

# L'interrogant

FUNDACIÓ NOU BARRIS PER A LA SALUT MENTAL

Nº 3 • OCTUBRE 2000



La dimensió del temps en la subjectivitat moderna	1
La civilització instantània	1.1
El temps social i el temps subjectiu	1.2
Salut mental i atenció sanitària	2

Antoni Tàpies  
"Pretextos"

1000 pàgines sobre tela 30 x 116,5 cm

F9B



## L'interrogant

- Editorial pág. 3  
*Begoña Matilla*
- 1. LA DIMENSIÓ DEL TEMPS EN LA SUBJECTIVITAT MODERNA**
- 1.1 La civilització instantània**  
Percepció i realitat del temps a finals del segle XX.  
II Jornada de Debat de la FNB
- Percepció i realitat del temps a finals del segle XX pág. 4  
*Miquel Bassols*
- La civilización instantánea pág. 8  
*Rafael Argullol*
- Tiempo y sexuación pág. 13  
*Rithée Cevasco*
- El tiempo en la enseñanza de la literatura pág. 16  
*Elena Losada*
- La relevancia del tiempo en la justicia infantil y juvenil pág. 20  
*Silvia Giménez-Salinas*
- 1.2 El temps social i el temps subjectiu**  
*Sessions clíniques curs 1999-2000 de la FNB*
- El tiempo de la institución y el tiempo del sujeto pág. 25  
*Susana Brignoni, Nilda Estrella y Gemma Vilatarsana*
- Del tiempo de las instituciones al tiempo del sujeto pág. 30  
*Joan Agelet, Josep Amorós y Carmen Grifoll*
- El tiempo de la interconsulta, entre el tiempo social y el tiempo del sujeto pág. 36  
*Antoni Canseco y Jorge Sosa*
- 2. SALUT MENTAL I ATENCIÓ SANITÀRIA**
- Programa de coordinació i suport a l'atenció primària de Salut (PROCSAP) pág. 42  
del CSMIJ de Les Corts i Sarrià Sant Gervasi  
*Dolors Casalé*
- Particularidad de un centro de salud mental infanto-juvenil pág. 45  
en el ámbito de un hospital general  
*Ruth Sonabend*
- Relación entre el departamento de psiquiatría y psicología y el de pediatría pág. 49  
en el ámbito hospitalario  
*Elisabeth Escayola*
- Detección y prevención en Salud Mental pág. 55  
*Teresa García Falces y Carmen Grifoll*
- Anorexia mental y pubertad pág. 58  
*Clara Bardón*
- Trastornos de la alimentación pág. 63  
*M<sup>a</sup> José Cortiella*
- Lo "inquietante" en la relación médico-paciente pág. 66  
*Carlos Alvira*
- La psicoanàlisi en les institucions sanitàries pág. 72  
*Josep Moya*

## Patronat FNB

*President FNB*

**Sr. Manuel Pérez.**

*Regidor - Ajuntament de Barcelona - dte. 8è*

*Secretària FNB*

**Sra. Anna Gudiol**

*Justícia i Pau*

*Vocals*

**Sra. Mai Felip.**

*Adjunta Presidència - Fundació BCD*

**Sr. Alfredo Ladman.**

*Director General - Editorial Gedisa*

**Sr. Ramón Morera.**

*President - Associació Catalana de Metges de Família i Medicina Comunitària*

**Sr. Jordi Sarsanedes.**

*President - Ateneu Barcelonès*

**Sra. Maribel Vidal Quadras**

*Vocal - Fòrum Latinoamerica de Barcelona.*

## Equip Tècnic

Direcció

**Begoña Matilla**

Redacció

**Clara Bardón  
Roser Casalprim  
Montserrat Puig  
Jorge Sosa**

Secretaria

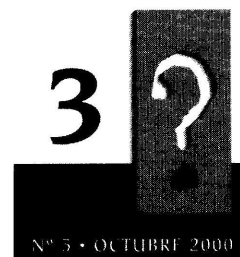
**Reyes Nogués  
Marta Castelló Masip**

Obra portada\*

**Antoni Tàpies**

Disseny i maquetació

**Jesús Alvira.**



L'interrogant

Revista editada a Barcelona  
Octubre del dos mil

(\* ) Drets de reproducció de l'obra "Pensament" al núm. 3 de L'interrogant cedits per l'autor. Totes les il·lustracions del núm. 3 de L'interrogant són fragments de l'oli sobre tela "Pensament", d'Antoni Tàpies.

## EDITORIAL

Begoña Matilla

**L**a Fundación Nou Barris para la salud mental que despliega sus actividades en el campo de la infancia y la juventud en una triple vertiente; prevención y asistencia, docencia e investigación, debates y publicaciones, ha organizado el sumario del nº 3 de su publicación anual **L'interrogant**, con la finalidad de transmitir algunos de los trabajos que se han realizado durante el último curso desde los diversos dispositivos asistenciales, de debate o de reflexión clínica. Al mismo tiempo incorporar también las valiosas colaboraciones que tanto desde las perspectivas teóricas como desde las prácticas profesionales han sido brindadas a la FNB. Y por último, sumar a nuestros esfuerzos los trabajos que otros muchos profesionales de otras instituciones de la Red Infantil y Juvenil de Salud Mental realizan cotidianamente. Es una pequeña aportación al movimiento de trabajo que la Red de Salud Mental Infantil y Juvenil de utilización pública está impulsando hacia el *I Congrés Català de Salut Mental infant i juvenil* que tendrá lugar en el año 2002 en Barcelona.

Bajo el primer epígrafe, **la dimensión del tiempo en la subjetividad moderna** recogemos los trabajos que se presentaron en la segunda jornada de debate de la FNB convocada bajo el título: *La civilización instantánea; percepción y realidad del tiempo a finales del siglo XX*, que abordaron la incidencia de la aceleración del tiempo en los sujetos de la modernidad. Modalidad de tiempo, la nuestra, que empuja a respuestas instantáneas en detrimento del despliegue del tiempo necesario para la elaboración y la comprensión. Un tiempo escaso con-

vertido en un bien de intercambio que enfatiza lo efímero y lo actual y se desentiende del pasado. Los distintos artículos reflejan desde perspectivas teóricas y prácticas profesionales diversas, las dificultades que acarrea a la cultura occidental de fin de siglo que el tiempo haya sido tomado por la tecnología al servicio del discurso capitalista más feroz, produciendo nuevos síntomas y malestares, tanto en la vertiente social como individual.

En este epígrafe hemos querido presentar también, de qué modo el tema del tiempo instantáneo ha sido trabajado a lo largo de todo el curso pasado en el espacio de **Sesiones Clínicas** de la FNB, articulándolo a la particularidad del caso por caso a partir del eje de trabajo: **Tiempo social y tiempo subjetivo**. Distintas presentaciones clínicas, abordadas desde más de un dispositivo de atención a la infancia, ilustran el desfase siempre existente entre el tiempo de las demandas sociales frente a la resolución de los síntomas y el tiempo subjetivo, siempre necesario para cada individuo singular de acercarse a su malestar íntimo.

El segundo epígrafe **Salud Mental y Atención Primaria** compila artículos que ejemplifican la importancia fundamental que en este campo y en particular en la infancia, cobra el trabajo conjunto con otros profesionales, en particular los pediatras y los médicos. Es en sus consultas donde se recibe el mayor impacto de la demanda frente a los síntomas y malestares de vivir, es en esas consultas, por lo tanto, que se constituye el lugar fundamental para la discriminación y la detección a tiempo, elemento clave, el tiempo, para cualquier intervención preventiva. Y es también el espacio privilegiado para el despliegue de la orientación analítica que privilegia la particularidad y la comprensión necesaria para la intervención a nivel del caso por caso en su singularidad.

Begoña Matilla

Directora de la FNB para la Salud Mental





## PERCEPCIÓ I REALITAT DEL TEMPS A FINALS DEL SEGLE XX \*

Miquel Bassols

**V**ull donar en primer lloc els meus agraïments a la Fundació Nou Barris per a la Salut Mental per la invitació a fer la conferència inaugural d'aquesta Jornada, i especialment a Begoña Matilla per la presentació que n'ha fet.

**1.** Començaré comentant el subtítol que modula el tema general de la Jornada, "Percepció i realitat

del temps a finals del segle XX". Això vol dir que hi ha una història del temps, una història de la manera com percebem el transcurs del temps. En la pròpia vida d'una persona, aquesta percepció del temps varia, fins i tot s'altera. El temps s'experimenta d'una manera en la infantesa, d'una altra en la vida adulta, quan el temps sembla que passa més ràpid. Qui no recorda els "llargs" estius de la infantesa, que s'estenien més enllà dels límits propis de la cronologia?

Què és, doncs, "la realitat del temps"? És una realitat plenament subjectiva, que depèn de factors "psíquics". Kant deia que el temps, com la dimensió de l'espai, és un a priori de l'experiència subjectiva. Freud dirà que en el lloc de l'a priori kantiana, caldrà situar les condicions del nostre aparell psíquic, de l'inconscient. Aquest a priori que determina la nostra percepció, la nostra subjectivitat, aquest espai-temps, ve donat per les "condicions de l'aparell psíquic", per les lleis simbòliques que organitzen la meua vida, els meus records, les meues experiències, els meus somnis, els meus símptomes.

El temps és doncs, primordialment, una experiència subjectiva organitzada per símbols. De fet, tenim un exemple d'aquesta incidència del símbol en l'organització de la realitat del nostre temps en l'anomenat "efecte 2000" que estem a punt d'experimentar. En realitat, el pas de l'any és un fet simbòlic, no té res de real en ell mateix. L'any 2000 és un límit, una frontera, una ratlla simbòlica, discutible com hem vist per establir el canvi de mil·lenni. El canvi de segle és, com el pas d'un any a l'altre, un acte simbòlic i té els seus efectes per aquest fet. En tot cas, el que sí que tindrà efectes és el canvi en els dos dígitos de l'any en molts ordinadors. I parlem, llavors, de "l'efecte 2000" que, segons diuen, podria tenir conseqüències de tota mena. És un exemple del pes del símbol en l'organització de la nostra vida i de la nostra realitat social.

**2.** Com experimenta el temps, el subjecte d'aquest final de segle?

Hi ha un acudit que resumeix de manera prou clara la paradoxa en la qual es troba el subjecte de la nostra civilització en aquest final de segle. Es

tracta d'aquell home, desesperat de la vida, que aixeca els ulls cap al cel i exclama: "Déu meu, dóna'm paciència... però que sigui ara mateix!!"

Aquesta és la seva demanda, la seva exigència instantània. Els asseguro que com a psicoanalistes, i sense cap necessitat de ser al cel, escoltem sovint una demanda d'aquesta mena la primera vegada que ve a veure'ns algú, en la consulta privada o en la xarxa pública -"Escolti, no hi haurà alguna cosa per arreglar això ràpidament?" L'"això" en qüestió que cal arreglar ràpidament pot ser un malson que es repeteix des de fa anys, una relació insuportable portada temps i temps amb una fidelitat més que sospitosa, una depressió o una crisi d'angoixa que ha posat tot d'una la persona davant l'abisme de la buidor de sentit de la seva vida.

En efecte, el subjecte d'aquest final de segle segueix creient, a la seva manera, en algun Déu que podria respondre de manera ràpida i absoluta al seu malestar. No és pas tan fàcil deixar de creure en un Altre absolut. De fet, el subjecte d'aquest final de segle és un subjecte molt més "religiós" del que podríem pensar: demana, de manera extrema, un sentit, un objecte, a l'Altre absolut... i ara mateix.

### 3. Quina és la resposta a aquesta demanda?

Fa uns mesos que la premsa i els setmanaris publiquen un seguit d'articles sobre l'augment en la despesa de medicaments ansiolítics i antidepressius, despesa que s'ha quintuplicat de manera inexplicable en només dos anys. En un d'aquests articles podem llegir el següent missatge: "Felicitat ja! Satisfacció instantània o en un termini ben curt de temps, analgèsics que apaivaguin el dolor en només cinc minuts, pastilles que esvaeixen la pena i la tristesa. Els setanta milions d'envasos de tranquil·litzants que han consumit l'any passat els espanyols -només en receptes de Prozac s'han evaporat 7.000 milions de pessetes- han posat dels nervis la Seguretat Social i ens han tornat els eternals i tòpics interrogants: Quin és el preu del progrés i del benestar?"

En efecte, la civilització d'aquest final de segle es voldria "instantània", abolint també l'espai en un ideal de simultaneïtat. És el temps de la xarxa, de

l'Internet, de la borsa "on line" on la diferència de cinc segons en una compra o venda pot suposar milions de pessetes, on la relació entre causa i efecte pot semblar gairebé simultània en llocs molt distants del planeta. La fórmula mínima de la implicació lògica, "a→b", tendeix a reduir-se així a una mena d'identitat en la quasi-simultaneïtat de la causa i l'efecte, "a=b".

Així doncs, l'expressió "Civilització instantània" sembla una contradicció: ¿com la civilització, que és el producte de temps i temps, com els bons vins, de segles, podria ser qualificada d'instantània?

4. Nosaltres introduïrem l'equívoc de la paraula "instantània" per tal d'analitzar aquesta contradicció. Potser ho entendrem millor si fem equívoca aquesta paraula, "instantània", i la llegim com la civilització passatgera, momentània, efímera, fugissera, fugaç...

Potser llavors entendrem també millor allò que escrivia Freud l'any 1929 en el seu text sobre "El malestar en la cultura": "... arribarem a afirmar més aviat que el pla de la 'Creació' no inclou pas el propòsit que l'home sigui 'feliç'. Allò que en el sentit més estricte anomenem felicitat, sorgeix de la satisfacció, gairebé sempre instantània, de necessitats acumulades que han arribat a una tensió elevada [la pulsíó], i d'acord amb aquest fet només pot donar-se com un fenomen episòdic".

Tenim aquí dos sentits, dos al menys, del terme "instantani":

a.- La pulsíó demana al subjecte una satisfacció "instantània", immediata, sense espera. Com satisfer la pulsíó de forma instantània? El símptoma mateix és una "satisfacció substitutiva" però que manté viva l'exigència de satisfacció com una demanda que no pot ser satisfeta.

El problema que planteja Freud dóna també un altre sentit al terme "instantani":

b.- Allò que és "instantani" és la satisfacció mateixa de la pulsíó. La civilització només pot oferir, en el millor dels casos, una satis-

facció instantània, efímera, passatgera. És la paradoxa del principi del plaer descoberta ben aviat per Freud, paradoxa de la civilització mateixa, de l'ideal de l'"estat del benestar". És la paradoxa entre la demanda instantània, immediata, de satisfacció, que no admet dilació, i la possibilitat d'una satisfacció que, per ella mateixa, només podria ser instantània. És precisament aquesta inèrcia del principi del plaer que porta necessàriament al seu fracàs, un fracàs que ve escrit en el seu propi programa.

**5.** Això que Freud designava com el "malestar inherent a la cultura", a la civilització, segueix aquesta inèrcia. I la pròpia civilització proposa tot un seguit de remeis, d'objectes, que no escapen de fet a la inèrcia d'aquesta demanda en la mesura que posen el remei del cantó de l'objecte i no pas del subjecte.

Quins són aquests objectes proposats per la civilització actual a la paradoxa del principi del plaer? Freud els enumera: els tòxics, els "mètodes químics", però també l'art, la religió, l'activitat científica mateixa... Avui trobem algunes novetats: el temps mateix esdevé ara un objecte, una mercaderia, un valor de canvi, també un "equivalent general", en el lloc del diner. Vegeu, per exemple, aquest Banc del Temps a Barcelona, del qual parla un recent article de diari que Begoña Matilla m'ha fet arribar fa uns dies. És un banc sense diners que només factura temps; cadascú té xecs de temps en lloc de diners, per intercanviar amb els altres oferint un servei determinat. Un lampista intercanvia, per exemple, la seva hora de feina amb un fuster o un massatgista. No sé pas què donaria això en el cas d'un psicoanalista!

**6.** Què es, però, el temps del cantó del subjecte, del cantó del seu inconscient?

Freud deia que l'inconscient és fora del temps cronològic. Es tracta d'un altre temps, un temps que no és pas lineal, que implica una discontinuïtat en la suposada continuïtat de la cronologia. Els somnis, els lapsus, les formacions de l'inconscient se'ns presenten sempre com una irrupció, com l'efecte d'una discontinuïtat temporal. Una represen-

tació inconscient no segueix les lleis cronològiques sinó les lleis simbòliques dels desplaçaments i les condensacions dels anomenats "processos primaris". D'aquesta manera, un esdeveniment es relaciona amb un altre, més enllà de la seva successió cronològica.

D'altra banda, aquest fet de la discontinuïtat té una relació determinada amb el fet d'ésser mortal. Només per a algú que se sap mortal el temps té algun sentit. I només algú que parla, que està afectat pel llenguatge, se sap mortal. Martin Heidegger deia que "només l'home mor, els animals pereixen". El temps és, de fet, un producte del simbòlic, del llenguatge, íntimament vinculat al fet de saber-nos mortals. Així, Borges podrà escriure: "el hombre vive en el tiempo, en la sucesión, y el mágico animal, [se tracta d'un gat] en la actualidad, en la eternidad del instante".

La successió temporal en la qual viu l'home és de fet una discontinuïtat marcada pel temps del llenguatge, un temps lògic propi de l'inconscient i de les seves formacions.

**7.** Jacques Lacan formalitzarà aquest temps lògic com un temps propi de tot acte psíquic. El resumeix en tres temps: l'instant de mirar, el temps per comprendre i el moment de concloure.

El temps de l'inconscient és el temps de la paraula i del llenguatge, el temps intern de la significació, que és molt independent del temps cronològic. És un temps que depèn del moment de concloure que s'anticipa en la significació. És el temps de la frase que obté la seva significació un cop hi posem un punt i produïm retroactivament aquesta significació. Així, aquell exemple que posava Gabriel Ferrater de l'equivocitat d'aquesta frase: "una jove veu l'amenaça", i que pot tenir dos sentits diversos segons com la llegim, segons les pauses i entonacions que donem en la seva lectura, ens indica que el temps del llenguatge és el temps de la frase, un temps que segueix també la lògica dels tres temps proposada per Lacan: instant de mirar, temps per comprendre, moment de concloure. El llenguatge és això: un comença una frase... i després cal acabar-la. Tot consisteix en com acaba cadascú la seva frase i produeix una o altra significació en el temps del llenguatge.

## LA DIMENSIÓ DEL TEMPS EN LA SUBJECTIVITAT MODERNA

### La civilització instantània: percepció i realitat temps a finals del segle XX

**8.** Què podem dir de la nostra civilització finisecular en relació a aquesta lògica del temps?

Doncs que tendeix a comprimir, a fer desaparèixer el temps per comprendre. La impressió subjectiva de "manca de temps" és, en primer lloc, la impressió de manca de temps per comprendre. L'efecte, paradoxalment, és un allargament, una impossibilitat d'arribar al moment oportú de concloure. Els addictes a l'Internet en són un testimoni. Un jove "enganxat a la xarxa" em deia que experimentava una mena de lliscament infinit de la significació d'una pantalla a l'altre sense poder trobar un punt d'aturada, de conclusió. La simultaneïtat, la reducció del temps per comprendre, allarga molt més els temps de la significació, deixa en suspens el moment de concloure.

Potser podríem trobar-ne un correlat sociològic en l'allargament actual del passatge a la vida adulta, del "temps per comprendre" de la pubertat, en un fenomen que avui sembla el de la proliferació d'eterns adolescents. Els sociòlegs podran parlar d'això millor que jo.

**9.** Quin és el temps de la psicoanàlisi, el temps que proposa la seva pràctica?

La psicoanàlisi se situa entre els dos "instantanis" dels quals parlàvem al començament: entre la demanda de satisfacció immediata i els objectes de la satisfacció efímera. Intenta introduir el temps del llenguatge, de la paraula, el temps per comprendre particular de cada subjecte per tal que pugui construir la seva frase entre l'imperatiu de la pulsó i l'enganyifa de l'objecte. La psicoanàlisi és de fet un ús del temps lògic de les significacions del llenguatge, del temps de l'inconscient, és una pràctica que opera amb el temps simbòlic de la paraula per tal de produir modificacions en el sentit i el gaudi de cada subjecte.

La millor concepció que podem tenir de la interpretació psicoanalítica, tal com Lacan l'entenia, és la interpretació com una puntuació de la frase del subjecte, és una mena de reescriptura de la pròpia frase a través d'un viatge per les paraules que la constitueixen. I poder modificar-ne així el sentit.

El temps de la paraula sempre és prou llarg: pot

ser també un temps cronològicament breu, com el cas de les famoses "sessions curtes" de Lacan, efectives si les entenem en l'eix del temps de la paraula. Es tracta de trobar allò que Aristòtil designava amb el terme de "Kairós" i que podem traduir com "el moment oportú" de cadascú.

La psicoanàlisi obre així un espai entre l'imperatiu de la satisfacció immediata i la satisfacció efímera, introduint el temps simbòlic de la paraula, el temps per comprendre quin és el desig particular de cadascú més enllà dels objectes proposats per silenciar la seva demanda.

**10.** Quant de temps cal per això? -podeu preguntar-me ara, demanant-me també una resposta immediata, "ara mateix"...

En aquest punt, Freud, com també Lacan en altres ocasions, prefereix donar la paraula al poeta, que sempre va un pas endavant de nosaltres. Prendré, doncs el final del text de Freud, "Més enllà del principi del plaer", quan cita un poeta anomenat Rückert:

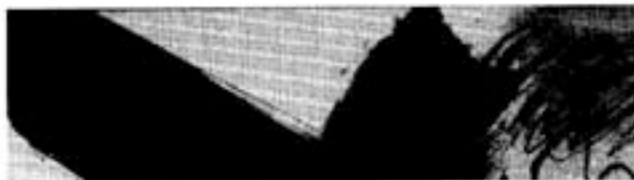
"Si no podem avançar volant  
bo serà progressar coixejant "

I després del que hem dit avui, nosaltres podríem afegir: -i potser millor coixejant que no pas volant!!

(\*) Conferència inaugural de la II Jornada de Debat de la FNB "La Civilització Instantània: Percepció i realitat del temps a finals del segle XX. Octubre 1999.

**Miquel Bassols** és psicoanalista, president de l'EEP i membre de l'AMP.





## LA CIVILIZACIÓN INSTANTÁNEA \*

(conferencia)

Rafael Argullol

**V**oy a intentar completar este panorama respecto al posible balance que podemos hacer de la categoría "tiempo" a finales del Siglo XX, contrastando un poco con las intervenciones anteriores y fundamentalmente, tomando como referencia algunas coordenadas literarias y filosóficas.

Cuando se me propuso participar en esta jornada sobre la Civilización Instantánea, inmediatamente pensé en la intervención de la palabra "instante" en tres autores fundamentales de la literatura moderna. Uno Octavio Paz, que habló de la consagración del instante, otro Baudelaire que relacionó el instante con la modernidad y, finalmente, Goethe, sobre el cual ahora voy a extenderme algo más, que planteó la cuestión del instante como el aspecto central de su obra más importante, El Fausto.

Al mismo tiempo pensé que, a pesar de que estoy de acuerdo con Salvador Giner en que en muchos aspectos la condición humana no ha variado, sin embargo, estoy en desacuerdo con él en que todas las cosas sean permanentes, iguales. Creo que sí, que se da una relación cambiante con las coordenadas. En este sentido tengo muy claro que el tipo de conocimiento al que nos introduce la ciencia es un conocimiento que respeta, en términos generales, la sucesión lineal de la historia. Nosotros podemos apreciar todavía mucho como informa-

ción arqueológica de la historia de la ciencia el Universo aristotélico ptolemaico, pero hacemos caso al universo moderno que nos han planteado los científicos modernos. Por tanto, cada página de la ciencia, anula la página anterior, aunque se pueda conservar como historia de la ciencia o como crónica. En cambio, como ustedes saben muy bien, cada obra de arte no anula la obra anterior, cada poema no anula el poema anterior y yo diría, que en un sentido casi nuclear de la filosofía, cada página de la filosofía no anula la página anterior.

Si nosotros seguimos dialogando con Platón, no es porque fuera importante en un momento determinado, sino por su tremenda actualidad. Si nosotros seguimos leyendo a Dante es por su tremenda actualidad, si solo fuera por obligación o por su importancia en el pasado hubiéramos dejado de leerlo como lo leemos. En ese sentido, está muy claro que el conocimiento poético, artístico o filosófico nos introduce a casi una constancia cíclica, circular o una permanencia de esa interlocución, distinta del tipo de conocimiento científico. Si sometemos, en este caso creo que es la referencia adecuada, al ordenador los contenidos de la historia de la poesía universal, claramente nos daríamos cuenta que con 6, 7, 8, máximo 10 temas hemos resuelto la historia de la poesía occidental.

Ocurre que la poesía consiste en esta especie de excursión continua, alrededor del enigma que se concreta en esos temas nucleares, pero que se van adaptando como en un baile de disfraces a las sucesivas máscaras de las épocas, de las culturas y de las sensibilidades. Por tanto es cierto que hay un anclaje sustancial de la situación del hombre en el mundo, pero, evidentemente, en el baile de disfraces las máscaras cambian, los ritmos cambian, las músicas cambian y, casi podríamos decir que los pasos cambian y, en ese sentido, es sustancial la variación de la relación del hombre con el tiempo.

Yo no creo que antes de lo que hemos denominado modernidad se pueda encontrar de una manera sólida la denominación "instante" o el concepto instante en la historia de la cultura, porque, en definitiva, esa misma evocación "instante" y "civilización instantánea" formaría parte de una configuración moderna de las cosas. Sin embargo, sí creo

que el tiempo y la lucha contra el tiempo, el enmascaramiento del tiempo y el camuflaje con respecto al tiempo, forman parte de toda la historia humana y es constatable en todas las culturas míticas y, desde luego, en la civilización de occidente en todas las etapas de esa cultura.

Si nosotros advertimos unos documentos fundacionales de la cultura de occidente, como es la ética, tanto de Homero pero sobre todo de Hesíodo, no hay ninguna duda de que el tiempo juega ya una función primordial desde el punto de vista de la condena en Trabajos y días, el segundo de los poemas de Hesíodo. La Teogonía está planteada como el orden desde el punto de vista de los dioses, Trabajos y días está planteado, como el nombre indica, como el orden desde el punto de vista de los hombres y se pregunta, en cierto modo, lo mismo que sorprende a Buda al salir del palacio, por qué la muerte, por qué la vejez, por qué la enfermedad, por qué el tiempo y el sufrimiento y el padecer humano respecto al paso del tiempo, y estamos hablando del VII ó VIII antes de nuestra era.

No hace falta que les recuerde todas las relaciones tormentosas con la fugacidad del tiempo, que no se dan en el barroco solamente, sino mucho antes, en toda la cultura helenística. Si ustedes acuden a la antología palatina de la poesía alejandrina el tema central parece sacado de los poemas de Quevedo y del barroco, el tema es la fugacidad del tiempo. Por tanto, yo pienso que la constatación del hombre como ser en el tiempo, el carácter condenatorio que en gran parte tiene el tiempo en su transcurrir cotidiano, no digo en cuanto a posibilidad de una conciencia transformada del tiempo, sino en cuanto a su transcurrir cotidiano, es un peso evidente en toda la historia humana. Un peso, y utilizo también la palabra peso en un sentido consciente, a pesar de que acepto que en determinados mecanismos de relación del hombre consigo mismo o con el cosmos, puede llegar a invertir la conciencia del tiempo.

Ahí es donde yo haría entrar lo que podrían ser las distintas constataciones de la experiencia erótica, de la experiencia mítica, de determinadas experiencias con la naturaleza y en general de todas aquellas experiencias que podríamos denominar simbólicas, atendiendo al carácter etimológico de

la palabra: simbólicas en el sentido del simbolón, en el sentido de reconstituir la unidad. Es decir, todas aquellas experiencias que provocan, en el ser humano, una sensación de reconstitución de una unidad perdida pueden ser inversiones y transformaciones positivas de la conciencia del tiempo. Pero el transcurrir cotidiano del tiempo, tal como se refleja en la Biblia, tal como se refleja en Trabajos y días, tal como se refleja en la poesía helenística o en la barroca ya del siglo XVI-XVII, evidentemente, nos conduce a aquello que posteriormente Baudelaire llamará, de una forma muy poética pero muy descriptiva "ser caídos en el tiempo", a pesar de que, insisto, esa caída en el tiempo, a través de determinadas experiencias, se puede invertir.

¿A través de qué experiencias? Cuando hablamos en el terreno individual me he referido a experiencias simbólicas, experiencias simbólicas de unidad, porque la constancia del ser humano de estar inmerso en una nostalgia de esa unidad tampoco es una constancia moderna, está presente en la tragedia griega, es el substrato ontológico de la tragedia griega (S. V antes de nuestra era) y por lo tanto el sentimiento de escisión, de separación, de exilio, de extranjería es algo muy antiguo en el tiempo, al menos de nuestra tradición y, evidentemente, de otras tradiciones. Junto con eso, esa especie de añoranza de unidad, es una añoranza que no está colocada necesariamente en el pasado, sino que es una añoranza hacia el futuro. Cuando Hölderlin habla de retorno a la patria, o de retorno al origen, no es un origen ni una patria colocados en el pasado sino, paradójicamente, como toda experiencia simbólica, es una patria colocada en el futuro.

Pero me da la impresión, y lo dejo como tema que quizá pueda serles interesante discutir, que como ser colectivo, como ser político en el sentido de polis, el principal instrumento que ha utilizado el ser humano, sea en sus vertientes religiosas, políticas o ideológicas, para enfrentarse a esa constancia de la "caída en el tiempo", sea lo que podría denominar, "conquista de espacio", no la conquista del espacio, sino conquista de espacio. El hombre, ante la certidumbre de que no podía transgredir la frontera de la mortalidad, de la vejez - mortalidad, y que por tanto la muerte parecía presentarse como una frontera absolutamente inamovi-

ble, lo que ha tendido es a conquistar un espacio o una determinada visión o un determinado orden del espacio.

El viejo término cosmos, que nosotros ahora utilizamos como equivalente de universo, pero que en realidad es armonía, es utilizado ya en los primeros poemas épicos griegos como oposición, digamos, a la disgregación, a la inarmonía, como oposición al caos. El cosmos ya implica esa exigencia de un determinado orden que, de la misma manera que va a proteger al hombre en lo posible de la incertidumbre, le dé una cierta alternativa a la constancia ineludible de la muerte. Porque cuando el hombre crea la ciudad, civitas, civilización, la crea como intento de alargar al máximo su capacidad de previsión frente a la incertidumbre de la que antes se nos hablaba. El núcleo central de la creación de la civilización en Grecia es Prometeo y Prometeo ¿qué quiere decir?. Prometeo es el que prevé. El núcleo de historia de la civilización que Prometeo explica en la tragedia de Esquilo está basado en esa capacidad progresiva del hombre por prever. Por eso habla de la fundación de la agricultura, de la utilización de la ganadería, de la minería, del lenguaje, de la escritura, de las matemáticas, de todo aquello que en cierto modo, al aumentar, al ensanchar el espacio de la previsión, intenta en la medida de lo posible estrechar también el espacio de la incertidumbre, casi como mensajera de esa frontera ineludible de la muerte.

Pero fíjense ustedes que en realidad, desde el principio, parece ya que en los propios caldeos el intento de formular la idea de una ciudad celeste, lo que nosotros luego hemos llamado una utopía, es una idea contra el tiempo, es una idea contra el paso del tiempo o contra un tiempo relacionado con la fugacidad, con el envejecimiento y con la muerte. Me atrevería a decir, y lo digo rápido por si puede servir como tema de discusión que, en realidad, toda la construcción utópica del hombre es un intento de dotarse de espacio, de un determinado espacio que en cierto modo sirva para exorcizar el poder del tiempo. Si ustedes se fijan en los textos utópicos, desde La República de Platón y, no digamos los del Renacimiento, en todos ellos entre líneas hay, continuamente, la idea de que se construirá ese paraíso en la tierra que en definitiva logrará acotar implícitamente el poder del tiempo y el paso del tiempo.

Naturalmente, los paraísos religiosos han situado eso en un terreno escatológico. El paraíso que ofrecen las religiones es un paraíso que promete ir más allá de la frontera de la muerte en un plano ultramundano. Las utopías de los filósofos y las utopías de los ideólogos, al intentar situar ese paraíso en la tierra, intentan construir una utopía anuladora en cierto modo del tiempo y que salve al hombre respecto a ese poder del tiempo. Por eso, con razón, se puede intentar ver la construcción de las utopías, no solo de las escatológicas y ultramundanas, como una conquista de eternidad, o si se quiere, de lo que es lo mismo, de no-tiempo. Eternidad y no-tiempo están situados en el mismo plano.

Naturalmente, esa construcción del orden perfecto, del espacio perfecto, de ese orden cristalino que defenderá al hombre de su gran enemigo, esa construcción inevitablemente, como nosotros sabemos a finales del siglo XX, ha llevado a encerrar al hombre en un sueño convertido en pesadilla. Nosotros sabemos en cierto modo cuáles han sido las consecuencias últimas de la lógica, de la pesadilla que no solamente no ha anulado el poder de la muerte sino que se ha convertido en muerte masificada, las utopías convertidas en pesadilla del siglo XX. Pero eso no cambia, a mi modo de ver, lo que es fundamental en la historia de la cultura que es la construcción de lo utópico contra el poder del tiempo.

Y ahí quisiera plantearles, para finalizar, eso que a mi modo de ver, se ha entendido en la conciencia moderna o a través de la cultura moderna. Uno de los polos de entendimiento de ese problema, creo que está en la cabeza de todos ustedes y es que, como quizá en ninguna otra época anterior, la cultura moderna ha propuesto utopías de construcción del paraíso mucho más sólidas o al menos en el proyecto, con mucho más esfuerzo, con muchas más energías empleadas.

Naturalmente, ustedes conocen bien las utopías de raíz política o sociopolítica que se han dado en la modernidad. No quisiera olvidar aquí, tampoco, la gran utopía, sobre todo sostenida en el siglo XIX y casi diría hasta Hiroshima, del paraíso construido a través del mito del progreso que naturalmente sigue, en cierto modo, vivo en nuestro propio horizonte. Pero junto con eso, con este polo,

podríamos advertir otro polo de la lucha, esa sí creo genuinamente moderna frente al poder del tiempo, frente al hombre como caída en el tiempo, que sería lo que Octavio Paz justamente llamaba "consagración del instante".

Esa consagración del instante nos puede evocar, por un lado, algo muy propio de la modernidad, del arte de la modernidad, de la creatividad moderna, aquello que, el mismo Baudelaire definía también al final de su poema "El viaje" cuando escribe: "(...)cielo, infierno, no importa, con tal de conquistar lo nuevo." Lo nuevo como esa posesión de lo que todavía no existe, como ese instante que se revela casi redentorio porque introduce al hombre a una especie de utopía vertiginosa. Ya no es la ciudad celeste, la ciudad perfecta construida por los caldeos, por Platón, por Tomás Moro, etc., sino es casi la propuesta de la utopía instantánea. Lo nuevo en Baudelaire adquiere esa dimensión. Es tan cierto que cuando él vincula lo nuevo a "moderno" en sus ensayos, nos indica que es la única lucha que él ve, la única arma que él ve para luchar contra el hombre como ser caído en el tiempo. Es un hombre continuamente inmerso en lo que casi podríamos llamar, no sé si muy justamente, "mística de lo nuevo". Y en ese sentido la modernidad introducía ese nivel de utopía instantánea que explicaría, en gran parte, toda la dinámica apocalíptica utópica del arte moderno, toda la dinámica de rupturas lingüísticas, de rupturas formales.

En cierto modo no es un problema formal, es un problema, justamente, de contenido. Es un problema de cómo a través de la conquista de la ruptura formal, el experimento introduce a la experiencia de lo nuevo y lo nuevo actúa como una suerte de salvación permanente o, según las palabras que antes he utilizado, como una utopía instantánea. Pienso que la conciencia moderna, en cierto modo, ha estado instalada hasta sus últimas consecuencias en esa lógica. Naturalmente, aquello que Baudelaire creía que podía transmitirse de manera esencial a través del arte, hace mucho tiempo que no se transmite ya en el horizonte del arte, sino que se transmite fundamentalmente en el horizonte de lo que podríamos llamar tecno-ciencia-comunicación.

Cuando a veces se pregunta, bueno ¿qué sucede con las vanguardias? Las vanguardias hace cincuenta años que llegaron a la culminación de esta lógica que he descrito y en este momento el público, al menos el público de la sociedad occidental, tiene puestos sus ojos no en una capacidad salvatoria del arte, sino en una capacidad salvatoria de la tecno-ciencia-comunicación. Panorama no previsto por Baudelaire y desde luego no estaba previsto en las vanguardias cuando se auto-atribuían esa función.

Nosotros ahora estamos, creo, instalados en una dimensión del tiempo que se podría resumir a través de la configuración de un principio de realidad, de una realidad que se ha traducido en pura actualidad. Lo que nosotros llamamos realidad, lo que nuestros expertos, políticos, economistas, nuestros periodistas llaman realidad es continuamente actualidad, y actualidad es aquello producido desde los centros de producción de actualidad de nuestra época. Por tanto, mi posición sería que, efectivamente, en la época moderna se han dado este tipo de características culminando en la segunda mitad del siglo XX a través de un proceso, en parte previsto por hombres como Baudelaire, pero que desbordó totalmente la perspectiva o el horizonte en que él o las vanguardias encajaban este proceso.

Pero no quisiera acabar, ya que antes también he evocado a Goethe y este año es el 250 aniversario, sin hacer la indicación aquí de que mi impresión es que El Fausto, obra de larguísima gestación, más de 50 años, El Fausto anticipaba en cierto modo esto que estoy contemplando y que ya había allí uno de los principales esfuerzos modernos para modificar esa perspectiva. Como ustedes saben, en el centro del Fausto, se coloca una fórmula que contiene el instante. El contrato entre Fausto y Mefistófeles no es el de la tradición del mito de Fausto que surge en el renacimiento, porque en la tradición del mito de Fausto el contrato era de 24 años, 24 años de todo placer y todo conocimiento para Fausto a cambio de los cuales Mefistófeles se quedaría con el alma de Fausto.

Goethe modifica esto de una forma muy moderna, no sitúa un plazo temporal sino que expresa la famosa fórmula, "(...) en el instante que yo diga - dice Fausto- instante detente, eres tan hermoso

(...)", que querrá decir que yo me siento en la plenitud y en la totalidad, en el sentimiento de saturación de la unidad, en ese instante, cuando yo diga eso, "(...) tú puedes arrebatarme el alma".

En la primera parte de la obra, Fausto continuamente se mueve en lo que en uno de los episodios se dice, pienso yo muy ilustrativamente, del deseo al placer y en el placer se consume por el deseo. Durante toda la primera parte podríamos, en otras palabras, decir que Fausto queda encerrado en un círculo vicioso de insaciabilidad, por lo tanto no puede en ningún momento expresar la plenitud de ese instante porque su tendencia a confundir deseo y placer le hace que no pueda gozar en ningún momento. Algo bastante parecido, como ustedes saben, al mito de Don Juan. Creo que aquí Goethe identificaba uno de los síndromes de la conciencia moderna, la continua confusión de deseo y placer y la continua imposibilidad de distinguir un estadio de otro.

Creo que, en cierto modo, Goethe adelantaba algo que a mi modo de ver, y ustedes que se dedican a eso lo saben mucho mejor que yo, domina nuestra época y es la ausencia de ritos de paso como elemento sustancial de la dinámica social. El rito de paso, en toda cultura, era la oportunidad de pasar de la infancia a la madurez, es decir, la capacidad de diferenciar el deseo de la posesión, el deseo del placer, y por lo tanto, la posibilidad de gozar el placer. El hombre moderno, yo creo que se ha caracterizado desde este arquetipo, se distingue por ese círculo vicioso que, en cierto modo, le impide todo goce porque todo goce queda, de nuevo, señalado por la incitación del deseo. Una sociedad dominada, como se sabe, por los referentes de la producción, del consumo y de un ocio que es producción y consumo porque, completando lo que antes se decía, ustedes saben que ahora ya hay clínicas psiquiátricas para recibir a la gente que vuelve de vacaciones, es decir, el ocio se ha convertido, ya, en un elemento de producción y consumo.

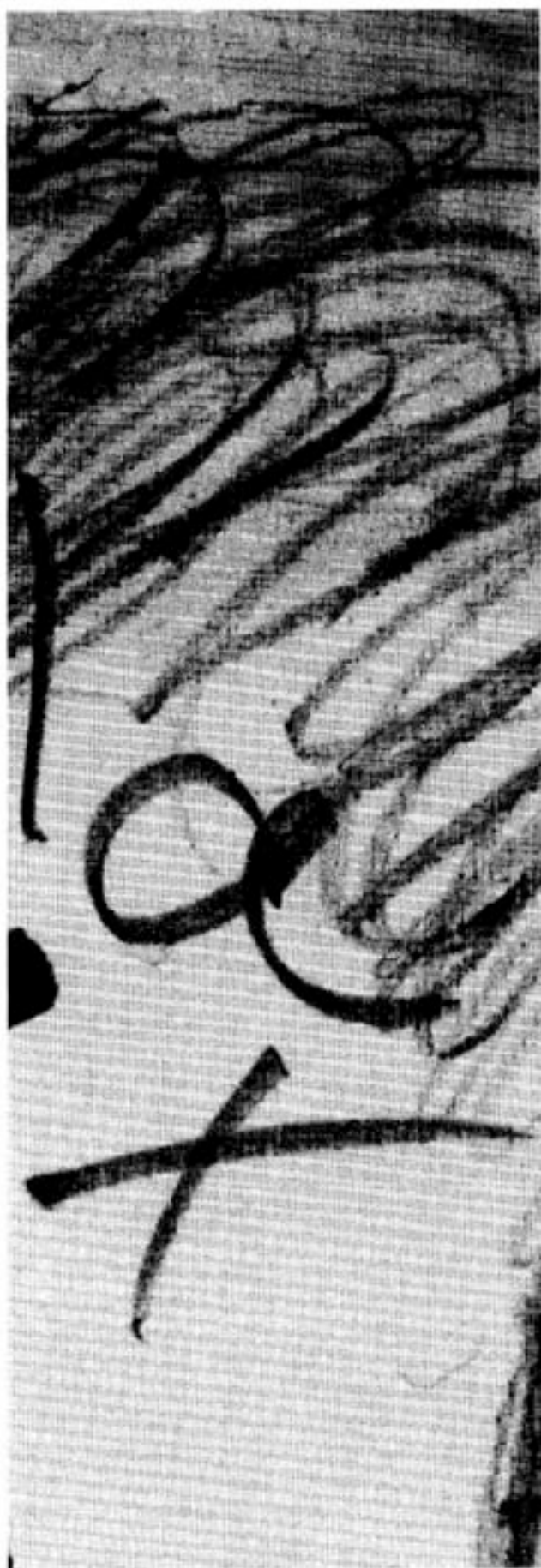
Creo que esto queda muy bien caracterizado en ese Fausto primero que continuamente quiere, físicamente casi diríamos, saquear la totalidad, saquear la plenitud y continuamente se ve expulsado a un sentimiento de vaciedad. Quizás intuendo que este era el destino que se iría exacer-

bando en la conciencia moderna, en la segunda parte Goethe ofreció un camino mucho más cauto y, de hecho, al final, cuando el viejo Fausto pronuncia estas palabras, lo dice en condicional, dice: "a ese momento de la humanidad, yo le diría instante detente". Y lo que dice es algo más prudente, mucho más cauto, a una humanidad que intenta vivir en libertad pero siempre rodeada de peligros. Es decir, evita la utopía cerrada o la solución sintética final y se inclina mucho más por un Fausto que se ha convertido, no en saqueador de la totalidad, sino, en cierto modo, en héroe de la experiencia.

Me da la impresión de que, sin embargo, lo que ha prevalecido de manera sustancial es aquello que Goethe analizaba en el primer Fausto, esa continua confusión, esa especie de vértigo, pero es un vértigo inmóvil. Quizá la lucha contra el tiempo en nuestra época ya no se da a través de la conquista de espacio, en el sentido tradicional, sino en la conquista de velocidad, en la conquista de vértigo, pero, en definitiva, es un vértigo que tiene, como analizaba Goethe respecto a la totalidad, la contrapartida tremendamente negativa que da la impresión a quien lo vive de permanecer continuamente inmóvil.

(\*) Conferencia presentada en la II Jornada de debate de la FNB "La civilització instantània: percepció i realitat del temps a finals del segle XX", octubre de 1999.

**Rafael Argullol** es escritor. Profesor de Estética de la Universidad Pompeu Fabra Barcelona.



## TIEMPO Y SEXUACIÓN \*

Rithée Cevasco

**T**odos estamos de acuerdo en diagnosticar que hoy en día el tiempo y sus patologías están marcadas por el ritmo que le imparte ante todo las condiciones actuales de la producción capitalista: el tiempo es una mercancía, se gana, se pierde, se negocia, se gasta, se invierte, etc...

La "velocidad de escape" (1) en la que estamos sumergidos, impone sus ritmos de comprensión. Domina la "temporalidad de la decisión rápida". Los que "tienen tiempo de sobra" resultan ser así los que están al margen, o más aún, excluidos de este ritmo de producción-consumo acelerado. Me gustó la alusión a lo "instantáneo" en la presentación de esta jornada, porque ¿acaso no expresaría un ciclo de la demanda inmediatamente colmada para abrir así, aún más rápidamente, la brecha de la insatisfacción y la precipitación hacia una nueva demanda-consumo y sin solución de continuidad? Ello genera un circuito deseo-satisfacción lo más corto posible con la finalidad de asegurar mejor su repetición sin fin. Tal sería el fantasma que organiza lo que llamamos el discurso capitalista. Su finalidad, que se ha vuelto anónima, es la ley imperiosa que impone a los sujetos un aplastamiento del deseo en pos de un imperativo de goce que sólo puede precipitarse en una carrera del más y más...

En este sentido recuerdo dos anécdotas muy diferentes pero que introducen a su manera un anécdoto a este empuje al tiempo acelerado. Una es sobre la bebida: un sujeto dice: "el alcohol mata poco a poco" y dos marginados desocupados responden: "disponemos de todo el tiempo". La otra, hace alusión a la protesta de los parados y una joven contestataria que interpela: "Somos los más fuertes porque disponemos de todo nuestro tiempo para jorobar".

Sin embargo, en esta breve ponencia quisiera más bien centrar uno de los aspectos en que el tiempo hace síntoma ineluctablemente: el goce sexual,

aunque de manera distinta según las épocas (el amor).

Si el psicoanálisis no puede negociar con una comprensión de su tiempo, o una solución "instantánea" como el nescafé es porque, tal como expresa Lacan: "Ce qu'il faut de temps pour faire trace de ce qui a défailli à s'avérer d'abord".<sup>(2)</sup>

El tiempo hace síntoma en el espacio sexual ("lo que se hace en una cama", como expresa claramente Lacan). Las referencias a la naturaleza del tiempo en el psicoanálisis son variadas: sólo mencionaré al pasar la que quiebra toda concepción lineal del tiempo subjetivo (la de la relación del sujeto con el núcleo originario de su trauma). Walter Benjamin expresa ese giro cuando propone que concibamos la historia como un texto, como una serie de acontecimientos que "habrán sido".

Para la ilustración de mis propósitos me interesa poner el acento sobre lo que Freud ya había establecido: el factor temporal del goce. El goce (*Lust und Unlust*) no puede ser reducido al único factor cuantitativo de la excitación. Le añade un factor cualitativo: el "ritmo, el desarrollo temporal de las modificaciones, las subidas y bajadas de la cantidad de excitación"<sup>(3)</sup>. Es este factor "cualitativo" el que retomará Lacan en su distinción entre goce fálico y goce no fálico (digamos, para ir rápido, goce masculino y goce femenino sin prejuizar que quién lo experimente sea anatómicamente hombre y/o mujer).

La inconmensurabilidad del goce masculino y femenino (expresado en términos cuantitativos por Tiresias: la mujer goza nueve veces más que el hombre) encuentra su expresión en la diferencia de este factor temporal de los ritmos. Precisamente Lacan recurre a una paradoja sobre el tiempo, Aquiles y la tortuga, para ilustrar la imposibilidad de su encuentro salvo en un supuesto punto proyectado al infinito.

Esto no impidió que existiese, en ciertos momentos de nuestra época moderna de liberación sexual, el empuje, no sólo a gozar tanto el uno como la otra, sino a un ideal del "al mismo tiempo". La "paridad", que tiene sus títulos de nobleza en el campo de la reivindicación de los derechos de las mujeres a la igualdad económica, laboral,

etc..., es desastrosa cuando se trata de las cosas del amor y/o de lo que se hace en una cama.

El inconsciente aunque no conozca ni el tiempo, ni la contradicción, según las bien conocidas fórmulas freudianas, no deja de tener, sin embargo, (para unos como para las otras) un mismo patrón de medida para el goce: lo llamamos el falo. Sólo que hay una mitad del género humano (la especie mujer) que hace objeción a ese método de contabilidad. Por supuesto ese reloj no es el que organiza nuestro tiempo cronológico tan amenazado con el temor de los *bug* que puedan producirse en el pasaje al año 2000.

El ordenamiento fálico del goce sexual es el que hace obstáculo a toda posible conmensurabilidad entre ambos sexos. Pues, si bien es patrón de medida también para la mujer, no lo es todo, "no-todo" del goce femenino se rige por el patrón fálico. Los fallidos del tiempo de lo que se produce "en una cama", tal como expresa Lacan en su Seminario Aun<sup>(4)</sup> donde aborda y elabora la especificidad del goce femenino, tienen mucho que ver precisamente con ese tiempo -no calculable- "qu'il faut" (que se precisa) en un análisis, no para la total rememoración, ni para la obtención de una ganancia terapéutica máxima, sino como ese tiempo necesario al consentimiento a la castración y a la deducción de lo imposible de la relación sexual, porque el significante, es decir nuestra naturaleza de ser de lenguaje, "no es apto para dar cuerpo a una fórmula que lo sea de la relación sexual"<sup>(5)</sup>. Ese "**il faut du temps**" (*se precisa tiempo*) Lacan lo hace resonar a partir del equívoco que permite la lengua francesa entre "*il faut*" de **falloir** (*deber*) et "*il faut*" de **faillir** (*fallar*). Lo hace resonar, también, en el seminario Aun, cuando habla del goce qu'il **faudrait** (*que debería ser*), pero que **faillie** (*falla*) para que haya relación sexual (para simplificar digamos: para que el goce del uno y del Otro se inscribieran como Uno, puesto que de tiempo hablamos, hagan el Uno de Un mismo tiempo).

El factor tiempo quizás sea el más incalculable precisamente en estas dimensiones del amor (por su contingencia) y del goce (dada la inconmensurabilidad entre el goce masculino y el femenino) y "la velocidad de escape" (que queda reflejada en expresiones tales como: "voy de bolido") hoy dominante deja poco tiempo a cierto juego del

## LA DIMENSIÓ DEL TEMPS EN LA SUBJECTIVITAT MODERNA

### La civilització instantània: percepció i realitat temps a finals del segle XX

tiempo: el que tiene que ver con la apuesta y lo azaroso, según comenta E. Laurent.

Ese suplemento de goce no regido por el patrón fálico específico del goce femenino impone un ciclo de goce (dolor o éxtasis) más largo que el ciclo corto impuesto por el placer del órgano-pene que por su detumescencia vuelve a conducir rápidamente al sujeto al sistema de placer homeostático. La diferencia entre ciclo corto y ciclo más prolongado impone una incidencia del tiempo que teje la envoltura de los avatares de "lo que no va" entre los sexos.

Si estamos todos de acuerdo en que la actualidad nos impone una "aceleración del tiempo", vemos hasta qué punto es en detrimento de las cosas del amor (tan afines con la posición femenina) y del goce femenino.

Ya sabemos: ellos se duermen y ellas quieren seguir follando o hablando, lo cual se condensa gratamente en la expresión "hacer el amor".

Si en cambio ponemos el acento sobre el tiempo libre que los avances de la tecnología y los cambios en la organización del trabajo pueden liberar (para ciertas capas sociales y en ciertas áreas geográficas limitadas sin duda) vemos que ese tiempo, ese tiempo de ocio liberado del mundo productivo, rápidamente es regulado por las ofertas de consumo (turismos, cultura, mantenimiento del cuerpo, etc...). "No pierda un segundo de su tiempo libre", podríamos parodiar. Por otra parte, estos mismos avances tecnológicos no dejan de producir objetos que favorecen la modalidad del goce uno y solitario (el ordenador como nueva pareja) y -tema éste que hay que seguir- la propuesta de relaciones descorporeizadas a través de lo que ya Marshal McLuhan anunciaba en 1951 como la "fusión del sexo y la tecnología".

A modo de conclusión, la actualidad no tiene porque precipitarnos ni en la nostalgia de tiempos pasados, ni en la desesperación del porvenir, tampoco somos, en tanto analistas, fabricantes de utopías. Pero, a lo que sí nos invita es a reflexionar sobre las modalidades de lo imposible y lo contingente, o sea a la modalidad de goce de la posición femenina en sus consecuencias lógicas, clínicas y políticas. Esto ha tenido ya su repercusión sin

duda en los intentos de reflexión acerca de lo que ya nos familiarizamos en localizar como los paradigmas de la "postmodernidad".

(\*) Ponencia presentada en la II Jornada de debate de la FNB "La civilització instantània: percepció i realitat del temps a finals del segle XX", octubre 1999.

#### NOTAS Y BIBLIOGRAFÍA

- 1 Dery, M. Velocidad de escape. La cibercultura en el final de siglo. Ed Siruela.
- 2 "Hace falta tiempo para dejar huella de lo que ha dejado de manifestarse primero". Lacan, J. Radiofonía y Televisión. Pág. 48. Ed. Anagrama.
- 3 Kaltenbeck, F. "Le temps fait symptôme" Revista ECF. Nº 26. Ed. Navarin Seuil. Paris
- 4 Lacan, J. Seminario Aun. Ed. Paidós.
- 5 Lacan, J. Radiofonía y Televisión. Pág. 25. Ed. Anagrama.

Rithée Cevasco es psicoanalista, investigadora del CNRS. París.







## EL TIEMPO EN LA ENSEÑANZA DE LA LITERATURA \*

Elena Losada

**E**n primer lugar, quiero agradecer a la organización de esta jornada de la FNB tanto la elección del tema, la modalidad del *tiempo* en la modernidad y su incidencia en las diversas praxis, como la disponibilidad de tiempo para debatir sobre el *tiempo* en la enseñanza, en la vertiente particular de la relación cotidiana con los estudiantes.

Desde la perspectiva docente, existe una diferencia fundamental entre la relación al tiempo entre profesor y alumno en la enseñanza primaria y la relación al tiempo en el marco Universitario. Es decir, los estudiantes universitarios ya tienen su relación establecida con el tiempo así como su manera singular de organizarlo. No ocurre lo mismo con los alumnos de primaria: la vertiente del tiempo está todavía por construir y se puede incidir de modo directo sobre ella, aunque esté determinada por las variables de época. Los profesores universitarios, por el contrario, no podemos incidir directamente sobre la modalidad de conceptualizar y vivenciar el tiempo de nuestros alumnos: apenas si podemos incidir de modo indirecto.

En mi práctica docente en el marco de la literatura antigua - les enseño literatura del S.XIX, tal vez una especialidad a extinguir en la era de la imagen -, en los últimos 18 años he visto incrementarse de manera significativa tanto los problemas de transmisión

por parte del cuerpo docente como los problemas de comprensión por parte de los alumnos y, en gran medida, esos problemas vienen determinados por una concepción del tiempo radicalmente distinta entre alumnos y profesores.

Por esta razón he articulado la primera parte de la exposición sobre dos ejes: para empezar, exponer las problemáticas que emergen en la relación con generaciones jóvenes que están marcadas por una función del tiempo distinta a la de sus profesores. Éste es un problema actual que no se ponía de manifiesto una década atrás porque no había tanta distancia entre generaciones y la dimensión del tiempo, en particular, no era tan distinta. Sin embargo, poco a poco, las generaciones se han ido distanciando de modo tal que existe una fractura entre ellas, conviven dos dimensiones de tiempos contemporáneos pero enfrentados. Efectivamente, en nuestra contemporaneidad, viven -y viven mal- muchas generaciones distintas marcadas por conceptos del tiempo diferentes, generando problemas serios. En segundo lugar, en el marco específico de la enseñanza de la Literatura del S.XIX, se sobreañade la problemática que supone comprender un mundo en el cual la concepción del tiempo era completamente diferente a las diversas concepciones del tiempo actuales, marcadas por las trazas del S.XX a punto de ser pasado y del XXI preparándose para ser presente.

En la primera mesa se ha situado ya la idea central sobre la concepción del tiempo que rige nuestro mundo: el principio de actualidad. Efectivamente, aquello que no es de actualidad no existe. En consecuencia, la paradoja que se presenta a los docentes de Literatura del S.XIX es sensacional: transmitimos una literatura *inexistente*. Nos situamos a diario frente a unos jóvenes marcados por las nuevas leyes y coordenadas que el universo de Internet ha introducido en la cultura, usuarios habituales del ordenador, el vídeo y la televisión, y educados en esa devoción al principio de lo moderno, de lo efímero, de lo actual. ¿Cómo transmitir el valor cultural de una producción que no es moderna, que no es efímera y que no es actual? Es sin duda un gran problema didáctico que los especialistas conocemos bien: ¿cómo enseñar el valor de los textos en un mundo dominado por el valor de la imagen? Y cómo hacerlo, además, en una época de escasez de tiempo, tanto en la Universidad como en la vida, un tiempo que ha cambiado de manera radical, enormemente acelerado, que no

invita a la lectura de largas obras que requieren de otro *tempus* incluso para ser leídas.

### La dimensión del tiempo en la literatura

En el mundo, en mi mundo de instalación espiritual que es el S.XIX, el tiempo estaba pautado por las horas de las comidas y esas horas eran sagradas: el tiempo del desayuno, la comida y la cena pautaban el día y establecían las relaciones sociales. En nuestra época esa ordenación se ha desdibujado: se come por la calle un bocadillo apresurado o un menú rápido junto al lugar de trabajo. El tiempo de establecer el lazo social y el orden familiar no viene determinado ya por el horario de las comidas sino por los horarios de los programas televisivos. La televisión pauta nuestros días, desde la hora de emisión del telediario o de la película, es decir, la antigua pauta del tiempo se ha sustituido por otra y eso ha afectado a todos los aspectos de la vida.

En realidad, la literatura no se ha ocupado de otra cosa que del tiempo. Bajo todos los grandes temas tratados en la historia de la literatura, siempre aparecen el amor, en todas sus formas y variaciones, y las diversas manifestaciones del tiempo, en particular el paso del tiempo y la obsesión por la muerte. Estos dos temas están presentes ya en el más antiguo de los textos literarios de Occidente: El poema de Gilgamesh.

Piensen en aquellos relojes del Barroco en los que las horas venían marcadas por un baile de esqueletos —un esqueleto, dos esqueletos, tres esqueletos dando vueltas— bajo una nota que rezaba: "Todas hieren, la última mata". El arte barroco muestra un mundo que pauta su tiempo pensando en la muerte, es decir, el tiempo estaba significado por su límite. Por el contrario, la modernidad contemporánea quiere vivir como si ese límite no existiera, lo aparta lo más posible y, en consecuencia, sus producciones culturales están atravesadas por esta modalidad de conceptualización del tiempo.

Desde esta perspectiva, en el campo de la literatura, se dieron dos grandes acercamientos temáticos al tiempo: el *carpe diem* del Renacimiento y el *tempus fugit* del Barroco. Durante el Renacimiento reinaba la idea de la constatación la brevedad del tiempo y, por ello, se llamaba a aprovechar esa brevedad. Por lo tanto, dominaba una significación y también un uso optimista del límite temporal que nos es dado. En cam-

bio, el Barroco opta por la variante contraria: el *tempus fugit* significa efectivamente la escasez del tiempo y ese poco tiempo que nos es dado debe destinarse a la preparación para la muerte, ya que el tiempo escapa irremediabilmente hacia ella. Se trata de una versión pesimista de esa idea central que la literatura ha recordado siempre: la vida humana es sólo tiempo.

### La modernidad o el pánico al tiempo

Por otra parte, el problema del tiempo está estrechamente vinculado al dolor de existir, tal y como se ha planteado ya en la primera mesa. El tiempo como problema en una de sus variantes fundamentales, implica el dolor de la pérdida. Efectivamente, a medida que pasa el tiempo perdemos personas, vínculos, cosas... Constantemente perdemos... vida. Nosotros en esta sala, como señaló Dionisio el Cartujo entre otros moralistas del S.XVII, estamos unas horas más cerca de nuestra muerte que cuando hemos iniciado la jornada esta mañana. Si el paso del tiempo siempre es pérdida y perdemos vida en cada momento que vivimos y en esa vida vamos perdiendo juventud y posibilidades, es evidente que no se puede separar la vivencia del tiempo de la vivencia de las pérdidas que el tiempo comporta. La concepción del tiempo se articula sin ninguna duda a la relación que cada época establece con la realidad de la muerte y de las pérdidas.

Deseaba citarles un pequeño fragmento de Luis Cernuda, de una colección de prosas poéticas que se llama *Ocnos*, en el que dice: "Llega un momento en la vida cuando el tiempo nos alcanza, no sé si expreso esto bien, quiero decir, que a partir de tal edad nos vemos sujetos al tiempo y obligados a contar con él como si alguna visión con espada centelleante nos arrojara del paraíso primero, donde todo hombre una vez ha vivido libre del aguijón de la muerte, años de niñez en que el tiempo no existe. Un día, unas horas, son, entonces, cifra de la eternidad, cuantos siglos caben en las horas de un niño...".

Este texto de Cernuda me hizo reflexionar sobre una idea: yo diría que los niños, hoy, no se aburren, o se aburren menos, o de una manera diferente a cómo se aburrían en otras generaciones. No les dejamos aburrirse, los sobrecargamos de actividades, de objetos. Pienso que cumplía una función formativa el aburrimiento de los niños de antaño, ya que se veían enfrentados al tiempo: una tarde de lluvia de domingo, cuando no había tele, no había vídeo, ni había nada, y *arréglatelas como puedas* y aprende que tienes

cinco horas por delante y que tendrás que inventar algo por ti mismo.

Pienso que la modernidad le tiene tanto pánico al aburrimiento como al dolor o a la muerte. Para evitar la vivencia del dolor, perfeccionamos cada vez más analgésicos de todo tipo; para evitar el aburrimiento, nos sobrecargamos de estímulos exteriores y de objetos de toda índole para evitar el instante vacío, aquél que anteriormente ha definido el profesor Salvador Giner como *el tiempo de la contemplación*. Hoy en día, no se facilita ese tiempo de la contemplación porque contemplar acaba implicando un proceso de introspección que ustedes conocen muy bien pero que no todos podemos ni estamos dispuestos, tal vez, a asumir. ¿Por qué sino en las casas, de una manera habitual, está siempre presente algún ruido de fondo o resuena la radio o el televisor permanentemente encendidos, o bien suena la melodía de un disco que nadie escucha? Por la vía de la imagen o del sonido, las nuevas tecnologías nos facilitan, de un modo instantáneo, la posibilidad de llenar el vacío y el silencio del tiempo de la contemplación. Por esta razón se ha transformado también el valor de la música a finales del S.XX. Como bien señala Kundera, en la época de Bach la música era una flor rara. Cuando Bach tocaba el órgano en Weimar, se podían recorrer hasta 200 Km sobre la nieve para escucharlo tocar el órgano. Hoy, sin embargo, un botoncito logra que Bach toque exclusivamente para nosotros mientras realizamos cualquier tarea cotidiana, pervirtiendo o banalizando el valor particular y único que la música barroca tuvo para sus contemporáneos.

### **El tiempo docente y la docencia del tiempo en la literatura**

Mis alumnos tienen 18 años, han terminado su proceso educativo, ya les han enseñado que es fundamental llenar el tiempo, ya llegan inmersos en el activismo de la época para vencer el horror al vacío. Mis alumnos se caracterizan por estar constantemente haciendo algo y en esas condiciones llegan a clase y deben permanecer hora y media sentados, quietos y atentos. Las sesiones, hoy por hoy, duran hora y media y, aunque parezca una perogrullada, una hora y media no es una hora, tarda mucho más en pasar... especialmente para estos jóvenes movidos. Sus costumbres y su estilo difieren en gran medida de las costumbres de mi generación: cuando yo era estudiante, llegábamos a clase habiendo

comido, con todas las necesidades fisiológicas satisfechas y nadie se movía de clase mientras duraba. Ahora, sin embargo, no pueden estar quietos, se levantan, van, vuelven, llegan tarde, salen antes. En parte, porque ya no están acostumbrados a un período completo de quietud y atención, y en parte porque tienen que recorrer grandes distancias para llegar a la facultad y, cuando lo logran, ya están cansados. Además, mantienen una relación distinta con el saber y la institución académica, algo caduca y decimonónica. Sucede algo parecido en los cines. Nuestra generación mantiene silencio y quietud en la sala; los jóvenes hablan y comen y se mueven como si estuvieran en el salón de su casa ante el vídeo familiar, de modo tal que la relación a la sala de cine o al espacio docente ha variado: es distinta y esos cambios afectan de un modo particular.

En clase, los alumnos aprenden de manera absolutamente empírica todas las teorías bergsonianas sobre el tiempo psicológico y el tiempo subjetivo. Aprenden que, cuando están con sus amigos en un bar o en una discoteca, una hora o dos horas les parecen diez minutos y que, cuando están una hora y media en clase, les parece cinco horas. Todo ello, además, tiene otra consecuencia: en la asignatura de literatura del S.XIX algunas lecturas son obligatorias, como es natural. Fundamentalmente se trata de novelas, y muy largas. Todos recordamos *La Regenta* o *Fortunata y Jacinta*. Un escritor realista no escribe menos de 500 páginas, no puede hacerlo, tiene que describirnos muchos detalles, un salón, todos los sofás, cada lámpara, porque esos elementos después tendrán suma importancia. Mis alumnos se descomponen cuando ven el grosor de los libros, se descomponen porque no soportan las descripciones y no las soportan porque las descripciones suponen tiempo inmóvil, es decir, implican un tiempo sin acción. Mientras nos están describiendo cómo es un salón, no pasa nada en particular y los jóvenes de finales del S.XX no conviven bien con la inmovilidad que supone el tiempo descriptivo, completamente opuesto al tiempo marcado por la acción frenética, más acorde a su época.

Podemos localizar otro problema que tiene que ver con la manera de leer. Desde luego, en el S.XIX, la lectura se realizaba en períodos largos y continuos, es decir, se sentaban con un libro y leían tres o cuatro horas, prácticamente sin interrupción. Los jóvenes actuales leen diez minutos en el autobús, un

cuarto de hora en el metro, veinte minutos antes de irse a la discoteca, quince minutos entre el telediario y la película. Se trata de una lectura fragmentada, siempre mezclada con un estímulo exterior que no facilita la concentración ni la lectura de una novela larga, preñada de descripciones que se convierten en obstáculos que no permiten entrar verdaderamente en el hilo narrativo ni en el objeto del texto lo suficiente como para atraer el interés y desear seguirlo hasta el final. Por esta razón, se leen cuentos y narraciones breves, que se han convertido en las formas literarias del S.XX porque la brevedad es el único formato que se adapta a las condiciones de la modalidad del tiempo de nuestra época. Además, ha desaparecido otra forma de lectura que era la lectura en la biblioteca. Ahora, de vez en cuando, voy a la Biblioteca de Catalunya y sólo a los más viejos se les ve leyendo novelas en la biblioteca. Los más jóvenes tienden a llevarse con ellos las novelas porque, para ellos, leer sólo es posible en los pequeños espacios que el tiempo moderno deja libre al tiempo.

Por otra parte, la lectura de fin del S.XX es individual y privada, a diferencia de la lectura del S.XIX, a menudo leída en voz alta para un grupo de personas. Todos lo hemos visto en las películas y conocemos esa imagen del padre que después de la cena, leía un libro en voz alta para toda la familia, criados incluidos. Así, durante siglos, se leyó en voz alta. Nosotros leemos como un acto absolutamente privado e individual. Ni siquiera en la facultad de Filología se comentan los libros: cada uno lee un libro y se lo queda para sí y no se lo cuenta a los otros ni cuenta con los otros para su comprensión y transmisión. El hábito de la lectura se ha transformado completamente, probablemente también porque el libro ya no es el elemento central de la transmisión cultural y un objeto a partir del cual establecer lazo social. Esa partida, hoy, la han ganado la televisión y el cine. El mundo de la imagen prevalece sobre el mundo de las palabras y los textos.

Por si las dificultades de la enseñanza de la literatura del S. XIX fueran pocas, cabe añadir una más, ya que los textos hablan, sobretudo, de mujeres. La novelística del S.XIX está obsesionada por las mujeres, es más, por las mujeres adúlteras, tema que ha supuesto verdaderamente una obsesión. Durante cincuenta años toda la literatura europea y occidental estuvo obsesionada porque Madame Dupont o Madame Bovary engañaba a su legítimo esposo,

tema, por otra parte, sin ningún interés en la actualidad. Esas mujeres corresponden a un tipo de mujer muy determinado: pertenecen a una clase media alta y tienen todo el tiempo del mundo. Ellas sí tenían todo el tiempo del mundo - las criadas les solucionaban todos los problemas prácticos de la existencia- y se veían enfrentadas a ese tiempo vacío que llenaban con lecturas y, en algunos casos, se nos insinúa, también con amantes. Recuerden aquella terrible respuesta de Proudhon, el gran pensador del S.XIX, socialista, progresista y moderno, a la pregunta sobre cómo solucionar el problema de las malas costumbres que arraigaban en las mujeres ociosas: "Hay que embarazarlas cada año, así estarán ocupadas y evitaremos este problema". Para los jóvenes del tercer milenio, la vida ociosa de las mujeres del S.XIX es absolutamente incomprensible y no plantea ningún tema de interés. En nuestra época a la pregunta "¿Qué estás haciendo?", no podemos responder "Estoy matando el tiempo". Hoy nadie mata al tiempo, el tiempo nos mata a nosotros en su escasez.

Para concluir, los problemas en la enseñanza de la cultura clásica se agravan cada vez más. Esa aceleración del tiempo, esa incapacidad para relajarse, para contemplar, para escuchar, plantean serios problemas de transmisión que van en aumento día a día. Yo, claro está, no tengo ninguna posibilidad de hacer clínica, pero ustedes sí que tienen esa posibilidad, tanto con los padres como con los niños. Favorezcan, por favor, la transmisión de la importancia del aburrimiento, del valor del tiempo vacío, la importancia de ese tiempo vacío para el proceso de pensamiento y la comprensión. Háganlo, por favor, porque sino, yo no podré enseñarles después a leer las novelas de mujeres adúlteras ni a comprender la relación existente entre los temas fundamentales de la vida humana, el amor y el tiempo.

(\*) Ponencia presentada en la II Jornada de Debate de la FNB "La civilització instantània: percepció i realitat del temps a finals del segle XX", octubre 1999.

Elena Losada es Doctora, profesora titular de Filología Portuguesa de la Universitat de Barcelona

Texte establert per Begoña Matilla

## LA RELEVANCIA DEL TIEMPO EN LA JUSTICIA INFANTIL Y JUVENIL

Silvia Giménez-Salinas

**Q**uisiera felicitar a la organización, porque siempre me ha parecido muy interesante entrecruzar las especialidades. El derecho es espeso, tiene un lenguaje propio y específico, sin embargo hay mucho en común entre todas las especialidades y una de estas es cómo se ve el concepto extrajurídico de tiempo desde la ley.

Evidentemente, si lo analizamos desde el derecho romano, vemos que hay una adquisición o una pérdida de derechos en función del tiempo. ¿Como se valora desde la ley, cualquier tipo de ley, civil, etc., el concepto tiempo? Como adquisición por ejemplo, tenemos la figura del derecho romano, no sé si les sonará a ustedes, de la "usurpación", que es la adquisición de una propiedad por el paso del tiempo. Es decir, uno posee una tierra y la labra y, en treinta años, adquiere esa propiedad. Eso es una figura que ya nace en el derecho romano, se contempla como adquisición del derecho de propiedad el simple paso del tiempo. También como pérdida de derechos; seguro que ustedes han escuchado hablar de "prescripción de delitos". El paso del tiempo supone que la justicia no puede actuar en determinados casos. Difícilmente se puede explicar a alguien no entendido, no jurista, que tenga tanta importancia el paso del tiempo. Otro ejemplo de pérdida de derechos son los plazos procesales, de los que también ustedes habrán oído hablar en alguna ocasión: "me vence el presentar una demanda en tres días, si la presento al cuarto día resulta que me ha caducado ese derecho". No es que yo no tenga derecho a lo que estoy reclamando, es que ha caducado el tiempo para reclamarlo, por lo tanto es una pérdida de derechos. Así es como desde el concepto genérico de tiempo, voy a centrar la

exposición, rescatando qué relevancia tiene en el mundo de la justicia juvenil, en el mundo de la infancia, el tiempo.

Tendría que retomar el inicio. ¿Cuál es la primera legislación sobre la infancia que tenemos en nuestro país, cómo se contempla a lo largo de todo este siglo la evolución del tiempo en la infancia, es decir, cuál es el límite de cualquier ley sobre la infancia? Es la mayoría de edad, ahí tenemos ya el establecimiento del ámbito de aplicación de una ley. La mayoría de edad, sea en la especialidad que sea depende del país. El ámbito de aplicación lo tenemos determinado, por ejemplo, en la ley 895 sobre infancia, en el artículo 2 nos dice: "(...) àmbit personal i territorial d'aplicació, els defectes d'aquesta llei i de les disposicions que la despleguen, s'entén per infant tota persona menor de 12 anys i per adolescent, tota persona amb una edat compresa entre els 12 i la majoria d'edat establerta per llei.". Tenemos un coto, un límite, una definición clara de lo que la ley entiende por infancia. Lo que la ley entiende por joven o adolescente depende de sí es en el ámbito penal, en el que la ley le aplica el concepto de joven, o si es en el ámbito civil, en el que la ley le aplica el concepto de adolescente, hasta la mayoría de edad, que hoy la tenemos establecida en los 18 años. Vamos a ver qué diferentes modelos o qué distintas actitudes, qué distintas teorías han impregnado la justicia de la infancia a lo largo de este siglo.

El primer tribunal tutelar de menores lo encontramos en el año 1921, en Barcelona, en aplicación y desarrollo de la ley del 18. Me he permitido traerles un libro, simplemente para leerles alguna intervención de los 25 años del funcionamiento del tribunal tutelar de menores en Barcelona y que explica, de alguna manera, lo que era el modelo "protector" o de "tratamiento" de los niños. El tribunal tutelar de menores nace como una necesidad para determinadas personas de diferenciar el mundo del adulto y el mundo de la infancia. El ser que cometía un hecho penado por la ley era tratado en igualdad de condiciones que los adultos. Nace el tribunal tutelar de menores como facultad o como tribunal específico para la minoría de edad, intentando de esta manera separar el mundo del adulto del mundo de la infancia y ello se denomina el "modelo protector" o el "modelo paternalista". ¿Por qué? Porque entienden que de

alguna manera el menor es un ser anormal, deficiente, que necesita un tratamiento y una cura, y por eso lo mejor que se le puede hacer, es ingresarlo en los grandes reformatorios de la época y tratarlo hasta que se encuentre bien, tratarlo hasta la mayoría de edad, tratarlo para que se reintegre o se reeduce en los parámetros que la sociedad estipula como correctos. ¿Qué ocurre entonces? Que el tiempo no cuenta, el valor tiempo no existe, va en referencia al tratamiento. Como dice aquí: "Estas son las principales instituciones de que se vale el tribunal (hace una relación de reformatorios, etc.) para amparar, primero, y para preparar y acompañar después a los menores hasta su completa emancipación, la que se logra, singularmente, por medio del matrimonio, solución, la mejor, y por esto la más recomendada, incluso para pedagogos nada ortodoxos. ¿Qué quiere decir esto? Simplemente, que el tiempo no existe, no existe para los seres anormales, incurables, no existe para los menores desamparados. Si el tribunal quiere acertar en el tratamiento que ha de dar a cada niño, es axiomático que previamente debe conocer bien a éste. De modo que el perfeccionamiento de su actuación se basa en el estudio y en la observación psicológica que hagan de los menores. ¿Cómo fijar el procedimiento a seguir, si ignoramos al niño?. Por último, dice: "el niño, abandonado material y espiritualmente por negligencia de las personas que debían cuidarlo o por carecer de ellas, el niño díscolo o pervertido, merece corrección, el problema de la corrección del menor, no es de cantidad, sino de calidad". No cabe aplicar las mismas sanciones que al adulto, aunque sea un grado menor, sino que deben ser de naturaleza distinta, porque es un ser cuya inteligencia y cuyo carácter están moldeándose y es susceptible a todas las influencias". Evidentemente el modelo protector, en si, nace como una necesidad de separar el mundo del adulto del mundo de la infancia, pero los parámetros en los que se mueve, proteccionista, de extracción del menor como un ser anormal cuyo tratamiento será hasta su emancipación, hará que caigan en los reformatorios. Con el modelo protector, tanto son internados los menores por inadecuado ejercicio de la potestad o por carencia de padres o tutores, los menores delincuentes que han cometido un hecho o los vagos, licenciosos, etc. Como con la famosa ley de vagos y maleantes. Hacia 1950 cae en crisis o entra en crisis este modelo como con-

secuencia, de alguna manera, de la Segunda Guerra Mundial, cuando proliferan o quedan muchos huérfanos en Europa y se entiende que el menor no es un ser anormal, no es un ser que congénitamente tiene algo que le hace delinquir, sino que es la sociedad la perversa, la sociedad que no da al menor los instrumentos necesarios para que éste se desarrolle. ¿Qué ocurre? Que entonces la sociedad, de alguna manera dice no, no podemos extraer el núcleo perverso y ingresarlo en un reformatorio, tenemos que tratarlo en su propio medio, de ahí que nazcan las medidas de tratamiento en medios abiertos, de tratamiento en los domicilios.

Toda la justicia se convierte en una especie de asistente social, educador, porque todo está en función de la medida educativa, es decir que si antes todo estaba permitido por el tratamiento de un ser anormal, ahora todo está permitido en función de que es una medida para la educación de este menor. Tampoco el tiempo tiene valor, tampoco el tiempo es importante; si el menor necesita que durante cinco años tenga un tratamiento en libertad vigilada, eso es lo necesario. ¿Qué ocurre? Que en los años 70 de alguna manera se entrevé la necesidad de encontrar un equilibrio entre el modelo protector y el modelo educativo; ni todo menor es un ser anormal, ni todo menor necesita una medida educativa, única y puramente educativa; a lo mejor, sí es posible que en un momento determinado lo conveniente para ese menor sea un internamiento, no por eso se tiene que desecharlo y no por eso se tiene que ignorar que la justicia tiene unos parámetros que no son los parámetros de la administración. Y luego, ¿cuál es el rol de la justicia y cuál es el rol de la administración?. Porque el tiempo, yo creo, es lo que básicamente las diferencia; a la justicia se le pide celeridad y eficacia, cuando es incapaz, el aparato judicial, con sus parámetros garantistas, de dar una respuesta rápida. La administración sí es capaz de dar una respuesta rápida y eso lo sabemos porque el sistema de protección a la infancia, ahora, en España, lo tenemos administratizado; pero pierde los parámetros garantistas de la justicia. Entonces, cuando desde los medios de comunicación se nos dice: "bueno, es que este proceso ha durado dos años ..." me remito a la frase de la ponencia de mi compañera de mesa que me ha encantado, cuando dice: "¿cuántos siglos caben en la vida de un niño?". Hace referencia a la impor-

tancia que tiene el tiempo en la vida de un niño. La justicia no es capaz de dar una respuesta al tiempo que necesita el niño, pero no es capaz, precisamente, porque se basa en las pruebas, se basa en una serie de garantías procesales, legales, que de alguna manera respaldarán al niño al final de este proceso.

Estábamos acabando con el tema de la justicia juvenil. ¿Qué ocurre en la actualidad? En la actualidad y desde que a partir de la proclamación de la constitución las comunidades autónomas van asumiendo las competencias en materia de infancia, se divide lo que es la **facultad protectora** de lo que es la **facultad reformadora**. Ya no tiene sentido seguir con los antiguos tribunales tutelares de menores y se establece claramente lo que es objeto de protección y lo que es objeto de reforma. Reforma remite únicamente, gracias a la ley 492, a aquellos menores de edad entre 12 y 16 años, que cometen un delito tipificado o una falta; es decir, el tiempo vuelve a entrar en funcionamiento y se establecen los límites de edad, inferiores o superiores, a partir de los cuales un menor debe responsabilizarse de sus actos. Cuando hablábamos de buscar el equilibrio entre el modelo proteccionista y el modelo educativo, estábamos siempre en que la crítica básica a ambos modelos es precisamente el elaborar unas teorías en las que el menor es irresponsable de sus actuaciones y por tanto, o bien en el primer modelo se le tiene que dar un tratamiento como ser anormal, o bien en el segundo se le tiene que dar un tratamiento educativo, pero no como responsable de sus actuaciones. Si resulta que nosotros tenemos la convención de las Naciones Unidas sobre derechos de la infancia, si nosotros tenemos una serie de leyes que no diferencian al menor respecto de los adultos en cuanto a titularidad de derechos, es lógico que entendamos que deben ser responsables de sus actuaciones, pero con una gradación; lo que no puede ser es pedir la misma intervención a un menor de cinco años que a un menor de doce.

¿Qué se estableció en Europa?, Se dijo que a partir de una determinada edad los menores deberán responder de sus actuaciones delictivas. En España se dijo a los 12 años. En los EE.UU no hay límite inferior; en EE.UU, ustedes lo saben, un niño de 8 años está sometido a cadena perpetua

por una actuación de la que realmente, por su grado de madurez y capacidad, difícilmente, podría ser responsable hasta el extremo de tener que cumplir una pena de cadena perpetua. Sí que debe responder en función de unas actuaciones, pero quizá habría que preguntarse si un menor de 8 años, que comete un delito de esta envergadura, no debería ser objeto de protección, porque algo falla en este menor, desde su nacimiento hasta los 8 años; algo en su proceso ha fallado, para que una actuación tan reprochable sea cometida por un niño tan pequeño.

Yo pienso que es fundamental que los estados establezcan un límite inferior por el cual todos los niños que cometan un delito son objeto de protección. Es lo que sucede aquí, es decir, un menor de 11 años que comete un hecho delictivo no entra dentro de los tribunales penales, del juzgado de grado penal, sino que entra dentro del ámbito de protección, porque se entiende que su proceso evolutivo ha sufrido una situación que puede reconducirse. De 12 a 16 años tenemos en nuestra legislación una configuración específica de respuesta a la sanción penal; el menor que comete un delito o una falta merece una respuesta y merece una respuesta tanto porque ha infringido una norma social como porque existe una víctima dentro de este proceso, por lo tanto, el estado debe responder con una actuación que no tiene por qué ser igual a la de los adultos, debe ser una respuesta apropiada a su régimen evolutivo y eso, de alguna manera, es lo que el tiempo determina en la ley. Es decir, del grado de madurez de una persona, de un menor, dependerá la respuesta penal que se le otorgue. ¿Por qué? Porque las medidas a aplicar en caso de delito o falta están totalmente en relación a la persona. Me explico. Tenemos una situación en la cual tres menores, de similar edad, cometen un hecho delictivo. Es posible que la reacción o la sanción impuesta a cada uno de estos tres menores sea distinta. El hecho es el mismo, pero las condiciones personales y particulares son diferentes, por lo tanto, la respuesta judicial se ha adecuado a que pueda ser distinta. Uno puede tener un internamiento, otro una libertad vigilada y otro un trabajo en interés de la comunidad; puede haber tres medidas diferenciadas. Y ello ¿por qué? Porque la ley da una importancia específica al grado de madurez o al grado de conciencia del menor, siempre partiendo de la

base de que el menor, mayor de 12 años, es responsable y debe ser responsable de sus actuaciones. El proceso de justicia juvenil, tal como lo tenemos organizado o legislado en nuestro país, parte del presupuesto de que en todo momento puede interrumpirse el proceso penal si el menor, reconoce los hechos que ha cometido. El fiscal puede pedir la suspensión, el juez puede pedir la suspensión, se puede parar el procedimiento penal en cualquier instante siempre y cuando el menor reconozca los hechos que ha cometido, con lo cual se le aplicará una medida apropiada a la respuesta que ha dado este menor a estos hechos. Sólo continúa el proceso penal hasta sentencia en el caso de que este menor no reconozca los hechos.

Si sabemos que en justicia juvenil tenemos un límite inferior y un límite superior, en protección resulta exactamente igual, es decir, la ley de protección de menores nos manifiesta que todo menor que se halle en Cataluña, menor de edad civil, puede ser objeto o puede necesitar una medida protectora. ¿Por qué?. En este caso no por haber cometido un delito, sino por inadecuado ejercicio de la patria potestad o simplemente por carencia de progenitores, tutores, etc. ¿Cuál es la interpretación que da el derecho civil al grado evolutivo del menor en desarrollo?. Si hemos dicho que la propia ley de infancia distingue entre "infants" y "adolescents", también, el menor, "infants", tiene los mismos derechos, como titular, pero no los puede ejercer como el adolescente. Nadie pone en duda que, por el simple hecho de tener una constitución, todos somos titulares de los mismos derechos, sea cual sea la edad que tengamos. Sin embargo, el ejercicio de estos derechos, en ocasiones, requiere o necesita que sean ejercidos por otras personas, porque los menores no pueden ejercer esos derechos de los cuales son titulares.

La ley establece los 12 años como edad límite. Los 12 años es una edad en que el niño prácticamente puede ser asimilado al adulto en cuanto al ejercicio de la titularidad de sus derechos. Las recomendaciones del consejo de Europa respecto a la intervención de los menores en los procesos judiciales que les afectan, las leyes sobre infancia, todas obligan a los intervinientes dentro de un proceso a oír al menor a partir de los 12 años. A

partir de esa edad es obligatorio, para todos los que intervienen en un procedimiento, escuchar la voz del menor. La ley también establece que a partir de los 7 años, y dependiendo del grado de madurez, -sinceramente no sé quien lo decidirá; si lo tiene que decidir un juez, realmente no tiene las herramientas necesarias como para decidir si un menor tiene un grado de madurez suficiente como para exponer lo que quiera- a partir de los 7 años, en función del grado de madurez, dice la ley que podrá ser escuchado y podrá ser atendido en sus peticiones. Todos conocemos la ley 895, el derecho a la información, el derecho a ser oído, el derecho a asociarse, el derecho a la libertad religiosa, es decir, que en el año 95 se establece una ley específica para la infancia, promulgando como derechos propios de la infancia una serie de derechos que todos teníamos por el simple hecho de ser o de vivir en España; porque estos derechos están promulgados en la constitución. Uno se sorprende de la lectura que he hecho del tribunal tutelar de menores del año 45, pero sin embargo, somos iguales de paternalistas. ¿Por qué tenemos que exponer en una ley unos derechos que por el simple hecho de ser sujetos y personas ya tenemos, que nos los ha dado la constitución en el año 78? En el año 95, a la infancia, se le reconocen estos derechos como específicos con carácter fundamental, lo que implica, que hasta ese momento no los habíamos reconocido. Pero no creo que sea este el problema, el problema es que a todos se nos llena la boca y a todos se nos llena el corazón cuando hablamos de infancia y quizás eso sería un problema congénito que deberíamos analizar los jueces, fiscales, abogados, psicólogos, psiquiatras... Decir, bueno, ¿por qué todos vamos diciendo que velamos por el bien del menor y lo único que estamos haciendo es transmitiendo esas opiniones que personalmente tenemos y en función de esto decidimos que ese es el interés del menor?

Finalmente querría comentar algo, aunque de una manera un poco rápida. A los profesionales que actúan en el ámbito judicial; ¿por qué siempre les digo que es tan importante que sepan que en el ámbito de protección de la infancia siempre vamos a acabar ante un tribunal? Porque la administración actúa, de alguna manera, sin los parámetros que tiene el mundo de la justicia. Sepamos cómo actúan los tribunales, sepamos valorar cómo debe ser un proceso para no perjudicar, en el



tiempo, a ese menor. Me voy a explicar. Tenemos una situación, por ejemplo, como la que se dio hace poco; no sé si ustedes sabrán, supongo que lo habrán visto en los periódicos; la audiencia de Barcelona había modificado una sentencia al jurado de primera instancia, el cual había dado un acogimiento a un menor de dos años, objeto de malos tratos y la sentencia de segunda instancia, es decir, la apelación, había devuelto a los padres biológicos ese menor, que llevaba ya dos años en acogimiento con una familia de acogida. Fíjense ustedes lo que puede suponer en un niño de dos años, dos años más; ¡una eternidad!. Desconoce absolutamente quiénes son sus padres biológicos, desconoce cualquier relación y está totalmente acogido por una familia de acogida. Se han formado unos lazos importantísimos entre los padres de acogida y este menor, se han creado unos lazos casi biológicos, porque tú tienes a un niño de dos años en tu casa y realmente llega un momento en que, al cabo de 6 meses, no distingues si es hijo tuyo o no lo es; y resulta que viene una sentencia y dice que no. No es que esto se hizo mal, es que ustedes, administración, no deberían haber hecho esta actuación, ustedes lo hicieron mal, el procedimiento se ha hecho mal, por lo tanto este niño debe retornar a la familia biológica. ¿Ustedes se dan cuenta de lo que puede suponer una situación de este tipo en un menor?. Éste, de dos años, quizá tenga suerte, los especialistas sabrán como valorar esta situación, pero imagínense la misma situación en un menor de 10 años, en un adolescente que dice que se les retiró a sus padres la patria potestad por una situación puntual, la prevención de un riesgo real.

Estamos todos de acuerdo que es mejor prevenir que curar, sin embargo, utilicemos de alguna manera los elementos probatorios que tiene la justicia tan arraigados, para ver si esa magnífica actuación tiene un substrato probatorio importante. Y ello ¿por qué? Porque la administración, como he dicho antes, está capacitada para actuar rápidamente, pero lo que no puede hacer es prolongar en el tiempo y después justificar en el tiempo una situación que, a lo mejor, los tribunales no aceptan. ¿Y por qué los tribunales no la aceptan? Porque el tiempo tiene un valor residual en la justicia. Es así. No podemos pedirle a la justicia el tiempo en los mismos parámetros que se lo pedimos a otro tipo de organismos públicos. Para

tener pruebas necesitamos tiempo, para elaborar un buen informe se necesita tiempo, para elaborar una buena testificación se necesita tiempo, para pedir oficios y decidir si investigamos a hacienda pública... necesitamos tiempo. No el tiempo excesivo que pueden suponer algunos procesos; por ejemplo ¿qué sentido tiene al cabo de 8 años la condena de una persona que está totalmente integrada? Evidentemente yo no estoy justificando la prolongación, al revés, es un ataque clarísimo que la justicia debería aprender la noción de tiempo que tiene la administración; pero nunca tendrá una prolongación rápida y eficaz como la tiene la administración. Y si encontramos ese equilibrio, como lo encontramos con el concepto de responsabilidad, entre administración y justicia no actuaremos en perjuicio de esos menores que se encuentran en situaciones antagónicas por culpa de los adultos, por culpa de una mala interpretación de lo que está después, los tribunales. Yo lo que sí les sugiero y no me canso de repetir, es que cualquier profesional debe saber cómo funciona la justicia, si no, por desconocimiento, uno puede actuar creyendo que obra justamente y eso no tiene ningún valor. Es decir, elementos subjetivos, conocimientos sin probar, no sirven de nada en los tribunales y por lo tanto, cuando estamos hablando de una guardia custodiada, es decir, que un juez delimite quien es el progenitor más adecuado a la hora de atribuir una guardia en custodia, cuando un juez tiene que delimitar y concretar si el menor está mejor en una familia de acogida o en la biológica, cuando un juez tiene que delimitar si ha habido o no abuso sexual del menor, si ha habido o no malos tratos, dejemos tiempo y hagamos las cosas bien hechas, para que la justicia no nos vuelva a encontrar como consecuencia de nuestras actuaciones.

(\*) Ponencia presentada en la II Jornada de Debate de la FNB "La civilització instantània: percepció i realitat del temps a finals del segle XX", octubre 1999.

**Silvia Giménez Salinas** es abogada

# PROGRAMA DE COORDINACIÓ I SUPORT A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA DE SALUT (PROCSAP) DEL CSMIJ DE LES CORTS I SARRIÀ-SANT GERVASI

Mercè Bayle

Teresa Vilas

Dolors Casalé (redactora)

## Introducció

**L'**exposició que farem a continuació pretén il·lustrar el treball que s'ha fet des del nostre equip amb els CAP de Salut del nostre Sector: Districtes IV i V de Barcelona. Des dels seus orígens, a l'abril de 1990, el nostre equip va establir connexió amb els diferents equipaments sanitaris, que en aquell moment eren tres CAP de Salut a Sarrià-Sant Gervasi i un a Vallvidrera-Les Planes. Els usuaris de Les Corts estaven distribuïts entre altres districtes la qual cosa feia molt difícil dur a terme algun tipus de treball coordinat. Fou entre l'any 1993 i el 1994 que es van crear dos CAP de Salut al Districte de Les Corts. Primer el CAP de Salut de Montnegre (1993) i posteriorment el CAP de Les Corts, aquest com ABS (1994). Malgrat que el CAP de Montnegre va néixer amb una certa voluntat de reforma, el cert és que va quedar configurat com, el que es deia en aquell moment, un CAP de Salut de Transició, o sigui s'havia nomenat una Coordinadora per Pediatria i una per Capçaleres però quedava a l'espera de noves reformes. Per tant ens trobàvem que entre els dos districtes només hi havia una ABS i un CAP de Transició i no s'albirava cap perspectiva de canvi.

Aquesta situació ens va portar, l'any 1995, a plantejar la relació amb els diferents equipaments de

salut en funció de les seves característiques de primària de salut no reformada, de transició o ABS. Aquest heterogeneïtat, i el fet que no eren previsibles canvis, ens qüestionava el tipus de treball, ja que així com saben que l'espai sanitari, pediatres i infermeres, és un dels més idonis per a la detecció precoç de nens en risc psicològic i psiquiàtric; que quan més petit és el nen més propens és a presentar símptomes en el cos, com a conseqüència de problemàtiques afectives o relacionals; símptoma o símptomes que no tenen un sol significat, que poden obeir a un procés evolutiu, maduratiu o remetre a un o diferents processos estructurals.

Per tant, un treball continuat i coordinat entre ambdós àmbits, APS i SM, que permetés la detecció i el seguiment de cada situació i la derivació a l'equip especialitzat (CSMIJ) quan així es valora, és necessari per a aconseguir una bona atenció a la població infantil del nostre sector. Com compaginar aquestes fites i les dificultats estructurals que representen els CAP de Salut no-reformats? Aquest interrogant es va intentar respondre amb un Programa (PROCSAP) que malgrat tenir un sol objectiu contemplava les diferències en la seva aplicació:

**1. CAP DE SALUT no-reformats (A,B,C):** es continuava amb el que s'havia fet fins aquell moment, mantenir:

- Reunions periòdiques de les Infermeres de Pediatria i l'Adjunta d'Infermeria del CAP amb la nostra Infermera Psiquiàtrica, que tenien com a objectiu:
  - Informar de les derivacions que havia fet el CAP de Salut i confirmar les que hi havien arribat
  - Retorn del Full d'Interconsulta que acompanyava la derivació, degudament complimentat amb les indicacions que es consideraven d'utilitat per al metge.
- Una trobada CAP-CSMIJ, a l'any amb els diferents torns de metges (s'intentava que fos a la sortida d'un torn i a l'arribada del següent) amb presència de la Inspectora de zona, on presentàvem de nou el nostre

Servei i donàvem una visió del que s'havia derivat i es lliurava l'última memòria.

- Interconsultes telefòniques (Pediatre-Terapeuta CSMII), en aquells casos que es veïés necessari per alguna de les parts.

Cal dir que aquest model es manté en la mida del que és possible. A partir de la creació dels dos CAP de Salut a Les Corts, per una part es va establir el PMC que exigeix el Programa de SM amb l'ABS i per tant no ens detindrem.

Ens centrarem en el treball endegat a partir d'aquell moment amb els dos equipaments (un de Les Corts i l'altre de Vallvidrera-Les Planes) que, malgrat no estar reformats, presentaven unes característiques que feien pensar que seria possible endegar la col·laboració entre ambdós àmbits EAP-SM. Cal assenyalar que, aquest any 95, en que va ser l'inici d'un treball continuat amb els dos equipaments nous de Les Corts, el volum de derivacions va augmentar en conjunt un 107%.

## **2. CAP DE SALUT DE MONTNEGRE (de transició)-LES CORTS- (D)**

Aquest equipament es va crear com de transició (nom que se li donava en aquell moment i que també ha sofert modificacions), perquè disposaven de dues coordinadores, una per Pediatria i l'altra per als metges de Capçalera, la resta de metges continuava amb una dedicació horària de dues hores. Aquesta estructura que ha de facilitar el funcionament de l'equip, només ho aconseguíem per la bona voluntat i dedicació dels professionals que el configuren. Continua preocupant que tot allò que es fa com un pas previ per una millora, acabi quedant instaurat com la pretesa millora.

L'any 95, es van establir reunions trimestrals entre les dues Coordinadores del CAP (Pediatria i Capçaleres), la psicòloga referent del CSMII s'afegiria per aportar la vessant de salut mental. Els objectius, d'aquestes primeres reunions foren:

- Consensuar criteris de derivació.
- Establir, de moment, la coordinació entre ambdues infermeries per implementar el que ja es venia fent amb els altres CAP i

que ja hem esmentat.

L'any següent es van començar les reunions de l'equip de Pediatria, on es vàrem incloure com un participant més. També estaven obertes als capçaleres que volguessin incloure-s'hi. A partir d'aquest moment les trobades van anar adquirint una característica més clara d'intercanvi entre ambdós equipaments, ja que els temes de salut mental eren només un aspecte del que es tractava i estaven relacionats amb les derivacions, el seguiment de casos i el treball amb les famílies per les derivacions des de l'EAP al CSMII. Era la necessitat d'un coneixement més profund d'ambdós equipaments, condició bàsica i indispensable per un treball fructífer. Posteriorment van sorgir demandes per treballar temes específics de salut mental. Al llarg d'aquests 4 anys, s'han tractat en profunditat un total de 16 temes de SM. La periodicitat ha fluctuat entre bimensual i trimestral, segons les possibilitats de l'EAP.

Paral·lelament es continuaven les reunions entre ambdues Infermeres EAP-SM, per fer el seguiment específic de les derivacions que havien arribat i les que no, retorn de Fulls d'interconsultes complimentats i d'altres temes concrets d'infermeria.

## **3. CAP DE SALUT DE VALLVIDRERA-LES PLANES (E)**

La zona de Vallvidrera-Les Planes forma part del Districte de Sarrià-Sant Gervasi, però té unes característiques específiques que la fan diferent del que és la resta del Districte. Zona de muntanya, amb dispersió d'una bona part de la població, amb un alt índex de grups de risc, una bona part de la població té poca tendència a desplaçar-se al centre del Districte per utilitzar els Serveis. El CAP de Salut no està reformat, hi ha dos equipaments, un a Vallvidrera i un a Les Planes, però ambdós tenen el mateix Pediatre i el mateix Metge de Capçalera i també comparteixen la infermera domiciliària.

Aquest funcionament va permetre endegar les reunions amb tots els professionals; degut a la problemàtica social de la zona, també hi participen l'Assistent Social del Districte per a aquella zona i la nostra. La periodicitat ha estat mensual sempre.

Les característiques d'aquesta població posaven de manifest la necessitat de que els professionals de primera línia tinguessin eines en SM per ajudar a clarificar situacions, donar orientacions i suport a la família i cercar recursos complementaris per als nens. Es treballaven els casos en prioritat i s'establí l'estratègia d'intervenció que es duria a terme, la infermera i/o l'AS de zona eren peces claus. També es connectava amb l'escola o es buscava un recurs complementari, suport escolar, esplai, etc., quan es valorava necessari.

**CONCLUSIONS**

Pensem que el treball que s'ha realitzat ha estat positiu malgrat les seves limitacions. La sensibilització per a incloure la vessant de salut mental, ha estat possible per la disposició dels professionals que malgrat les seves dificultats horàries, hi han col·laborat activament.

- S'han treballat els criteris de derivació, el que ha produït que les derivacions hagin estat més acurades.
- S'ha establert el seguiment des d'APS d'aquells casos que es valorava necessari dels del CSMII o que no s'havien derivat.
- S'ha aprofundit en temes de SM que interessaven tant a APS com a SM.

A continuació posem un quadre d'evolució de les derivacions dels CAP DE SALUT que tenim en el Sector; en els tres primers (A,B,C) es fa el programa mínim que hem fet constar en l'apartat 1. Com es pot comprovar, les derivacions han quedat molt limitades, si bé hi hauríem de tenir en compte altres factors com tipus de població que atenen, etc., també hem pogut comprovar que en el CAP que designen com a C s'està intentant implementar el mateix Programa de reunions des de l'últim trimestre de l'any passat i això ha portat un increment del nombre de derivacions, cosa que confirma que un treball conjunt afavoreix l'atenció a la salut mental dels infants que s'atenen des de l'àmbit sanitari.

El segon quadre fa referència a l'evolució del nombre de casos tractats derivats o no al CSMII i el

volum d'interconsultes que han generat. Aquestes interconsultes són les que es fan a les reunions, per problemes de registre informàtic fins l'any passat no s'ha portat el detall de les interconsultes telefòniques entre Pediatre i Terapeuta CSMII, per tant no les hem constar.

Cal assenyalar que en l'apartat E el nombre de derivacions és molt baix, això correspon a la dificultat de la població a acceptar-les. En contrapartida hi ha un elevat nombre de casos en interconsulta on es segueix el treball realitzat pels agents de salut de primera línia.

Any	1996	1997	1998	1999
<b>A*</b>	7	4	5	5
<b>B*</b>	6	8	13	2
<b>C*</b>	13	13	7	20
<b>D**</b>	28	31	41	36
<b>E**</b>	6	4	-	3
<b>ABS</b>	34	28	20	29

\* CAP de salut no-reformat  
 \*\* S'ha implementat el Programa de Coordinació i Suport

	D		E		ABS	
	Casos*	Interc.**	Casos*	Interc.**	Casos*	Interc.**
1996	12	30	6	18	34	34
1997	33	42	34	66	28	37
1998	46	65	43	109	20	62
1999	56	60	31	66	43	58

\*Casos tractats que han pogut estar derivats o no  
 \*\* Interconsultes que han generat els casos tractats

**Dolors Casalé** és psicòloga, coordinadora del CSMII de Les Corts i Sarnà-Sant Gervasi.  
**Mercè Bayle** és psiquiatra responsable del PROCAP  
**Teresa Vilas** és psicòloga responsable del PROCAP

## PARTICULARIDAD DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL EN EL AMBITO DE UN HOSPITAL GENERAL

Rut Sonabend

**E**l paso de la asistencia psiquiátrica a la atención en salud mental estuvo caracterizado por un modelo de atención integral que cubría las áreas de promoción de la salud, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción. Los centros de salud mental dedicados a la infancia y a la adolescencia tomaron a su cargo un modo de atención que incluyera al sujeto y a su sufrimiento psíquico.

La realidad de la frecuencia de los trastornos en la infancia merece una atención temprana. La sintomatología infantil emerge en las vicisitudes de la vida del niño con el entorno: el núcleo familiar, el ámbito escolar y la relación con el cuerpo.

Desde el inicio de la puesta en marcha de los dispositivos de salud mental hasta nuestra época actual, marcada por los cambios sociales, los avances tecnológicos, el fenómeno de la globalización y las nuevas técnicas de reproducción asistida, por enumerar sólo algunos hechos significativos, asistimos a modificaciones en la vida de los sujetos cuyos efectos determinan nuevas modalidades de presentación del malestar y, concomitantemente, nuevos retos para los profesionales: interrogar e intentar responder a las nuevas demandas clínicas fruto en algunos casos de los nuevos significantes puestos en circulación por la moda, que, si bien responden a realidades, no se profundiza en sus causas.

La escuela, los padres, los educadores, los jueces y, en ocasiones, los vecinos se erigen en portavo-

ces de aquello que se supone que hay que normativizar en la infancia y en la juventud. La presión social ejerce en el niño, en ocasiones, como un obstáculo para su desarrollo y funcionamiento.

Los padres, los educadores y los pediatras serán quienes podrán detectar el malestar, pero es el niño quién, encauzado en un espacio terapéutico adecuado, encontrará el verdadero sentido a sus síntomas. Síntomas que hoy se presentan bajo una nueva modalidad y que nos enfrenta a una nueva clínica, y aunque las problemáticas aparecen cada vez más globalizadas en un intento reduccionista en sus formas de presentación, son los profesionales los que tienen la responsabilidad de recordar que se trata de sujetos particulares. Por ejemplo, el trastorno de la alimentación, el déficit de atención o el problema de conducta son fenómenos y realidades que han existido siempre. El rasgo diferencial actual es que asistimos a un aumento de los mismos, y a la proliferación de respuestas que no hacen más que propagarlos.

La compleja realidad psíquica de los sujetos requiere de nuestra intervención profesional para colaborar en una respuesta adecuada. Los diversos tratamientos terapéuticos, psicoterapéutico, farmacológico y / o social, son los instrumentos para que cada sujeto pueda recorrer su propia andadura, posibilitándole encontrar una respuesta a aquello que le aqueja.

El Departamento de Salud Mental del Hospital Parc Taulí de Sabadell integra distintos servicios para la atención psiquiátrica y psicológica de la población adulta, adolescente e infantil. El CSMIJ, dispositivo psiquiátrico-psicológico específico para la población infanto-juvenil atiende a la población entre 0 y 18 años contemplando dos grandes ejes: las directrices establecidas en el contrato con el Servei Català de la Salut y también las inherentes a la inserción en un Hospital General.

La particularidad de la actuación del CSMIJ entonces se deduce de esta doble adscripción: por un lado la atención de niños y adolescentes derivados por profesionales externos al Hospital y por otra parte las derivaciones internas de los distintos departamentos del Hospital.

Con relación a las derivaciones externas, las demandas de atención son canalizadas por los pediatras o médicos de cabecera de los distintos ambulatorios, por los equipos de asesoramiento psicopedagógico, por dispositivos pertenecientes a la Dirección General de Atención a la Infancia y, en algunos casos, por los servicios sociales de atención primaria de los Ayuntamientos. Dependiendo de la sintomatología, de la situación de riesgo y del pronóstico, se decide un abordaje que contemple dichos aspectos permitiendo que el paciente pueda desplegar en las entrevistas su propia demanda, orientándose en cada caso la modalidad terapéutica más adecuada. Además de la atención al propio sujeto y dependiendo del caso por caso, la atención de sujetos que dependen de padres o tutores como es el caso de los pacientes atendidos en los CSMIJ, se impone el trabajo con aquellos responsables del niño o adolescente teniendo en cuenta los dispositivos que intervienen ya sean de sanidad o de otras redes asistenciales.

Se constata en relación a los motivos de consulta, un incremento de derivaciones que corresponden al trastorno mental grave, trastornos de conducta, afectivos y psicóticos. Cabe señalar un número creciente de trastornos de conducta importantes con inadaptación escolar. Son significativas en los últimos años aquellas derivaciones que responden tanto en lo social a nivel del imaginario colectivo como en lo particular de determinados sectores de población a aquellos fenómenos que intentan responder al malestar unificándolo sin tener en cuenta la particularidad del sujeto, ejemplos de esta circunstancia son la anorexia, la bulimia, los trastornos de la alimentación, el trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad. Ellos definen y etiquetan a un sujeto, haciendo existir realidades y confundiendo un síntoma con la verdadera causa del problema. Ejemplo de ello son los niños de once o doce años derivados por presentar falta de atención, concentración e inquietud motora que les impide trabajar y responder a las exigencias escolares y que, dada la presión social por la efectividad y productividad de dichas enseñanzas, se recurre con demasiada frecuencia a una respuesta farmacológica, no tomando en cuenta el momento evolutivo por el que atraviesa el niño al inicio de la adolescencia con todos los efectos que este período conlleva a nivel pulsional, de conso-

lidación de su personalidad, de afianzamiento de su identidad sexual. Las características de esta etapa puede determinar que el joven se encuentre en una situación particular que le impida dedicarse a los aprendizajes y las cuestiones escolares. Sin menospreciar respuestas farmacológicas que se coadyuvan a tratamientos psicoterapéuticos, la eficacia de los medicamentos por sí solos no puede profundizar en las causas de los problemas y reduce a una respuesta biológica lo que sabemos requiere de una escucha del sujeto para permitirle desplegar la causa de su trastorno. El trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad engloba y etiqueta a un gran número de la población referida con el consiguiente efecto de medicalizar cada vez más a la infancia de manera abusiva e indiscriminada.

Otro ejemplo, ya señalado en estas mismas páginas, es la predominancia en las niñas y jóvenes del llamado trastorno de la alimentación, diagnosticándolas de anorexias o bulimias. Asistimos a una de las paradojas que nuestra cultura ofrece. Por un lado patrones de moda con una gran difusión social que funcionan como ideales a conseguir. Por otro, y una vez constatado su incidencia negativa y patológica entre esas mismas jóvenes a los que se dirige, se crean dispositivos debido al incremento de esta situación cuasi-epidémica. Muchos de los fenómenos que dichos sujetos presentan, si bien son manifestaciones que se presentifican en la relación con el objeto alimento y que responden al intento del sujeto a equipararse con un cierto ideal de la época con relación a la belleza y la imagen corporal, no deben ser empleados para determinar un diagnóstico definitivo. Correspondería más bien intentar aproximar al sujeto a su respuesta subjetiva y no reducir el tratamiento exclusivamente a pautas alimenticias, medicación, etc. sino posibilitar que se desanude aquello que recubre dicho fenómeno.

Es en este sentido que en nuestro servicio hemos considerado la importancia de brindar a las jóvenes que presentan dicha problemática la posibilidad de una intervención terapéutica en una dinámica grupal asistiendo a reuniones continuadas para abordar sus conflictos. La intervención, en aquellos casos que así lo requieran, de una medida drástica como el ingreso en una unidad especializada se ha realizado una vez agotados las

medidas abiertas. La situación del CSMIJ en un Hospital General posibilita la interconsulta con servicios que pueden intervenir en un momento determinado como en el servicio de endocrinología y de ginecología. En las situaciones que la joven no padecía de una situación extrema y de riesgo para su propia vida se pudo constatar que si bien la manera de presentación del síntoma estaba en relación con un trastorno alimentario, la obsesión por el objeto alimento se desplazaba a otras cuestiones posibilitando una mejoría sintomática.

Otra línea de actuación del trabajo del CSMIJ con relación a estar adscrito a un Hospital General, podríamos englobarla en las "interconsultas" considerándolas de tres tipos:

**1.** La que proviene de un especialista de un determinado servicio del Hospital y que solicita los servicios profesionales de los especialistas de salud mental para valorar y orientar a un paciente de su servicio que requiera atención ambulatoria. Ejemplo: niño obeso que está en tratamiento para adelgazar y dada las resistencias para lograr el objetivo, el endocrinólogo solicita la intervención del especialista en salud mental para realizar una aproximación a dichas dificultades y orientar al paciente en el tratamiento adecuado. A su vez se mantiene una interconsulta con el profesional para transmitir la valoración realizada.

**2.** La que proviene del servicio de urgencias. Se trata de pacientes que acuden a dicho servicio dada la situación de riesgo en la que se encuentran como consecuencia de un hecho realizado por el propio sujeto que pone en riesgo su vida. Ejemplo: jóvenes adolescentes que realizan un intento autolítico y que acuden al servicio de urgencias acompañados de sus progenitores o grupo de amigos. Luego de una primera intervención médica donde se ofrece la atención necesaria, se solicita la valoración del equipo de salud mental, quiénes indagan en las causas de la situación de riesgo analizando la necesidad de la continuidad del ingreso hospitalario o indicando el alta pero asegurándose la continuidad asistencial de forma ambulatoria.

**3.** Interconsultas solicitadas por profesionales del Hospital (pediatras, traumatólogos, cirujanos)

que atienden a un paciente ingresado ya sea para una intervención quirúrgica, dada la detección de una enfermedad con pronóstico dudoso o como ingreso posterior a un traumatismo por accidente. Las visitas se realizan mientras el paciente está ingresado, aliviando su sufrimiento psíquico si el paciente lo acepta y acompañando a los padres en los avatares de la enfermedad, colaborando en los aspectos psicológicos de la evolución del paciente.

La ubicación de un dispositivo de asistencia psiquiátrica-psicológica en el mismo espacio geográfico que un Hospital General ofrece una situación de privilegio para el abordaje de una asistencia que contemple lo biológico, lo social y lo psíquico. Producto del trabajo entre profesionales para abordar aspectos que hacen a la salud de los sujetos es la colaboración del CSMIJ con distintos departamentos.

Es en este sentido que la colaboración con el servicio de Neonatología es un paradigma del encuentro entre profesionales. La colaboración que surge a petición del servicio de enfermería de dicho departamento para poder elaborar adecuadamente la angustia propia de situaciones en las que la muerte de bebés está muy presente en los padres y en el personal. Angustia que se desencadena ante nacimientos prematuros y / o con pronóstico reservado, que impiden la contención a la familia y el bienestar para el bebé. Ansiedad por lo dramático de la situación, donde el cuerpo del bebé es un real expuesto a las manipulaciones interminables de los otros, pero necesarias para garantizar su supervivencia pero donde corresponderá a los padres poner en juego el deseo de hijo que, junto a las intervenciones en el cuerpo, de vida a un sujeto mas allá de la ciencia.

Finalmente y a modo de conclusión, consciente de no intentar agotar con estas notas todo lo abaricable desde la atención de los CSMIJ, y sabiendo que colegas que desarrollan su trabajo profesional en otros centros de atención a la infancia y adolescencia, estén ubicados o no en hospitales, realizarían interesantes aportaciones sobre nuestra actividad asistencial, quisiera señalar algunas reflexiones sobre la situación de la infancia y adolescencia. Esta requiere, cada vez más, del análisis y profundización de amplios sectores de la pobla-

ción, ya que el futuro de los niños y los jóvenes es incierto y preocupante. Dada la época que les toca vivir, en donde el paro, la pérdida de los ideales, el rechazo a la inmigración, la cada vez mayor vida de los niños en la calle, el abandono, la no adecuación de los sistemas educativos con nuestras realidades, si bien provocan salidas dramáticas como la delincuencia, la búsqueda de la satisfacción inmediata en las drogas y el alcohol, el rechazo pasivo, o las actuaciones violentas, debemos entonces ser consecuentes con nuestra elección al decidir ocuparnos de los niños y jóvenes para seguir brindándonos como lugar de escucha del malestar y el dolor psíquico de aquellos que tengan la posibilidad de poder y querer ser escuchados. Pero además debemos no ceder en nuestro intento de transmitir que el atender a este sector tan mentado últimamente, requiere de un compromiso y de la firme voluntad de querer cambiar, teniendo en cuenta los límites de las actuaciones, las formas de acceso a la comprensión de esta problemática.

**Rut Sonabend** es psicóloga del CSMIJ de Sabadell. Consorci Sanitari Parc Taulí.





# TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN\*

Ma. José Cortiella (redactora)

## 1. Recorrido histórico y concepto actual

Los trastornos de la alimentación, anorexia y bulimia, se han ubicado dentro de los malestares de la modernidad. Se habla incluso de epidemias por su rápida expansión aunque no han llegado al grado de pandemia dado que en su etiopatogenia influyen factores sociales y culturales además de los familiares y del propio sujeto que los padece. Las investigaciones epidemiológicas demuestran que la mayor incidencia de estos trastornos se dan en las culturas occidentales y en las sociedades del bienestar y de la abundancia. En las regiones donde la alimentación es del orden de la subsistencia no aparecen.

Las primeras descripciones médicas de la **anorexia** tal y como se conceptualiza en el momento actual, se producen casi simultáneamente en Inglaterra y Francia, en una época de desarrollo económico. Pero la historia está salpicada de relatos biográficos y sociales en los que está en juego la comida, desde las bacanales romanas en las que los comensales se provocaban el vómito para poder seguir degustando manjares, hasta los ayunos, algunas veces mortales, de los sujetos entregados a un ideal. Estos desórdenes alimentarios han tenido una connotación médica o no según el momento histórico, social y cultural.

En el año 895, en Baviera, un monje describió el caso de una joven que pasó por diversas etapas: la primera en la que no comía, la segunda con un apetito feroz y debilitamiento general que le impedía caminar, otra con pérdida de apetito, alimentación restringida a productos lácteos y vómitos hasta dejar de comer. Al reiniciar la ingesta se quedó ciega y luego recuperó la vista. Se consignó como un milagro de Santa Walpurgis en cuyo santuario había sido acogida la enferma. En el siglo XI, Avicena, médico filósofo y místico árabe islá-

mico, describe la enfermedad y curación de un joven príncipe que se había negado a comer. En el siglo XIV aparece Santa Catalina de Siena cuya vida de sacrificio la elevó a los altares en su época. Hoy, posiblemente se la ubicaría dentro de la anorexia. Tenía visiones divinas desde pequeña. Se opuso a su madre, con la que tenía severas dificultades de relación, al decidir ésta su matrimonio, e ingresó en una orden religiosa. Decidió restringir la alimentación, perdió peso, castigaba su cuerpo con flagelaciones, tenía una actividad incansable y cuando no pudo evitar la escisión de la Iglesia, dejó de comer absolutamente y falleció al poco tiempo.

En la segunda mitad del siglo XVII, en Inglaterra, Morton describe varios casos de jóvenes entre los 14 y los 20 años que presentan pérdida de peso por rechazo de la comida junto con otros síntomas nerviosos.

En 1868, Sir Wiliam Withey Gull comunica en Oxford "una forma peculiar de enfermedad, que se producía casi siempre en mujeres jóvenes y que se caracterizaba por una demacración extrema, (...). La mayoría de los sujetos con esta afección son de sexo femenino y de edades comprendidas entre los 16 y los 23 años. En alguna ocasión, también la he observado en hombres de estas edades". La denomina apepsia histérica, aunque después comprueba que toda la comida ingerida es digerida con normalidad y se suma a Laségue que la denomina anorexia histérica. Escribe varios casos, tratados por él, cuyas características son: demacración importante, aspecto envejecido, pérdida de peso, amenorrea, sin vómitos ni diarrea, estreñimiento leve, anorexia completa para la comida de origen animal, y casi completa para el resto de alimentos. Abdomen colapsado, contraído y aplastado. Ocasionalmente apetito voraz que dura pocos días. Dice de uno de los casos: "La paciente no se quejaba de ningún dolor pero estaba inquieta y activa. De hecho, ésta es una expresión sorprendente de un estado nervioso, ya que parecía casi imposible que un cuerpo tan desgastado pudiera hacer tanto ejercicio a gusto. Había algo de malhumor y de sentimiento de celos. No tenemos conocimiento de la causa de la excitación". El caso se consideró como un cuadro de anorexia simple.

Gull suponía un origen central que afectaba a la periferia. Escribió: "(...) algo trastocado en el equilibrio nervioso (...). Algo extraño en la historia familiar (...) alguna irregularidad del nervio neumogástrico (...)". "La ausencia de apetito creo que es debida a un estado mental mórbido" (...). "Se tiene que admitir que las mujeres jóvenes de estas edades son especialmente sensibles a la perversidad mental. Podemos denominar este estado como histérico sin comprometernos con el valor etimológico de la palabra o mantener que las personas sujetas a esta enfermedad, tienen los síntomas comunes de la histeria. Sin embargo, prefiero el término general de "nerviosa", ya que la enfermedad se da tanto en hombres como en mujeres y probablemente, es más central que periférica". En 1873 publica un artículo con todos sus descubrimientos bajo el título de "Anorexia nerviosa". El tratamiento que recomendaba era: comida suave cada dos horas, tónicos: "una cucharadita de brandy", ropas calientes y "estar rodeados de personas que tengan un control moral sobre ellos; generalmente, los peores cuidadores son los parientes y los amigos".

En 1873, Laségue, en París, publica en los Archives Générales de Médecine una enfermedad nueva para él que denomina "anorexia histérica", que se caracteriza, en un primer momento, por restricción alimentaria al aquejar molestias digestivas, una segunda etapa de perversión mental dado que las pacientes siguen sin comer a pesar de haber cesado el dolor gástrico y una última de caquexia con actividad importante e indiferencia hacia su estado.

Guilles de la Tourette, a principios del siglo XX, diferencia la anorexia primaria de la secundaria y apunta hacia el origen psíquico de la enfermedad al establecer que los pacientes no sufren inapetencia sino que rechazan la comida y sufren una alteración en la percepción de su cuerpo.

Simmonds descubre en 1914 la caquexia hipofisaria. La anorexia se plantea entonces como una enfermedad endocrina susceptible de tratamiento hormonal, pero fracasa. Los psiquiatras siguen apostando por las hipótesis psíquicas obteniendo mejores resultados con el aislamiento y la separación de los pacientes del entorno familiar.

Es en la segunda mitad del siglo XX cuando la anorexia es ubicada definitivamente dentro de los

trastornos mentales, apareciendo desde entonces múltiples teorías explicativas y terapéuticas que, de últimas, dan cuenta de los diversos factores que inciden en la anorexia.

La **bulimia** tiene menor recorrido histórico. Los primeros trabajos relacionados con este desorden alimentario aparecen en 1932 de la mano de Wulff, describiendo pacientes que alternan episodios de anorexia y otros de ingesta imparable. Posteriormente, se la relaciona con la obesidad mórbida. Es en 1973 cuando Bruch habló de ingestas compulsivas en sujetos sin problemas médicos de peso. Hay otras aportaciones que hacen referencia a sujetos con conductas impulsivas alimentarias desligadas de la anorexia y de la obesidad hasta que Russel, en 1985, delimitará el término "bulimia nerviosa", que está en relación con la anorexia y el de "bulimia" como entidad sindrómica. El término bulimia significa "hambre de toro".

Existen descripciones de ingestas alimentarias masivas desde el siglo XVIII pero sin otros elementos que hagan pensar en la entidad nosológica actual. Janet publicó en 1903 varios casos en los que junto con la bulimia aparecían otras manifestaciones afectivas o ansiosas predominantes con lo que el trastorno alimentario era un síntoma más.

Tal y como sucede en otras patologías, la delimitación nosológica de los trastornos de la alimentación como entidades mórbidas autónomas ha seguido un proceso de investigación médica. Pero tanto por los antecedentes históricos, como por la población afectada, como por el entorno social y la época en que aparecen con mayor frecuencia, podemos pensar que el factor cultural tiene un peso específico importante, aunque no es el único. La dinámica familiar ya está presente en las primeras descripciones, incluso en la de Catalina de Siena que fue considerada santa y no anoréxica.

Por último, pero en un primer plano, hay que pensar en la relación del sujeto con el propio deseo.

## 2. Concepto transitorio de la alimentación

El DSM-IV abre este capítulo con la siguiente definición: "Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimen-

taria". En este apartado se consideran la anorexia y la bulimia nerviosa y se reserva un tercer apartado para "los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico". No contempla deliberadamente la obesidad simple que aparece en el CIE como enfermedad médica por no haberse establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. La característica esencial que aúna a la anorexia y la bulimia es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporal.

Talbott (Psiquiatría Americana) en su Tratado de psiquiatría dice: "Los trastornos de la conducta alimentaria son entidades o síndromes y no enfermedades con una causa común, un curso común ni una patología común. Se definen mejor como síndromes y se clasifican, por tanto, a partir del conjunto de síntomas presentes". Tanto el DSM-IV como Talbott hacen un abordaje fenoménico de los problemas alimentarios sin abordar la problemática que subyace en estos pacientes.

#### Anorexia nerviosa

El término anorexia es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito (DSM-IV).

Características esenciales:

- A.-** Rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal
- B.-** Miedo intenso a ganar peso
- C.-** Alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo
- D.-** Amenorrea

Dos subtipos:

- A-** Restringido: la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. No recurren a atracones o a purgas
- B-** Compulsivo/purgativo: recurre regularmente a atracones o purgas, vómitos o diuréticos.

#### Bulimia nerviosa

Características:

- A.-** Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - 1.- ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo
  - 2.- sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento

**B.-** Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son: provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas, etc., ayuno y ejercicio excesivo.

**C.-** Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.

**D.-** La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

**E.-** La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Subtipos:

**A-Tipo Purgativo:** Provocación del vómito y/o uso de diuréticos, laxantes....

**B-Tipo no purgativo:** Otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso.

Tanto el DSM- IV como Talbott tienen una visión fenoménica de los trastornos alimentarios. No abordan la problemática que subyace en estos pacientes y que determina que presenten este síntoma especialmente grave en algunos casos dado que pone en juego la vida del sujeto.

(\*) *Introducción al curso sobre "Trastornos de la alimentación", organizado por la DAP de Nou Barris del 28 de Febrero al 10 de Marzo de 2000*

#### BIBLIOGRAFIA

- John A. Talbott, Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky en *Tratado de Psiquiatría*. Editorial: Ancora S.A.
- Guillemot, Anne y Laxenaire, Michel "El peso de la cultura" en *Anorexia Nerviosa y Bulimia*. Editorial: Masson, S.A.
- Thompson, C en *Los orígenes de la Psiquiatría Moderna*. Editorial: Ancora.
- DSM- IV. Editorial: Masson.

**M<sup>a</sup> José Cortiella Álvarez** es psiquiatra del Centro de Salud Mental de Adultos de Nou Barris.



## LO "INQUIETANTE" EN LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

*Carlos Alvira*

**C**itaremos dos estudios publicados en el ámbito médico que ponen en cifras la demanda que efectúa un paciente no orgánico a la medicina. Si nos remitimos a los datos publicados por el Servei Català de la Salut en un estudio realizado en 1996 en 21 Centros de Asistencia Primaria<sup>(1)</sup>, observamos en la tabla que se corresponde a la percepción del médico, que el tercer motivo de consulta, según el diagnóstico que consta en la historia clínica, es la depresión y la ansiedad, lo que significa el 7.3% de todas las consultas. En otro estudio publicado por el Dr. A. Bellès, radiólogo, en la revista Atención Primaria<sup>(2)</sup>, que toma como base su tesis doctoral,

el 56% de las exploraciones radiológicas practicadas a hombres no eran consideradas patológicas por el radiólogo que las había informado, y en el caso de las mujeres la cifra de exploraciones normales llega hasta el 59%.

Es evidente, por tanto, el hecho de que un número elevado de pacientes que acuden a la consulta del médico no padecen una enfermedad orgánica, sino que su sufrimiento tiene que ver con la expresión de un malestar subjetivo. Pero desde la medicina se intenta no ver esta relación y, en vez de cuestionarse qué encierra el síntoma para cada paciente, se echa mano del saber médico en su vertiente biológica u organicista para acallararlo. Por su parte, el paciente se presta a esta actitud pues se le hace difícil aceptar y enfrentarse al síntoma en el que está implicado.

Es importante señalar que el discurso médico presenta la particularidad de dirigirse a la enfermedad como su objetopreciado, en ello basa su posición científica, ése es el interés de su investigación, pasando a segundo plano, o difuminando, al paciente como sujeto que la sufre. Jean Clavreul lo enuncia de esta manera: "Al constituir lo que hace su objeto (la enfermedad) como objeto de su discurso, la medicina borra la posición del enunciadador del discurso que es la del enfermo mismo en el enunciado de su sufrimiento" (3). Esta circunstancia da una modalidad de relación en la que, ya de entrada, los deseos están orientados hacia lugares diferentes. Ciertamente las generalizaciones parten de un enunciado que es fácilmente criticable, pero vamos a suponer que nos estamos refiriendo a un porcentaje de la población, tanto de médicos como de pacientes, lo suficientemente significativo como para atribuirle una representatividad.

### El médico

El médico se encuentra con una demanda por parte del enfermo que está localizada como un dolor en el cuerpo, normalmente expresado en tono angustioso y arropado por niveles de urgencia más o menos imperiosos, en ese cuerpo que no se siente obligado a seguir las distribuciones neurológicas ni la geografía de los órganos. Es una clara demanda de interpretación del síntoma, por el lado del "qué me pasa", más que por el lado del

"por qué". El médico busca entre sus herramientas interpretativas, que por su formación están basadas en la ciencia, y se desconcierta; el cuadro clínico no cuadra, le sobran o le faltan cosas, y de ahí, en vez de extraer un saber, cierra los ojos, no considera esos flecos tan llamativos que quizás lo cuestionan también a él como sujeto y dirige al paciente a una secuencia de exploraciones complementarias y con posterioridad a una medicación de la sintomatología.

Freud ya señalaba que el médico no está capacitado, por su formación, para entender las expresiones corporales del malestar subjetivo y que el comportamiento de estos pacientes no tiene su simpatía, ya que "infringen las leyes de su ciencia" (4) lo cual puede ser visto como una afrenta a su saber, algo que apunta a su falta y provoca un rechazo. Por lo que al desconocimiento de tal "enfermedad" y cómo manejarla, se suma una actitud distante con aquél que exagera y deliberadamente le engaña. Freud agrega que el médico "los castiga quitándoles su interés" (5). Ciertamente se pueden observar actitudes de desprecio o evasivas con estos pacientes, a los que denomina "pitis", con un tono entre el desprecio y la burla, pues no los considera verdaderamente enfermos, se quejan por nada y le hacen perder su tiempo. Un tiempo que en las actuales circunstancias de saturación de las consultas y largas listas de espera, se considera muy valioso como para desperdiciarlo.

Podemos pensar que el médico desoye tal vez la demanda, en parte, por la complicidad que tiene con el malestar del paciente, con quien se puede identificar y por la dificultad para poder actuar desde este lugar. Jean Clavreul, en su libro: *El orden médico*, señala que "la elección de la profesión está en relación con preocupaciones, conflictos y fantasmas inconscientes que marcaron su infancia (...) que no cualquier estructura de la personalidad le permite a alguien llegar a ser médico" (6). Lo que el paciente le trae como síntoma no le es ajeno de alguna manera y, ya sea por la vía de la identificación o por la relación con sus inquietudes personales, se siente convocado a un lugar inquietante, provocándole efectos poco tranquilizadores, por lo que a nadie sorprendería que se defendiese. La forma de protegerse es, pues, dejar a un lado todas las resonancias, que a nivel personal lo cuestionan, del síntoma que le trae el paciente, y

sosearse con la práctica del saber médico que excluye estas consideraciones. Todo sujeto que atiende una demanda está implicado en ella, en la medida en que existe una responsabilidad de elección de respuesta.

La elección de respuesta médica que se observa hoy, es la prescripción en número elevado de psicofármacos como manera de hacer frente al malestar. Como afirma Rithée Cevasco: "La - elección ética - que supone la utilización masiva, y frecuentemente indiscriminada de psicofármacos, como recurso al tratamiento del malestar específico y actual de nuestra sociedad (...), malestar que se presenta bajo múltiples variedades de depresiones (...), se impone agresivamente en detrimento del deber del sujeto en encontrar las coordenadas subjetivas de su malestar" (7).

Las estadísticas son lo suficientemente explícitas, según datos facilitados por el Departamento de farmacia del ICS(8), se pueden observar incrementos notables tanto en la prescripción como en el coste de los psicofármacos, año tras año. El consumo de los antidepresivos el año 1999 fue de 12.539.790.235 Ptas., lo cual supone un incremento en relación al año 1998 del 18% en lo referente al coste. Por lo que respecta al concepto DHD (que podemos traducir por dosis, dividido por 1.000 habitantes), se pasó de 29,4% a 33,9%, lo que significa un incremento del 15,1%. Sólo los analgésicos tuvieron un incremento mayor, del 18,8%. Pero los antidepresivos no son el único grupo dentro de los psicofármacos; los ansiolíticos e hipnóticos incrementaron el gasto en un 7% y supusieron un aumento en DHD del 6,4%. Por estrictas razones de mercado se puede entender que el coste de los antipsicóticos se haya incrementado el 29,2%, sin que se aprecie un aumento de las dosis que se han mantenido en el 5,7 DHD. Se observa con sorpresa el incremento del coste de farmacia del 29,1% de los antiepilépticos, que va acompañado de un incremento en las dosis del 15,1%. Quizás la explicación vendría por el lado de su utilización como tranquilizantes, no como antiepilépticos.

El consumo de farmacia en Catalunya, en el grupo de psicofármacos, supuso en el año 1999, 22.880.083.780 Ptas., lo cual es el 12,9% del gasto general de farmacia y supone un incremento en coste con respecto al 1998 del 17%.

### **Circunstancias actuales de la práctica médica.**

El acto médico está sometido hoy a una serie de condicionantes que sirven de marco pero que no explican el porqué de su actitud de no ver más allá. Los condicionantes fundamentales serían:

**1.** La amplitud del saber médico es inabarcable, por lo que el profesional ha de concentrar su saber en terrenos cada vez más delimitados, omitiendo los otros.

**2.** La presión de las denuncias por mala práctica provoca un proteccionismo que tiene como consecuencia la conducta evasiva, que significa la postergación de su acto médico y la demanda de pruebas como forma de blindar su diagnóstico.

**3.** Decadencia de la figura del médico: la actuación por el lado del que tramita pruebas complementarias, medicinas, no por el lado del saber, la sospecha por parte del paciente de la valía del médico, la veneración por las pruebas complementarias, como forma de obtener la verdad; el tiempo de la consulta o la necesidad de visitar más pacientes por las listas de espera, que lo enmarcan en una situación desbordada.

**4.** Las nuevas maneras de nombrar al paciente: primero pasó a ser un "usuario", ya no se trata del individuo que sufre sino del que utiliza un servicio médico; en la actualidad, se le denomina "cliente", con lo cual la relación médico-enfermo se modifica radicalmente: el médico tiene un cliente a quien seducir y el paciente se presenta como el que tiene todos los derechos, la razón.

**5.** El laberinto administrativo como una parte muy importante de la inquietud del paciente: cómo conseguir que me realicen tal o cual prueba, qué papeleo necesito. Es seguro que se pueden añadir más condicionantes, pero creo que la lista hasta el momento es significativa.

La medicina está orientada para comprender al órgano o sistema, no para hacerse cargo de la totalidad del individuo con sus imprecisiones. Hoy en día es patente, desde todos los ámbitos, que por el empuje de la ciencia con sus adelantos, la medicina se sitúa bajo la misma órbita, a la manera de las ciencias naturales, separándose de su

concepción humanista, excluyendo al sujeto de la decisión y delegando la responsabilidad en el saber "demostrado" de la ciencia. En la actualidad, está tomando fuerza en todo el mundo una corriente de actuación que se denomina "medicina basada en la evidencia" (Evidence-based-medicine). Desde el Hospital Universitario de Getafe, en Madrid, Bravo y Campos <sup>(9)</sup> señalan en su página Web el razonamiento impulsor de este movimiento: la comprobación de la existencia de variaciones inaceptables en la práctica médica y que sólo una minoría de las intervenciones médicas de uso diario estaban apoyadas en estudios científicos fiables, llevó a un grupo de médicos a iniciar un nuevo movimiento dentro de la enseñanza y práctica de la medicina. Los pioneros son un grupo de médicos de la Universidad de MacMaster a los que se les han unido profesionales de todo el mundo; en nuestro entorno el Institut Universitari Fundació Parc Taulí de Sabadell, entre otros. La traducción al castellano no es del todo correcta, ya que el término *evidence*, según el diccionario Collins se corresponde a prueba, testimonio, datos, hechos. En palabras de sus precursores la Medicina basada en la evidencia "es la utilización concienzuda, juiciosa y explícita de las mejores pruebas disponibles en la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes" <sup>(10)</sup>

Podríamos pensar que se trata de una corriente que va en contra de la arbitrariedad del médico en la forma de realizar la anamnesis, la exploración y la terapéutica, y ciertamente uno de sus motivos es ése. Pero si se observa detenidamente, es un refuerzo por elevar la evidencia médica al rango de verdad, un intento para poder explicarlo todo con parámetros y dejar de lado toda subjetividad, tanto por parte del médico como del paciente. Con lo cual se excluye al médico como responsable de su acto, al introducir el protocolo, que es el que avala sus decisiones y le releva de su responsabilidad. Está claro que la tendencia es, pues, a homogeneizar la respuesta terapéutica que el médico ha de dar a la demanda particular de cada paciente.

Colette Soler nos pone sobre aviso en este punto: "(...) y sin embargo, si la terapia es válida para todos y se rige por un universal, la respuesta de los enfermos empieza a mostrar una particularidad que a él (al médico) lo desconcierta. No todos los

enfermos responden de la misma manera al mismo tratamiento" <sup>(11)</sup>.

Nos enfrentamos, pues, a una paradoja. Por un lado, los protocolos nos orientan para evitar las arbitrariedades y producir una práctica médica más eficaz pero, en vez de producir una disminución de las particularidades de los síntomas, nos encontramos como réplica el aumento de los enfermos no orgánicos y un abanico de respuestas particulares a los tratamientos médicos.

### La demanda y la ética

Lacan señala dos puntos fundamentales en la relación médico-paciente: la demanda y la ética. Para él, la demanda es el límite donde el médico debe actuar y a la que debe responder y la entiende como el deseo sobre el cual el paciente parece no saber, no como aquello que nos pide directamente. Su tesis es que la única manera de poder sostener la función del médico, es a partir de su respuesta a la demanda del paciente. Está claro que de lo que se trata es de poder escuchar primero, sin taponar, para poder responder a aquello que nos pide. Por lo que se refiere a la ética, podríamos decir que si la expresión del goce en el cuerpo es la enfermedad, la actitud ética del médico vendría determinada por una posición crítica, no complaciente con la enfermedad y, sobre todo, por no permitir que ésta se instale en el paciente. No consentir la identificación por parte del paciente a un significante médico, que es poco comprensible para él pero que está cargado de un simbolismo que lo limita y, posiblemente, de por vida. Dejar abierta la vía de lo particular que hay en la enfermedad posibilita el abordaje terapéutico y la disminución de este sentimiento mortífero.

### El paciente

Una de las cosas que más me han llamado la atención en mi práctica médica, como radiólogo, es la tendencia que tienen algunos pacientes a identificarse con un nombre extraído del léxico médico. Ante la pregunta del médico a su paciente - "¿Qué le pasa?"-, la respuesta es el nombre de una enfermedad o síndrome que para ellos es desconocido. Esta nominación parece tener el efecto sobre el paciente de haber llegado a una meta y por lo tanto terminar un recorrido. Es como si, por fin, obtuviese la síntesis de lo que le pasa, esto le da un sentido dentro del sin sentido que tiene para él

la palabra que lo nombra, lo identifica. Se ha de reconocer que dar nombre a la enfermedad, al padecimiento, produce un efecto tranquilizante, alivia al paciente, pone un límite que tiene efectos beneficiosos. El problema surge cuando el acto médico se limita a esto, a identificarlo a su enfermedad.

Es sabido que la demanda al médico no busca solamente la curación, sino que, más bien, coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo. Esto puede implicar que el paciente esté totalmente adherido a su enfermedad y en el fondo lo que está pidiendo es que se le confirme como enfermo y que lo traten como a tal, para poder beneficiarse de las ventajas de su posición. El salvoconducto es esa palabra, ese significante que tiene sentido en el ámbito del médico, que le garantiza unos privilegios pero que, al mismo tiempo, obtura cualquier pregunta sobre lo que le pasa, incluso lo que le pasa a nivel del cuerpo.

Este paciente instaurado debe reafirmarse en su posición con regularidad, producir síntomas y someterse a pruebas que autentiquen su condición. A esto le ayuda el sentimiento de culpabilidad del médico: ya que no puede curarlo, quiere resarcirlo de su desgracia de la manera que le parece posible, que es ofreciéndole los recursos sanitarios que tenga a su alcance. Todos estos factores producen una instauración muy intensa de la enfermedad en el paciente.

Se presenta como un enigma porque el sujeto opta con mayor frecuencia por la enfermedad y el dolor en lugar de optar por su salud. Colette Soler<sup>(12)</sup> señala que el dolor físico puede volverse objeto valioso para los enfermos y que este objeto puede, por lo tanto, ser una forma de tener, aunque sea bajo esas circunstancias. Esto lo afirma pues nota que algunos pacientes manejan su dolor como un tener: "Tengo mucho dolor", y dicen a veces, en un contexto de rivalidad con otros enfermos, "Sufro más que nadie".

Este tipo de comportamiento, la elección de la enfermedad como forma de vivir, está claramente reflejado en la película "Abre los ojos" de Alejandro Amenábar, en la que al protagonista se le ofrece la posibilidad, después de un terrible

accidente, de imaginar no sólo que no lo ha padecido, sino que puede orientar su vida para conseguir lo que desee. Y el infortunado protagonista recae en su enfermedad, en su dolor, una y otra vez, reviviendo el accidente y su desfiguración, planeando sobre él los más atroces destinos.

Se puede concluir a la vista del panorama descrito que uno de los nudos sobre los que se podrían aplicar los primeros esfuerzos para intentar mitigar lo inquietante de esta relación entre el médico y el enfermo, sería la formación de los médicos en el campo de otra escucha, sobre la que Freud ya nos ha advertido que no es mucha, como la mejor forma de atender la demanda del paciente y poder responder a ella. Es necesario, por otro lado, el trabajo conjunto entre la medicina y el psicoanálisis, no como saberes excluidos sino desde posiciones de entendimiento que utilicen su práctica y su teoría para dar una respuesta terapéutica más acorde a la demanda que se produce hoy, actuando sobre lo que quiere decir el síntoma y qué representa para el sujeto. Trabajo planteado en contraposición a la vía de la evitación que es la de los psicofármacos que, paradójicamente en su función de amortiguar el síntoma, lo que consiguen es que lo evitado vuelva con más insistencia, por lo que se requieren otros fármacos y más potentes, demostrándose que en vez de acallar lo que se consigue es estimular el síntoma, sin comprender.

#### NOTAS

1. Elisa Séculi, *Morbilitat atesa en l'Atenció Primària*. Servei Català de la Salut, Barcelona, 1996, pág. 24.
2. Bellés A, "Estudio de la demanda radiológica en Asistencia Primaria", *Atención Primaria*, volumen 9 número 3, marzo de 1992, pág. 151.
3. Clavreul, Jean. *El orden médico*, Argot, Barcelona, 1978, pág. 50.
4. Freud, Sigmund. "Cinco conferencias sobre psicoanálisis", en O.C. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1994 pág. 50.
5. *Ibid.*, Pág. 9.
6. Clavreul Jean, *El orden médico*, op. Cit. Pág. 127.
7. Cevasco, Rithèe. "Psicoanálisis y ciencias sociales", a *L'interrogant*, Fundació Nou Barris, Barcelona, 1998, pág. 55.
8. Publicaciones del Departamento de Farmacia, Institut Català de la Salut, 1999.

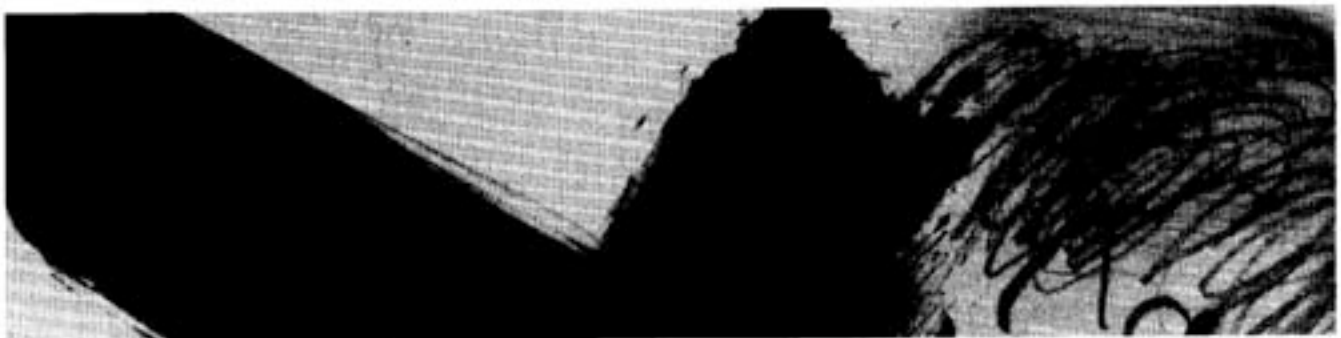


9. Bravo y Campos. Pàgina Web  
[www.infodostor.org/rafabravo/mbepasos.htm](http://www.infodostor.org/rafabravo/mbepasos.htm),  
medicina basada en pruebas.
10. *Ibid.*
11. Soler, Colette. "Descartes con Freud", en  
*Psicoanàlisis y medicina, dolencias hacia el síntoma*, Atuel,  
Buenos Aires, 1996, pàg. 74.
12. *Ibid.* ,pàg. 76.

#### BIBLIOGRAFIA

- Freud, Sigmund. *El malestar en la cultura*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1996.
- Lacan, Jacques. "Psicoanàlisis y medicina", en *Intervenciones y textos 1*, Manantial, Buenos Aires, 1957.
- Soler, Colette. "Descartes con Freud", en *Psicoanàlisis y medicina, dolencias hacia el síntoma*, Atuel, Buenos Aires, 1996.
- Clavreul, Jean. *El orden médico*, Argot, Barcelona, 1978.
- Vicens, Antoni. "Psicoanàlisis, Medicina", prólogo del libro de Jean Clavreul. *El orden médico*.
- Centro Cochrane Español. *Medicina Basada en la evidencia*. Institut Universitari Fundació Parc Taulí de Sabadell.

**Carlos Alvira** és Metge-Radiòleg. Cap de Servei del CAP 2 de Sant Felix.





## LA PSICOANÀLISI EN LES INSTITUCIONS SANITÀRIES

*Josep Moya*

### I. Introducció

**E**l moment actual de la nostra societat, marcat per la globalització i pel predomini del discurs de la ciència, no és favorable per a la psicoanàlisi. En efecte, només cal comprovar quins són els significants circulants quan es tracta de respondre a la resolució d'algun malestar psíquic. Així, quan en els mitjans de comunicació es fa referència a algun problema d'actualitat, l'anorèxia, per exemple, escoltem paraules que procedeixen dels camps de la biologia, la psicologia conductual o de la psicologia cognitivista. Contràriament, no escoltarem, llevat d'algun cas excepcional, paraules que formin part del discurs psicoanalític. Això passa, en general, en la major part dels temes que s'aborden. És més, els estudiants de psicologia aprenen ben aviat que la psicoanàlisi és una eina "poc apropiada" per a la resolució dels problemes que porten els pacients a les consultes. De fet, sembla que no podria ser d'una altra manera ja que el seu fundador, S. Freud, va morir fa ja molts anys i la seva obra – es diu – ja ha quedat obsoleta.

Ara, el que interessa és tot allò que és ciència, és a dir, tot allò que, teòricament, reuneix els criteris necessaris per a ser considerat científic. En conseqüència, atès que la psicoanàlisi no és una ciència, sembla que no té cap sentit que ocupi un lloc en

les institucions sanitàries ja que aquestes se sostenen sobre la base del que es coneix com científic. Tanmateix, sorgeixen algunes qüestions: I) És segur que allò que pressuposem científic ho sigui en realitat? i II) És la ciència l'única forma de coneixement vàlida en els nostres dies?

Una ràpida referència al concepte de ciència ens pot aproximar a la resposta.

### 2. El concepte de ciència

La ciència denota un tipus determinat d'activitat, així com els seus resultats. La investigació científica és una activitat humana adreçada al descobriment de la veritat. En aquest context, un sistema científic és un sistema de proposicions que representen l'esmentada veritat. Els següents criteris defineixen el que es coneix com a ciència:

- I.** Les afirmacions científiques expressen un descobriment de la veritat.
- II.** Existeix una prova o evidència per a cada afirmació científica.
- III.** Les asseveracions científiques són generals. Els conceptes són producte de l'abstracció i la generalització.
- IV.** Les asseveracions científiques són sistemàtiques. Això implica que es troben situades en un cert ordre jeràrquic.
- V.** Les asseveracions científiques transcendeixen les dades empíriques. Això vol dir que interpreten les dades i infereixen relacions entre les coses i els esdeveniments observables.
- VI.** Les relacions són presentades com un sistema d'hipòtesis.
- VII.** Les asseveracions científiques referents a esdeveniments presents o passats porten a una predicció correcta d'esdeveniments futurs.

Les ciències empíriques estudien el seu objecte en dos nivells. Per un cantó, es troben les dades tal

com aquestes són percebudes pels nostres sentits amb l'ajut d'instruments determinats. Posteriorment, la ciència ha d'interpretar les dades i transcendir els esforços empírics. Per això ha d'elaborar teories. Una teoria científica és un sistema d'hipòtesis que comporta una explicació aproximada d'un sector de la realitat. Dit d'una altra manera, és un sistema de proposicions relacionades entre si lògicament, que procura establir una seqüència de connexions entre un conjunt de fenòmens.

Un cop hem arribat a aquest punt hem de plantejar-nos algunes qüestions. En primer lloc, la qüestió de l'objectivitat. En efecte, la ciència pretén ser objectiva, és a dir, que allò que mesura i elabora, és independent del subjecte (científic). Ara bé, això és impossible. El científic, en tant que experimentador, no pot sostreure la seva presència de les dades que recull per verificar la seva hipòtesi (Bassols, 1997). La presència de l'observador modifica les condicions mateixes de l'observat. Això ha estat admès fins i tot en un camp com el de la física on també la presència de l'observador modifica les propietats de l'objecte observat. Dit d'una altra manera, la veritat d'un enunciat experimental es troba subjecta sempre a un marge considerable d'error i això és així per la naturalesa mateixa dels medis, dels mètodes i de les tècniques d'observació de què disposem els humans. Això ens porta a subscriure una afirmació de Feyerabend (1989): el caràcter fal·lible de tot coneixement humà (ciència i matemàtiques incloses). En efecte, el coneixement humà es troba sotmès a uns condicionaments inherents a la seva pròpia naturalesa. La ciència va intentar, i alguns encara ho segueixen fent, excloure el subjecte de cara a aconseguir un ideal d'objectivitat. Ara bé, l'objectivitat deixarà de ser, com ens recordava Bassols (1997), un ideal en la mesura que s'entengui que subjecte i objecte no són dues entitats separades i aïllables experimentalment. En aquest sentit cal recordar l'elevada freqüència amb la qual en les ciències experimentals es produeixen resultats contradictoris emprant les mateixes metodologies. Per exemple, els resultats contradictoris obtinguts a l'hora d'avaluar l'eficàcia de determinats psicofàrmacs. És clar que els resultats no són independents d'allò que vol trobar l'experimentador, del seu desig. I no em refereixo a les manipulacions intencionades sinó a tot allò que succeeix de manera "inconscient".

La segona pregunta, és la ciència l'única forma de coneixement vàlida en els nostres dies?, ens situa davant del repte de trobar altres mètodes que, tot i no reunir els criteris de ciència, pretenen ser rigorosos i, alhora, no exclouen el subjecte. De fet, Feyerabend (1981) ja es va queixar de que els defensors de la ciència solien considerar-la una forma superior de coneixement sense investigar adequadament altres formes. Aquest autor va defensar que no es pot suposar que una manera de coneixement hagi d'ajustar-se a les regles de la lògica tal com les entenen els filòsofs i els racionalistes contemporanis. En aquest sentit, cal dir que el fet de no ajustar-se a les exigències de la lògica clàssica pot ser un defecte, però no l'és necessàriament. Això ens porta a entrar en la qüestió de la psicoanàlisi.

### 3. Què és la psicoanàlisi?

Definir la psicoanàlisi no és fàcil. No hi ha una única definició i això es deu a la seva pròpia naturalesa. Citaré dues definicions. La primera és d'una psicoanalista, Françoise Dolto, alumna de Lacan. Aquesta autora va donar, en el pròleg a un treball publicat l'any 1965 ("La primera entrevista con el psicoanalista") la següent definició:

*"La psicoanàlisi terapèutica és un mètode de cercar la veritat individual més enllà dels esdeveniments; la realitat d'aquests últims, per a un subjecte determinat, solament adquireix sentit per la forma en la qual ha participat i s'ha sentit modificat per ells. Mitjançant el mètode de dir tot a qui t'ho escolta, el pacient en anàlisi es remunta als fonaments organitzadors de la seva afectivitat de nen o nena" (Dolto, 1981, pp: 11).*

El diccionari de Psicoanàlisi de Laplanche Pontalis defineix la psicoanàlisi segons tres nivells:

**I.** Mètode d'investigació que consisteix essencialment en evidenciar la significació inconscient de les paraules, actes, produccions imaginàries d'un individu. Aquest mètode es basa principalment en les associacions lliures del subjecte, que garanteixen la validesa de la interpretació.

**II.** Un mètode psicoterapèutic basat en aquesta investigació i caracteritzat per la interpretació controlada de la resistència, de la transferència i del desig.

**III.** Un conjunt de teories psicològiques i psicopatològiques en les quals se sistematitzen les dades aportades pel mètode psicoanalític d'investigació i de tractament.

A partir d'aquí es planteja la pregunta sobre què pot aportar la psicoanàlisi a una institució sanitària, a un hospital. En primer lloc, hem de dir que la psicoanàlisi proporciona elements que poden ajudar les institucions, qualsevol institució. Això és així en tant que tota institució està basada en la força de les persones, en com aquestes donen el millor d'elles mateixes, tant de forma individual com grupal. Ara bé, l'experiència ens indica que la capacitat de les persones no és aliena als seus conflictes personals. Així, una persona pot tenir una gran capacitat competencial però, a l'hora de posar-la en pràctica, es troba bloquejada. No és per casualitat que en els últims anys s'està imposant un nou llenguatge en les organitzacions: el de la intel·ligència emocional i la seva pràctica. Doncs bé, la psicoanàlisi té molt a dir en tot això. La psicoanàlisi pot ajudar a trobar elements que possibilitin la resolució dels conflictes, a canalitzar-los per camins que comportin l'assoliment dels compromisos.

En segon lloc, la psicoanàlisi és una eina terapèutica que permet no solament la resolució dels símptomes dels pacients sinó també el que aquests se situïn d'una altra manera en relació als malestars inherents a la vida humana. La psicoanàlisi opera, com afirmava Bassols, sobre les condicions del fantasma particular de cada subjecte per tal que aquest pugui desfer les formacions del seu símptoma. Això li permetrà no ensopegar una i altra vegada en la mateixa pedra, en una repetició automàtica que li ha anat generant un conjunt de dificultats. La psicoanàlisi porta, com ens diu Tàpias (1999), al subjecte a enfrontar-se amb la veritat del seu desig, en el marc d'una ètica que busca la responsabilitat d'aquell en el seu sofriment. Això comporta un canvi en la posició subjectiva, una rectificació subjectiva, entesa com el procés en virtut del qual el subjecte passa de queixar-se dels altres a queixar-se de si mateix. Ara bé,

això té uns efectes en el camp de la salut i en el camp dels vincles socials ja que, en efecte, la clarificació del desig comporta salut i promou el llaç social. I és precisament aquí on rau la seva utilitat en les institucions sanitàries.

#### 4. El lloc de la psicoanàlisi en les institucions sanitàries

Si tenim en compte aquestes consideracions ens adonarem del lloc i de la funció que la psicoanàlisi pot tenir i desenvolupar en les institucions sanitàries. Actualment, la medicina sembla haver-se fet càrrec d'una demanda marcada per l'ideal del no patiment: no hi pot haver patiment. Com també ens diu Tàpias (1999), la medicina moderna corre el risc de tendir, cada vegada més, a medicalitzar el malestar de la vida humana i d'aquesta manera a reforçar la il·lusió que és possible una vida sense malestars ni dolors. Per aconseguir arribar a aquest ideal cal emprar tots aquells medis que la psicofarmacologia ens dona. Ara bé, la pràctica del dia a dia ens mostra que això no és així. És més, no solament les consultes de salut mental ens ho mostren, també les consultes de medicina general així com les urgències dels hospitals generals. Els pacients hi arriben presentant uns malestars que, sovint, no responen a la lògica de l'anatomia i la fisiologia. És llavors quan el metge es desespera i acaba per derivar el pacient a salut mental. És la lògica del que no encaixa: tot aquell que presenta un malestar que no s'ajusta als esquemes anatomofisiològics ni fisiopatològics ha de ser derivat a salut mental.

És la derivació per la via del rebuig o de l'avorriment. També podríem dir que hi ha quelcom de l'insuportable, de la ferida narcisista del facultatiu que comprova que aquell psicofàrmac no proporciona els resultats que li havien promès. Tanmateix, també és possible que abans d'això hagi optat per demanar tot un conjunt de proves complementàries – en alguns casos necessàries, però no de manera sistemàtica – que, en general, donen resultats totalment normals. Doncs bé, justament aquí, quan el discurs de la ciència xoca amb un límit, amb allò que no respon, amb allò que segueix una altra lògica, és quan la psicoanàlisi intenta, per una altra via, que inclou el subjecte, trobar una resposta. I no es tracta, tampoc, de

que la psicoanàlisi es col·loqui en un lloc alternatiu a la ciència – en una dialèctica d'exclusió mútua – sinó en un punt d'articulació amb aquella. No es tracta de col·locar la psicoanàlisi en un lloc de saber total – que seria del tot contradictori amb la seva essència – sinó d'articular-se amb la ciència en el punt precís que aquesta es troba en el límit de la inconsistència. És precisament en aquest punt, el de la manca de ser, que la psicoanàlisi vol i pot dir alguna cosa, i és precisament aquest el lloc que vol i pot ocupar en les institucions sanitàries.

#### BIBLIOGRAFIA

- Bassols, M. (1997) *El psicoanàlisis explicado a los medios de comunicación*. Barcelona. Ed. Eolia.
- Feyerabend, P.K. (1989) *Límites de la ciencia*. Barcelona. Ed. Paidós. ICE-UAB.
- Feyerabend, P.K. (1981) *Tratado contra el método*. Madrid. Ed. Tecnos.
- Dolto, F. (1981) Prefaci de *La primera entrevista con el psicoanalista*. M. Mannoni. Barcelona. Ed. Gedisa.
- Tàpias, E. (1999) "La medicina moderna, ¿què en fa de la subjectivitat del pacient?" A: M. Olivella i Maria Sacasas (Coords) *Propostes per a una Catalunya desitjable*. Barcelona. Ed. Mediterrània.

**Josep Moya** és Psiquiatra i Director Servei de Salut Mental. Consorci Sanitari Parc Taulí Sabadell

