sustanciales de ningún tipo entre el comportamiento y el estado emocional de los niños concebidos mediante reproducción asistida y los niños que habían sido concebidos de forma natural. El estudio es muy amplio porque no se ha hecho sólo en España sino también en Inglaterra, Holanda e Italia, y los resultados son exactamente los mismos.

Eso, en realidad, casi por sentido común, tenía que ser así. Pero había algún temor de que por el hecho de que los niños hubieran sido concebidos mediante un proceso que para los padres es tan estresante, pudiera afectarles en algún momento. El hecho es que no. Hemos visto, no tan sólo entrevistando a los padres y haciéndoles unos tests a los niños, sino también entrevistando a sus maestros, que éstos son niños normales y que tie-

nen las mismas dificultades que puedan tener niños concebidos de forma natural.

En general, como usted ha dicho, los problemas de esterilidad suelen producir un malestar que conduce a tratar de resolverlos mediante el recurso a la medicina. En los casos en que se logra el objetivo de ser padres ¿cuáles son las dificultades que han detectado con más frecuencia?

Nosotros observamos que aquellas parejas que pasan por todo el proceso y se mantienen durante el tiempo necesario en un proceso tan estresante, son parejas que ya muy difícilmente se rompen después de haber tenido el niño. Pero lo cierto es que en el camino se quedan muchas. Hay muchos problemas de culpabilización durante el proceso y también, a veces, de objetivos diferentes. Su pregunta iba dirigida a saber que ocurría después. Pues básicamente los problemas con los que nos hemos encontrado son dos:

Uno, en el caso de que el hijo sea fruto de una donación, sea de óvulo o de semen, a veces se produce cierta dificultad en el que no tiene un vínculo biológico, por el hecho de que hay un donante anónimo que muchas veces se convierte en un fantasma o en un tercer actor en el escenario. Si no se ha trabajado y no se ha elaborado bien durante todo este proceso a veces interfiere, tanto en la relación de pareja como en la relación con el hijo.

Y, en segundo lugar, nos encontramos muy a menudo con la duda de ambos padres respecto a esta donación o a explicarle a los hijos que han sido concebidos mediante técnicas de reproducción asistida. A muchos padres les parece difícil y no saben como resolverlo. La verdad es que no existen libros, viñetas o películas, ni para padres ni para hijos, que hablen de niños concebidos mediante técnicas de reproducción asistida. Los anglosajones, los americanos sobre todo, han hecho ya algunas cosas en este sentido, videos, compactos y libros. Nosotros tenemos la idea de trabajar en este sentido porque creemos que facilitará la tarea de los padres y de los maestros, que son otras personas que pueden explicar bien a los niños todo este proceso.

En el estudio se aclara que no fueron incluidas familias con un niño concebido mediante donación de óvulos ya que el número de niños nacidos como resultado de esta técnica era muy pequeño. ¿Cuál piensa que es la razón?

La razón fundamental es que hay pocas donantes de óvulos. Ese es un gran problema para todos aquellos que se dedican a la reproducción asistida y para todas las mujeres que necesitan una donante. De hecho ocurren dos cosas: una, donar un óvulo no es fácil. Para donar un óvulo una mujer tiene que pasar por un proceso de estimulación de su ovario, de punción de folículos, que no es tan sencillo como una donación de esperma que solo requiere una masturbación. Por eso hay muy pocas mujeres dispuestas. Las que lo están son aquellas que están muy sensibilizadas con el tema porque tiene algún familiar en las mismas condiciones, o porque ellas mismas han pasado por ello. Por otro lado, hay unos criterios de aceptación de esas donantes. Tienen que ser mujeres de una edad inferior a los 35 años, tienen que estar sanas, naturalmente, pero además son donantes anónimas de nuevo, es decir, una madre o una hermana no puede donar para una persona que conozca. Puede donar pero ese óvulo no irá a parar a la mujer que ella conoce. Por lo tanto, en la mujer, parece haber más reticencia a donar un óvulo que pueda ayudar a otra mujer a tener un hijo, con respecto al varón que con más facilidad dona el esperma.

Por el contrario, el número de niños nacidos mediante inseminación artificial de donante es mucho más elevado, pero sólo aceptaron participar en el estudio un 47% de estas familias. ¿Tienen alguna hipótesis sobre este hecho?

Sí, realmente sí. El 47% de las personas que nos dijeron que sí fueron personas que nos conocían y sabían que iba a haber una gran confidencialidad con respecto a sus nombres y que no se les iba a ir el secreto de las manos. De hecho, uno de los problemas fundamentales que se encuentra en la pareja estéril es el de dar a conocer su problema, porque hay poca concienciación a este respecto y porque hay muchos tabúes y tópicos con respecto a lo que es la esterilidad, sobre todo la masculina. Todavía hoy en día se asocia esterilidad masculina a poca virilidad, o a todo lo contrario, a haber tenido demasiadas relaciones promiscuas. Es decir que hay cierta distorsión con respecto a lo que es la esterilidad masculina y en general se oculta a los amigos e incluso a los hijos. De hecho muchas de las personas que llamamos no quisieron participar en el estudio por miedo a que sus hijos se enteraran en algún momento que eran producto de una inseminación artificial de donante y por el

miedo a que lo conocieran otras personas de su entorno. Ese fue el motivo principal.

Este tema, el del secreto en que se mantiene el recurso a las técnicas de fecundación asistida, es algo que sorprende por su amplitud en los datos del trabajo, no solo a nivel social sino incluso familiar. ¿Podría decir algo más sobre este punto? Nosotros les preguntábamos directamente. Dado que los niños que entraron en el estudio tenían entre 4 y 8 años para que la muestra fuera homogénea, sabíamos que a muchos de ellos todavía no se les habría explicado absolutamente nada. También quisimos ver si entre la Europa del Norte y la del Sur, podríamos decir, había diferencias en cuanto a actitud en este sentido. Lo más sorprendente es que tanto en Inglaterra como en Italia, el 100% de las parejas entrevistadas dijeron que nunca, en ningún momento, se lo iban a decir a sus hijos. En Holanda había un porcentaje muy pequeño, creo que era aproximadamente un 2% de parejas que dijeron que en algún momento les dirían a sus hijos que habían sido concebidos mediante inseminación artificial de donante y en España había un porcentaje algo más elevado dentro del grupo que nosotros estudiamos que dijo que sí, que en algún momento pensaban decirles algo, pero que todavía no les habían dicho absolutamente nada.

Creemos que esto es un sesgo que podemos explicar por el hecho de que la mayoría de las personas entrevistadas de este grupo era gente que nosotros habíamos visto anteriormente y a los cuales habíamos aconsejado que sería bueno que no existiera ese secreto entre ellos y sus hijos. Nosotros pensamos que el hecho de que el padre no biológico tenga un secreto, una mentira o una verdad a medias con su hijo de ese calibre, puede dañar más la relación que ir a favor. Es decir, si un padre que sabe que su hijo ha sido concebido mediante una donación y que hace de padre social del niño, que lo ha deseado, que lo ha buscado y que lo quiere de la misma manera que se quiere a un hijo biológico, pero siempre existe en su cabeza el "yo no le he dicho la verdad y el lo podría descubrir en cualquier momento", o el fantasma del donante anónimo, probablemente se establezca un vínculo mucho más enriquecido que diciéndole claramente a su hijo que fruto de ese amor tan grande por tenerlo fue el hecho de ir a buscar un donante, etc. Hay que tener también en cuenta

que en ocasiones se tiene que descubrir el secreto porque el niño o el adulto tienen una enfermedad y hay que buscar al donante, o hay que revelarle que no puede recibir una donación por parte del padre no biológico porque no tienen igualdad de alguno de los rasgos genotípicos o, sencillamente, porque a veces el secreto lo es para el niño pero no lo ha sido para la abuela, la tía, o para quien sea y termina por descubrirse.

¿Han podido discernir si hay una manera distinta de vivir la esterilidad y de afrontarla por parte de los hombres y de las mujeres?

De hecho ésta es una pregunta que nos hacemos todos y también existen muchos tópicos alrededor de eso. Lo cierto es que la mujer biológicamente tiene más protagonismo por el hecho de que ella va a ser la que realmente lleve el embarazo a término, y porque todavía hoy en día a las mujeres se nos educa en el sentido de tener como uno de los objetivos en nuestra vida el ser madres. Las niñas juegan con muñecas, o juegan a ser mamás más que los niños a ser papás. Parece ser que para una mujer el ser estéril es mucho más duro o mucho menos llevadero que para un hombre, pero no por el hecho de tener ella la esterilidad sino por el hecho de no poder tener un hijo de la forma que sea. Vemos que hay más hombres capaces de renunciar a tener hijos que mujeres.

Además hay algo muy sorprendente de otro estudio que hicimos aquí en Dexeus, en el que quisimos ver cuál era el tipo de patología que presentaban las parejas que atendemos en el Servicio de Medicina Psicosomática, derivados del Servicio de Medicina de la Reproducción; observamos que tenían dificultades en adaptarse a la situación por la cual estaban pasando. Nos sorprendió muchísimo ver que cuando el factor esterilidad es del hombre ambos sufren más y ambos tienen más dificultades en aceptar la situación. Quizá por lo que decía antes, porque la esterilidad masculina todavía se vive como algo muy extraño que estigmatiza mucho al varón y tal vez se acepta mejor que una mujer pueda ser estéril que un hombre. Teniendo en cuenta que la esterilidad de tipo masculino aumenta eso no es una noticia halagüeña pero, en cualquier caso es preciso desmitificar al máximo el tema y concienciar a la sociedad de que es una enfermedad que se considera de baja prioridad porque se cree que no produce dolor ni

muerte, pero sí produce dolor a nivel psicológico y, muchas veces, sintomatología somática muy diversa y muy molesta.

Si la esterilidad es considerada subjetivamente como impotencia o con vergüenza, el hecho de la maternidad o la paternidad, ¿no puede venir a avivar esa problemática en vez de resolverla?

Yo hace poco leí un estudio que me gustó mucho en ese sentido. Los padres, los varones, que habían sido estériles y que mediante fecundación *in vitro* o mediante "ICSI" (inyección intracitoplasmática) habían conseguido embriones, tras un resultado positivo, una vez llegado el niño, aceptaban mucho mejor su esterilidad o incluso la negaban. Eso está muy claro, pero aun así, como ha demostrado este estudio, en otros muchos casos, sobre todo en los de donación, vemos claramente que el tema no se asume del todo.

Ustedes sitúan claramente en su estudio que los efectos en los hijos concebidos mediante estas técnicas dependen, no de las técnicas en sí mismas, sino de cómo inciden en los padres y su función como tales respecto al hijo. ¿Que valoración hace de los resultados obtenidos?

Lo más importante era demostrar que realmente no era el vínculo biológico el que iba a determinar cómo iba a ser esa relación entre padres e hijos o cómo iba a ser la adaptación del niño a nivel social y a nivel emocional. Yo creo que eso ha de enseñarnos tanto a los profesionales como a los que tienen problemas de esterilidad y a la sociedad en general a quitarle mucha importancia al hecho de la carga genética. Que es tan padre aquel que ha sido biológico como el que no, aquél que ha concebido de una forma natural como aquél que ha necesitado de una serie de ayudas para concebir. Pero insisto, hay una gran dificultad para conseguir eso y, de hecho, por eso existen estudios como este o asociaciones como "Genera", una asociación que me honro en presidir y que intenta concienciar a la sociedad del tema, que un niño concebido mediante técnicas de reproducción asistida no es diferente a los demás, o un niño adoptado por ejemplo, y que por lo tanto merece no ser discriminado en absoluto. Eso es lo que creo que es más importante.

¿Cree que el marco jurídico-legal actual es adecuado y suficiente para dar respuesta a las problemáticas particulares

tan diversas que se plantean a este nivel?

No, en absoluto. De hecho, la ley que regula la reproducción asistida en estos momentos en nuestro país, es una ley que tiene muchos años y que fue pensada, en su momento, sin tener en cuenta los avances que la ciencia y la técnica podían hacer. Y bien, se producen muchos vacíos legales. El caso es que se ha creado por fin una Comisión Nacional y una Comisión Catalana que asesora a los organismos administrativos para intentar cubrir estos vacíos. Hoy en día hay muchas confusiones, la ley no está, ni mucho menos, amparando al usuario ni al profesional que se dedica al tema.

Como ejemplo podríamos poner el de los embriones congelados. En el momento en que se dictaminó la ley se decidió que esos embriones podrían estar congelados un máximo de cinco años en los bancos que los acogían y que tras esos cinco años esos embriones pasaban a ser propiedad del banco. Pero la ley no dictamina nada más, ahí hay un vacío legal importantísimo. Se habla de que aproximadamente hay 25.000 embriones congelados en España esperando que alguien dictamine qué se ha de hacer con ellos. En Inglaterra hace un par o tres de años pasó algo similar, y lo que ocurrió fué que se decidió destruirlos. A mí en principio es una idea que me produce un gran rechazo, yo creo que son embriones que podrían ser aprovechados, tanto para donarlos a parejas que no son capaces de tener embriones por sí mismos o, en el caso de que no pudiera ser así, donarlos para la investigación, de manera que la ciencia, en este campo, pueda seguir avanzando.

Por último, sería interesante saber qué orientaciones para el futuro ha planteado el Comité de Ética a partir de la reflexión sobre los resultados obtenidos en esta investigación y también, si ya ha tenido algún tipo de consecuencias en la práctica de los profesionales.

Yo creo que han pasado dos cosas importantes. Nuestro Comité lo que está haciendo es difundir esta información, básicamente porque para muchos siempre existe una duda de "¿qué pasará?, ¿lo estamos haciendo bien? o ¿podemos encontrarnos en el futuro con un problema? No por las dificultades que pueda tener para nosotros ese hijo sino por las dificultades que ese hijo pueda tener a nivel social, emocional o de adaptación". Esta información les tranquiliza y les ayuda mucho a llevar la pauta. Por otro lado, estamos

intentando darle una difusión a nivel social y en todos aquellos centros o lugares donde nos parezca que esto pueda tener interés.

Sabemos que hay todavía lugares donde no se entiende qué quiere decir un "niño probeta", donde no hay más que fantasías morbosas con respecto al tema, o que se cree que ese niño ha estado en tubo de ensayo durante nueve meses, etc. Yo creo que el difundirlo y el intentar concienciar a la gente es tremendamente importante.

Quizá también vale la pena añadir que en el estudio, como grupo control, también se estudiaron niños adoptados. Pensamos que se podían parecer más al grupo de estudio al no tener vínculos genéticos con sus padres. Yo estoy muy sensibilizada con el tema porque también soy madre adoptiva y pienso que la idea fue fantástica porque también podemos dar resultados con respecto a estos niños, respecto a los cuales hay muy pocos estudios hoy en día. El niño adoptado se comportaba exactamente igual hasta ahora, entre los 4 y 8 años, que el niño de técnicas de reproducción asistida, o que el niño concebido de forma natural. Hemos conseguido de la Comisión Europea de nuevo una ampliación de esta beca para seguir estudiando a los mismos niños entre 8 y 12 años, hasta el año 2001 y espero que los resultados sigan siendo tan buenos como los que obtuvimos anteriormente.

Sabemos que en la edad de la adolescencia probablemente nos encontraremos con otras cosas, quizá con más dificultades en niños adoptados porque tendrán más preguntas sobre sus raíces, etc. Pero somos muy optimistas por los resultados obtenidos hasta ahora.

Entre los niños adoptados estudiados, para que hubiera una igualdad real entre los grupos, sólo estudiamos niños que habían sido adoptados con un máximo de dos meses de vida. Eso marca seguramente un sesgo, porque niños que tengan una historia anterior, bien de institución o bien de una mala experiencia familiar, probablemente serían diferentes, pero eso requeriría otro estudio. Yo de eso estoy convencida pero no puedo aconsejar a nadie que no adopte a un niño mayor, porque pienso que eso es quitarle una oportunidad a muchos niños mayores que están por adoptar.

Diana Guerra es Doctora en Psicología por la U.A.B. Desde el Servicio de Medicina Psicosomática colabora con el Servicio de Medicina de la Reproducción del Institut Universitari Dexeus que dirige el Dr. P. N. Barri. Es autora de "Cómo afrontar la infertilidad", publicado por Editorial Planeta. Miembro de la Comisión Catalana y Nacional de Reproducción Humana Asistida, ha participado en un estudio subvencionado por la Comisión Europea sobre este tema.

Entrevista realizada por **Clara Bardón**: psicoanalista, psiquiatra, CSMII Nou Barris FNB





La agresividad en nuestra época

Alicia Pascual

En 1948 Lacan en "La agresividad en psicoanálisis"⁽¹⁾ abre una nueva perspectiva sobre el papel de la agresividad en el malestar en la cultura. Plantea en una de sus últimas tesis que, a diferencia de otros tiempos la civilización moderna, a partir de la promoción del yo aísla al hombre, al individuo. Si la referencia a un Otro consistente, unifica las identificaciones conceptualizadas, en un primer tiempo, alrededor de la función del padre como agente de la castración, con el declive de la función paterna, los ideales se multiplican y se deslocalizan de la función paterna, dando lugar a nuevos modos de goce aislados de la referencia a un Otro.

La agresividad, toma un estatuto acorde con su época. Sin embargo, conviene desde esta perspectiva situar qué se entiende por agresividad y a través de qué mecanismos opera en el sujeto.

Lacan nos propone pensar la agresividad a partir

del estadio del espejo afirmando que hay una agresividad constitutiva del ser humano que resulta de la tensión entre la atracción a su propia imagen especular, que a la vez le es ajena, y una tensión agresiva. Siguiendo las orientaciones de Lacan el fundamento de la agresividad es la identificación narcisista y la estructura del yo.

La introducción del orden simbólico pone en primer plano la palabra y regula esta relación agresiva del yo con su imagen. El orden simbólico introduce la ley que implica, también la aparición de la transgresión. Sin embargo, tal como apunta J-A. Miller es diferente la ley simbólica que la regla, la norma⁽²⁾.

Esta distinción nos permite pensar el trabajo en las instituciones y la clínica del caso por caso desde otra perspectiva. Los profesionales están sujetos a la ley que regula el funcionamiento institucional, en la clínica esto quiere decir que no depende de su capricho responder o no a la demanda del sujeto sino que depende de cómo ese sujeto las presente, pero que no se convierte en norma ya que eso supondría la exacerbación de las conductas transgresoras.

En el ámbito de las toxicomanías, en particular en el tratamiento de la adicción a la heroína, un primer abordaje de esta problemática tomó como referencia las consecuencias sociológicas de la adicción, es decir que se orientó básicamente en la disminución de la delincuencia y la inseguridad ciudadana. Para ello tomó modelos normativizantes para el tratamiento, es decir, programas libres de drogas que incluyan un proceso de deshabitación en una comunidad terapéutica, para pasar posteriormente a la fase de reinserción social. Esta visión reduplicaba la identificación al grupo de toxicómanos y extoxicómanos con conductas de transgresión, que primaba lo general frente a lo particular.

Podemos tomar la referencia de Miller⁽³⁾ que lo define así: "la toxicomanía puede ser un síntoma social, en la medida en que estando la droga prohibida, entra en los circuitos de la clandestinidad y para procurarse dinero para este goce, se ve conducida a conductas delictivas. El tratamiento está orientado como síntoma social que no es lo mismo que el síntoma subjetivo".

En un segundo tiempo, la incidencia de los avances de la ciencia y la aparición del SIDA, dieron lugar a una nueva oferta de tratamiento. En particular a la puesta en marcha de programas de sustitución (metadona) y a los programas de disminución de riesgos. En este sentido la oferta se amplía a un "para todos", dando relevancia a paliar los daños a través de las sustancias químicas.

No hay duda de que este enfoque ha permitido acceder a muchos sujetos a un tratamiento. No obstante, la premisa de que "cualquier sujeto puede beneficiarse de un tratamiento de este tipo" no es incondicional, es necesario pasar de una demanda del lado de la necesidad a una demanda subjetiva, es decir que esta nueva demanda está más allá de la necesidad de la sustancia. Para empezar supone una pérdida de goce y abre nuevas posibilidades en la cura de estos sujetos. Sin embargo, cuando no se produce el consentimiento del sujeto, la agresividad emerge situada en la supuesta distribución de ese goce ya sea a través de medicamentos o de la dispensación de metadona quedando del lado de las normativas y no de la responsabilidad del sujeto en sus actos.

Los avances de la ciencia crean la ilusión de que el sujeto podrá ser feliz y desembarazarse de sus malestares a través de los medicamentos. Esto da lugar a demandas de solución inmediata que se sitúan en el registro de la necesidad y en último término no calman al sujeto más que de una forma puntual renovando rápidamente el circuito. Este malestar recubierto por la necesidad se impone a la demanda subjetiva, a la pregunta por el sentido del mismo.

En este sentido, Lacan plantea "objetivar hechos en la realidad", estos hechos se refieren a las reacciones agresivas. Observamos en la fenomenología que hay agresividad y también reacciones agresivas. Se trata de objetivarlas a partir de la idea de una tendencia a la agresividad. Tendencia que puede considerarse como variables de la libido. La dificultad se presenta al querer objetivar una experiencia esencialmente subjetiva¹⁸. A pesar de ello, es fundamental descubrir los mecanismos de la experiencia del sujeto.

Si aplicamos esta orientación al alcoholismo, en primer lugar podemos tomar como punto de parti-

da, las funciones que diferencia Freud. Por un lado, situará la dipsomanía en la serie de las neurosis obsesivas en su función de aturdimiento como medida de protección, es lo que en la clínica escuchamos como "así no pienso". Por el otro, destacará también su función en el levantamiento de las inhibiciones, que en ocasiones da lugar a disputas sin motivo aparente, ya que el sujeto después no recuerda nada.

Muestra de ello es el relato de un sujeto que comete actos delictivos y eso le permite hacer una ostentación frente a los otros que queda connotada del lado de la virilidad frente a los semejantes. La respuesta que encontraba del lado de la autoridad familiar a su comportamiento era que le pegaran y castigaran. Ser pegado era algo esperado y normal para el sujeto. El consumo de alcohol puso en primer plano la repetición de esta secuencia, es la doble vertiente mencionada anteriormente, el levantamiento de las inhibiciones promovía presentarse ante los otros como "el más hombre" y a la vez, en su efecto de aturdimiento, abría la secuencia de los actos delictivos. El despliegamiento desde lo simbólico de los actos delictivos y del "no pienso", en lo más particular del sujeto ayudaron a dialectizarlos.

La apuesta que se plantea desde la experiencia psicoanalítica supone una renuncia a la agresividad al invitar al sujeto a pasar por la palabra la búsqueda del sinsentido que su malestar le produce. Al poner en primer término la clínica de la palabra, como condición de su posibilidad tiene que darse el asentimiento del sujeto. La puesta en juego de la agresividad aparecerá en un registro diferente.

En este nuevo registro, la experiencia analítica permite diferenciar las llamadas "conductas agresivas" de la intención de agresión, ya que se pone en juego la posición del sujeto, tanto desde el lugar que enuncia su discurso como la pregunta que lo sostiene. De las diversas modalidades en que se manifiesta da cuenta la fenomenología ya sea a través de la queja, de la denuncia, de la injusticia etc. Sin embargo, Lacan puntúa que "las violencias propiamente dichas son tan raras...".

Este viraje se puede vislumbrar a través de la siguiente secuencia clínica. Un sujeto ante la

supuesta idea de que se iba a retirar el tratamiento con metadona acude alterado a una entrevista, escuchar su reacción airada ante este rumor y sus quejas, permitió señalar la importancia de este tratamiento ya que había operado un cambio importante en su vida, pudiendo desmarcarse de la identificación a "incurable", así confirmar la importancia de este primer paso en el tratamiento abrió la posibilidad de ir más allá, de iniciar un recorrido de los avatares de su vida.

Este recorrido nos da las primeras coordenadas a partir de las cuales pensar la agresividad, en principio de forma general como algo que forma parte de la constitución misma de ser humano para poder ir después a las manifestaciones de las mismas ya sea en lo social, ya sea en lo subjetivo. Un análisis más detallado nos ayudará a abordar en el caso por caso estas manifestaciones determinadas por la historia del sujeto.

En relación al trabajo en las instituciones, de internamiento, centros de día o ambulatorios requiere de un análisis detallado de los fenómenos que allí se manifiestan, tanto en la revisión de la organización institucional, -a menudo multidisciplinar-, como en el tipo de respuesta particular. Diferenciar los lugares, funciones y límites orienta a los profesionales y clarifica las intervenciones.

NOTAS

1 J.Lacan, "La agresividad en psicoanálisis", en *Escritos*, Ed.Siglo XXI, 1990, p.114.

2 J.-A. Miller, *Seminario de lectura del libro V "Las formaciones del inconsciente"* ECFB,nº1, Barcelona 1998.

3 E.Laurent, J.-A. Miller, *L'Autre qui n'existe pas et ses Comités étiques*, sesión 2/4/1997, (seminario inédito).

4 J.-A. Miller y otros, "Agresividad y pulsión de muerte", *ff.m. Medellín-Colombia* 1991.

Alicia Pascual es psicóloga clínica, psicoanalista. CAS Nou Barris. Institut Genus



LA FILIACIÓ POR ADOPCIÓ

Silvia Giménez-Salinas Colomer

La regulación jurídica de la filiación, ha sufrido diversos y numerosos cambios en los últimos 20 años. La filiación es la determinación jurídica de la maternidad y la paternidad sobre una persona. Con anterioridad al régimen jurídico actual de la filiación, se atribuían diferentes consecuencias a los hijos en función del estado civil de los padres; si los padres no estaban casados entre sí y eran solteros, los hijos se denominaban naturales; si por el contrario, existía un vínculo matrimonial con otra persona, al hijo se le privaba de casi todos los derechos, denominándose hijo ilegítimo. La modificación producida en el CC en el año 1.981, suprime tales distinciones y discriminación de los hijos en función del estado civil de los padres y reconoce únicamente la filiación por naturaleza y la filiación por adopción, en función del origen de la procreación.

En uno y otro supuesto, los efectos jurídicos son idénticos.

La Ley 7/1991 de 27 de Abril del Parlament de Catalunya, sobre filiaciones, manifiesta en su exposición de motivos como principios inspiradores de la nueva regulación, los siguientes:

a.- debe considerarse el principio de la libre investigación de la paternidad y la maternidad.

b.- El principio favor *fili*, sin discriminación, según se trate de un hijo dentro o fuera del matrimonio.

c.- Se regula a partir de dicha normativa, un régimen y procedimiento de determinación de la paternidad, de acuerdo con el principio favor *fili* y de no discriminación por razón del estado civil de los padres, con un sistema de presunciones que operan en función de la situación de los padres previamente a la procreación.

d.- La nueva regulación tiene en cuenta los conocimientos científicos y detecta la necesidad de una regulación jurídica de la filiación que deriva de las nuevas tecnologías de procreación asistida. Todo menor debe tener un padre y una madre, por lo que deben existir los mecanismos legales para la determinación de la filiación cuando se han utilizado mecanismos de reproducción asistida.

Legalmente no existe, por tanto, imposibilidad alguna que equipare la determinación de la filiación producida como consecuencia de una relación sexual natural que como consecuencia de una fecundación artificial.

e.- La ley civil, únicamente deberá determinar la filiación del ser humano ya nacido a través de una reproducción asistida y deberá, en consecuencia, determinarse las obligaciones y derechos que como progenitores y titulares de la patria potestad ostentan los padres sobre su hijo, siempre teniendo en cuenta el interés superior del menor de edad.

Determinada la filiación por naturaleza, debemos observar, muy brevemente, cual es la regulación

actual de la filiació por adopció.

La figura de la adopció es ya conocida por el derecho romano y regulada como medio de ingreso en una familia bajo la jefatura del *pater familias*. Se entiende, sin embargo, en un sentido económico y no de creación de lazos de parentesco en el sentido familiar.

El derecho español incorpora a su legislación esta institución jurídica ya en tiempos de la codificación de las leyes civiles, pero no es hasta la época actual cuando se entiende la institución de la adopció en el sentido único de creación y constitución de vínculos de filiació entre adoptantes y adoptando.

La legislación interna entiende que la adopció se constituye teniendo en cuenta el interés del adoptando y la idoneidad del adoptante para el ejercicio de la potestad.

Se trata de la constitución, mediante una resolución judicial de los Tribunales civiles, de lazos de parentesco entre un menor de edad y uno o dos adultos que lo vincularán y equiparán definitiva e irrevocablemente, salvo supuestos de fraude en la tramitación del procedimiento de adopció, a los deberes y derechos inherentes a la filiació por naturaleza.

En consecuencia, el menor de edad quedará bajo la potestad del adoptante o adoptantes en la forma, modos y deberes de cualquier hijo por naturaleza, sin ningún tipo de distinción.

Esta afirmación que hoy nos parece tan lógica, que nos parece tan acorde a nuestra mentalidad, no es así en numerosos países de nuestro entorno. Existen países que contemplan distintas clases de adopció en función de si se mantiene o no la vinculación con la familia de origen: si la adopció es plena, la resolución judicial que la constituye rompe con los lazos biológicos y otorga al menor los apellidos y todos los efectos de una nueva filiació derivada de sus adoptantes; si la adopció es simple, la resolución judicial que la constituye, mantiene los lazos biológicos del menor con su familia y le otorga determinados efectos vinculantes con la familia adoptante pero, a título de ejemplo, se mantiene la obligación de alimentos entre

el hijo y los padres biológicos, etc.

La adopció, hasta la reforma de 1987, se entendía y se llevaba a término como un acuerdo privado, entre adoptantes y padres biológicos que debía ser ratificado por el Juzgado. Eran las partes las que se ponían de acuerdo en llevar a cabo una adopció de un menor de edad.

Sin embargo, la actual normativa internacional de la adopció y especialmente la imposición legal de que la adopció contemple, con carácter prioritario, el "interés del menor" y como fundamento de toda la regulación tanto del proceso como de los efectos, obliga a los Estados a regular de forma distinta los procesos de adopció.

La exigencia de que la totalidad del proceso de adopció se lleve a cabo siempre en interés del menor, obliga a los Estados y a sus respectivas legislaciones a implicarse en el estudio de las parejas o personas adoptantes, con el fin de que entregado un menor a una familia, sea para un acogimiento preadoptivo o para una adopció, nacional o internacional, se realice previamente un proceso de estudio y análisis de las condiciones de los adoptantes en relación a la adopció.

El Estado, a través de los departamentos u organismos de protección a la infancia, es el único autorizado para realizar la propuesta de acogimiento preadoptivo o adopció de menores de edad, que hayan sido declarados previamente en situación de desamparo. Ello implica, en la mayoría de supuestos, que la tutela del menor, por imperio de la Ley, la ostentaba el propio ente público de protección a la infancia. En consecuencia, viene por tanto obligado a garantizar, dentro de unos límites, que aquella familia que propone para un acogimiento preadoptivo y su consecuente proceso de adopció, es idónea para aquel menor, o simplemente tiene los mecanismos adecuados para responsabilizarse de la formación integral de dicho menor hasta su mayoría de edad.

Si las leyes civiles entienden que la patria potestad sobre un menor de edad por parte de sus padres, supone la capacidad de éstos para darle una formación integral al menor que le permita realizar un desarrollo progresivo de su personalidad hasta la mayoría de edad, los padres adoptan-

tes deben intentar garantizar, de alguna manera, que tal obligación, que tal cualidad, la pueden y la quieren asumir.

Este proceso de estudio y valoración acerca de las capacidades de los padres adoptantes para el acogimiento preadoptivo o la adopción, viene impuesto, en los supuestos de adopción internacional, a los Estados firmantes del Convenio sobre protección de menores y cooperación en materia de adopción de la Haya el 29 de Agosto de 1.993, ratificado por España el 11 de Julio de 1995, BOE de 1 de Agosto de 1995.

En Catalunya, existen varias leyes y reglamentos que regulan la protección a la infancia y el proceso de adopción: el Decret 2/97 de 7 de Enero, modificado a su vez por el Decreto 127/1997 de 27 de Mayo, realizados ambos en desarrollo de la Ley 37/1991 de 30 de Diciembre sobre medidas de protección de menores desamparados y adopción, modificada a su vez por la Ley 8/1995 de 27 de Julio sobre atención y protección a la infancia y la adolescencia.

Toda esta normativa recoge y aprueba las pautas por las cuales los adultos, solicitantes de la adopción de un menor de edad, sea nacional o extranjero, deben someterse a un procedimiento reglado previo a cualquier medida de acogimiento o adopción.

Dicho procedimiento consiste en la emisión de un informe psicosocial acerca de las condiciones particulares de la persona o personas solicitantes de la adopción y el consiguiente certificado de idoneidad, por el que la entidad pública competente manifiesta que los adoptantes han seguido un proceso de valoración y estudio como requisito previo para la tramitación del expediente de una adopción internacional. Los países de origen de los menores solicitarán, para la tramitación del expediente de adopción, la acreditación de tal requisito como garantía de que la entrega de un menor a una familia concreta, se ha estudiado previamente a la entrega real.

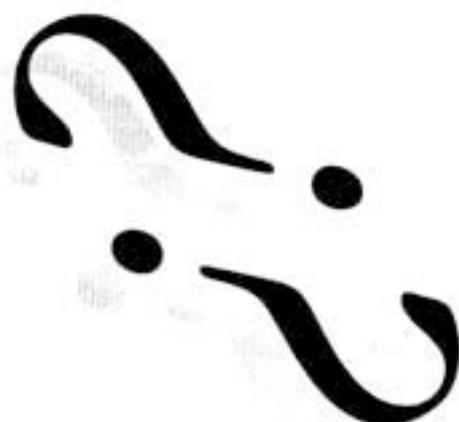
Tales medidas no son más que consecuencia del principio establecido en la totalidad de la legislación en esta materia acerca del interés superior del menor. El menor tiene derecho a crecer en un

entorno familiar que le proporcione los elementos necesarios para su desarrollo y crecimiento como persona.

La figura de la adopción supone, pues, la búsqueda de un núcleo familiar adecuado a un menor bien porque carece del mismo, bien porque su entorno biológico no puede ofrecerle lo necesario para un adecuado desarrollo como persona. El derecho debe garantizar que para alcanzar este fin el procedimiento es el adecuado, evitando cualquier medida que pueda suponer vulneración de los derechos de estos menores. Si bien hace años el derecho no había regulado concretamente la posibilidad de adoptar menores de edad de otros países, la sociedad actual ha demandado al Estado tal regulación, ante la evidencia de que la adopción nacional no cubre las expectativas ni las solicitudes de adopción existentes y se precisa acudir a los denominados países de origen de los menores para conseguir la adopción de un menor de edad.

La filiación por adopción, transcurridos dos años tras su constitución judicial, es irrevocable en nuestro país.

Silvia Giménez-Salinas Colomer es abogada



¿NO?

LA RELATIVIDAD NEGADA.

La noción de norma y algunas fabulaciones psiquiátricas ⁽¹⁾

Angel Martínez Hernández

En el penúltimo capítulo de *La connaissance de la vie*,⁽¹⁾ que lleva el sencillo título de *Le normal et le pathologique*, George Canguilhem concluye con la siguiente sentencia: "Toujours le concept du 'normal', dans l'ordre humain, reste un concept normalif et de portée proprement philosophique". Aunque el alcance de esta afirmación es generalista, tal como se pone en evidencia en ese "dans l'ordre humain", vale la pena apuntar que el contexto de discusión en el que se inserta es el de la constitución de la idea de norma en la medicina y en la biología. Un terreno que el epistemólogo francés aborda con una combinación poco usual de consciencia de la relatividad (que no relativismo) y de racionalismo, pues para él la norma no es un fenómeno a descubrir en la naturaleza, tal como se ha planteado y se plantea desde el positivismo más ingenuo. Tampoco es una regla universal que pueda escapar del ámbito de lo arbitrario y de lo relativo. Más bien, la norma aparece como una elaboración humana que remite a un orden moral y social.

La relatividad de la noción de normalidad es para Canguilhem visible en determinados casos individuales que tienen el poder de difuminar las fron-

teras entre lo normal y lo patológico. Se refiere a aquellas situaciones en donde unos niveles de glucosa o de presión arterial teóricamente anómalos no necesariamente generan una disfunción. En buena lógica, a ello puede contribuir la especificidad de una estructura biológica en el sujeto que sea excepcional. Ahora bien, también aquí es determinante la estructura social en la que se inserta ese sujeto, así como ese repertorio de requerimientos que son las expectativas sociales, las cosmovisiones locales o los roles laborales. Como nos indica Dubos⁽²⁾, una misma limitación es vivida de forma muy diferente por un ejecutivo de *Wall Street* que por un leñador, por un monje que por un piloto de aviones de combate supersónicos. La hipotensión, por ejemplo, puede pasar desapercibida para un monje; sin embargo, para un piloto de aviones puede revelarse como una preocupante alteración.

Curiosamente no es sólo el ejercicio de individualización y de microscopio el que permite difuminar las fronteras entre normalidad y anormalidad. Aunque Canguilhem no lo indique, cuando procedemos a desarrollar generalizaciones macroscópicas el resultado suele ser el mismo: la indefinición. A modo de ejemplo tratemos de responder a una pregunta como ¿qué es la salud? Sabemos que la OMS la define como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad o invalidez". Sin embargo, y aún suponiendo que exista ese estado de bienestar aludido, esta noción de salud es difícilmente operativa. Y es que, ¿no puede ser "saludable" el malestar o cierto tipo de malestar? Y en otro plano, ¿cómo entender lo saludable si no es bajo la amenaza de la enfermedad y la muerte? Sin entrar a discutir a fondo, lo que parece evidente es que sin su opuesto la salud pierde gran parte de su sentido práctico y de su poder de denotación. Ya Leriche indicaba con gran riqueza poética para provenir de un fisiólogo que la salud es la vida en el silencio de los órganos. Afirmación de la que Canguilhem establece una réplica: "la salud es la inocencia orgánica"⁽³⁾. La salud se descubre aquí por su negativo, por lo que se pierde cuando la enfermedad irrumpe con ese ruido natural y asemiótico que perturba a los órganos y que conlleva un sufrimiento. Sin un punto de anclaje en el terreno de lo social y de lo concreto, la salud es simplemente ausencia.

Pero el círculo de indefinición no se cierra aquí sino que se abre de nuevo, pues, ¿qué es en abstracto y en genérico la enfermedad?, ¿caso una definición amplia de enfermedad no nos conduce otra vez a la fallida de una concepción universal, a la imposibilidad de separar la enfermedad de su reconocimiento como tal, a la imposibilidad de entender la enfermedad como un hecho independiente de las concepciones locales y de las formas de la vida social? Porque ¿cuál es el motivo de que la silicosis no fuera durante mucho tiempo reconocida como una enfermedad?, ¿a qué se debe que la psiquiatría entendiera la homosexualidad como un trastorno mental hasta hace dos décadas o que aún la considere una disfunción cuando entra en conflicto con los deseos explícitos del afectado?, o, como se preguntaba Arthur Kleinman hace unos años en *Rethinking Psychiatry*, uno de los textos antropológicos más críticos de la psiquiatría contemporánea, ¿por qué el alcoholismo es entendido como una enfermedad a pesar de los infructuosos intentos de encontrar sus determinantes genéticos y no, por ejemplo, una anomalía claramente congénita como es la intolerancia a las frambuesas?⁴⁴

Lo que se pone en evidencia tanto en el ejercicio de individualización como en el de generalización no es otra cosa que la naturaleza arbitraria y relativa de la norma, su componente normativo y filosófico diría Canguilhem. Y si esto es cierto para el terreno de las enfermedades físicas aún lo es más para el terreno de los llamados trastornos mentales y los trastornos de la personalidad.

La aplicación del modelo de las enfermedades físicas a los trastornos mentales no permite de momento establecer los procesos etiopatogénicos de algunas enfermedades como la esquizofrenia, la depresión, la ansiedad o de un trastorno de la personalidad como pueda ser el narcisista o el antisocial. A pesar de las diferentes hipótesis biológicas en rivalidad en el ámbito de la psiquiatría y de las neurociencias, la afirmación de Griesinger, retomada con entusiasmo por Kraepelin en su momento y por los neokraepelinianos en la actualidad, de que toda enfermedad mental es una enfermedad cerebral es más una sentencia de tono programático que una certeza de aplicación universal. Si algo es autoevidente hoy en día es que los trastornos mentales continúan mostrando

una especial opacidad, al menos a esa mirada médica que Foucault define en el *Nacimiento de la clínica* como la penetración del ojo clínico en el espacio de los órganos y que nos presenta en boca del joven Bayle; concretamente a partir de su famosa descripción de las lesiones encefálicas de la parálisis general progresiva sifilítica: "Vasos sanguíneos entrecruzados", membranas de "color blanquecino, grisáceo, rojizo", "coágulos de una sangre más o menos decolorada"⁴⁵. Hoy en día, y a pesar de los grandes avances en imaginería cerebral (PET, TAC, RMN, etc.), no parece vislumbrarse ningún modelo biológico que pueda dar cuenta de la extraordinaria complejidad que muestran los trastornos mentales. Tampoco existe ningún reduccionismo de corte biológico que permita explicar de forma coherente las múltiples imbricaciones que se produce en la enfermedad mental entre psique y soma, entre cuerpo y biografía, entre biología y cultura, entre pulsión y sentido, entre psicología y economía política. Más bien, si echamos una ojeada a los criterios diagnósticos más utilizados actualmente en psiquiatría lo que se observa es una completa simplificación.

Manuales como el DSM-IV⁴⁶ de la Asociación Americana de Psiquiatría o la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud constituyen auténticos ejercicios de autocontradicción en donde partiendo de una concepción cercana al positivismo más ingenuo las nosologías se presentan como una "copia de los hechos", como una realidad natural que el clínico debe descubrir en la naturaleza. Como consecuencia de ello, lo anormal se transforma en un universal ajeno a los mundos sociales locales en donde se produce. De esta manera lo anormal se desrelativiza. Ahora bien, el precio es el de confundir convención y realidad.

Cierto es que en el DSM-IV aparecen algunas sensibilidades hacia los mundos locales. Por ejemplo, se ha introducido la dimensión de la cultura en las diferentes nosologías e incluso una "Guía para la formulación cultural" y un "Glosario de síndromes dependientes de la cultura". Sin embargo, en última instancia la cultura es percibida como una cortina de humo que hay que trascender para llegar a lo anormal en tanto que universal y no como una dimensión modeladora y organizadora de la vida humana. Se trata de una reactualización del mode-

lo patogenia-patoplastia en donde se deduce un núcleo patogénico duro (la patogenia) y una diversidad étnica que opera sólo a un nivel epifenoménico (la patoplastia). Lo importante, obviamente, es la patogenia. Lo secundario, la patoplastia.

Debido a esta falta de relatividad de las nociones de normalidad y anormalidad algunas contradicciones del DSM-IV destacan con especial intensidad. Por ejemplo, se apunta: "En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej. dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej. la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción"¹¹. Desde este punto de vista parece que el trastorno mental pueda diseccionarse con un corte limpio del universo de las normas sociales. Obviamente no podría deducirse otra cosa de un manual para el que los trastornos mentales están en la naturaleza esperando a ser reconocidos, pues sus nosologías son la copia de los hechos. En lógica, si la relación entre categorías diagnósticas (palabras) y disfunciones mentales (cosas) es isomórfica no debemos preocuparnos de ningún substrato moral apegado a nuestras palabras. No obstante, y como este planteamiento es a todas luces un imposible, aflora la contradicción a la hora de definir cuáles serán los criterios diagnósticos concretos para las diferentes nosologías.

Probablemente, el ejemplo más representativo de estas discrepancias sea el llamado trastorno antisocial de la personalidad, en el que, entre otros requisitos, se estipula para su diagnóstico la acumulación de tres o más de los siguientes "ítems": "Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son

motivo de detención", "deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias...", "impulsividad o incapacidad para planificar el futuro", "irritabilidad y agresividad", "despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás", "irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas" y "falta de remordimientos". En la versión anterior al DSM-IV, en el DSM-III-R, se llegaba a indicar como criterio diagnóstico "no ha mantenido una relación totalmente monogámica durante más de un año" llevando hasta el límite el uso de criterios morales para la definición de un trastorno de la personalidad y hasta el paroxismo la contradicción con el anunciado principio de asocialidad de los criterios diagnósticos.

Al eliminar toda conciencia de relatividad sobre las propias categorías profesionales se produce un efecto de universalización y de aplicación de los prejuicios morales de los diseñadores del DSM-IV a todo ámbito social, ya sea de su propio contexto étnico, político, de clase o de otros mundos culturales. La "despreocupación", la "irritabilidad", el ser detenido por la policía, la "irresponsabilidad" o la "falta de remordimientos" aparecen como hechos existentes en la naturaleza y no como productos de mundos morales locales.

Como se puede deducir de lo hasta ahora expuesto, el uso de criterios morales para el diagnóstico de los trastornos mentales en el DSM-IV es posible gracias a un ejercicio desmesurado de naturalización, universalización y cosificación de todo tipo de fenómenos, ya sean psicológicos, sociales, culturales, morales o económico-políticos. La lógica implícita es que algo es ajeno a lo moral si es natural. Algo también es universal si es amoral y natural. De esta manera se construye la ilusión de que una valoración moral como el trastorno antisocial de la personalidad en el fondo no remite a un mundo social, sino a una instancia individual, genética, biológica, etc. que lo genera. Es más, se presenta como una categoría neutral, como una realidad que merece ser tratada y operacionalizada de la misma forma que la alteración de la glucosa en la corteza prefrontal cerebral o la hiperactivación de las vías dopaminérgicas cerebrales. De poco sirve que cualquier activista político en la clandestinidad cumpla perfectamente los criterios

de trastorno antisocial de la personalidad, o que puedan a partir del mismo procedimiento diseñarse categorías diagnósticas igualmente racionales pero esta vez para aquéllos que confeccionan estas nosologías. Piénsese por ejemplo en criterios del tipo: "aplican de forma totalizadora sus principios morales al resto de sus conciudadanos", "son impermeables a las evidencias y a las críticas" y "abominan de toda relación que no sea monogámica".

Una serie de problemas similares se desprende de la construcción de otras nosologías o de la estructura de algunas escalas como la (por fortuna omitida en el DSM-IV) "Escala para evaluar la intensidad del estrés psicosocial" presente en el DSM-III-R y en la que se indica, sin ningún tipo de ambigüedad, que la "ruptura afectiva con la pareja" tiene un valor estresante de un 2, mientras que la "separación conyugal" tiene una intensidad 3 y el divorcio un valor de 4. Como es de esperar, en ningún momento se indica en el DSM-III-R por qué divorciarse es peor que separarse y para quién es peor. De nuevo se produce la aplicación y la universalización de un prejuicio moral, pues un fenómeno culturalmente relativo como es el divorcio es entendido como un fenómeno natural.

Una valoración del mismo tipo merece el uso que en el DSM-IV se lleva a cabo de los factores sociales y culturales. Por ejemplo, el eje IV de este manual está diseñado especialmente para dar cuenta de los llamados "problemas psicosociales y ambientales" como los "problemas relativos al grupo primario de apoyo", "problemas relativos al ambiente social", "problemas relativos a la enseñanza", "problemas laborales", etc. En los símiles o ilustraciones que aparecen en el DSM-IV se ponen algunos ejemplos de valoración del eje IV como: "Amenaza de pérdida de empleo", "víctima de abandono infantil" o "desempleado". El problema, de nuevo, es que estas variables no pueden definirse de forma tan universalista como aquí se pretende, pues una situación como "amenaza de pérdida de empleo" puede resultar tan exótica para un indígena trobriandés como para un occidental "no estar en el kula". El truco que se esconde bajo el uso universalista de "amenaza de pérdida de empleo" es que resulta coherente con la vida cotidiana y el sentido común de un determinado colectivo que incluye a los profesionales. Ahora

bien, esto no confirma su valor de hecho universal.

El problema de la arbitrariedad y relatividad de los criterios de normal y patológico difícilmente puede resolverse mediante una mayor sofisticación o pseudosofisticación técnico-clínica. Y es que la norma no es un canon universal existente en la naturaleza que puede ser descubierto. El CI de 84 que según el DSM-IV separa a un individuo normal de otro con "capacidad intelectual límite" no es una realidad física existente en la naturaleza sino una convención científico-técnica. Lo mismo es aplicable a nosologías como el trastorno antisocial de la personalidad, la esquizofrenia o la distimia. Más bien, toda norma es el resultado de una dialéctica entre el mundo de las cosas, el de la experiencia personal y social y el de las representaciones culturales. La medida de toda norma debe partir, así, de la consciencia de su relatividad.

(1) Ponencia presentada al Colegio Oficial Psicólogos de Cataluña, IX jornadas: "La clínica infanto juvenil sus límites. Norma, normalidad y patología".

NOTAS Y BIBLIOGRAFÍA

1. Canguilhem, G. *La connaissance de la vie*. Librairie philosophique J. Vrin. Paris, 1992. p. 169.
2. Dubos, R. *Hombre, medicina y ambiente*. Monte Avila Editores. Caracas, 1969. p. 111.
3. Canguilhem, G. *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI. Buenos Aires, 1971. p. 71.
4. Kleinman, A. *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. Free Press. Nueva York, 1988. p. 9.
5. Foucault, M. *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI. México, 1989. p. 2.
6. Asociación Americana de Psiquiatría. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson. Barcelona, 1995. p. xxi.
7. *Ibid.* p. 666.
8. El kula es un sistema de intercambio de carácter intertribal propio de Melanesia. Véase Malinowski. Bronislaw. *Éls argonautes del Pacífic Occidental*. Edicions 62. Barcelona, 1986.

Angel Martínez Hernáez es Antropólogo. Profesor Departamento de Antropología Social de la UB.

LA CLÍNICA Y SUS LÍMITES: NORMA, NORMALIDAD Y PATOLOGÍA ⁽¹⁾

El aporte del psicoanálisis

Nilda Estrella (redactora)

Generalmente se define la norma como un arquetipo o modelo que se tiene en cuenta al actuar. Desde el punto de vista de la sociología se trata de la regla que regula la conducta social, así el funcionalismo sociológico contempla el sistema social como un orden normativo.

En su sentido descriptivo la norma –lo normal– puede considerarse como el comportamiento que corresponde a la mediana estadística en cambio, en su sentido prescriptivo, tenemos “la norma que obliga”, propio de la ética y del derecho, y en este terreno se define como un comportamiento que se impone.

Las reglas o normas son siempre peculiares de un determinado grupo, comunidad o discurso. De ello se puede deducir fácilmente que la norma no es algo dado, primario o natural de la especie humana, sino una invención, una creación, una producción. Toda comunidad humana se organiza en torno a unas reglas o normas de comportamiento. Cada lengua también tiene sus reglas propias. Toda norma, en tanto susceptible de ser sustituida es arbitraria, contingente y relativa. Así es como la comunidad humana ha logrado una diversidad cultural a expensas del vacío, de esa hiancia que el determinismo natural no ha suturado y un comportamiento tolerado por una comunidad es considerado intolerable e incluso proscrito o repudiado en otra. Al decir de Freud: “la palabra cultura designa toda la suma de operaciones y normas que distancian nuestra vida de la de nuestros antepasados animales y que sirve a dos fines: la protección del ser humano frente a la naturaleza y la regulación de los vínculos recíprocos entre los

hombres”² destacando así el valor simbólico, y por tanto ineludible, de esta regulación que indica el nacimiento de la civilización. La historia nos muestra lo finito de las normas, cómo se tornan caducas dentro de una misma comunidad produciéndose sucesivos reordenamientos a partir de la inclusión de nuevos significantes producidos y, a su vez, productores de nuevos saberes.

Michel Foucault ha desarrollado este tema de manera exhaustiva a partir del dominio de las llamadas ciencias humanas y los objetos de discurso que estas constituyeron. Sin pretensión de defensa de sus postulados me parece de interés tomarlo como referencia para ilustrar el tema que hoy nos ocupa. En “Historia de la locura”, por tomar un ejemplo, muestra la escisión practicada por una cultura entre lo que considera normal y lo que decide excluir de sus fronteras. Nos dice allí que la locura misma ha operado como uno de esos criterios al mismo tiempo clasificatorio y excluyente. Durante el Renacimiento la locura produce fascinación en tanto se le supone un saber temible que manifiesta la potencia de oscuras fuerzas cósmicas. Esta fascinación se desvanece en la Época Clásica cuando cobra otro valor: la locura ya no tiene que ver con la verdad y con el mundo sino con el hombre y la verdad de sí mismo, desembocando así en el universo moral. Ya no se trata de una verdad cósmica pero tampoco de una enfermedad, sino de falta de razón. A mediados del siglo XVII comienza una nueva estrategia por la cual se segrega de la comunidad al loco encerrándolo. Se percibe claramente que es una estrategia que manifiesta la locura como opuesta a la razón ya que junto a los locos se agrupan otras figuras sociales y morales: los homosexuales, los que padecen enfermedades venéreas, los alquimistas, etc. que constituyan el universo más amplio de la sinrazón y entre los cuales las culturas anteriores no habían percibido semejanza alguna.

La locura entonces, dentro de estas instituciones asilares toma el tinte moral negativo al ser relacionada con el ocio y la pereza. Esto es correlativo al momento en que el naciente capitalismo descubría en la ley del trabajo una trascendencia ética. Será más tarde y justamente a partir del avance del capitalismo cuando se produce un nuevo orden social separándose la pobreza de la sinrazón. El pobre es reintroducido en la misma comunidad de

la que había sido excluido. En el siglo XIX, siglo en el que la opción institucional es mucho más variada, las instituciones ya no están marcadas por la finalidad de excluir sino por la de fijar a los individuos ligándolos a un aparato de producción.

Este y otros trabajos le permiten a Foucault, a partir de la articulación entre saber y poder, plantear su tesis de que todo discurso es subsidiario de un momento histórico y que la emergencia de un saber no es ajena a las condiciones de posibilidad o de exclusión que brinda la coyuntura histórica que, a su vez, está determinada por el modo de organización social de la masa. Da cuenta también del valor social del cuerpo y cómo éste ha determinado la emergencia de saberes sobre el mismo y a su vez se han instaurado diferentes modos de organización institucional en cada momento histórico.

Vemos así, según los códigos sociales de expresión del malestar, inscribirse como normal o fuera de la norma aquello que la coyuntura histórica, determinada por el discurso económico-político predominante, soporta como tolerable o intolerable. Era difícil presuponer a principios de nuestro siglo la tolerancia actual a la homosexualidad y la legitimación de cambio de sexo. Somos partícipes de una era de gran permisividad y tolerancia.

Nuestro tiempo, el de la globalización, paradójicamente produce efectos de fragmentación. Cuanto más se aboga por un mundo sin fronteras surgen con más fuerza los reclamos de reconocimiento del rasgo diferencial. Ante la pretensión de uniformización la respuesta es mayor fragmentación. Acorde con esta fragmentación de la masa vemos emerger agrupaciones por categorías monosintomáticas y atomización de los servicios en respuesta a este nuevo fenómeno social. El ideal de inclusión predomina, nada debe ser excluido, y ello nos lleva a estar inmersos en el siglo de la clasificación. Es el modo moderno de regulación por categorías que amenaza la singularidad del sujeto. Surgen servicios cada vez más especializados, organizados a partir de la problemática que lo social privilegia: asistencia a las mujeres maltratadas, servicios de anorexia, atención al ludópata, etc.

El campo de la infancia y la adolescencia también ha sufrido una variación en los modos de presen-

tación del malestar. Esta reordenación de las expresiones del malestar tiende a crear grupos uniformes que vienen a nombrar el malestar de la infancia en nuestra época que se ordena a partir de los significantes que las distintas disciplinas ponen en circulación para nombrar grupos, sin discriminación del uno a uno de los sujetos. Grupos que a su vez resisten y rechazan la intervención educativa, social, asistencial y también la clínica. Paradójicamente surgen cada vez más disciplinas que se entrecruzan y superponen entre sí con serias dificultades para delimitar su campo en tanto no está cernido el objeto específico de cada una, ya que surgen no por el objeto sino, como respuesta a la vertiente fenomenológica del síntoma. Esta circunstancia produce el advenimiento de prácticas diversas desprovistas de discurso propio.

Los modos de nombrar el malestar serán ineludiblemente acordes al tiempo en el que se manifiestan. La temática delirante se nutre de lo contemporáneo, las manifestaciones de la histérica han cambiado también de manera radical, es decir también varían los modos de expresión del malestar. Y lo que es más evidente aún, es el acento puesto al servicio de uno u otro tipo de sector afectado. Hoy el acento está puesto en la víctima, el niño como objeto de todo tipo de abusos es hoy donde parece cernirse el núcleo del malestar. No hay duda de que se trata de un fenómeno social actual y estadísticamente verificable. Esta problemática, tema candente en el debate público, promueve la creación de dispositivos diversos en torno a esta patología social interrogando así a los distintos discursos y praxis.

¿Qué respuesta dar desde el psicoanálisis y qué modelo institucional se promueve desde este discurso para tal fin?

En primer lugar hay que destacar que el psicoanálisis se ordena en torno a una premisa fundamental: toda praxis debe ser subsidiaria de un discurso que se organiza a partir de la ética que le es propia. Lo que queda incluido o excluido de dicha práctica está determinado por la ética que la rige. De este modo, el psicoanálisis orienta su práctica sobre el fenómeno social a partir de su ética.

El psicoanálisis, desde el principio de su enseñanza, se presenta como lo que se opone a lo universal, lo cual no equivale a decir que se desentiende

de lo colectivo o de lo social a pesar de habersele imputado erróneamente que su terreno se limita al desarrollo normal y al de la patología individual. Tanto Freud como Lacan han sido personajes a la altura de su tiempo, interesados y siempre atentos a los fenómenos sociales, y esto ha tenido consecuencias sobre el saber del psicoanálisis. El momento crucial en la investigación freudiana hay que ubicarlo en el periodo de entreguerras, su conclusión sobre la pulsión de muerte es un aporte ineludible en la concepción de su clínica, pero no lo es menos para el estudio sociológico. Lacan tampoco retrocede ante lo social, muy al contrario, es justamente el tiempo de los movimientos sociales del 68 los que tienen incidencia en su enseñanza marcando uno de los hitos de la misma.

El interés por resolver el antagonismo entre las exigencias pulsionales y las restricciones impuestas por la cultura está presente desde el inicio de la obra freudiana. En 1897 escribía: *"el incesto es antisocial, la cultura consiste en una progresiva renuncia a él"*¹⁹ y un año más tarde se preguntaba por lo lícito de responsabilizar a la civilización de la propagación de la neurastenia. Posteriormente hablará del "vínculo de oposición entre la cultura y el libre desarrollo de la sexualidad" comentando que *"en el niño civilizado se tiene la impresión de que el establecimiento de esos diques es obra de la educación y sin duda ella contribuye mucho, pero sin embargo este desarrollo puede producirse sin ayuda alguna de la educación"*²⁰. Si seguimos el recorrido de sus trabajos por este eje, constatamos que nunca sostuvo con absoluta convicción sino que, por el contrario no cesó de ser para él la interrogación princeps, dónde ubicar la causa de la represión. Decidir si la misma es obra de factores externos al sujeto o si es una producción propia al mismo determina modos diferentes de praxis. La primera apunta a un tratamiento de lo externo al sujeto, la segunda apuesta por la responsabilidad del sujeto y por tanto a la respuesta del caso por caso frente a los fenómenos colectivos.

Desde el inicio el psicoanálisis apuesta por la distinción entre realidad material y realidad psíquica. Jamás dejó de tener en consideración los efectos sobre el sujeto de la realidad material, es decir de las circunstancias reales de la vida de un individuo, pero demuestra con precisión cómo el ser

humano es incapaz de lograr una armonía plena entre ambas realidades y es la realidad psíquica la que prevalece sobre la realidad material, siendo la primera la que ordena y sobredetermina la respuesta del sujeto. No es la lógica social, aunque ella incida, sino la lógica del inconsciente la que regula el comportamiento. Así ante un hecho social traumático podemos presuponer que dejará una huella, una marca tal vez indeleble, lo que no nos autoriza a presuponer como organizará su andar cada sujeto, uno a uno, una vez marcado por ello. El psicoanálisis propone abstenerse de una seguridad de saber sobre el otro como una premisa inexcusable, no solo para su aplicación clínica, sino para cualquier tipo de práctica en el terreno de las ciencias humanas. Podemos hacer esto extensivo a las muy de actualidad tareas humanitarias. El psicoanálisis, la antropología y otros discursos han dado ya sobradas pruebas de que no es lo biológico lo que hace a un sujeto, no es solo su bienestar físico y la cobertura de sus necesidades lo que da estatuto humano a un sujeto, ni son los lazos de sangre la condición necesaria para estructurar una familia. Es el aparato simbólico la condición humana por excelencia y por tanto, es fundamental tomar en cuenta los referentes simbólicos de un sujeto o de un grupo. ¿De qué riesgo se alivia separando, por ejemplo, de sus principales y escasos grupos de referencia, por categorías de mujeres, niños y enfermos a esos grupos de refugiados, despojados hasta de su documentación de identidad que hoy ocupan nuestra inquietud? La cuestión es delicada, se trata de la responsabilidad que implica dar una respuesta frente a un problema social de tal emvergadura. Se trata entonces de hacer el cálculo contando con los elementos necesarios para que la respuesta, sin duda surgida a partir de obrar desde el bien, no sea responsable de redoblar el maltrato salvando de un riesgo e introduciendo otro.

A partir, entonces, de tomar en cuenta la prevalencia de la realidad psíquica que se organiza en torno a la peculiaridad del fantasma de cada uno, frente a la realidad material el psicoanálisis toma a su cargo dilucidar los efectos subjetivos del fenómeno social y para ello es preciso no hacer del fenómeno social una categoría nosográfica con todo lo que ello implica. Asume la responsabilidad de tratamiento de aquel que ha sido objeto de abuso por ejemplo, tratando de dilucidar en el

caso por caso qué efectos subjetivos ha producido esa marca, a qué otras huellas o significantes de su historia se enlaza y cómo ha operado la represión ante tal acontecimiento. La clínica muestra por un lado la ausencia de manifestaciones sintomáticas inmediatas en muchos casos, que cuando hay síntomas éstos no son susceptibles de ser estandarizados sino, por el contrario, abarcan un amplio espectro: agresividad, sumisión, trastornos de aprendizaje, inhibición o exhibicionismo, por nombrar algunas de las múltiples formas de hacer señal, es decir la vertiente fenomenológica del síntoma que es la cara visible del mismo. Sin desatender el valor de esa señal y el valor obstaculizador que tienen muchos síntomas en cuanto a la inserción social del sujeto, la práctica analítica apunta, más allá del fenómeno, al modo de goce del sujeto. Esto para el saber del psicoanálisis es de fácil comprensión en tanto reconoce en el síntoma una manifestación siempre de otra cosa y además da cuenta de que el mismo tiene siempre una articulación con aquello que ha escapado a la simbolización. Lo posible o imposible de elevarse al estatuto de saber, estatuto simbólico, está determinado por lo más íntimo de cada ser y no por la intensidad o gravedad del acontecimiento. La exigencia pulsional encuentra una vía de satisfacción a través del síntoma.

Se trata de una clínica que apuesta por orientar al sujeto en el descubrimiento de lo que es nombrable o innombrable para él y esto supone mantener vacío el lugar de las identificaciones sociales segregativas, lo cual equivale a decir: no confundir al sujeto con el síntoma.

Si la clínica es subsidiaria de un discurso regido por su ética, lo mismo puede decirse del modelo de organización institucional. Organización que debe estar orientada en función de la ética. A esto debemos añadir que ningún discurso puede sostenerse por fuera de las relaciones que lo constituyen. Así el psicoanálisis nos enseña que toda institución debe su condición de existencia a su implicación en este sistema de relaciones. Se trata de la responsabilidad que le impone su ética: de dialectizar con otros saberes y de trabajar en relación con otros dispositivos. Partiendo de estas premisas la apuesta es la de un dispositivo que organice su estrategia orientada por su ética pero teniendo en cuenta la sociedad en la que está

inmersa, las formas de expresión del malestar de la época, la realidad de los dispositivos con los que se enlaza, el discurso que sostiene las otras praxis y el compromiso social que ha adquirido. Esto permite brindar una oferta que apunte a facilitar las condiciones que posibiliten la clínica. Se trata entonces de trabajar en un sistema de relación interdisciplinar para disolver la tendencia a la desresponsabilización y objetualización, tanto de los sujetos susceptibles de tratamiento como de los profesionales que derivan, separando lo que es del orden de la relación con el síntoma del niño de lo que es la posición subjetiva del sujeto infantil con su malestar.

Nuestro modelo institucional orientado a partir de la ética del psicoanálisis, nos permite hoy valorar la eficacia del psicoanálisis tanto en la vertiente terapéutica como los efectos que su discurso ha logrado en otra prácticas.

(1) Ponencia presentada en el Colegio Oficial de psicólogos de Cataluña, IX jornadas: "La clínica infanto-juvenil y sus límites: norma, normalidad y patología". Realizada en colaboración con el Servei d'Assessorament a Residències (SAR), Susana Brignoni, Graciela Esebbag, Matilde Jiménez y Begoña Matilla

NOTAS

1 Freud, S. "El porvenir de una ilusión" *Obras Completas T. XXI*, Ed. Amorrurtu, p. 6

2 Freud, S. "Manuscrito N°" *Obras Completas T. I*, Ed. Amorrurtu, p. 299

3 Freud, S. "La sexualidad en la etiología de las neurosis" *Obras Completas T. III*, Ed. Amorrurtu, p. 270

BIBLIOGRAFÍA

1 Laurent, E. "Siete problemas de la lógica colectiva" en *Imaginario y lógica colectiva*. Ed. Eolia

2 Foucault, M. *El nacimiento de la Clínica*. Ed. Siglo XXI

3 Freud, S. "El malestar en la cultura". *Obras Completas T. XXI*. Ed. Amorrurtu

Nilda Estrella es miembro del equipo del Servei d'Assessorament a Residències (SAR) de la Fundació Nou Barris per a la Salut Mental.



FILOSOFIA I CONSTRUCCIÓ DE LA NORMALITAT CLÍNICA ⁽¹⁾

Angel Puyol González

La filosofia té l'obligació de preguntar-se pel significat de les paraules que ens importen, que donen contingut a la realitat. A la filosofia, li interessa saber què estem dient realment quan anomenem les coses. De vegades, pensarem que és la mateixa realitat la que omple de contingut les paraules que fem servir per descriure-la o explicar-la, però altres vegades veurem més clar que les paraules que parlen de la realitat pressuposen uns significats previs sense els quals la realitat descrita o explicada no ens podria parlar. Això també succeeix amb el llenguatge de la medicina. Tot llenguatge és normatiu,

expressa norma, no necessàriament en el sentit moral d'indicar-nos si la realitat que definim és bona o dolenta (quan utilitzem el terme *taula* no estem dient si és una bona taula o una taula dolenta o deficient), sinó en el sentit epistemològic de distingir el que entra dins el significat d'una realitat o un fet i el que en queda fora. En aquest sentit, el llenguatge de la medicina és especialment ric en crear significat, en crear norma; finalment en crear realitat.

Quan diem que una persona està malalta, no només estem descrivint un fet, sinó que també estem indicant què entenem per malaltia. La definició de malaltia, i conseqüentment de persona sana o normal, és en si mateix un exercici normatiu; distingeix el bon estat de salut de l'estat deficient. En ocasions es tracta d'una distinció merament epistemològica (quan establim una diferència entre vostè "no funciona correctament" i vostè "ja funciona correctament") i aleshores parlem de valors no morals, però de vegades té pretensions morals (per exemple, quan algunes persones associen la drogoaddicció a una falta moral o fins i tot a un delictes, o quan disculpem a algunes persones per les seves accions perquè són víctimes d'un "trastorn mental" del qual pressuposem que elles no són responsables). Per tant, la definició de malaltia no està exempta de valors (morals i no morals). La història de la medicina és plena d'exemples sobre la influència del context cultural i social en la definició de malaltia i de malaltia, i la psicologia i la psiquiatria encara més.

Però, anem per parts. Què significa exactament que el llenguatge mèdic crea realitat quan en principi la seva única pretensió és descriure les coses tal com són, o almenys tal com ens apareixen a nosaltres? O com pot ser que darrere de la descripció dels fenòmens físics o psíquics hi hagi valors (morals o no morals), atès que d'entrada estem acostumats a pensar que la medicina és una ciència; i la ciència, si alguna cosa la diferencia dels altres tipus de saber, és la seva voluntat d'aïllar els valors, d'allunyar els valors del seu discurs?

La tesi que diu que el coneixement científic no és un coneixement que es pugui desentendre del context social i cultural dins el qual es formula té ja una llarga tradició. L'obra de Thomas Kuhn sobre l'existència de paradigmes, que actuen com

a patrons o concepcions preteòriques del món i que donen significat a les teories científiques, és segurament la pionera i més coneguda de totes. Per a Kuhn, darrere de tota observació hi ha teories que ens permeten *observar* una part de la realitat i no una altra, que ens permeten seleccionar, dins la complexitat de la realitat, allò que més ens interessa, allò que millor respon a les nostres expectatives prèvies. El conjunt de teories que caracteritzen una mateixa manera d'observar, de seleccionar significats en la realitat, és el que ell anomena paradigma científic. Aplicat a la ciència de la psicologia, teories com la psicoanàlisi, el conductisme o la psicologia humanista representen paradigmes o estils de pensament que segueixen la seva pròpia lògica del discurs. És a dir, no intenten ser diferents respostes a un mateix problema o hipòtesi científica, sinó diferents concepcions del que resulta problemàtic o susceptible de convertir en hipòtesi científica. Després podem buscar nexes de comunicació entre els paradigmes científics, però encara ningú no ha pogut construir en la disciplina de la psicologia una teoria de teories, una teoria que sintetitzi tots els paradigmes existents.

La tesi dels paradigmes científics té els seus antecedents en autors tan rellevants com Marx o Durkheim i ha estat la principal font d'inspiració del que actualment es coneix com la sociologia del coneixement. La sociologia del coneixement afirma que el coneixement es construeix socialment, que no es pot separar del context històric i social en el qual veu la llum. La percepció, les idees o relacions entre les coses, la manera d'entendre el món, les preguntes que ens fem sobre ell, fins i tot les científiques, els tipus d'explicacions que volem quan ens interroguem pel món i per com funciona i com podem ajustar-lo a les nostres necessitats, tot això és una construcció social. Aquesta és la tesi que defensen Berger i Luckman en el seu ja famós llibre "La construcció social de la realitat". El coneixement que aporta la medicina o la psicologia no està exempta d'aquesta visió del coneixement.

La medicina crea realitat. Quan descriu, explica, avalua o classifica els estats físics i psicològics està creant significats, acomoda la realitat a les nostres necessitats, a les nostres expectatives sobre el món. Per això, les dificultats de les persones es consideren malalties, deformitats, anorma-

litats, patologies i no simples impediments o molèsties. Quan afirmem que un impediment és un problema mèdic estem pressuposant que s'ha produït un desviament respecte a un estat físic i psíquic ideal o normal. Però l'estat ideal o normalitat no és un fet més de la realitat, sinó que representa la projecció del que nosaltres considerem desitjable en un moment determinat. Aquest nosaltres pot ser cadascú de nosaltres de forma independent, el nostre entorn immediat o grup de referència, la nostra societat, la nostra cultura o la nostra època. La definició de l'estat ideal, de la norma que distingeix el bon estat de l'estat deficient, és una definició socialment construïda, una valoració social en la qual les nostres expectatives socials i teòriques, els nostres desigs, les nostres creences i els nostres valors tenen molt a dir.

Posem per exemple la masturbació. Tenim documentació mèdica que acredita que als segles XVII i XVIII ⁽¹⁾ la ciència mèdica més respectable de l'època estava convençuda que la masturbació era sense cap mena de dubte una malaltia que, entre els seus efectes, incloïa la mort de l'afectat. I aquest pronòstic no era una simple valoració moral sobre l'acte de la masturbació, sinó un fet empíricament observat i científicament contrastat per la millor ciència mèdica del moment sobre la base de les biòpsies realitzades als malalts. Cito de forma literal les observacions de l'època: "d resultat de l'autòpsia sobre un practican de la masturbació demostra que aquesta sembla haver actuat sobre el moll de l'ós de la mateixa manera que petites i repetides hemorràgies afecten el cervell, esgotant paulatinament la seva energia, fins que va sucumbir poc després de l'aplicació de l'esgotadora influència, probablement a través de la instrumentalitat d'un procés atrofiat prèviament induït, com evidència l'estat malalt dels petits receptacles"⁽²⁾. Per tal de vèncer la perillosa malaltia, els metges de l'època recomanaven com a tractament per a les dones que es masturbaven l'ablació del clítoris. Fins i tot es poden trobar descripcions dels procediments més eficaços per realitzar l'ablació, com ara el que proposa el Dr. Brown, que consisteix a situar la pacient completament sota els efectes del clorofom i extirpar-li el clítoris amb unes tisores o un ganivet. "Jo sempre prefereixo les tisores", afegeix el Dr. Brown. Es poden trobar historials mèdics perfectament detallats, amb tot el rigor científic de l'època, en què es demostra la correlació entre l'ablació del clítoris i la curació de la pacient, que sol

ingressar amb símptomes catalèptics com a fase central de la malaltia.

Un altre exemple típic, molt més actual, és l'homosexualitat. La història de la definició mèdica de l'homosexualitat és la història de la construcció social d'un fenomen mèdic, amb diferents graus de gravetat en funció dels valors socials i ètics que hi ha implicats en cada moment i per cada grup cultural i de creences, però amb arguments que habitualment tenen la pretensió de ser científics i, per la pròpia dinàmica del discurs científic, irrevocablement naturals. Així doncs, la ciència moderna de la psiquiatria (en concret la Associació Americana de Psiquiatria) ha catalogat l'homosexualitat al llarg dels anys de "perturbació de la personalitat sociopàtica", de mer "trastorn de la personalitat", de "disfunció psicossocial" i finalment de "trastorn sexual" sense més detalls. Actualment es considera un trastorn mental únicament si la persona es mostra incòmoda amb les seves inclinacions sexuals. Les diferències en les definicions no responen només al que podríem anomenar noves observacions científiques, sinó a canvis socials en les idees sobre la sexualitat, sobre el que significa la perversió moral i sobre el que es considera una conducta ideal o normal de l'organisme humà. Quan la psicologia i la psiquiatria seleccionen els fenòmens de la conducta i classifiquen els trastorns que se surten de la normalitat, hi estan abocant tot un món de valors i expectatives socials que volen veure reflectits en la definició de trastorn o malaltia.

La masturbació o l'homosexualitat són casos especialment rellevants per adonar-se de la càrrega de valors morals i culturals que s'hi barregen amb els judicis més rigorosament científics. Però també podem pensar en altres fenòmens mèdics. Per exemple, la febre o el dolor eren considerats malalties per dret propi fins al segle XVIII, i no simples símptomes, i en canvi determinades formes de depressió o de psicosis no han estat vistes com a veritables malalties fins fa molt poc. La descripció d'un fenomen físic o psíquic com a un problema mèdic està més influït pels judicis de valor del que habitualment creiem o estem disposats a acceptar.

Algú podria pensar, però, que efectivament darre d'un problema mèdic s'amaguen valors, però

també que, a diferència del que he dit fins ara, es tracta de valors que podríem anomenar naturals, és a dir, valors que es troben en la mateixa naturalesa i que se'ns apareixen com a guies o principis orientadors quan volem definir el que és normal i el que no ho és. La idea aquí és que la naturalesa té unes finalitats pròpies que serveixen per regular la normalitat i la patologia de les conductes. Per exemple, si admetem que la reproducció és la finalitat natural de la conducta sexual, aleshores tindrem un bon criteri per determinar si una conducta sexual és correcta o incorrecta. En general, els defensors de l'origen natural de la normalitat creuen que si descobrim quin és el nivell típic de funcionament de l'espècie, cosa que podem induir a partir de teories tan acceptades per la comunitat científica com l'evolucionisme, aleshores tindrem un bon criteri per saber què és la normalitat mèdica i què la patologia.

Però el criteri del valor natural té problemes que li resten credibilitat. Imaginem, per exemple, dos germans mentalment capacitats, estèrils i solters que amb una edat força avançada decideixen mantenir relacions sexuals entre ells. Podem considerar que es tracta d'un acte antinatural? Si ambdós ho consenten voluntàriament i ens atenem a una visió secular del món, no podem dir res en contra d'aquest comportament. Totes les condicions que posàvem per considerar com a antinatural una relació sexual que no tingués com a finalitat la procreació deixen de tenir sentit en aquest cas. Només una visió religiosa o ètica del món, que condemna aquest tipus de relacions com a perverses o immorals, es pot invocar per censurar com a insana la relació sexual dels dos individus de l'exemple.

En general, es poden fer dos tipus de crítiques a aquesta suposada ètica naturalista. En primer lloc, es pot mostrar que el que importa realment en les teories evolutives no és que un individu o una parella en particular aconseguixin reproduir-se, sinó, com assenyala Dawkins en el seu llibre *El gen egoista*, l'objectiu de l'evolució és maximitzar les probabilitats de reproducció dels gens. D'aquesta manera, si una persona es queda soltera i es dedica a cuidar els fills dels seus germans, pot contribuir a facilitar la màxima reproducció del grup i, conseqüentment, els gens que tots comparteixen sortiran guanyant. En segon lloc, algu-

nes teories evolucionistes expliquen que l'equilibri entre objectius oposats pot resultar una estratègia evolutiva molt eficaç. Per exemple, existeix una malaltia que afecta les dones embarassades anomenada anèmia drepanocítica que les protegeix contra la *malària falciparum*. Si la sang de la mare s'infecta i això té com a conseqüència la protecció del fetus contra una malaltia que podria ser letal per a ell, quin és aleshores l'estat típic i natural de la sang: la sang anèmica que protegeix el fetus o la sang sense anèmia que el posa en perill?

La qüestió és que, per saber si una alteració de l'organisme o de la conducta és o no un problema mèdic, ens hem de decidir per prioritzar o l'individu o l'espècie, i aquesta no és una elecció que resolgui la naturalesa, sinó que depèn dels nostres interessos i objectius. Si posem l'accent en protegir l'individu, cosa que respon millor a la nostra manera més habitual d'entendre els problemes de salut, aleshores l'anèmia drepanocítica l'hauréu de considerar una malaltia, però si ens preocupa més l'espècie que l'individu hauréu de pensar que l'anèmia descrita no és una malaltia, sinó un estat saludable gràcies al qual es maximitza la supervivència de l'espècie. L'evolució no està pendent del benestar, el plaer o la felicitat dels individus, però en canvi és això precisament el que ens preocupa quan acudim al metge. No visitem el metge perquè sospitem que ens estem sortint de la línia cega i automatitzada que marca l'evolució o els nostres gens, sinó perquè nosaltres, com a individus que patim i que intentem evitar el dolor, ens trobem malament. Esperem que el metge es centri en els nostres interessos i els nostres objectius, no en els interessos i objectius de l'espècie.

Un altre criteri dels anomenats naturals es basa en la freqüència estadística. Segons aquest criteri, la patologia es pot interpretar com una desviació de les mitjanes estadístiques dels estats físics i mentals. El problema d'aquest tipus de definicions és que el comportament de la majoria s'identifica amb el comportament saludable, cosa que pot resultar problemàtica en moltes ocasions. Per exemple, si la majoria de la població genera un comportament agressiu i repressiu contra una minoria que no és o no pensa com ells, resulta difícil, des d'aquest model o criteri, denunciar aquest comportament com a poc saludable. El

perill de discriminació a les minories és molt patent en aquest criteri.

També podem deduir la normalitat de la capacitat d'adaptació de l'individu a les circumstàncies del seu entorn. En psicologia, per exemple, podríem considerar que un malalt és aquella persona que ha perdut el sentit de la responsabilitat, l'autonomia i l'habilitat per a una correcta adaptació a la societat. Però a hores d'ara ja no se'ns pot escapar que la definició del que és una bona adaptació estarà sempre en estreta relació amb els valors de la societat sobre el que és un bon comportament i un mal comportament. Segons aquest criteri, alguns neuròtics poden ser uns individus perfectament adaptats, però en canvi les personalitats rebels o crítiques són més fàcilment detectables i avaluables com a inadaptats socials.

Encara podem considerar que el malalt mental és aquella persona que simplement ha perdut la capacitat racional, és a dir, que actua de forma incoherent o amb absència d'una adequada administració dels riscos i les conseqüències del seu comportament. No obstant això, aquest criteri de normalitat no pot explicar-nos per què algunes persones normals poden realitzar en ocasions actes irracionals o absurds. A més a més, algunes persones neuròtiques són capaces de seguir patrons de comportament carregats de coherència i fins i tot d'una aguda i sofisticada racionalitat i, en canvi, ningú no dubtaria que es tracta de persones malaltes. Pensi's per exemple en un assassí en sèrie o en un oficial de la Gestapo.

En conclusió, el que crec que cal ressaltar és que en la definició de salut i de malaltia, de normalitat i patologia intervenen expectatives culturals, un medi ambient específic i objectius i interessos individuals, en definitiva valors que són indestruïbles de la mateixa definició. Podem diferenciar entre valors no morals i valors morals. Els valors morals són els que ens indiquen si una persona és bona o dolenta quan actua com ho fa. En canvi, els valors no morals de la medicina són els valors que tenen a veure amb la concepció antropològica de la persona, el que creiem que han de ser les funcions bàsiques de l'ésser humà, l'ideal de bon estat de salut. Ideal que ens indica quin és el grau tolerable de dolor, el grau de capacitats físiques i mentals que considerem apropiades, la forma i

nivell de funció adequats de les diferents parts del cos i de la ment. En definitiva, definir la normalitat, la salut, és definir el que creiem que és valuós per al benestar humà.

A més a més, s'ha de pensar que els valors de la medicina apareixen no només en el contingut de la definició, sinó també *a posteriori*, en les conseqüències socials, polítiques i econòmiques de la malaltia. Quan es diu que algú està malalt, d'alguna manera s'està etiquetant aquesta persona. I de vegades aquest etiquetatge pot esdevenir estigmatització, marca social. Per exemple, el diagnòstic de la SIDA o d'una esquizofrènia a una persona implica no només la identificació d'una malaltia, amb la facilitació d'un posterior pronòstic i tractament. Implica també una valoració social que pot conduir a la marginació o la compassió, una valoració política que pot permetre al malalt beneficiar-se del dret a l'atenció sanitària, i una valoració econòmica que consisteix a introduir el pacient en el procés de distribució dels recursos sanitaris, recursos que cada dia són més escassos. Aquests valors *a posteriori* que són conseqüència de la definició de salut tampoc no els podem deixar de banda en l'anàlisi de la construcció social d'un problema mèdic. Per exemple, què succeiria si es considerés l'estrès o les frustracions vitals que tenen el seu origen en la nostra societat de consum com unes malalties greus que perjudiquen seriosament el nostre sentit de la normalitat mèdica? Segurament s'establirien indemnitzacions massives que trencarien l'actual sistema social. Aquesta conseqüència implantable representa, doncs, un gran incentiu per evitar que aquestes circumstàncies es considerin malalties. I això succeeix en la mateixa societat que creu que la calçada del cabell i la impotència masculines als vuitanta anys podrien ser una malaltia. I, si no, al temps ¹¹.

(11) Ponència presentada al Col·legi Oficial Psicòlegs Catalunya IX Jornades: "La clínica infanto juvenil i els seus límits. Norma, normalitat i patologia"



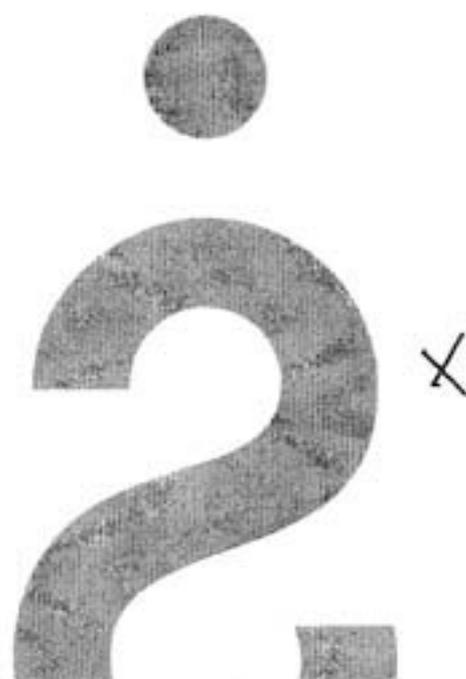
NOTES

1 Isaac Baker Brown, *On the Curability of Certain Forms of Insanity, Epilepsy, Catalepsy and Hysteria in Females*, citat a T. Engelhardt, *Los fundamentos de la bioètica*, Paidós, Barcelona, 1995.

2 James Russell, "Cases Illustrating the Influence of Exhaustions on the Spinal Cord in Inducing Paraplegia", *Medical Times and Gazette*, Londres 2, 1863, p. 456.

3 Per a un estudi que relaciona la concepció ètica de la salut i la malaltia amb les seves conseqüències socials, polítiques i econòmiques, veure el meu llibre *Justícia i salut*, Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, 1999.

Angel Puyol es Filòsof, Professor UAB.



Normalitat i anormalitat en psicopatologia. El problema del símptoma com a valor per al diagnòstic. ⁽¹⁾

Josep Moya i Ollé

I. Malalties, trastorns, conductes anòmales

El final del segle XX, segle de barbàrie, com ha estat qualificat per G. Jackson, s'ha caracteritzat, entre d'altres elements, per un conjunt d'avenços tecnològics que esdevenen a un ritme trepidant. La ciència, juntament amb l'economia, ha passat a ocupar un lloc primordial en el discurs social, fins al punt que qualsevol problema ha de ser abordat científicament si es pretén ésser rigorós i precís. En aquest context, la psiquiatria, com a disciplina mèdica, intenta treure profit de tot allò que la "ciència" li pot aportar. És així com l'anomenada psiquiatria biològica incorpora un llenguatge que, d'antuvi, no es diferencia del que podem trobar en qualsevol altra disciplina. D'aquesta manera, un text o manual de PB

(psiquiatria biològica) té la mateixa configuració que un manual de bioquímica, de farmacologia, o de biologia molecular. És més, qualsevol comunicació que es presenti en un congrés ha de tenir el corresponent suport d'imatge per tal de poder exposar taules, gràfiques, histogrames, esquemes de receptors i neurotransmissors, etc. Ja no és possible concebre una comunicació si no es disposa, per exemple, d'aparell de transparències o projector de diapositives: "Posi'm la primera, si us plau". Tot plegat per donar l'aparença que allò que es diu és científic, és a dir, que està concebut en un llenguatge ben fet, segons l'aforisme de Condillac. A partir de l'esmentat suport, el ponent escometa la tasca i inicia el seu discurs en el qual inclourà, molt probablement, termes com "malaltia mental", "trastorn mental", "la malaltia esquizofrènica", "la malaltia depressiva", amb les seves corresponents bases genètiques amb les quals serà possible "explicar" la naturalesa del procés. Ara bé, si defugim de la fascinació de les imatges, cosa per altra banda bastant difícil, és a dir, si som capaços de defugir de la posició d'homo videns, i fem una lectura "científica" del tema aviat ens adonarem que ens han donat gat per llebre, que allò que era pretesament rigorós no és res més que això, una pretensió ja que, diguem-ho ja, la malaltia mental està per definir, com també ho està el concepte de trastorn mental. Dit d'una altra manera, operem amb conceptes difusos, imprecisos, respecte als quals els més honestos han d'admetre que estem com al principi, com fa cent anys. El que ha succeït és que el que ha estat fruit d'uns acords internacionals (DSM III-R, DSM IV, CIE-10) s'ha convertit en instrument que legitima pràctiques assistencials i decisions polítiques; ja saben, ara la prioritat assistencial és l'anorèxia mental. Però fem una mica d'història.

A) Apunts històrics sobre la malaltia mental

En un excel·lent treball, Rojo (1997) ens recorda que les primeres descripcions de les malalties mentals es troben en el papir d'Ebers, tot i que Menniger cita com a primera referència el deteriorament senil del príncep Ptah-hotep, de l'any 3000 abans de Crist. És clar, no obstant, que un abordatge més seriós del tema el varen iniciar els grecs, que consideraven que les malalties mentals eren la conseqüència de les alteracions corporals, concretament del líquids humorals. L'antecedent de la definició de malaltia mental el trobem en el

segle VI, en un autor, Aecio de Amida, el qual en la seva obra *Tetrabiblon* va distingir tres classes de frenitis: les que afectaven la memòria, les que afectaven la raó i les que afectaven la imaginació. Posteriorment es produeix un període d'obscurantisme que es correspon amb les teories sobrenaturals o màgiques. Cal esperar el Renaixement per defugir l'espiritisme i vincular les malalties mentals amb la resta de malalties somàtiques. Correspon a Willis i Sydenham la introducció del terme de malaltia mental amb la qual cosa s'inicien els esforços per dur a terme una classificació en un domini separat de la resta de malalties corporals. Cal esmentar, en aquest aspecte, la introducció del terme "neurosi", degut a Cullen (1785), com a sinònim de trastorn localitzat en el sistema nerviós i consistent en un trastorn funcional sense lesió sensible de les seves estructures. Un segle després, el segle XIX, té lloc la incorporació de la psiquiatria al model de la medicina somàtica. Això pressuposava que les malalties mentals eren malalties cerebrals, primàriament o secundàriament. Griesinger (1857) va arribar a afirmar que les malalties mentals eren malalties del cervell. D'aquesta manera, les malalties psíquiques es reconeixien pels seus símptomes i que aquests serien psíquics en les seves manifestacions però físics per la seva naturalesa. En aquest marc arribem a la figura de Kraepelin. Aquest va plantejar la següent formulació: en psiquiatria hi ha entitats nosològiques; per a la seva delimitació s'ha de partir d'aquest postulat: a cada factor etiològic ha de correspondre un quadre clínic peculiar, un curs determinat, un final comú i una anatomia patològica precisa. Com adverteix Castilla del Pino (1991).

Això semblaria donar-se en entitats com la malaltia de Pick, la corea de Huntington, la malaltia d'Alzheimer o la paràlisi general progressiva. Tanmateix, hem de dir que això no és així, en absolut. La simptomatologia psíquica d'aquestes entitats és variable i de cap manera es pot establir una correspondència entre lesions cerebrals i símptomes psicològics.

B) Actualitat de la malaltia mental

Des de llavors els intents per definir la malaltia mental han estat infructuosos i és així com Rojo (1997) ens adverteix que la definició del concepte de malaltia mental és un problema per resoldre.

Aquest autor afegeix que definir si quelcom és una malaltia o no, on ha d'estar i si hi ha o no contínuïtat amb la normalitat són coses per decidir. Normalitat o anormalitat, salut mental versus malaltia mental, són qüestions sobre les quals les acotacions no estan definides. Això ha portat al fet que cap sistema classificatori actual hagi arribat a definir completament la malaltia mental. Si consultem el DSM III-R o el DSM IV ens trobarem que ni tan sols existeix una definició satisfactòria que especifiqui els límits precisos del concepte de trastorn mental.

Això pel que fa a les definicions. Pel que fa a les classificacions actuals comprovarem el següent: la major part de les classificacions es regeixen per un conglomerat de causa, patologia, curs i patró clínic. Com també ens assenyala Rojo (1997), la psiquiatria es troba amb una nosografia multiteòrica que, curiosament, ha impulsat la creació de sistemes teòricament basats en la a-teoria. En aquest sentit, el DSM IV i la CIE-10 són sistemes que de poc es diferencien dels models nosogràfics primitius. Hem d'advertir, per acabar aquest apartat, que moltes de les decisions que apareixen en els DSM (III, III-R i IV) són el fruit de pactes i de consens polítics i que això, no cal dir-ho, dóna lloc a un problema epistemològic molt greu. Sorpren, doncs, l'alegria amb la qual alguns es dediquen a fer recerca i a publicar treballs usant com a arma -letal- allò que consta en el manual, com si d'una veritat incontestable es tractés. Sorpren que es facin afirmacions segons les quals ja tenim la solució a la pregunta sobre la causa de l'esquizofrènia o de l'autisme quan resulta que ni tan sols és clar què entenem per aquests termes. Meravella de tots les meravelles aquella que consisteix a resoldre un problema abans d'haver-lo definit. I diuen que això és científic?

2. El símptoma en psicopatologia

Si bé és cert que la psiquiatria biològica intenta trobar indicadors que permetin establir les bases per una classificació unívoca no és menys cert que això constitueix encara un desideràtum, circumstància que, de produir-se, significaria la fi de la psiquiatria per a passar a ser un capítol de la neurologia. Tanmateix, a l'actualitat, les classificacions es basen en l'exploració psicopatològica i, en concret, en la descripció i ordenació dels diversos símptomes. Això ens porta a haver de consi-

derar el concepte de símptoma així com tractar d'esbrinar la seva naturalesa. I és aquí on ens tornem a trobar amb sorpreses. En efecte, són pocs els estudis i les publicacions en els quals s'abordi aquesta qüestió. Sembla que tothom dona per resolt el problema: és clar el que és un símptoma, és clar com es produeix i és clara la seva expressió. Tanmateix, res és així. Sabem encara molt poc sobre els símptomes, sobre la seva agrupació, sobre quin és el seu valor en funció del context en el que es desenvolupen. En realitat, ens trobem en la més absoluta ignorància. No obstant això, cal assenyalar algunes excepcions. La primera es refereix a la teoria del símptoma de Castilla del Pino (1978-80). La segona es refereix als treballs de G. Berrios (1995). Per raons de temps no em serà possible abordar les dues teories. Em centraré en la segona.

La teoria dels símptomes mentals de G. Berrios

Es tracta d'una teoria que es troba encara en fase d'elaboració. Tanmateix, és possible presentar alguns dels punts més rellevants d'aquesta teoria amb l'objectiu de donar compte de la complexitat del problema així com d'un intent de resposta.

Berrios planteja que els símptomes són indicadors d'algun tipus de canvi estructural subjacent, ara bé, sovint, adverteix Berrios, els investigadors tracten els símptomes mentals com si fossin objectius; tanmateix, això no és així. No és possible establir correspondències entre símptomes mentals i canvis cerebrals. Els símptomes mèdics i els mentals no són isomòrfics.

Per a Berrios, en l'origen dels símptomes hem de considerar els senyals, entenent per senyal tot objecte material (A) la percepció del qual ens informa sobre un altre objecte (x), sigui aquest material o conceptual (Tusón, 1984). Alguns símptomes (no tots) s'originen a partir de senyals neurobiològics que parteixen de diversos locus cerebrals. Penetren en la consciència i donen lloc a una experiència amorfa que ell denomina Sopa primordial. Aquest material que Berrios col·loca en un nivell precognitiu, es troba en un estat rudimentari. Vol això expressar que és un material no processat, no conceptualitzat. Amb el temps això pot donar lloc a un concepte a partir de processos de reconeixement i de construcció. Alhora, això pot esdevenir o no en un acte de parla, el qual pot

ser interpretat per l'interlocutor (el clínic) com un símptoma. Hi ha altres tipus de símptomes que no arriben a penetrar en la barrera de la consciència del pacient, és el cas, per exemple, dels neologismes. En aquests casos és el clínic qui atorga al senyal el caràcter de símptoma. Berrios adverteix que no hi ha una correspondència exacta entre símptomes i senyals podent-se donar que un mateix senyal doni lloc a diversos símptomes i, a la inversa, que diversos senyals donin lloc a un sol símptoma.

Berrios ha indicat que en la formació dels símptomes mentals intervenen diverses variables. Són les següents:

- La naturalesa i intensitat del senyal neurobiològic
- La durada de la SP experimentada
- La novetat de la SP, és a dir, si es pot relacionar amb experiències prèvies del subjecte
- L'estat de consciència del subjecte
- El marc cognitiu i emocional en el qual la SP és percebuda
- La capacitat per anomenar i classificar experiències subjectives
- El context cultural i pragmàtic
- La capacitat individual i el desig d'analitzar l'esmentada experiència

Arribem així a un dels punts més nous de la teoria de Berrios. Aquest autor assenyala que els símptomes mentals són senyals de comportament elaborats pels pacients i reelaborats pels psiquiatres i psicopatòlegs en el context de l'encontre clínic. Dit d'una altra manera, la formació del símptoma no és aliena al context pragmàtic en el qual es presenta: interlocutor (psiquiatre / psicòleg) i context fan que el pacient construeixi un símptoma diferent i refereixi un acte de parla diferent.^{11,2}

Un altre punt a considerar és el referent a l'estructura dels símptomes mentals. Berrios va plantejar l'existència de cinc metaconceptes mitjançant els quals és possible determinar les diferències entre els símptomes. Són els següents:

- **Multidimensionalitat**, és a dir, que els símptomes tenen múltiples dimensions: específiques, generals i compostes.
- **Estructura jeràrquica dels símptomes**: els símptomes tenen una estructura jeràrquica, s'organitzen en forma de capes o estrats superposats.

Això implica que a mesura que la definició d'un símptoma va de baix a dalt guanya en complexitat, el camp semàntic és més ampli. Tanmateix, això té una conseqüència: és menys fiable i menys sensible.

• **Integritat dels símptomes:** els símptomes poden ser complets o incomplets. Són incomplets quan requereixen claus externes per al seu reconeixement, és a dir, que es fa necessari recórrer al context constituït per la resta de símptomes per poder-los identificar.

• **Especificitat dels símptomes:** es refereix al grau en què un símptoma és o no característic d'una malaltia.

• **València dels símptomes:** es refereix al caràcter positiu o negatiu. Es considera positiu quan es tracta d'una exageració d'una funció o bé quan es tracta de quelcom que no es troba present en el sa. Es considera negatiu quan es tracta d'un dèficit o bé de l'absència d'una funció.

• **Heterogeneïtat dels símptomes:** fa referència a la naturalesa inevitablement heterogènia dels símptomes. Això ve determinat per l'existència de diversos factors tant pel que fa a les diverses vies de producció com pel que fa als elements cognitius i pragmàtics. És obvi que aquesta heterogeneïtat suposa un problema ja que afecta diverses propietats com són la fiabilitat i la validesa.

Per concloure aquest apartat, el model de Berrios suposa una important novetat en el camp de la psicopatologia tant pel que fa a les seves aportacions com per l'indiscutible esperit crític que l'anima. A partir de la seva lectura no és legítim seguir adoptant posicions segons les quals podem basar la nostra assistència (i la recerca) amb pressuposits simples, que no tenen res a veure amb la realitat. No és defensable seguir mantenint discursos segons els quals és possible agrupar qualsevol cosa i atorgar al conjunt un nom amb la pretensió que tenim una entitat nosològica.

3. La depressió. Un cas d'ambigüitat nosològica

No hi ha cap dubte que l'actualitat de l'assistència en salut mental es troba marcada per aquests dos significants: depressió i esquizofrènia. El primer s'ha convertit en un dels significants. Amo fins al punt d'impregnar l'univers del discurs social. En efecte, tothom en parla, tothom en fa referència. Els pacients es presenten als centres ambulatoris identificant-se com a "depressius". Ja no hi ha lloc

per a la tristesa, l'individu de la postmodernitat no està trist sinó deprimat. En aquest fenomen hi ha subjacent un fet: el desplaçament de la paraula per deixar pas als afectes. Ara el que interessa no és la paraula, allò que el subjecte pugui dir, ara el que interessa és l'humor del pacient. Els trastorns de l'estat d'ànim ocupen un lloc primordial en el vast conjunt del DSM IV. Aquests es defineixen com aquells en els quals la característica principal és una alteració de l'humor. Com adverteix D. Wintrebert (1997), la paraula clau és humor i no trobarem cap referència a alegria, melangia, tristesa, etc. Però això no és el més greu sinó el fet d'establir un continu que va del dol més lleuger fins a l'estupor més incapacitant. La gravetat de l'episodi es determina mitjançant dos factors: nombre de criteris rellevants i la temporalitat. Com també ens adverteix Wintrebert, la conseqüència "comercial" és immediata ja que es tracta més o menys del mateix, els medicaments poden ésser els mateixos. Cal anar, doncs, molt amb compte: si vostè es troba trist per una pèrdua x, la que sigui (treball, ésser estimat o, simplement, un animalet de companyia) i la tristesa li dura més de dues setmanes alhora que això li suposa algunes conseqüències sobre la seva quotidianitat, probablement pateix un episodi depressiu major. Ara bé, sabem que també comptem amb altres categories: trastorn adaptatiu depressiu, distímia, depressió major amb símptomes psicòtics, etc. Però, com va assenyalar van Pragg en la seva intervenció en el Symposium de Madrid (1997), els límits entre la distímia i la depressió major no són clars, no hi ha una clara acotació dels criteris de distímia i els de DM. Sovint no resulta senzill decidir-se sobre un o altre.

De fet, el problema de les "depressions" posa sobre la taula d'una manera dramàtica la qüestió del límit entre salut mental i malaltia mental. Probablement, avui més que mai es corre el perill de psiquiatritzar qualsevol modalitat de malestar psíquic amb el subtil i pervers pretext d'evitar patiments innecessaris. Ara bé, s'oblida que l'anestèsia no cura mai, tan sols evita el dolor i això en un curt període de temps: mentre dura l'efecte del fàrmac. Per tant, podríem dir que el dolor/malestar és la condició primera per la qual l'individu enfronta el seu problema de forma responsable. La diferència entre estar trist i tenir una depressió és fonamentalment ètica. En el primer cas el subjecte es pot fer càrrec del que li passa. En el segon es pro-

dueix un discurs que podríem formular, seguint Benetti (1997) així:

| | |
|------------------------|--------------|
| Saber llest per a l'ús | Pacient |
| Psicofàrmac | Cos biològic |
| S2 _____ | a |

Fórmula que podria representar el matema de l'acte psiquiàtric convencional

Els efectes que comporta una praxis basada en aquest matema són clars: no hi ha lloc per a la paraula, per considerar la singularitat del cas, per penetrar en els seus orígens. Tant és que es tracti d'una depressió neuròtica com si és psicòtica. D'altra banda, no interessen, en aquest esquema, els esdeveniments determinants del malestar de l'individu, allò que posa en marxa el patiment "depressiu". L'únic que interessa és l'humor, l'estat afectiu de l'individu deprimat, quelcom mesurable – en la corresponent escala "objectiva" – per tal d'establir la corresponent efectivitat del fàrmac en qüestió, com si la quantificació del símptoma fos independent d'aquell que la realitza.

Per concloure, la psiquiatria actual es troba davant d'un carrer sense sortida –encara que no ho admeti-, obsessionada en la construcció de models que correlacionin alteracions biològiques amb quadres simptomatològics: a tal alteració en tal neurotransmissor li correspon tal alteració clínica. Tanmateix, aquesta manera de procedir està portant la psiquiatria a un galimaties de receptors, neurotransmissors, neuromoduladors, etc., fins al punt que aviat ja no sabrà què fer-ne. Una autèntica sopa de lletres, com afirmava fa un temps un psiquiatre decebut pels resultats obtinguts. Es fa necessari construir una teoria del símptoma que incorpori els diversos elements implicats en la seva formació així com els factors inherents a la trobada particular entre el pacient i el professional de la salut mental. No és possible seguir establint classificacions de trastorns mentals que per la seva a-teoria esdevenen completament inútils i, en conseqüència, s'han de modificar cada quatre o cinc anys. I, sobre tot, no s'ha d'oblidar que hi ha un subjecte en cada malalt.

(1) Ponència presentada al Col·legi Oficial Psicòlegs de Catalunya. IX Jornades: "La clínica infanto juvenil i els seus límits: Norma, normalitat i patologia"

NOTES

1 La teoria dels actes de parla sosté que en enunciar oracions també es fan coses. Austin va aïllar tres tipus d'actes que s'executen simultàniament: a) acte locucionari: l'enunciació d'una oració amb un sentit i referència determinats; b) acte ilocucionari: el que, en enunciar una oració, fa una declaració, una oferta, una promesa, etc., en virtut de la força convencional amb ell associada; c) acte perlocucionari: el fet d'oferir efectes en l'audiència mitjançant l'enunciació d'una oració (Levinson, 1989).

2 Des de la psicoanàlisi se sosté que el diagnòstic s'estableix en el marc de la transferència. Això suposa que en el diagnòstic intervé també el propi analista. Joël Dor (1987) va assenyalar que la investigació diagnòstica exigeix instal·lar-se en un més enllà del símptoma, en aquest espai intersubjectiu en el qual Freud postulava la comunicació d'inconscient a inconscient. Vegeu J. Dor, *Estructura y perversiones*, Barcelona, Gedisa, 1988

BIBLIOGRAFIA

- Tusón, J. *Lingüística*. Ed. Barcanova. Barcelona. 1984. P. 17
- Berrios, G.E.; Markova I.S. i Olivares, J.M. Retorno a los síntomas mentales: hacia una nueva metateoría. *Psiquiatría biológica*, 2, 1995. P. 51-62
- Benetti, A. DSM IV. El McDonald's de la psiquiatria. A *La depresión y el reverso de la psiquiatria*. Ed. EOLIA-Paidós. Barcelona 1997. P. 63-69
- Castilla del Pino, C. "Crítica a la razón psicopatológica". A: *Aspectos cognitivos de la esquizofrenia*. Ed. Trotta. Madrid 1991. p. 11-33
- Rojo, J.E. "Estructuración del conocimiento en psiquiatria". A: *Update. Psiquiatria*. Ed. Masson. Barcelona 1997. p. 3-23
- Wintrebert, D. "Taxinomias modernas de la depresión". A: *La depresión y el reverso de la psiquiatria*. Ed. EOLIA-Paidós. Barcelona 1997. p. 71-77
- Castilla del Pino, C. *Introducción a la psiquiatria. Problemas generales*. *Psico(pato)logía*. Ed. Alianza. Madrid 1978. p. 77-86
- Castilla del Pino, C. *Introducción a la psiquiatria. Psiquiatria general*. Ed. Alianza. Madrid 1980. p. 15-51
- Josep Moya** es Psiquiatra. Director Servei de Salut Mental, Hospital de Sabadell.



"LA CLÍNICA INFANTOJUVENIL I ELS SEUS LÍMITS: Norma, normalitat i patologia"

Sabel Gabaldon i Francesc Vilà¹⁾

Am badalits per la fi del mil·lenni o arrossegats pel tarannà de la ciència i els encants hipnotitzadors de la societat de la informació els professionals de la salut mental ens trobem consternats. Tenim un sentiment contradictori propi de l'ànim histèric.

La nostàlgia fa reviure els bells temps de la rebel·lió contra el *pare-sistema* i la ràbia descobreix l'especialista despulat de vells atributs atorgats en l'*ancien régime*, abans de la *generalització de la democràcia*. Com diria Freud, "el malestar és en la cultura i és el nostre també"¹⁾; en la cultura del nostre

temps i en la cultura de la salut mental. No deixa de encarar-nos i preguntar sobre la raó de la nostra acció i sobre quin objecte.

Fa somriure recordar com el 1910 Freud²⁾ ens parla de l'efecte general del nostre treball. Parla del bé per a la comunitat, bé reeixit en què els símptomes de les persones no s'ocultin; de convertir la comunicació del secret que nua pulsio i societat en un saber comú i prudent: "...su exagerada ternura angustiada, destinada a encubrir el odio; su agorafobia, que delata su ambición defraudada; sus actos obsesivos, que representan reproches y medidas de seguridad contra sus propósitos malignos... Pero no debemos olvidar que tampoco es posible situarnos ante la vida como fanáticos higienistas o terapéutas. Hemos de confesarnos que esta profilaxis ideal de las enfermedades neuróticas no puede ser beneficiosa para todos. Muchos de los que hoy se refugian en la enfermedad no resistirían el conflicto en las condiciones por nosotros supuestas; sucumbirían rápidamente o causarían algun grave daño, cosas ambas más nocivas que su propia enfermedad neurótica". La salut d'una comunitat, el seu *afecto societatis digna*, descansa en la confiança en aquesta paradoxa.

L'etimologia ens ajuda a situar la *norma*³⁾ en el sentit llatí que produeix l'instrument d'arquitectura denominat *esquadra*. La norma és la *raó de l'angle* funcionalment més avantatjós per articular dos plans en una construcció i no una posició ideal fixa de la casa respecte al sol.

En la història del pensament a Occident la *figura de retòrica* sobre la norma genera la *regla*, el *model*, el *cànon* o l'*exemple*.

L'arqueologia del saber en la clínica⁴⁾ ens ensenya que en l'època del *alienista* la norma era la raó il·lustrada. En la *psiquiatria clàssica* la raó era d'ordre biosocial. En l'*higiene mental*, la salut com un bé conquerit.

La psicoanàlisi travessa les èpoques com un instrument eficaç de diàleg entre l'universal de la norma i el particular de la seva encarnació⁵⁾.

Però, en l'època de la *salut mental*, on s'ha d'anar a trobar la norma? En la equalització o en l'articulació?

Si ens decanem per l'*equalització* tenim l'*estàndard*

de l'adaptació al lema ètic del moment: *que tot, en nom de la ciència, funcioni*. La cosa marxa en l'eròtica de l'individu xuclat pels nous gaudis que ofereix la tècnica i orientat no ja pels vells ideals del segle XX sinó per la desconfiança en la Història i en el Pensament. Gaia ha engendrat nous mites, ara diuen que sota l'espècie d'allò virtual i instantani.

Els estils de vida —expressió edulcorada de l'època postmoderna i gens sospitosa— acceptables, se suporten en el consum d'objectes, en lloc dels ideals sublimatoris, que en la seva renovació fan suportable l'espera de l'anorreament.

Si ens decanem per l'articulació, podem dir: de què? Pot ser l'articulació entre l'estat de dret i de benestar (universal) i el règim pulsional (particular). L'especialista té el concepte de *síntoma* amb què col·labora a l'operació dialèctica d'argumentació.

El *síntoma* és una construcció de compromís i de vida entre l'universal de dret de la humanitat i la particular embranzida constant vers la satisfacció de la pulsio en un humà. Tenir *síntomes* és normal. La desviació subjectiva està en si van en el sentit de la vida o no.

En la direcció de la cura el problema ètic està, no a igualitzar, sinó a saber què fer amb el síntoma.

L'afegit actual està que els tractaments —psicofarmacològics o psicoterapèutics— s'han d'explicar en la seva relació amb el *síntoma* segons acord en els comitès d'ètica que asseguren l'autoritat social.

El *patís* testimonia la falta d'articulació. La pulsio no s'empalma amb allò social, hi ha sofriment, inhibició i culpa o la societat té dret enfront la impulsio, l'abús, els foscos déus del sacrifici i la mort...

Patiment a pur perjudici i trastorn de la personalitat o de la conducta són testimoni de la tensió per manca d'articulació.

Els nostres dispositius —les nostres esquadres d'especialistes, són centres artesanals d'elaboració de *síntomes* amb *trade mark* d'època? Normalitzant? Són quelcom més? Es pot esperar

una altra cosa més enllà de la normalitat? I la felicitat promesa? Respostes a esperar en la Jornada de Treball.

(I) *Responsables de la redacció del document IX Jornades del Col·legi oficial Psicòlegs de Catalunya: 16 d'abril de 1999*

NOTES

1. Freud, S. "El malestar en la cultura". O.C. Ed. Biblioteca Nueva.

2. Freud, S. "El porvenir de la terapia psicoanalítica". O.C. Ed. Biblioteca nueva

3. Bergeret, J. *Lo normal y lo patológico*. Ed. Gedisa 1980

4. Foucault, M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Ed. Siglo XXI. 1966

5. Bercherie, P. *Geographie du cahmp psychanalytique*. Editeur. Navarin. 1988.

Sabel Gabaldón. Psiquiatra. Hospital de Sant Joan de Deu.

Francesc Vilà. Psicòleg clínic, Psicoanalista, Centre de Dia per Adolescents. Institució Balmes.



PROGRAMA DE PREVENCIÓ I ASSISTÈNCIA A MENORS amb un entorn vinculat a les addiccions⁽¹⁾

Roser Casalprim

La meua intervenció se centrarà en la descripció del marc general del programa de prevenció i assistència a menors amb un entorn vinculat a les addiccions, emfatitzant els punts següents:

a) Antecedents del programa: quins aspectes, quines dificultats a nivell clínic i assistencial ens van impulsar a dissenyar aquest programa, en definitiva per què el vam dissenyar?

b) Objectius (d'acord al Pla de Salut). No tractaré ni el desenvolupament de les activitats ni el funcionament si bé són qüestions que també cal considerar a l'hora de dissenyar un programa.

Abans d'entrar més precisament als punts que acabo d'esmentar primerament convé ressaltar que es tracta d'un programa que es va iniciar l'any 96, primer com un projecte elaborat en part a partir de la informació adquirida pel CSMIJ de Nou Barris en tant que dispositiu assistencial i clínic. Aviat, el projecte el vam poder transformar en un programa que, durant un any, va estar subvencionat pel Pla Municipal de Drogues de l'Ajuntament de Barcelona i per la Diputació de Barcelona i en el moment actual és ja un programa específic del CSMIJ reconegut, doncs, pel Servei Català de la Salut i el Pla de Drogues de Barcelona.

El grup de població al qual va adreçat és el que es defineix com el de nens/adolescents amb algun familiar directe consumidor / addicte a la droga, que pateix trastorns mentals o amb risc de patir-los (essent quasi sempre present una important problemàtica social sobre afegida). El programa té la prioritat i s'organitza al voltant d'una doble **versant preventiva i assistencial** que desemboca necessàriament en les funcions de **detecció a**

temps, és a dir, detecció i atenció a les situacions de risc a la infància i potenciar (la prevenció entesa com) detecció de la psicopatologia a la infància. Es tracta, doncs, d'un programa que s'inscriu i és coherent amb els objectius operacionals i les intervencions establertes pel Pla de Salut de la Regió Sanitària de Barcelona pel que fa a la detecció i atenció de les situacions de risc a la infància, la qual cosa implica des del camp de la Salut Mental "potenciar la prevenció de la psicopatologia en la infància" i "millorar la coordinació entre els diferents àmbits i nivells assistencials" i per tal de fer-ho possible.

a) Per què, doncs, vam dissenyar aquest programa? Com un intent de millorar la qualitat assistencial, és a dir, procurar el suport i l'assistència necessària d'un grup de la població infantil i juvenil que atenem (de moment és al voltant d'un 7% del total de demandes), ja que els casos amb aquest tipus de problemàtica familiar solen presentar unes constants quant al perfil clínic i assistencial que fan difícil el seu abordatge.

D'entrada, des del CSMIJ vam detectar ja fa uns anys una problemàtica creixent pel que fa a les demandes d'atenció de menors en el nucli familiar dels quals (ja sigui el nucli més directe o la família extensa) hi ha algun membre que presenta problemes en el camp de l'addicció.

En aquests casos, els símptomes són llegits (llegibles) en tant que resposta a una altra situació, molt més patògena en ella mateixa i que és dels efectes que comporta l'addicció d'un familiar a la droga. En general, es tracta també de casos que presenten moltes dificultats pel que fa a la continuïtat assistencial: és freqüent la discontinuïtat en les convocatòries, absentismes aparentment injustificats, dispersió familiar, o a vegades un increment del "consum" assistencial indefinit. Si bé aquestes dificultats són llegibles, també, en el sentit que esmentàvem abans (com efecte que comporta l'addicció d'un familiar a la droga), el fet es que es configura un "grup assistencial" definit per la dificultat d'usar adequadament l'ordenament inevitable i necessari de l'assistència, la qual cosa feia que fossin casos que majoritàriament "es perdien" quedant, doncs, exclosos d'una possible atenció en Salut Mental. Com possibilitar doncs, la continuïtat assistencial?

En l'anàlisi de les demandes vàrem observar que moltes vegades no es coneixia el context familiar d'addicció fins després d'un temps d'atenció del cas al servei, ja que la problemàtica de les addiccions és amagada o no explicitada (tant pel que fa al professional com al menor) per la família o qui s'ocupa del nen. Això comportava i comporta un problema pel que fa al maneig terapèutic del cas.

De les primeres dades assistencials que vam extreure (ja a l'any 95) de la població atesa amb aquesta problemàtica tant pel que fa als motius de consulta, allunyats del problema familiar, com a la procedència (majoritàriament de Pediatria o metges de capçalera), ens va semblar que no hi havia una bona detecció dels menors que podien estar patint la situació esmentada. Per tal de verificar-ho es va començar a establir un seguit de reunions amb els centres de SSAP del sector, el CAS etc. a fi de conèixer el nivell de detecció o coneixement dels menors implicats en els serveis de primària del districte. A partir d'aquests contactes vam poder verificar que només arribava al Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil de Nou Barris una petita part dels casos, i que, a vegades, a alguns d'aquests serveis també els era difícil la seva detecció la qual cosa ens influïa també en que ens arribessin els casos quan la problemàtica és més greu i complicada i/o amb problemàtica social del propi menor adolescent.

D'altra banda, és important fer notar que la majoria d'estudis i intervencions dels diversos dispositius socials i/o sanitaris es centren en el subjecte addicte i és rellevant el fet que gairebé no hi ha informació de les repercussions en l'entorn familiar i en concret en ells fills i/o menors vinculats. No obstant, el treball de camp quotidià des del CSMIJ permetia establir l'existència de diverses problemàtiques, no només psicopatològiques, sinó també expressades en altres àmbits: escolar, social, de salut, etc.- no necessàriament retallades com manifestacions de psicopatologia o trastorn mental - amb repercussions poc estudiades pels menors amb un entorn vinculat a les addiccions.

Quant a l'expressió simptomàtica de la problemàtica d'aquests menors hem constatat que sol manifestar-se de manera camuflada en diversos camps: social, familiar, escolar etc., fonamentalment sota la forma de trastorns de conducta (37%

dels casos), inhibició intel·lectual (20% dels casos), problemes relacionats amb la situació socio-familiar (12%), enuresi (16%), trastorns del son, depressions, hipercinèsia (7%) i sovint es posen en marxa (o no) diverses intervencions des dels diferents àmbits esmentats (a vegades sense que arribi a un dispositiu de SM) en les quals es produeix a vegades -no sempre- una tendència al fracàs, la impotència o al manteniment irremediable malgrat la intervenció del que es pretén pal·liar o modificar.

Com ja hem dit abans, és excepcional que el motiu de consulta sigui el que motiva aquest programa: habitualment es descobreix al cap d'un cert temps i es fa especialment palès en les consultes per les edats de fins a l'adolescència o pre adolescència i creiem que cal prendre-ho a càrrec per tal com és un indicador (més o menys greu: a vegades molt) del malestar actual en el nen en un temps en el que es pot jugar molt del seu destí futur. Des del punt de vista psicopatològic, ens trobem d'una banda amb entitats psicopatològiques greus (tant pel que fa a la neurosi com a la psicosi), i d'altra banda, també, amb que, sovint, la problemàtica del menor és reactiva a la situació familiar. Per tant, si bé es tracta de casos que, majoritàriament, poden ser abordats des d'un ambulatori, també cal dir que el pronòstic d'estabilització de les millores assolides està supeditat a les condicions ambientals immediates i, sobretot, a la perspectiva que es pugui obrir en el seu abordatge.

Això no sempre és fàcil ja que el grau de fragilitat del suport familiar en relació al menor és alt: sovint es produeix un "apuntament" per part d'alguna figura familiar "referent" (sovint l'àvia), però amb importants dificultats per responsabilitzar-se del menor; inclús quan es tracta d'un familiar de l'anterior generació (pare o mare) el sosteniment del menor és molt mediatitzada per la presència del "modus vivendi" que imposa la relació amb la droga.

Fent una anàlisi dels casos (del seu perfil assistencial i clínic) en els que havíem intervingut o hi estàvem intervenint hi va haver dos aspectes o qüestions que ens van semblar centrals a considerar a l'hora de dissenyar el programa:

En primer lloc que la problemàtica d'aquests

menors requereix d'un **abordatge multidisciplinari** (social, escolar...) per millorar les condicions de vida dels nens / nois amb aquest entorn i d'altra banda, que si aquesta problemàtica no es tracta a nivell adequat quan convé - el de l'empremta a nivell de la realitat psíquica personal - "la mala experiència" viscuda en aquesta modalitat de vincle familiar (fonamentalment si és cronicada, com en aquest cas) genera respostes molt conflictives, descartant llavors fins i tot l'efectivitat que podria tenir alguna mesura a altres nivells: ajudes o suports familiars, socials, intervencions educatives o reeducatives, etc.

D'altra banda, tractar-ho a nivell adequat entenem que vol dir, també, *detecció a temps*, és a dir, abans que la simptomatologia eclosioni amb molta més força a l'adolescència (tal com verifiquem que acostuma a passar per no haver-hi intervingut abans) moment en què els marges d'intervenció són molt limitats i el pronòstic per aquests menors és pitjor.

Pensem que si l'abordatge dels casos no té en compte aquestes dues vessants s'aboca a aquests menors a una reproducció del model de relació a la droga, pas a les figures delictives o bé queden com "casos silenciosos" que, en no problematitzar l'entorn, no són detectats, però a vegades amb inhibicions importants, depressions, etc. en definitiva amb un grau de psicopatologia greu no detectada.

b) A partir del que acabem d'esmentar, vam plantejar per aquest programa els següents objectius específics:

- Tractar d'assegurar una "detecció a temps" d'aquests menors a través de **la informació i la intervenció interserveis** SSAP i CAS són els serveis de màxima referència obligada, però també els dispositius d'Ensenyament: Escoles, EAP, els propis de salut (ABS) i EAIA. La intervenció interserveis fa referència a dos nivells: en primer lloc, tracta d'assegurar una bona detecció a temps, facilitant la localització d'aquests menors i implementant-ne la viabilitat d'una derivació, que pot, sovint requerir un treball específic. En segon lloc, fa referència a la situació familiar i la condicionalitat d'accessibilitat al tractament. Perquè la intervenció en el menor sigui "exitosa" sovint és requisit indispensable l'abordatge del seu entorn

immediat al nivell màxim possible: en el millor dels casos pot ésser l'adult o familiar addicte. En el pitjor, un intervenció exterior, encara que sigui paliativa, assenyala a l'adult o adults en qüestió la part que els correspon en el malestar general.

- Dur a terme una **intervenció indirecta** a través del suport a altres dispositius de la zona (CAS, SSAP, etc...) front els casos que no són susceptibles de ser derivats directament al programa, per facilitar que des dels mateixos dispositius des dels quals s'intervé es puguin generar efectes saludables, encara que siguin mínims, en el menor i al seu entorn.

- Propiciar un **treball de coordinació interserveis** per tal de perfilar estratègies comunes de cara a crear les condicions mínimes, però necessàries i suficients que possibilitin, si s'escau, l'abordabilitat clínica dels casos i, d'altra banda, impulsar a través d'un treball conjunt la detecció a temps de la causa de la problemàtica d'aquests menors que sovint queda tan camuflada com dèiem abans.

- **Atenció directa** als nens i adolescents que reuneixin les condicions per dur a terme un tractament (a vegades hi ha una certa confusió en aquest punt i una pressió a la intervenció com si tots els menors amb aquest vincle familiar haguessin de patir trastorns psíquics), amb l'objectiu *terapèutic* que el menor pugui percebre els efectes que recauen damunt d'ell especialment pel que fa a l'addicció del/s seu/s familiar/s, amb tot el que suposa a fi i efecte que pugui posicionar-se, si així ho desitja, de tal manera que se'n diferenciï, i elaborar altres respostes que facilitin el trencament de la pura repetició global o parcial del que ha rebut de l'anterior generació.

- Afavorir un treball conjunt entre els serveis que intervenen en un mateix cas, a través de la coordinació i interconsultes per un millor abordatge.

(1) *Adaptat de la comunicació presentada a la 2ª Conferència Europea, Millora de la qualitat en serveis de Salut Mental, Barcelona, del 19 al 21 novembre de 1998*

NOTES

1 Pla de Salut de la Regió Sanitària de Barcelona ciutat, p.323

Roser Casalprim es Psicòleg clínic, psicoanalista. Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil Fundació Nou Barris per a la Salut Mental

PROGRAMA DE SOPORTE TÉCNICO A RESIDENCIAS DE LA DGAJ⁽¹⁾

Susana Brignoni (redactora),
Nilda Estrella y Begoña Matilla

Este programa se efectiviza a partir del convenio firmado entre el programa de Salud Mental y la Dirección General de Atención a la Infancia en el año 1997. Se dirige a una población que por definición del Pla de Salut de Catalunya es considerada de riesgo. Por un lado se trata del riesgo social que implica que un niño o adolescente conviva en un medio familiar donde priman los malos tratos de diferentes tipos, produciéndose en consecuencia en muchos casos una separación del medio familiar y el ingreso en un centro residencial. Se trata, también de las "señales indelebles" que esta situación de desamparo puede dejar en los sujetos que la padecen y que puede manifestarse en diversas formas de síntoma. En resumen, se trata de un incremento de la problemática social de la que estos niños son efecto pero a su vez se convierten en agentes productores de la misma.

Creemos que esta colaboración no sitúa necesariamente la causa de los síntomas en lo social pero sostiene que hay una articulación. Entonces el espíritu de realización de este convenio se ubica en el eje que haría posible detectar las problemáticas e intentar prevenir su profundización así como la aparición de nuevas formas de manifestación.

La Fundación Nou Barris para la Salud Mental atiende aproximadamente a la mitad de centros residenciales de Barcelona Ciudad y asiste, también, a menores en familias acogedoras de su territorio. El núcleo del servicio es lo que llamamos "Soporte técnico". Se trata de un profesional que se desplaza quincenalmente a los centros para realizar una reunión con el equipo de educadores en la que se pretende revisar de manera concienzuda, mediante la presentación de casos, la población residente en los centros para valorar los índices de alarma psicopatológica y organizar estrate-

gias terapéuticas y clínicas que posibiliten o bien una derivación adecuada a distintos dispositivos de Salud Mental o bien reformular con estos criterios el proyecto educativo individual.

El Soporte Técnico aporta un proceso de trabajo que en sí mismo implica un "Sistema de evaluación continua" en tres tiempos: el tiempo de la acogida, el tiempo de la permanencia y el momento de la salida. En estos tiempos se pretende:

1 Hacer emerger al menor, uno por uno, de la homogeneización que implica estar señalado como desamparado. Esta emergencia es posible si se detectan los rasgos particulares del individuo en cuestión, en cada uno de sus tiempos en el centro en que vive. Describir y delimitar los rasgos psíquicos tiene un doble efecto: por un lado, lo individualiza permitiendo al profesional de Salud Mental realizar de manera indirecta una presunción diagnóstica y por otro lado, permite que el individuo así diferenciado pueda reinscribirse en su clase, en su grupo. Es decir que no quede excluido del conjunto al que pertenece.

2 A partir de la detección de sus rasgos específicos es posible crear, elaborar con el equipo educativo los instrumentos que dentro del centro en que vive hagan posible una mejora en la calidad de vida del niño. En este sentido esclarecer, por ejemplo, que una misma "mala conducta" tiene condicionantes diferentes si estamos ante un niño neurótico o un psicótico permite buscar operadores diferenciales que puedan, en algunos casos, revertir dicha mala conducta sin la necesidad de la intervención directa sobre el niño del dispositivo clínico.

3 Insertar los rasgos particulares del menor en una historia en la que como en muchos casos constatamos, prevalecen familiares con TMS y/o vinculados a algún tipo de adicción, permiten entender cómo estas conductas pueden ser el producto de un tipo de relación donde el "otro de referencia" del menor se ha situado de manera paradójica respecto a él. Esta reconstrucción hace posible que el educador, una nueva referencia para el niño, pueda diferenciarse del que siempre ha ocupado ese lugar. Muchas veces este movimiento implica un efecto casi inmediato sobre las conductas del niño: es decir, niños que en el momento en que son acogidos están precedidos por infor-

mes que certifican dificultades conductuales importantes y que traen la indicación urgente de tratamiento revierten dichas conductas de manera casi inmediata en el tiempo de acogida, disipando la urgencia de la indicación.

4 En este proceso en tres tiempos es posible hacer una presunción diagnóstica a distancia, a constatar evidentemente en el dispositivo clínico, que pretende anticipar desencadenamientos o pasajes al acto mediante la agilización en el trabajo con la red de Salud Mental. También permite, en el caso efectivo de un desencadenamiento psicótico, la orientación clara en el circuito correspondiente, ante un hecho que anteriormente se situaba en el campo de la no aceptación voluntaria del niño a ser educado. Un efecto del trabajo es situar los límites del abordaje educativo y clínico.

5 El trabajo de comprensión de que la conducta de un individuo no lo implica a él solo, sino que tiene que ver con la relación con los otros, y el hecho de que el niño no siempre está preparado para modificar esa relación, que está, de alguna manera, a la espera de los movimientos de otro, introduce las condiciones de posibilidad de que ese cambio efectivamente se realice. Podemos decir que en el encuentro entre el técnico de Salud Mental y los educadores es posible realizar una lectura novedosa sobre el niño del que el educador habla. Se trata de dos redes distintas, de dos disciplinas diferentes que se corresponsabilizan del menor que están tratando y que buscan de manera conjunta producir una mejora en la calidad de vida del menor y de la institución en la que este vive.

6 En resumen los cinco puntos anteriormente tratados tienen como finalidad que el niño o adolescente que llega a un centro precedido de un sin fin de datos o informes, es decir como objeto de la información tenga un lugar donde pueda manifestar su diferencia, hacer escuchar su voz, obtener un reconocimiento de su subjetividad.

Finalmente cuando hablamos de la necesidad de racionalizar la demanda partimos del análisis que indica que en los últimos años se había incrementado de manera considerable la cantidad de menores que viviendo en centros residenciales debían asistir a tratamientos de salud mental. Una de las

razones de este incremento es la creencia de que las vivencias que han padecido estos niños ineludiblemente les han dejado traumas de los que se han de curar. Este incremento representa un gasto muy alto para la administración.

Creemos, sin embargo, que si bien como señalaba al inicio del trabajo está el riesgo y las marcas indelebles no necesariamente todos estos niños han de consultar. La apuesta de la FNB es que muchas de estas problemáticas puedan ser tratadas en el marco del trabajo en los centros. En este sentido y para terminar la idea de priorizar el trabajo del Soporte Técnico, además de implicar una reducción en el gasto producido por los recursos humanos, se basa en el criterio de que los síntomas que tratamos son inabordables de manera fragmentada. Es necesario hacer existir una red que desde las distintas perspectivas implicadas en un mismo caso pueda pensar estrategias comunes que conduzcan a revertir la mirada parcial sobre un sujeto para intentar dar respuestas adecuadas a las problemáticas actuales.

(I) Ponència presentada en la II Conferència Europea de Qualitat Assistencial en Salut Mental. Barcelona novembre 1998.

Susana Brignoni es psicòloga del Servei de Assessorament a Residències (SAR) de la Fundació Nou Barris per a la Salut Mental.

Nilda Estrella es terapeuta ocupacional del Servei de Assessorament a Residències (SAR) de la Fundació Nou Barris per a la Salut Mental.

Begoña Matilla es psicòloga clínica, psicoanalista y Directora de la Fundació Nou Barris.



QUALITAT I AVALUACIÓ DE LES INTERVENCIIONS EN SALUT MENTAL INFANTIL I JUVENIL ⁽¹⁾

M^a Teresa Pi Ordóñez.

El CSMIJ de Girona es va obrir el mes de gener de 1992. En aquell moment érem sis persones: una administrativa, una assistent social, una infermera, un psiquiatre i dues psicòlogues. La població a atendre era de 500.000 habitants, dels quals 115.208 tenien entre 0 i 18 anys. Era tot un repte poder donar una atenció de qualitat malgrat que ens ho proposàvem. Les demandes i queixes dels derivants sobre el retard a atendre els casos que enviaven ajudaven poc que sentíssim que complíem amb la nostra tasca i en algun moment ens va guanyar el desànim. De tota manera cercàvem solucions que milloressin ni que fos mínimament la qualitat del servei, actitud que sempre hem mantingut. Actualment la situació ha millorat respecte als terapeutes: som 6 psicòlegs i 4 psiquiatres i es dona atenció directa a Girona (Gironès, Pla de l'Estany i la Selva), Figueres (Alt Empordà), Olot (Garrotxa), Campdevànol (Ripollès) i Platja d'Aro (Baix Empordà). A més tenim una antena al CAP

de Vilarroja - Font de la Pólvora, barri especialment marginal, col·laborem amb el servei de pediatria de l'Hospital de Santa Caterina amb una unitat de psicossomàtica i es presta atenció al Centre Montilivi de Justícia Juvenil. També tenim un conveni amb la DGAJ per atendre els menors tutelats amb necessitat de tractament, assessorar i formar en temes de salut mental als educadors dels centres on resideixen (dos centres d'acollida i 18 centres residencials). Malgrat la millora de recursos la sensació continua essent de saturació, però en el moment actual no hi ha llista d'espera per valoració i inici de tractament en els casos en què és realment urgent i a la resta es pot fer una acollida en 10 dies i una visita de valoració al cap d'un mes.

Però, què s'entén per qualitat?

Hi ha uns indicadors amb els quals és fàcil posar-se d'acord:

- 1 Accessibilitat del servei.
- 2 Equitat.
- 3 Rapidesa en l'atenció de la demanda.
- 4 Realització d'una història clínica que inclogui una anamnesi completa, la valoració clínica i psicossocial, el diagnòstic, el projecte de tractament, l'evolució...
- 5 La informació al derivant sobre el projecte terapèutic i la coordinació en casos en què ha de seguir intervenint.
- 6 La coordinació amb els serveis derivants de manera periòdica.
- 7 Mantenir reunions d'equip per coordinar-nos en els casos compartits, demanar assessorament en casos dubtosos o "encallats", analitzar la nostra feina i seguir treballant en processos de millora.
- 8 La participació en tasques de formació continuada per part de tots els professionals de l'equip.
- 9 La supervisió de l'equip per part d'un professional extern.

10 L'intercanvi amb professionals d'altres CSMII per elaborar línies de treball comunes que ajudin a millorar la qualitat dels serveis.

11 La participació en projectes multidepartamentals per donar una atenció global i coordinada des de tots els serveis adreçats a infants i adolescents.

Però hi ha altres possibles indicadors més subtils i generalment són els que creen conflictes entre el que esperen els serveis derivants i el nostre:

1 El tipus de tractament que es realitza: Individual, familiar o de grup. La realització de psicoteràpies d'orientació dinàmica, sistèmica, cognitiu-conductual... La utilització de psicofàrmacs... (De vegades ens arriben informes de derivació que inclouen l'orientació terapèutica del cas i fins i tot la medicació que cal receptor.)

2 La periodicitat de les visites: per algú només resulten terapèutiques si són setmanals, per d'altres fem perdre el temps a les famílies si les fem venir molt sovint.

3 La informació que s'intercanvia: hi ha qui se sent satisfet sabent que el cas ens ha arribat, d'altres voldrien estar informats en tot moment del que es va treballant. Aquí sorgeix un problema quan una escola, serveis socials o altres serveis, sobretot els de control, demanen informes sobre els usuaris sense comptar amb la família. En aquests casos informem que no estem autoritzats a fer-los sense el consentiment d'aquella, i aquesta negativa no sempre és ben rebuda. En aquest apartat entraria l'intercanvi d'informació a les reunions de coordinació on no hi ha un límit clar entre què és realment útil i necessari conèixer per treballar millor el cas de manera conjunta i el que entraria dins del secret professional. Creiem que és important que les famílies sàpiguen que existeixen aquestes reunions en què s'intercanviarà informació i així poder dir què consideren com a informació confidencial que no desitgen que transcendeixi.

4 Què es considera preferent o no. No tothom està d'acord amb els nostres criteris.

Actualment la intervenció més usual són les consultes terapèutiques en les quals s'inclou la família. També es realitzen consultes puntuals en moments de crisi evolutiva, psicoteràpies individuals i familiars quan és estrictament necessari, tractaments farmacològics quan cal i psicoteràpia de grup.

A part de la tasca assistencial hi ha les activitats de coordinació amb altres serveis d'atenció a la infància i l'adolescència. L'objectiu número 1 del Programa de Salut Mental en relació amb la millora de la detecció i atenció dels problemes de salut mental des de l'atenció primària de salut estableix que cal elaborar protocols conjunts que prevegin:

1 Criteris d'interconsulta i derivació.

2 Criteris de derivació urgent i temps de resposta.

3 Criteris per al retorn i seguiment des de l'APS.

També la:

1 Realització de sessions clíniques periòdiques.

2 Realització de sessions formatives.

A les comarques de Girona hi ha 24 ABS. L'equip actual del centre malgrat que ha augmentat des de l'inici és limitat. Es demana una reunió mensual amb cada ABS. Això cal afegir que hi ha 19 centres de la DGAi on se suposa que també s'ha de donar un suport mensual de dues o quatre hores, segons volum de menors residents i 3 programes interdepartamentals 2 de la CTIC també amb reunions mensuals de dues hores cada un. Cal afegir en la reunió d'equip setmanal, la sessió clínica setmanal, la supervisió dels estudiants o postgraduats en pràctiques i les reunions de coordinació amb la resta d'equipaments: escoles, serveis socials, EAP, EAIA, Justícia Juvenil... i alguns més. Si féssim totes les reunions que se'ns demana pràcticament no quedaria temps per a l'atenció directa. Per aquesta raó també hem prioritzat activitats.

Fins aquí s'ha parlat de criteris de qualitat segons els professionals, però actualment el tema que ens preocupa és el de quina opinió tenen del servei els usuaris bàsicament les famílies. Quin grau de satisfacció del servei tenen les famílies ateses al servei? Un possible indicador serien les absències i abandonaments de tractament manera encoberta d'indicar-nos la no satisfacció. A l'anàlisi feta en els primers set mesos d'aquest any apareix que tenim un percentatge general d'absències situat al voltant del 14% que es reparteix de la següent manera:

1 Acollida: 12%. És el primer contacte amb el servei. La família truca, demana hora i després no vénen. De vegades arriben a demanar fins a cinc hores diferents, suposem que és perquè el derivant insisteix, però no arriben a venir mai.

2 Visita de valoració: 21%. És un percentatge elevat que ens fa pensar que alguna cosa falla. Hem variat el procediment de les acollides i el circuit d'assignació de terapeuta i hora de visita i més endavant valorarem si hi ha hagut un descens d'absències.

3 Seguiments terapèutics individuals: 16%.

4 Seguiments terapèutics familiars: 13%.

5 Psicoteràpies individuals: 16,5%. Es manté sobre el 5% fins al mes de maig, després augmenta segurament a causa dels exàmens i les vacances. Ens hem plantejat deixar de programar-ne si no és estrictament necessari i l'usuari hi està d'acord, entre juny i setembre.

6 Psicoteràpies familiars: 28%. Torna a ser un percentatge elevat i ens estem replantejant la indicació.

A partir d'aquí hem elaborat un instrument que ens permeti avaluar les raons manifestes dels usuaris per abandonar un tractament. D'aquest se n'ha derivat un altre que avalua el grau de satisfacció dels que han finalitzat el tractament i han estat donats d'alta.

A partir del mes de gener del 99 una persona aliena al servei (estudiant en pràctiques) realitza una entrevista telefònica semidirigida a les famílies al

cap de sis mesos d'haver deixat el servei. A partir d'aquí esperem conèixer millor quin és el grau de satisfacció dels nostres usuaris i les raons per què abandonin els tractaments o no arribin a la visita de valoració. Esperem que l'anàlisi dels resultats i les conclusions que en podem extreure ens ajudin a introduir modificacions que millorin l'atenció que ofereix el nostre servei.

NOTES

(1) *Adaptat de la comunicació presentada a la 2a Conferència europea. Millora de la qualitat en serveis de salut mental. Una iniciativa europea. Barcelona del 19 al 21 de novembre de 1998.*

M. Teresa Pi Ordoñez es coordinadora del CSMIJ de Girona



PROGRAMA DE ABORDAJE COMUNITARIO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN EL CSMIJ DE REUS.

J.L. González Molinero, F. López Seco,
B. Tárrega Esteller, A. García Siso

Introducción

Durante las últimas décadas, los últimos años e incluso podríamos hablar de los últimos meses, los trastornos alimentarios (T.A.) se están convirtiendo en uno de los fenómenos sanitarios que más relevancia están adquiriendo tanto desde una perspectiva sanitaria como extra-sanitaria. No entra dentro de los objetivos de este artículo, pese a lo tentador del caso, el efectuar un análisis de este fenómeno ni de su complejidad, pero inevitablemente tenemos que partir de una serie de principios básicos que están en el origen, unos, y que son consecuencia, otros, de dicho fenómeno. Principios que, a la vez, nos sirvan para desarrollarlo desde una perspectiva práctica y asistencial.

Básicamente, estos principios, los podemos agrupar en 3 niveles:

- Los incrementos graduales y contrastados tanto en la incidencia como en la prevalencia de los T.A., tanto como grupo diagnóstico como de cada una de las entidades clínicas que lo componen (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa).

- La implicación sociológica de este fenómeno, su divulgación informativa y la generalización de la información abren el marco de estos trastornos psicopatológicos a nuevas visiones confluyentes y/o divergentes desde otros campos de estudio como son la sociología, la antropología y la historia; a la par que se implican también otros enfoques desde la cultura, la política, el debate público, etc. En nuestro parecer esta situación puede estar generando un estado de opinión y cierta pre-

sión o alarma social que retroalimenta en positivo (tasa incidencia) y en negativo (detección precoz) este fenómeno alimentario.

Hay un precedente histórico en la segunda mitad del S. XVII que por su similitud y analogía recuerda al actual: por un lado, la profesión médica estudió, difundió e intercambió información sobre el "fenómeno" de los casos de autoinanición que se producían en aquel tiempo ("doncellas milagrosas", "muchachas ayunadoras") y por otro lado, la aparición de la imprenta junto a los otros sistemas de información al uso en la época, permitió una rápida difusión, publicidad y notoriedad de estos casos probablemente contribuyendo a su proliferación¹.

Cada vez de forma más fehaciente, los equipamientos sanitarios nos vemos en la tesitura de organizar nuestros servicios ajustándolos en función de las demandas, múltiples y variadas, que confluyen en nuestras puertas. A la demanda clínico-asistencial, piedra angular fundamental para la organización, se le añaden otras político-administrativas, económicas, de circuito asistencial y de entorno social que nos comportan una cierta dinamización en la estructura organizativa. En el caso que nos ocupa, y a la vez pretendiendo no perder el sentido común ni la coherencia interna, parece necesario re-evaluar el papel que se nos da y el que ocupamos dentro del fenómeno de los T.A.

Objetivos

En función de los principios anteriormente enunciados, nos planteamos revisar cual era nuestra situación asistencial y poner en marcha un programa específico que facilitase el abordaje integral de los T.A. de una forma más ajustada a la demanda creciente, a su impacto social, y buscando mayor eficacia asistencial. (Tabla I)

| Objetivos del programa |
|---|
| <i>Mejorar los siguientes parámetros asistenciales:</i> |
| Accesibilidad |
| Frecuentación |
| Adherencia al Servicio |
| Especialización |
| Eficacia terapéutica |
| Eficiencia de recursos |

Tabla I

Respecto al aumento de la demanda, si bien nuestra casuística es relativamente pequeña, si habíamos detectado un incremento de los casos de adolescentes con diagnósticos de T.A. en los últimos dos años (1997-1998), duplicando y triplicándose el número de casos. Hay que decir que pese a estos llamativos incrementos, el porcentaje de casos nuevos con diagnóstico de T.A. respecto del volumen total, sigue siendo relativamente bajo, un 5.6 % para el mismo periodo.

La sensación subjetiva de que cada vez los requerimientos asistenciales son mayores tanto en tiempo como en intensidad, además de por la incidencia, puede deberse a otros factores clínicos propios de estos trastornos. Las necesidades de contención ante la urgencia y la atención preferente con que a menudo se tiene que acoger a los jóvenes afectados por este trastorno, las angustias del paciente y su frecuente rechazo al tratamiento, las de su familia con frecuencia ambivalente entre la sumisión ante la posición del paciente, y el temor a los riesgos biológicos y psicológicos de este tipo de trastornos, así como la necesidad de una alta frecuentación para poder trabajar estos aspectos, configuran una compleja y frágil recepción inicial del caso.

A la par que esto, y probablemente en parte como consecuencia de ello, también detectamos que la adherencia al servicio era particularmente precaria en estos casos. Llama la atención que el porcentaje de abandonos (interrupciones del tratamiento con absentismo a la última visita) era muy alto 22 %. Y aún mayor si añadimos los altas a petición del paciente o su familia llegando a un índice de interrupciones en el tratamiento del 50 % de los casos. Otro dato que llama la atención es que el 66 % de las pacientes hacían algún absentismo, si bien el índice global de absentismo no era muy llamativo 12.6 %.

Otro punto a tener en consideración es la percepción, por parte de los equipos de atención primaria, de recursos de índole hospitalaria o de alta especialización para tratar T.A. (Unidades de hospitalización, Hospital de día). Y si bien esto es parcialmente cierto, a nuestro juicio no deja de ser un error buscar de entrada y en ausencia de criterios de ingreso, un recurso de atención terciaria. Más bien creemos que, en un alto porcentaje de casos,

los recursos ambulatorios son adecuados^{3, 8}.

Método:

El programa se abre a partir de la recepción de un caso nuevo, derivado con sospecha diagnóstica de T.A. y consta de los siguientes puntos específicos (Tabla II)

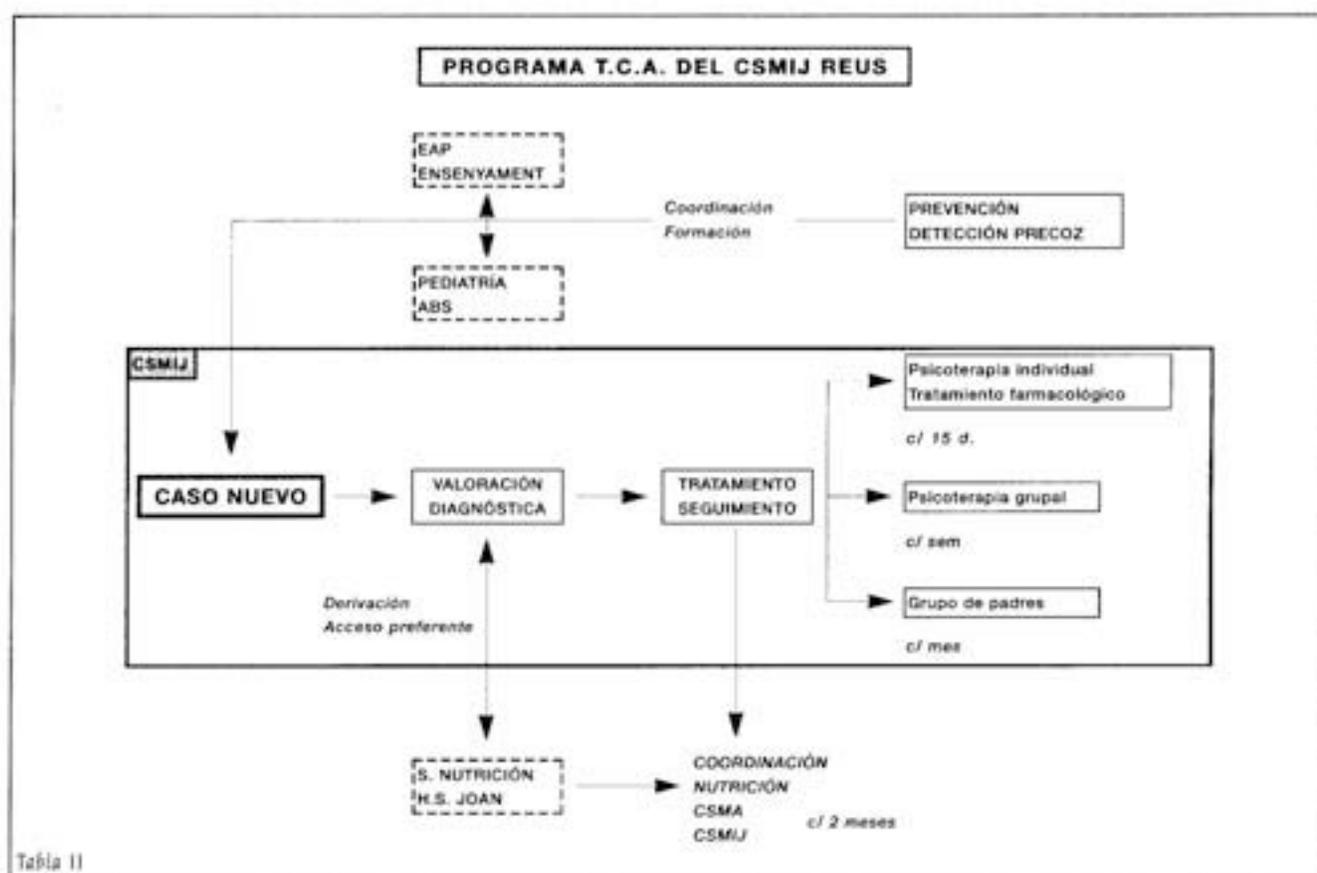
1. - Primera visita urgente o preferente. Se valora la gravedad del cuadro y la intensidad del programa que requiere, ajustando la frecuentación y técnicas terapéuticas a dicha gravedad.
2. - Facilitar un mejor manejo y control de la situación somática y de los riesgos orgánicos consustanciales a estos trastornos. Para ello tenemos un protocolo de tratamiento conjunto con el Servicio de Nutrición del Hospital Sant Joan de Reus, mediante un sistema de acceso y derivación preferente, y de seguimiento coordinado de los pacientes.
3. - Protocolización de los criterios diagnósticos y de seguimiento mediante la utilización de un conjunto de escalas y tests específicos^(4, 5, 6, 7, 8, 9, 10) (ver Tabla III)

| |
|-------------------------------|
| Evaluación psicológica |
| Mini Mult |
| Climasocial: familia FES |
| EDI |
| EAT-40 |
| BITE |
| Protocolo T.A. |

Tabla III

4. - Ajustar la frecuentación del seguimiento y tratamiento de los casos individualmente.
5. - Grupo específico para adolescentes con T.A.
6. - Grupo de apoyo y psicoeducativo para los padres de los adolescentes del grupo anterior.
7. - Mecanismos facilitadores de la detección precoz y la prevención a través de las coordinaciones con asistencia primaria (Sanitaria y Ensenyament) y sus programas de formación.

Este programa a su vez lo estructuramos en dos fases en función de los requerimientos del paciente: La primera fase o de alta intensidad en donde



se desarrolla completamente el programa. Esta fase se utiliza para los casos que presentan más índices de gravedad biológicos, psíquicos y socio-familiares. La segunda fase o de baja intensidad que se utiliza para los cuadros menos graves, los TA. incompletas, o para el grupo anterior que ha mejorado suficientemente.

Nos estamos planteando la conveniencia de introducir una tercera fase que consistiría en la promoción para la creación y mantenimiento de grupos de autoayuda externos y no dependientes de CSMIJ. (Asociación de padres, etc.)

Por su interés a continuación desarrollaremos con mayor amplitud nuestra experiencia con los grupos de pacientes y padres.

Grupo pacientes:

La psicoterapia de grupo combina los enfoques cognitivo, psicodramático y psicodinámico. Desde el punto de vista psicodinámico, el objetivo es ayudar a las adolescentes a conocer los problemas que motivan la consulta y el sufrimiento que conllevan, y a facilitar el incremento de la capacidad de simbolización de los conflictos emocionales.

Utilizando técnicas cognitivas y psicodramáticas se pueden modificar y reorganizar las actitudes de los pacientes ante una misma experiencia representada, así como enfrentarse a situaciones emocionales antes insoportables para la paciente individual y para el grupo. El lenguaje corporal enriquece el material clínico porque permite superar los mecanismos de racionalización e intelectualización que dificultan la comunicación⁽¹⁾

Características de las pacientes:

- Sexo femenino.
- Edades entre 13 y 17 años.
- De las doce pacientes que han pasado por el grupo hay 6 con anorexia nerviosa subtipo purgativo, 5 con anorexia nerviosa restrictiva (dos de las cuales desarrollaron posteriormente síntomas bulímicos) y una paciente con bulimia. La mezcla de pacientes con anorexia y bulimia es útil.⁽²⁾
- A lo largo del grupo dos pacientes necesitaron ingreso hospitalario, una de ellas en dos ocasiones.
- La derivación a terapia de grupo está indicada en pacientes con un estado psicológico que permita beneficiarse de la experiencia de grupo y con trastorno alimentario completo, según los manuales

diagnósticos al uso, como diagnóstico principal. Las pacientes con trastorno alimentario en las que un trastorno de la personalidad requiere una intervención más específica por su gravedad no son incluidas.

Estructura del grupo:

- Se trata de un grupo abierto.
- Se realiza valoración clínica y a través de cuestionarios al inicio y a los 6 meses.
- La frecuentación es semanal y las sesiones son de una hora.
- No directivo. Se anima a las pacientes a la intervención espontánea y a dirigirse a las demás pacientes. Los terapeutas harán intervenciones que suelen ligarse unas a otras, buscando explicaciones e interpretaciones que generen una comprensión grupal.
- El grupo es atendido por dos terapeutas con funciones diferenciadas, uno de ellos en función más activa.

Objetivos:^(13,14)

- Mejoría en la comunicación.
- Ampliar y enriquecer los aspectos sanos.
- Contribuir al desarrollo de la identidad y afrontar conflictos de la adolescencia.
- Detectar los conflictos interpersonales y mejorar la comunicación interpersonal.
- Acoger y modificar las ansiedades y aspectos más regresivos y enfermos para conseguir mejor bienestar.
- Facilitar la maduración y el progreso personal.
- Desarrollar la capacidad de identificarse, de ponerse en el sitio del otro, de reconocer las semejanzas y poder recuperar posteriormente la capacidad de perspectiva. Darse cuenta de las diferencias enriquece la capacidad de vincularse y facilita el proceso de individuación.

Proceso:

Se parte del aquí y del ahora de la relación grupal. Las primeras sesiones son de carácter más directo, centradas en aspectos informativos: técnicas de grupo, tratamiento integral (cognitivo, afectivo, interpersonal, psicodinámico), relación con el Servicio de Nutrición etc. A lo largo de las sesiones el terapeuta menos activo comienza a introducir las técnicas de psicodrama⁽¹⁵⁾ que facilitarán la expresión de sentimientos, emociones y ansiedades vivenciadas con relación a los otros y se va

pasando gradualmente del presente al pasado más inmediato; siempre con relación al motivo de la demanda, el trastorno alimentario. Partiendo del miedo a engordar, como tema principal, se puede pasar a la "lucha por buscar un límite" que el grupo pueda contener.

Aparecen también las relaciones conflictivas con la familia y los sentimientos de culpa que, ligados a estas relaciones, invaden el espacio psicológico. Esta fase ha sido descrita también por otros autores⁽¹⁶⁾. A su vez, van descubriendo las relaciones con el padre que desconocían.

Otro de los temas emergentes y recurrentes del grupo son la configuración del "líder" a medida que se van incorporando otras pacientes, y la "necesidad de cohesión", de mostrarse o expresarse a través de la moda, de ser iguales a los otros y a la vez estar en oposición. Se expresan temores a "exponerse, darse a conocer"⁽¹⁷⁾.

Grupo de padres:

Creemos fundamental en el trabajo con adolescentes la implicación y apoyo de los padres en el tratamiento⁽¹⁸⁾. A lo largo del tratamiento se producen una serie de situaciones (por ejemplo ingreso en hospital) que obligan a afrontar el estrés resultante de las mismas. El objetivo general es la búsqueda de un enfoque colaborativo en el que no se buscan culpables sino soluciones.

Objetivos:

De acuerdo con Vandereycken y Meerman⁽¹⁹⁾ y Vandereycken y Castro⁽¹⁸⁾ hemos considerados necesarios los siguientes objetivos:

a) Tratar las reacciones negativas y antiterapéuticas de los padres:

- Ambivalencia acerca del tratamiento
- Sentimientos de culpa en los padres
- Percepción excesiva de responsabilidad

b) Reducir los abandonos.

Potenciando la confianza y apoyo en las hijas, pero al mismo tiempo pidiéndoles que las animen a venir a la terapia y a no escuchar sus protestas, en ocasiones injustificadas.

Un programa de tratamiento en TA puede fracasar si no hay una colaboración positiva con los padres. El mensaje principal es el de unir nuestro conocimiento profesional con el interés de los

padres en sus hijas para ayudarlas.

La percepción de los padres sobre algunas intervenciones en las que se plantean cambios en el ambiente familiar y que son percibidas de manera ambivalente, pueden ser aclaradas.

Generando un ambiente de apoyo, no crítico, y al mismo tiempo educativo.

c) Proporcionar información sobre la clínica, curso, pronóstico y tratamiento de los TA.

d) Apoyo

Comparar experiencias de vivir junto a un miembro de la familia con TA, permite a los padres más veteranos y a los que tienen hijas que han mejorado, contar sus experiencias a los nuevos. Enfatizamos el que puedan aprender las experiencias unos de otros en una situación que les afecta emocionalmente.

Aliviar los sentimientos de culpa que vienen del pasado, combatir la desmoralización de un trastorno de curso prolongado, progreso lento y con frecuentes recaídas. Delimitar el espacio padres-hijos, potenciando la autonomía de los hijos que no son una prolongación de los padres.

e) Abordar los conflictos que aparecen en torno al TA

El ambiente de confianza y apoyo permite que los padres estén más dispuestos a discutir las interacciones familiares y los conflictos (por ejemplo autonomía).

La presencia de otros padres permite evitar una confrontación directa del equipo a la hora de introducir los temas problemáticos, al ser abordados de una manera general. También favorece la confrontación de los padres con la dinámica familiar a través de la observación y discusión de interacciones semejantes a las suyas. Los comentarios de los demás padres pueden ser mejor aceptados por el grupo.

Discusión de temas que aparecen en torno a los TA como los relacionados con:

- Imagen corporal
- Sexualidad
- Sentimientos de baja autoestima.
- Retraimiento social
- Autonomía e individuación.
- Límites familiares
- Sobreprotección, sobreimplicación, rigidez
- Problemas de pareja

- Divergencias educativas
- Dificultades con otros hijos
- Relaciones con la familia de origen
- Reparto de las funciones en la familia. Padres separados.
- Aceptación de los cambios de la hija durante el tratamiento: el no retorno de la hija sumisa de antes. No esperar ni reforzar las actitudes sumisas de antes.
- Dificultades en afrontar situaciones problemáticas.
- Modular la expresividad emocional.

f) Evaluar el contexto actual de las interacciones familiares.

Familias que atraviesan crisis, familias que muestran un funcionamiento crónicamente problemático, familia como colaboradora terapéutica o como copaciente o si no aceptan la participación y sólo se puede trabajar la individuación y autonomía de la paciente de los padres.

Analizar la relación funcional entre la interacción familiar y la patología a través de lo observado en el grupo y de la aplicación del cuestionario FES.

g) Ayudar a los padres a pensar críticamente sobre ellos mismos sin culpar a la sociedad, a la publicidad y la moda.

Al ir más allá del comportamiento alimentario, potenciando aspectos como la confianza en sus hijas, sin someterlas a constante vigilancia y ayudando a destapar conflictos que aparecen como nuevos pero que realmente estaban tapados por la enfermedad. En familias no motivadas permite percibir los problemas desde otros puntos de vista.

Estructura:

- Grupo abierto paralelo al grupo de pacientes.
- Duración entre seis meses y un año.
- Frecuencia de las sesiones mensual.
- Duración de las sesiones de 90 minutos.
- Participación voluntaria. Se les invita y se refuerza su participación.

Seguimiento:

Dentro del proyecto de mantenimiento de los cambios estamos trabajando en la posibilidad de mantener los cambios una vez finalicen las dos fases del tratamiento. Respecto al grupo de padres pasaríamos de las visitas de seguimiento en CSMI

a la transición a través de Asociaciones de Familiares.

Resultados

Apreciamos inicialmente en las dos muestras (tabla IV) a través de operadores objetivos y subjetivos que se producen los siguientes resultados:

| PERFIL DE LOS TA EN CSMIJ | | |
|---------------------------|-------|-------|
| | 1 | 2 |
| N | 22 | 28 |
| ANOREXIA | 54,5% | 64,3% |
| BULIMIA | 22,7% | 10,7% |
| TCA NO ESPECIFICADO | 22,7% | 25,0% |
| MEDIA EDAD | 14,7 | 14,6 |
| SEXO FEMENINO | 91% | 96% |

Tabla IV

1 Sin Programa. Enero de 1997 a Octubre de 1998.

2 Con Programa. Noviembre de 1998 a Abril de 1999.

- Mejor contención ante las emergencias iniciales en la recepción de los casos. La accesibilidad por vía urgente o preferente, la explicación del proyecto terapéutico integrado en el programa, el aumento de la frecuencia en grupos de referencia y en ocasiones el conocimiento y comentario previo por parte de los equipos de A.P. parecen ser los facilitadores de esta mejoría.

- Respecto a la frecuentación hemos pasado de una media de 9,25 visitas por caso antes del programa, a una media de 7,03 visitas por caso en 6 meses sin contar las visitas de grupo de pacientes, ni las del grupo de padres, contándolo todo da una media de 11,8 visitas en los últimos 6 meses.

- Mayor y mejor adherencia al tratamiento, disminuyendo el índice de absentismos (relación absentismos/visitas) del 12,6 al 3,5 % y pasando del 66,6 % de los pacientes que efectuaban algún absentismo a un 17,8 % en la actualidad.

El número de abandonos actual es del 0 % (anterior 22 %) y el de alta por interrupción es el 3,5 % (anterior 50 %). Los resultados se muestran en la tabla V.

- Si bien no lo podemos objetivar, si se puede inferir, en función de los resultados anteriores, un mayor grado de colaboración y satisfacción en el paciente y su familia. El uso de las técnicas grupales facilitan la identificación, comprensión de los pacientes, socialización, soporte de las angustias, e incluso en nuestro caso como elemento terciador de otros espacios terapéuticos (la terapia individual, el servicio de nutrición, la hospitalización) que con frecuencia son peor percibidos por los pacientes.

- Por último, podemos plantear como resultados posibles, mas difícilmente objetivables, una mayor especialización de nuestro servicio en el tratamiento de las T.A. así como un mayor clima de confianza tanto en relación a los pacientes y su familia como en relación a los servicios con los cuales nos coordinamos.

- Queda pendiente de mayor definición y con serias dudas de procedimiento, el papel de nuestro servicio en la prevención primaria.

Conclusiones

Debido a que el proyecto está en su fase inicial (6 meses) y preveyendo que el escaso tiempo actúe como sesgo de los datos descriptivos, los resultados obtenidos están en revisión y no son concluyentes.

Pese a esta consideración, inicialmente apreciamos una clara mejoría en los resultados asistenciales antes reseñados en comparación con la situación ambulatoria previa carente de programa específico.

| | 1 | 2 | Prueba estadística | P* |
|-----------------------------|-------|------|--------------------|--------|
| N | 22 | 28 | | |
| Absentismos | 1,05 | 0,25 | ANOVA | 0,001 |
| Absentismo. Última visita** | 18,2% | 0 | Chi- Cuadrado | 0,008 |
| Alta Interrupción | 36,4% | 3,6% | Chi- Cuadrado | 0,0001 |

Tabla V

1. No programa

* Intervalo de confianza = 95%

2. Programa

** Abandonan sin comunicar interrupción

Consideramos a priori que como recurso ambulatorio, el programa es útil, práctico y eficiente en su relación calidad/coste.

Necesitamos un mayor plazo de tiempo para poder objetivar su eficacia terapéutica por sí misma y en relación a los estudios vigentes, así como para poder definir el papel que podríamos representar en la prevención primaria.

Este programa casi multiplica por tres el número de intervenciones sin incrementar los recursos del CSMII. Sería interesante, para dar continuidad a este programa y otros semejantes, que hubiese dotaciones específicas.

NOTAS

1. I. Toro. *El cuerpo como delito*. Ed. Ariel Ciencia, Barcelona, 1996, cap.2.p 24,26

2 F. Fernandez, I. Turón. *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Ed. Masson, Barcelona, 1998, cap.7. p 88,89

3 F. Fernandez. *Diario Médico*. 3 de Julio de 1998, p 12

4 Garner, DM. Garfinkel, PE. *The Eating Attitudes Test. Psychological Medicine* 1979. 9. 273-279.

5 Castro, I., Toro, I., Salamero, M., Guimerá, E. *The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version. Evaluación Psicológica/ Psychological assessment* 1991. 7:175-190.

6 Garner DM.,Garfinkel, PE. *The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa and bulimia. International Journal of Eating Disorders* 1983. 2:15-34.

7 Garner, DM., Olmsted, MP., Bohr y Garfinkel, PE. *The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine* 1982.12:871-878.

8 Gross, I., Rosen, IC., Leitenberg, H. & Willmuth, ME. *Validity of the Eating Attitudes Test on the Eating Disorders Inventory in Bulimia nervosa. Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1986; 54: 875-876.

9 Guimerá, E., Torrubia, R. *Adaptación Española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. Anales de Psiquiatría* 1987. 3: 189-190.

10 Garner, Dm. & Olmsted, MP., Polivy, I. *Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for*

anorexia nervosa and bulimia International Journal of Eating Disorders 1983. 2: 15-34.

11 Bion, WR. **Experiencias en Grupos**. Paidós, Barcelona 1990.

12 Rosenvinge, JH. *Group Therapy for anorexic and bulimic patients. Some aspects on the conduction of group therapy and a critical review of some recent studies. Acta Psychiatr. Scand. Supplem.* 361, vol. 82; 1990. p 38-43.

13 Pérez- Sanchez, A. *Prácticas Psicoterapéuticas. Psicoanálisis Aplicado a la Asistencia Pública*. Paidós, Barcelona 1996. Cap. 5 y 6

14 Torras de Bea, E. "Grupos de Hijos y Padres en Psiquiatría" en *Psiquiatría Infantil Psicoanalítica*. Paidós, Barcelona 1996. Cap 5 p 98.

15 Paulovsky, E. *Psicoterapia de Grupo en Niños y Adolescentes*. Ed. Fundamentos, Madrid 1981. Cap.7 p 115.

16 Goodsitt, A. *Eating Disorders: a self- psychological perspective*. En Garner, DM., & Garfinkel, PE. *Handbook of Treatment for Eating Disorders. The Guilford Press*, New York 1997.p 205- 228.

17 Vandereycken, W., Castro, I., Vanderlinden, I. "Grupos de asesoramiento para Padres de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario". En Vandereycken, W., Castro, I. & Vanderlinden, I. *Anorexia y Bulimia. La Familia en su Génesis y Tratamiento*. Martínez Roca. Barcelona 1991 p 69- 72.

18 Vandereycken, W., & Meermann, R. "Has the family to be treated?". En Vandereycken, W., & Meermann, R. *Anorexia Nervosa: A Clinician's Guide to Treatment*. Walter de Gruyter, Berlín 1984: 151-168.

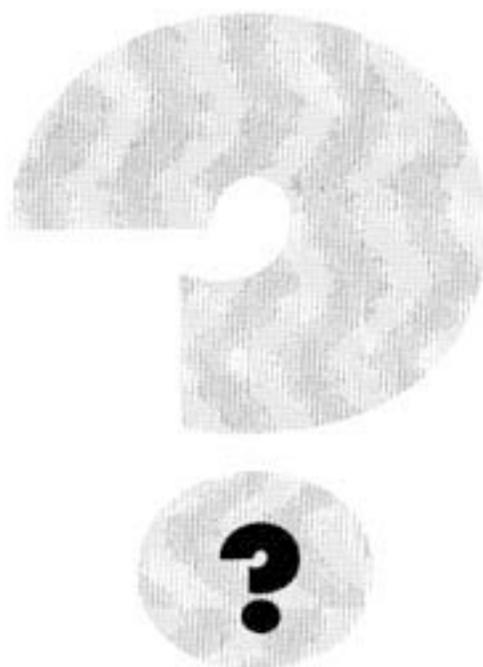
19 Vandereycken, W., Castro, I., Vanderlinden, I. "Del asesoramiento para padres a terapias más especializadas". En Vandereycken, W., Castro, I. & Vanderlinden, I. *Anorexia y Bulimia. La Familia en su Génesis y Tratamiento*. Martínez Roca. Barcelona 1991. p51- 68

A.García Siso es jefe de Servicio del CSMII de Tarragona. Institut Pere Mata. Universitat Rovira i Virgili.

J.L.González Molinero es coordinador del CSMII de Reus. Institut Pere Mata. Universitat Rovira i Virgili.

F.López Seco es psicólogo adjunto del CSMII de Reus. Institut Pere Mata. Universitat Rovira i Virgili.

B.Tárrega Esteller es psicólogo adjunto del CSMII de Reus. Institut Pere Mata. Universitat Rovira i Virgili.



CALIDAD Y EVALUACIÓN DE UN DISPOSITIVO MÉDICO-EDUACTIVO para atender trastornos graves de la personalidad en la adolescencia. ⁽¹⁾

Francesc Punti, Francesc Vilà (redactor)

Expondré en nombre del Equipo médico-educativo de este servicio inserto en el Complejo Asistencial Infanto-Juvenil de la Institución Balmes de Sant Boi algunos de los enfoques y resultados del trabajo de mejora de la calidad de las prestaciones del dispositivo.

Presentación del Servicio

Antes, por supuesto, haré una somera presentación y descripción de este dispositivo especializado en la atención a trastornos graves de la personalidad en la edad adolescente.

La *composición del equipo* está determinada por el trabajo interdisciplinar en salud mental y en la acción socio-educativa. Lo componen médico psiquiatra, psicólogo clínico, terapeuta y enfermero psiquiátrico en el ámbito de la salud mental y maestro, dos educadores, talleristas prelaborales y monitores de gimnasia e hípica en el ámbito socio-educativo. La adscripción horaria es diversa.

Por otro lado la *continuidad asistencial* —en el proceso de admisión y de rederivación a la alta— está asegurada por el trabajo en red con los dispositivos de salud mental, acción educativa y de trabajo social de la comunidad de procedencia del usuario.

La *capacidad del dispositivo* es de 8/10 usuarios en regimen de centro de día y 4/6 en período de vinculación o desvinculación.

La definición operativa de trastorno grave de la personalidad

El genérico de las patologías atendidas es compatible con la descripción de trastorno grave de la personalidad según la definición sindrómica de Otto Kernberg.

Esta entidad la forma un conjunto de constelaciones psicopatológicas que comparten una forma específica de defensa del yo ante los signos mórbidos del cuadro y un estilo de vida —como justifica Theodore Millon— que hace listado, desde el punto de vista ecológico, de gustos problemáticos de la adaptación humana a la vida, a la familia, a la escuela y a la comunidad.

Se define por:

A) En la *semiología* :

- monto importante, notable y poco manejable de ansiedad flotante, crónica, paradójica y difusa.
- multiplicidad de conductas reactivas asociadas de estilo fóbico u obsesivo-compulsivo.
- estrategias disociativo-hipnagógicas de la conciencia.

-dolencias hipocondríacas del cuerpo.
-tendencias sexuales perverso-polimorfos.

B) La *personalidad* responde por las organizaciones clásicas de las prepsicosis, o sea la tríada: personalidad paranoide o autoreferencial, personalidad esquizoide y personalidad hipomaníaca.

C) Los *desórdenes del carácter* son marcados por: los rasgos infantiles o anaclíticos, narcicistas y, principalmente, melancólicos.

En esta constelación no son infrecuentes *episodios impulsivos* con la finalidad propia de los pasajes al acto y *episodios adictivos* con finalidad autosedativa y/o tanática. Por otro lado, hay que aclarar que los *posibles momentos agudos* manifestados en el proceso terapéutico son remitidos a las diversas formas de hospitalización que ofrece la red de salud mental catalana. El dispositivo no atiende a los usuarios en los momentos agudos o con crisis subentrantes, pues no tiene un régimen de vida hospitalario, se define como *un lugar de vida* para la realización e interpretación del malestar propio.

La posición del equipo ante la definición clásica de trastorno grave de la personalidad

Nuestra interpretación operativa de esta constelación sindrómica kernbergiana es la siguiente: estos casos clínicos hacen conjunto no solo por las descripciones contingentes antes expuestas sino también por una ausencia común a todos los casos, *la ausencia de síntoma en la definición que del mismo hace la clínica orientada en el psicoanálisis*. Subrayemos pues que, el síntoma psicoanalítico —a diferencia del sumatorio de signos patognómicos de la psiquiatría clásica— es la expresión de un malestar subjetivado que conlleva un saber desconocido sobre la propia historia vivida.

En consecuencia consideramos, en desacuerdo con Kernberg, que los trastornos graves de la personalidad son organizaciones yoicas transitorias de defensa ante el malestar mental que aun no tiene interpretación personal.

Nuestro servicio, a partir de esta posición clínica compartida del equipo, tiene como objetivo en salud mental facilitar en la atención terapéutica

globalizada la subjetivación del malestar y la consideración para el futuro del proyecto de vida del adolescente —esto implica las expectativas laborales, personales y sexuales de la vida adulta—.

La interpretación de la efectividad del dispositivo

La *dimensión efectividad en la calidad* del dispositivo la medimos a partir del parámetro o rasgo valorado de *"transitoriedad"*.

La patología que atendemos la consideramos como transitoria; la edad de la adolescencia es transitoria entre la vida infantil y la vida adulta. Y el dispositivo, en consecuencia, debe responder a este parámetro en un tiempo de asistencia transitorio que no exceda los tres años.

El *producto de la asistencia es satisfactorio* si con la participación de los usuarios, sus personas allegadas y también con la participación cualificada de los representantes de la comunidad —barrio, organismos educativos no reglados, figuras representativas de la sociedad y de la legalidad vigente, etc.— obtenemos una transformación del cuadro inicial no adaptativo en adaptado.

El éxito tiene un valor porcentual del 65% sobre una muestra de 75 casos atendidos en cinco años. Y según aproximaciones a otros dispositivos similares en Europa la cifra es significativamente equiparable. El restante 35% se divide entre problemática cronicada en salud mental y identificaciones diversas con las figuras delictivas y autopunitivas de la juventud.

En cuanto al fracaso clínico, siempre queda la libertad de considerar si la descripción inicial correspondía o no a la entidad descrita o a los prodromos de los cursos esquizofreniformes y hebefrénicos—con todo lo que supone en estos cuadros la anulación de la interpretación de la vida o de su sentido—. No entraré en la discusión.

Por otro lado, las identificaciones a figuras delictivas o autopunitivas son salidas esperables y congruentes con el cuestionamiento de la existencia de estos sujetos.

El tratamiento terapéutico globalizado y las decisiones de riesgo que comparte el equipo

Tanto en el proceso de admisión como en los diversos tiempos de la asistencia y tratamiento la participación del usuario y sus allegados nos permite corresponsabilizarnos en las decisiones a tomar —decisiones terapéuticas, educativas y de alcance personal y social—.

Si el dispositivo tiene como finalidad principal la subjetivación del malestar mental, es obvio que las decisiones sobre las actuaciones posibles responden a la ética sustentada en la responsabilidad del sujeto en el sentido que da a su existencia.

De hecho el dispositivo, como lugar de vida, parte de la máxima psicoanalítica sobre los pasajes al acto y los estilos de vida actuadores que se enuncia de la siguiente manera: *no pienso luego actúo* y que en la relación transferencial con los terapeutas, con el equipo y con los semejantes se transforma de *forma creacionista* en un *no se que pienso luego postergo en la infinitización la actuación*.

Ninguna gestión, acción terapéutica farmacológica o subjetivadora, de relación o de aprendizaje, se promueve sin el consentimiento del interesado. Para decirlo en términos contemporáneos: los programas asistenciales se hacen a la carta y en régimen de coparticipación.

Y por último, sobre la valoración del uso de los recursos

Consideramos razonable la utilización de este recurso no universalizado en la red asistencial de salud mental catalana a partir de criterios objetivos de proximidad al núcleo familiar y a la comunidad, de corresponsabilidad con los servicios insertos en la comunidad, y de decisión del futuro usuario de servirse del dispositivo abierto de forma voluntaria.

Y también, en no sintonía con usos actuales pero sí con el estilo de vida del usuario, no se pide reconocimiento explícito de enfermedad mental ni la aceptación de un programa o contrato terapéutico estandar.

NOTAS

(1) Ponencia presentada en la 2ª Conferencia Europea. *Mejora de la calidad en servicios de salud mental*. Barcelona 19, 20 y 21 de Noviembre de 1998.

BIBLIOGRAFIA

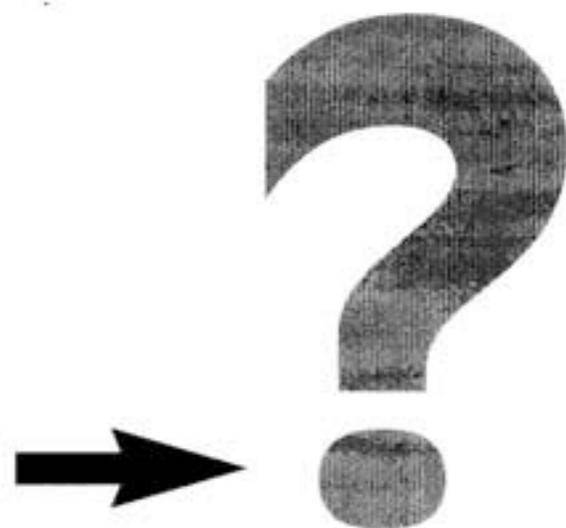
Millan, Theodore. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Ed. Masson, 1998.

Kernberg, Otto. *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Ed. Paidós, 1975.

Francesc Puntí es coordinador de la Unidad Medico-Educativa de la Institución Balmes.

Francesc Vilà es psicólogo clínico de la Institución Balmes.





EL MECANISME D'ENTRADA EN UN CENTRE DE DIA⁽¹⁾

Enric Berenguer
Empar Rubio
Silvia Tolchinsky

L'establiment d'una xarxa de salut mental infantil y juvenil, que s'ha fet efectiva en els darrers anys a Catalunya, suposa una millora molt important en l'atenció a la població afectada. El que ara ens ha de preocupar i ocupar és com afinar el seu funcionament en cada un dels seus punts i en la relació entre un i altre dispositiu.

L'entrada, alta o ingrés en cada dispositiu és un moment sensible en el qual es posa a prova de manera particularment aguda l'eficiència del sistema, entenent eficiència com la relació entre els recursos destinats i la qualitat assistencial obtin-

guda. La regla d'or seria que hi hagués una proporcionalitat directa i automàtica entre l'increment de recursos i l'augment de la qualitat assistencial.

El treball en xarxa sembla, amb molt, el més adequat en salut mental. Això es deu a la pròpia natura de la problemàtica tractada, i no només a criteris gerencials, també es justifica per raons clíniques (fonamentalment, relacionades amb les característiques de la psicosis). La multiplicitat dels recursos i referents té doncs un paper important, que contrarresta els efectes nocius que molts cops tenen les grans institucions que tendeixen a convertir-se en un referent absolut. Seria impossible detallar les raons d'això en el marc d'aquesta taula rodona.

Ara bé, si bé el treball en xarxa té uns avantatges evidents, suposa unes dificultats específiques que cal tractar. Això, també, no només per criteris d'economia de mitjans, sinó, com en el cas anterior, per raons intrínseques a la problemàtica atesa. Els pacients necessiten que aquesta multiplicitat de referents sigui el més ordenada possible, que cada element de la cadena tingui una definició precisa y que les relacions entre cadascun dels elements no tinguin ambigüitats.

Pel que fa a les ambigüitats, no ens referim només a que la xarxa estigui definida d'una manera clara, del que es tracta és que aquesta definició es pugui transmetre d'una manera clara y transparent a l'usuari en el moment del recurs a cada servei diferent. Això és el que fa dels mecanismes d'entrada, d'alta o d'ingrés, moments clau en els quals s'ha de tenir en compte, entre d'altres coses, com transmetre a l'usuari l'esperit del nostre funcionament, els diferents papers que té cada element de la xarxa, el marge que queda, si és que en queda algun, per a l'opció de l'usuari.

L'experiència en anys anteriors ens havia portat a concloure que es produïen moltes confusions, o com a mínim ambigüitats en el període d'entrada d'un nou usuari en el nostre centre. Això es veia reforçat pel fet que, com sol ser habitual en centres com el nostre, hi ha una dependència doble: respecte de la xarxa de salut mental, però també l'educativa, i bastants cops també la mèdica, sense oblidar la d'assistència social.

Per dir-ho en termes pràctics i concrets: l'entrada d'un nou usuari suposa com a condició *sine qua non* la participació d'un EAP, i fins i tot bastants cops d'inspecció educativa; el sector d'usuaris que ens ocupa, per altra banda, han estat en un alt percentatge pacients d'un CAPIP i bastant sovint objecte d'intervencions per part del treballador social o educadors de carrer.

Tornant a la descripció de la nostra experiència en anys passats, constatarem que la tendència espontània, degut a la multiplicitat d'agents que intervenen, era a allargar el període necessari per poder considerar acabat el procés d'entrada.

X Pel que fa a la xarxa educativa, tendia a aplicar una temporalitat en les derivacions quasi bé calcada de la que s'aplica automàticament al conjunt de la població, sense tenir en compte les dificultats suplementàries que suposa la nostra població específica.

Quant als Centres de Salut Mental Infantil i Juvenil, tendien a regir-se per una temporalitat pròpia, que no coincideix amb la de l'escolaritat, sense acabar de tenir en compte que per a un centre com el nostre, l'inici de curs és un moment important, en la mesura que constitueix un punt de referència simbòlic per als usuaris.

El resultat de tot plegat és que els mecanismes d'entrada tendien a perllongar-se molt en el temps, augmentant en molts casos el desconcert de l'usuari i dificultant el procés de subjectivació que necessàriament ha d'acompanyar el procés d'entrada d'un nen en un centre d'aquestes característiques, tan per part d'ell mateix com per part de la seva família.

Constatem una regla simple: quant més temps passa entre el plantejament de la derivació i la clarificació del paper que hauran de jugar el diferents referents, més confusió es crea.

Per altra banda, donat que l'entrada en un Centre de Dia suposa per ella mateixa un moment de tall en la biografia del pacient, la confusió en aquesta etapa té sempre conseqüències negatives.

A Per aquest motiu, hem fet importants esforços per treballar en col·laboració amb els nostres agents

derivadors, amb la finalitat de millorar la coordinació i poder reduir l'extensió del procediment en el temps.

A mesura que aquesta extensió en el temps s'ha anat reduint, els diferents agents són més conscients de les interaccions que es produeixen y de la necessitat d'una coordinació. En aquest sentit, s'ha anat aconseguint que els agents derivadors, tant els EAP com els CSMII, tinguin en compte tots aquests aspectes, i tot i que queda molt per fer, constatem una millora objectivable.

Per altra banda el nen i les famílies s'adonen més fàcilment que es troben en un moment important i que han de fer un esforç especial per situar-se en aquesta conjuntura de tall respecte de la seva vida anterior. Finalment, les dificultats inherents al procés i les paradoxes que es generen es posen de manifest amb més claredat.

Resumint, doncs, si definim el mecanisme d'entrada com el procés que cal perquè els agents derivadors es posin d'acord sobre tots els aspectes necessaris per garantir la continuïtat assistencial en les millors condicions possibles, les més econòmiques i menys costoses per l'usuari, i afegim a tot això, com un aspecte més definitori del mecanisme d'entrada, la consciència per part dels nens i/o les famílies de tot el que implica aquest procés, podem considerar com a indicadors de qualitat:

- 1 Temps necessari per dur a terme el mecanisme.
- 2 Grau de consciència i informació aconseguida en les famílies.

En aquests dos punts, les millores obtingudes en els dos darrers anys són considerables.

Hi ha, però, aspectes que tot just han començat a aflorar precisament a mesura que el mecanisme es va fent de manera cada cop més ordenada.

Des d'aquest punt de vista, considerem que caldria, per aconseguir una millora substancial, dur a terme una anàlisi ordenada de l'experiència entre tots els agents implicats, amb tal d'anar establint una sèrie de criteris objectivables. Ja sabem que els criteris no es poden convertir en el nostre camp en automatismes, però tanmateix poden orientar-

nos.

Pensem que en un període de temps prudencial caldria anar determinant en quina classe de casos el seguiment psiquiàtric, per exemple, passa a ser dut a terme pel centre específic a on és derivat l'usuari, o bé segueix en mans del CSMI).

Aquesta mena de decisions s'han anat produint exclusivament cas per cas, i podem dir que la col·laboració és bona. Però pensem que milloraria substancialment si poguéssim anar extraient criteris de l'experiència.

Per exemple, podríem diferenciar diferents tipus de problemàtiques, així com diferents moments en l'evolució (no és el mateix un període estable que un de crisi). Podríem diferenciar igualment entre diferents classes de famílies (més o menys capaces de sostenir un diàleg amb diferents referents, o necessitades d'un referent únic). Per altra banda podríem considerar factors contingents, com les relacions transferencials prèvies, ja sigui per part del nen com per part de la família, la història de les intervencions anteriors, etc.

Si som capaços de formalitzar mínimament aquesta experiència, no hi ha dubte que aconseguirem una millora substancial de la qualitat assistencial.

Ara bé, serà imprescindible una anàlisi conjunta entre els diferents agents, més enllà dels intercanvis cas per cas, per aconseguir determinar, no només criteris comuns d'acció, sinó també quins serien els marcadors de qualitat que ens permetrien verificar aquest procés de millora.

NOTES

(1) Comunicació presentada a la 2a Conferència Europea Millora de la qualitat en Serveis de Salut Mental. Barcelona 19, 20 i 21 de Novembre de 1998

Enric Berenguer es psicòleg clínic, psicoanalista, Institució Balmes

Empar Rubio es pedagoga, Directora Centre Educatiu Balmes I

Silvia Tolchinsky es psicòloga clínic, psicoterapeuta, Institució Balmes





PROGRAMA DE PRIORIZACION DE ENFERMOS⁽¹⁾

*Clara Bardón Cuevas
Montserrat Puig Sabanés*

Hemos elegido para nuestra presentación aquí uno de los temas que nos parecen fundamentales a nivel de la asistencia en un Centro de Salud Mental, en nuestro caso Infantil y Juvenil, y es la forma en que se atienden las demandas. La forma en que se recibe a un paciente por primera vez, quién y cómo le escucha, cuándo se le atiende y qué tratamiento se le da a su demanda, son aspectos fundamentales de la acogida que van a condicionar de manera notable la relación del paciente con el terapeuta y la Institución, la relación con su problemática subjetiva, así como las posibilidades del tratamiento. Por ello hemos considerado imprescindible esta-

blecer unos criterios institucionales que permitan que la llegada de los pacientes al Centro, se produzca en las mejores condiciones.

La primera dificultad con la que nos encontramos en la asistencia pública es la existencia, en mayor o menor grado, de las listas de espera. Listas cuyo principal problema no sería tanto el que algunos pacientes tuvieran que esperar 2 o 3 meses para iniciar un tratamiento, sino el hecho de que todos por igual, hubieran de ser atendidos según su orden de llegada al Centro. Esta mecánica asistencial produce un listado homogéneo de nombres, cuya patología desconocemos y cuyas características clínicas pueden llevar a efectos no deseables. Es lo que se conoce como "lista de espera ciega", con diversas consecuencias: desde la cronificación de síntomas que por ser de reciente producción podrían tener una solución más fácil, hasta, especialmente, la posible existencia entre ellos de las patologías más graves o situaciones de urgencia y riesgo. Esta mecánica llevaría, además, a una excesiva medicalización de la respuesta al ser posteriormente atendidos y a un aumento no deseable de la prescripción psicofarmacológica que puede evitarse con una atención más precoz y particularizada de las demandas, tal como proponemos.

Por otra parte, la urgencia, subjetiva o no, con que se formula la demanda no siempre es el mejor índice para guiarse respecto a la gravedad del cuadro y el tipo de patología. Sabemos que los temores o la angustia que pueden desencadenar en una madre ciertos comportamientos o actitudes de su hijo, puede no corresponder con un cuadro clínico grave o que requiera de una atención urgente. Por el contrario, los cuadros más graves, si no son agudos, cursan a veces de manera crónica y solapada, soportados largo tiempo en una homeostasis o desinterés familiar e incluso con poca motivación para pedir un tratamiento.

Por esta razón, nos parece fundamental tratar la lista de espera de tal modo que los criterios clínicos prevalezcan siempre sobre los meramente asistenciales. Para ello es necesario discriminar caso por caso cada problemática que se presenta y poder establecer un diagnóstico, sin perder de vista que en la salud mental infantil y adolescente, se presentan mezcladas en un primer momento

patologías que muchas veces son de los padres. Una de las funciones de la primera visita que denominamos *acogida* es la de poder comenzar a diferenciar la demanda y síntoma de los padres, de la demanda y síntoma del niño o adolescente.

Así el Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil de Nou Barris puso en marcha hace ya 4 años un "Programa de prioritizació de malalts i tractament de la llista d'espera".

El aumento del número de demandas anuales que pasó de 250 en 1992 a 502 en 1995, así como el incremento de casos graves y que requerían atención urgente nos llevó a la necesidad de instaurar este programa clínico asistencial para evitar el efecto de lista de espera ciega. Los resultados han sido satisfactorios:

- Se ha reducido a menos de la mitad el tiempo de espera de alrededor del 40% de los pacientes que pedían visita por primera vez.

- permite un seguimiento de los pacientes que deben esperar.

- el tiempo de espera se convierte en un tiempo activo al realizarse, previa entrada a tratamiento, todo el trabajo de coordinación con los derivadores u otros profesionales que están trabajando con el paciente (escuela, EAP, SSAP etc.).

- los casos que llegan al Centro y que requieren otros dispositivos de atención pueden ser valorados y derivados sin demora.

- los casos que precisan solo de valoración diagnóstica pueden, sin esperar, ser retornados a la Primaria Sanitaria e iniciar un seguimiento indirecto.

- las urgencias pueden ser atendidas sin distorsionar la dinámica asistencial...

Programa

Este programa consta de dos partes diferenciadas:

1) Servicio de acogida: este servicio que se organiza en una franja asistencial diaria de 1 hora permite dar respuesta a todas las demandas de atención. Puede concertarse hora telefónicamente. Cada día de la semana la franja de acogidas está instaurada a distintas horas para facilitar la accesibilidad al servicio. En esa visita se abre historia clínica en el Centro. Al mismo tiempo pueden acogerse en ese horario los pedidos de atención inmediata. Los puntos esenciales de este servicio

son los siguientes:

a/ La acogida es realizada siempre por un profesional cualificado para iniciar un abordaje clínico del caso (psicólogo o psiquiatra). Hay que tener en cuenta que los diagnósticos con los que vienen los niños o adolescentes, con frecuencia están planteados en el plano social o del aprendizaje, o incluso ha sido realizado en el plano "psicopatológico" por los propios padres, debido a la amplia difusión que ciertos temas han tenido a través de los medios de comunicación en los últimos años. Así, no es raro escuchar a una madre, en su primer contacto con el centro de Salud Mental, hacer afirmaciones como: "mi hijo tiene una depresión", "mi hija es anoréxica" o "tengo un niño hiperactivo". Establecer una primera orientación diagnóstica por nuestra parte es crucial para poder comenzar a orientar el caso y discriminar la calidad de la patología que se presenta, ya sea en forma evidente o larvada, y para tener una aproximación del momento subjetivo en que se halla el paciente y la familia en relación con sus síntomas.

b/ Una rápida acogida de todas las demandas: durante la misma semana o la siguiente a la que son formuladas. Esto permite tener un conocimiento de los casos que llegan, ordenar la lista de espera y programar las primeras visitas, según los criterios clínicos de *urgente*, *preferente* y *ordinaria*. Además, si se considera pertinente, se pueden comenzar a dar ya algunas indicaciones que permiten iniciar una estrategia terapéutica, dar alguna otra visita durante el tiempo que permanece en la lista de espera y quedar como referente para el caso.

c/ Orientarse con los criterios del derivador. Hay pacientes que llegan al Centro por iniciativa propia, pero la mayoría son derivados por los servicios del sector: sanitarios, educativos o sociales. Cuando la derivación procede de la Asistencia Primaria Sanitaria, el protocolo de derivación que trae el paciente, ya contiene valiosas orientaciones además de la indicación de *urgente*, *preferente* u *ordinaria*, cuyos criterios de valoración para la Salud Mental han sido y continúan siendo tema de elaboración conjunta en las reuniones que periódicamente se mantienen con ellos. En el caso de que el derivador sea un profesional del EAP (Equipo de Orientación Psicopedagógica) o de los SSAP (Servicios Sociales de Atención Primaria), en

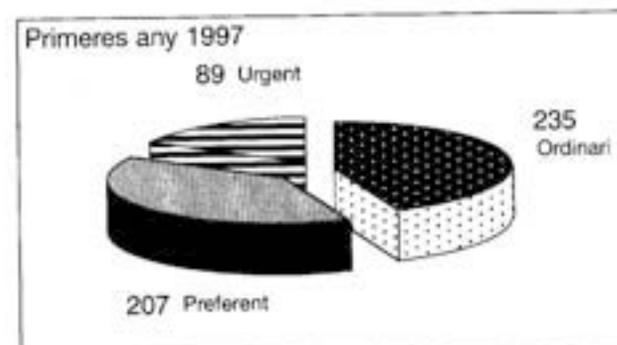
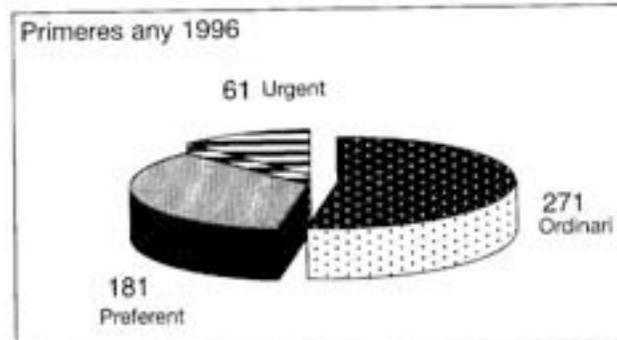
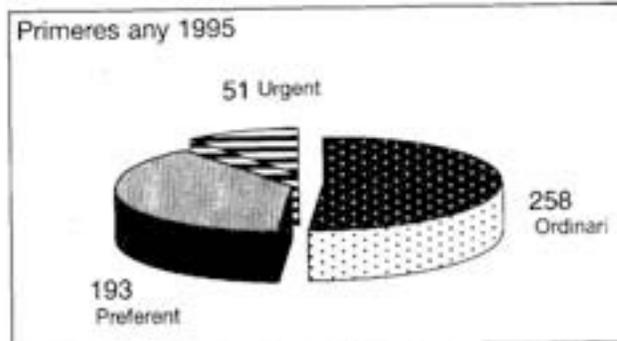
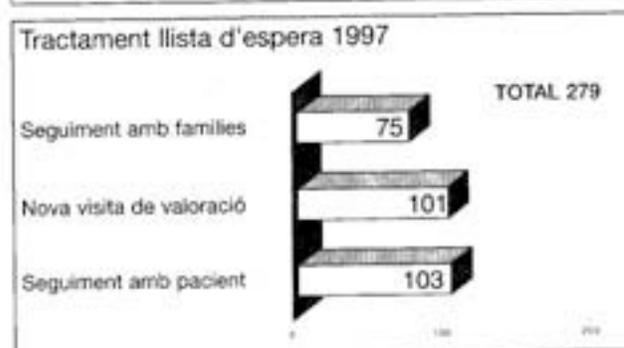
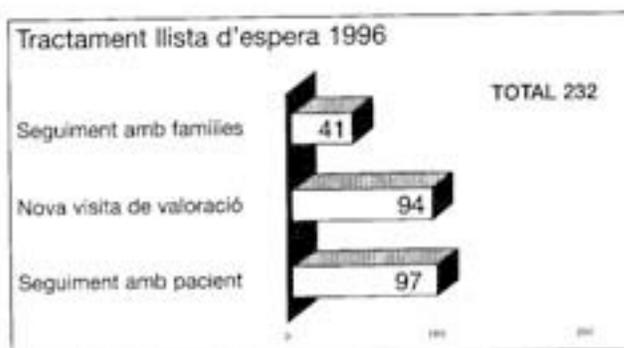
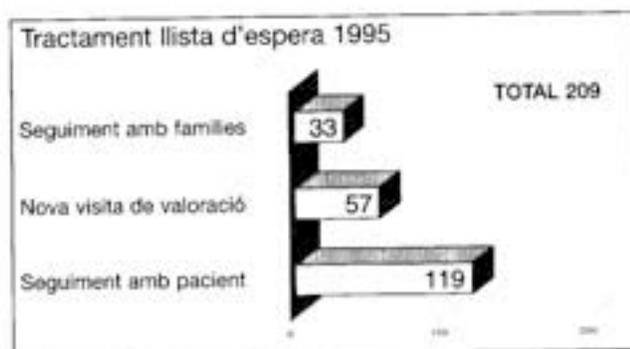
general hay una interconsulta previa que sirve para hablar de la problemática detectada, del motivo de la derivación, y valorar la urgencia con la que debe ser atendido el niño o el adolescente.

2) Tratamiento de la lista de espera: Posterior a la primera visita, el paciente sabe el tiempo que tendrá que esperar para iniciar el tratamiento, el profesional que lo atenderá, el procedimiento para poder pedir visita en caso de requerirlo, la valoración del motivo de consulta y algunas orientaciones sobre su problemática cuando ello es pertinente.

Todos los nuevos casos son llevados semanalmente a la discusión en la reunión del equipo clínico del Centro. Ello sirve para el conocimiento de los casos por parte de todos los profesionales y especialmente del que queda como referente del caso, la discusión de las estrategias a seguir en los casos complejos y la agilización de los casos valorados como urgentes o preferentes.

Sin embargo, existen muchos casos en los que no es suficiente con una sola visita para establecer el diagnóstico clínico y la valoración del caso, se requieren visitas con otros miembros de la familia que no han acudido a la primera visita, informes sobre tratamientos o diagnósticos anteriores, o se valora la necesidad de seguimiento durante el tiempo de la lista de espera. Estos casos pasan a lo que denominamos "tratamiento de la lista de espera". Algunos datos asistenciales pueden ayudar a explicar qué función tiene y el volumen asistencial que supone así como los resultados obtenidos. Hay que decir que también se tienen asignadas franjas horarias diarias para esta parte del programa lo que amplía el horario de posible atención a la visita inmediata o sin cita previa del centro.

Veamos los datos asistenciales de este programa en los últimos tres años:



Tractament llista d'espera

| | 1995 | | 1996 | | 1997 | |
|------------|----------|----|----------|----|----------|----|
| | nº casos | % | nº casos | % | nº casos | % |
| Altes | 31 | 15 | 109 | 47 | 83 | 30 |
| Preferents | 18 | 9 | 45 | 19 | 51 | 18 |

Hay que tener en cuenta en la valoración de estos datos que además del incremento de nuevas demandas de tratamiento se ha producido un incremento del 10 % anual de casos de psicosis en los últimos tres años y de casi un 15% de adolescentes. Todo ello ha incrementado los casos de atención urgente y preferente. Además ante esta presión asistencial el Programa de prioritizació de malalts i tractament de llista d'espera ha permitido dar respuesta muy particularizada a los casos que se encontraban en situación de crisis.

Hemos de destacar también de estos datos el número de altas durante el proceso de tratamiento de lista de espera que como han visto ha ido aumentando. Se trata de dos tipos de casos. Por un lado, los casos que son derivados para una valoración diagnóstica y que, una vez efectuada, no son susceptibles de tratamiento en el Centro. Estos casos son dados de alta y la mayor parte de ellos son derivados a las Primarias (sanitaria, educativa o social). Si bien ello supone una orientación del caso y una descarga asistencial del Centro conlleva todo un trabajo que creemos de sumo interés. Una parte de estos casos son seguidos de forma indirecta en el soporte a la Primaria Sanitaria en las reuniones de consulta y coordinación o a través de interconsultas con los servicios socio-educativos. Por otro lado, se trata de los casos que interviniendo desde el Centro de forma breve creemos que puede producirse una remisión del motivo de consulta y no ser necesario la entrada en tratamiento. Se trata la mayor parte de las veces de casos que presentan una demanda de los padres que es necesario acoger y orientar o de situaciones de niños o adolescentes muy ligadas a ciertos cambios o coyunturas familiares complejas que producen síntomas y malestares en los pacientes. Pensamos, la experiencia lo ha demostrado, que una intervención lo mas precoz posible permite que no se consoliden síntomas y situaciones que de este modo pueden ser resueltas.

Para finalizar quisiéramos hacer una mención especial a la **atención inmediata**. Si bien el funcionamiento normal de un Centro de Salud Mental es obvio que precisa de una organización y programación de las visitas, y de un rigor en el cumplimiento del horario de las citas, también es cierto que cuando se presenta una urgencia consideramos de suma importancia atenderla, tanto si se trata de pacientes cuyo tratamiento está en curso, como de pacientes dados de alta que sufren una nueva descompensación, o de nuevos casos no conocidos. En las dos primeras posibilidades mencionadas, se privilegia en lo posible que sea el terapeuta que lleva o llevó el caso quien le atiende, tanto si se trata de una llamada telefónica como si el paciente acude al Centro sin cita previa. En caso de no estar su terapeuta, le atiende otro informándose previamente con la Historia clínica.

Pensamos que una institución de Salud Mental debe poder acoger también y dar respuesta a las demandas que se presentan de este modo, lo cuál no equivale a confundirse con un Servicio de Urgencias. La "intervención en crisis" es un concepto que fue utilizado ampliamente en el movimiento psiquiátrico de los años 60 y que lo es poco en la actualidad, pero esta idea tiene una gran importancia desde el comienzo y a lo largo del proceso terapéutico de algunos pacientes por varias razones:

1 La posibilidad para un paciente determinado de remitirse a su terapeuta en un momento que lo considere necesario y más allá de la burocracia asistencial, le permite afianzar su transferencia y su confianza en la Institución, ya que la palabra es el medio privilegiado en el que transcurre el tratamiento.

2 Una intervención inmediata en un momento de crisis, permite la mayoría de las veces apaciguarla dando algunas indicaciones en relación a lo que está sucediendo, reorientar el tratamiento si es necesario, aumentar la frecuencia de las visitas o la modificación de la prescripción psicofarmacológica.

3 La atención de las situaciones de urgencia permite además, en algunos casos, evitar un ingreso hospitalario que llegaría a producirse de no existir esa posibilidad, especialmente en adolescentes. En la franja de edad comprendida entre los 14 y 18 años es frecuente la descompensación brusca de

patologies que a veces han cursado de manera encubierta a lo largo de la infancia, tanto en lo que se refiere a la estructura neurótica como en la psicosis. Brotes psicóticos francos, crisis depresivas o de angustia, síntomas fóbicos importantes, anorexia, fenómenos de desorientación o despersonalización, pasajes al acto que entrañan un peligro, etc. requieren ser atendidos de modo inmediato para evitar un agravamiento de la situación e iniciar el tratamiento cuanto antes.

NOTAS

(1) Ponencia presentada en la II Conferencia Europea de Calidad Asistencial en Salud Mental. Barcelona Noviembre 1998. Los datos asistenciales del programa presentados en forma de transparencias fueron elaborados por Carmen Grifoll de la Esperanza. CSMII Nou Barris.FNB.

Clara Bardón Cuevas es psiquiatra, psicoanalista. CSMII Nou Barris. FNB.

Montserrat Puig i Sabanés es médico, psicoanalista, coordinadora del CSMII Nou Barris.FNB.



Comité Científic Assessor

Sra. Josefina Aldecoa: *escriptora i educadora.*

Dr. Pere Barri: *Programa de Fecundació Assistida. Institut Universitari Dexeus.*

Dra. Anna Fornós: *Neuropediatra. Programa d'Atenció Precoç. ICASS.*

Dra Ester Jordà: *Programa de Salut Mental. Consorci Sanitari de Barcelona.*

Sra. Teresa Lema: *Llicenciada en Dret.*

Sra. Violeta Núñez: *Professora de Pedagogia Social. Dpt. De Teoria i Història de l'Educació. Universitat de Barcelona.*

Dr. Lluís Torralba: *Pla de Drogues de Barcelona. Institut Municipal de Salut*

Equip Tècnic

Direcció: Begoña Matilla.

Redacció: Clara Bardón,
Roser Casalprim
Matilde Jiménez
Montserrat Puig
Jorge Sosa

Secretaria: Reyes Nogués
Iolanda Ayala.

Obra portada: Alfonso Alzamora
Disseny i maquetació: Jesús Alvira.



L'interrogant

Revista editada a Barcelona
Octubre del mil nou-cents noranta nou