

# Psicosis: reflexiones en torno a la asistencia pública y a la continuidad de cuidados

## Psychosis: some considerations in the public assistance about the continuity of care

*"Como si Dios no ya el significado de los vocablos sino la intención de los pésimos ánimos no conociese y, a guisa de los hombres, se dejase engañar por el nombre de las cosas."*

(*"La conversión de un judío"*. EL DECAMERON G. BOCACCIO)

*"En el uso sistemático de ese acceso a lo real que abre una dirección particular, pasada una fase de extensión en todas direcciones, en la que se opera la primera recolección de datos concretos... termina por acumularse toda una masa de observaciones fortuitas, de excepciones a la regla, de hechos difíciles de encuadrar en las doctrinas surgidas en la fase de expansión.... (se) abren direcciones nuevas y una nueva etapa de ese proceso cíclico que una ESPIRAL ilustraría mejor que un círculo. Así se opera un ajuste progresivo del conocimiento con lo real marcado por rupturas, mutaciones y largas fases de procesos lineales..."*

(*"Los fundamentos de la clínica"*. PAUL BERCHERIE)

**J. Jaime MELENDO GRANADOS (\*);  
Ignacio BOTELLA (\*\*), y Angel ARRIBAS (\*\*)**

---

### RESUMEN

*Como ya se indicaba en un artículo precedente, éste quiere señalar algunos puntos relativos al proceso de continuidad de cuidados entre una Unidad de Agudos y los Centros de Salud Mental de una zona sanitaria. Se comparan dos modelos de atención en la referida continuidad de cuidados y se explican algunas formas de relación entre la citada Unidad y los Centros de Salud Mental.*

### SUMMARY

*As it was pointed out in a previous article, this one wants to emphasize some questions relative to the process of continuity of care between the Acute Care Unit and the Community Mental Health Center. The models of attention are compared, especially those concerned with the ways of coordination between the Acute Care Unit and the Community Mental Health Center.*

### PALABRAS CLAVE

*Continuidad de cuidados. Modelo suizo/Modelo francés. Relación y diferencias. Cooperación.*

### KEY WORDS

*Continuity of care. Swiss and french model. Relation and difference. Cooperation.*

### PREAMBULO

El título que antecede se intenta justificar si se tiene en cuenta que desde siempre es una continua constante la "queja" —no encuentro una palabra más adecuada— que supone enfrentarse a un trabajo público a lo que significa la "Administración". Queja que, también desde antaño, se escora a través de dos vías: la que supone que la Administración es un Ente que estando ahí, más cerca o más lejos, es

---

(\*) Psiquiatra.

(\*\*) MIR.

(Unidad de Agudos. Hospital Psiquiátrico de Leganés) (CAM).

la causante de nuestras propias "impotencias" en el abordaje del trabajo en Salud Mental<sup>1</sup>. La segunda vía, derivada de la primera, se presenta como la imposibilidad de adaptar los esquemas referenciales que se barajan en el campo de la psiquiatría al hecho social que supone la asistencia pública. Criterios de eficacia, rentabilidad y otros semejantes se imponen. Ante tal disyuntiva la tarea se presenta a veces como imposible y, junto con otras razones más íntimas, es causa de abandonos o al menos de que se dude de la posibilidad de existencia de un marco teórico que sustente el trabajo cotidiano.

A pesar de ello y, dándolo por supuesto, también es claro que otra salida, más modesta quizá, es amoldar la herramienta conceptual al señalado hecho social. Pero en tal caso, y todo lo que sigue es una prueba, como si de una paradoja se tratara, no hay una clara verdad. WINNICOT (1) enseña cómo las cosas son y no son a la vez, lo que puede estar cerca de la idea del proceso dialéctico que se soporta en un continuo movimiento del pensamiento.

## INTRODUCCION

En un artículo previo (2), redactado en la Navidad del 85<sup>2</sup>, se intentaban exponer las líneas teórico-clínicas que configuraban el trabajo diario en una Unidad de Agudos de un Hospital Psi-

<sup>1</sup> La cercanía que en la actualidad se da entre el "poder" administrativo y la "gestión" directa de la Salud Mental, no es garantía de que esta última sea "portadora" de la verdad y se asiste así a una pérdida de la capacidad crítica entre los gestores, cuando no a una negativa a que la misma pueda darse.

<sup>2</sup> Hablar de una fecha determinada tiene el sentido de que cualquier lectura de lo anterior se acompaña del prurito de lo que se puso o dejó de poner; en este caso, el artículo citado tendría que ser modificado en algunos aspectos que creemos resultado de la dinámica de la Unidad por un lado y de la reflexión, resultado de la crítica del trabajo, por otro.

quiátrico que, en estos momentos y con una capacidad de 30 camas<sup>3</sup>, se hace cargo de los internamientos de lo que se denomina el Area Sur de Madrid y que en la práctica está constituida por los municipios de Leganés, Getafe, Parla, Fuenlabrada, Alcorcón y Móstoles, lo que abarca una población de alrededor de un millón de habitantes.

Aunque ello sea una breve repetición, necesaria para el recuerdo, conviene señalar que en el referido artículo se utilizaban como palabras clave, entre otras, los ejes de "contención, comprensión y reconstrucción" junto con "el ambiente terapéutico" como soporte del quehacer cotidiano intrahospitalario y, que tras señalar la necesidad de una buena información y comunicación entre los distintos turnos de trabajo, se apuntaba la obligatoriedad de una "continuidad de trabajo" o "seguimiento" del enfermo tanto antes como después de su internamiento, aspecto que en el orden administrativo se realiza a través de la coordinación<sup>4</sup> entre la Unidad y representantes de los citados municipios. Dicho seguimiento cobra su sentido, desde la perspectiva que se plantea, si tenemos en cuenta: primero, que los ingresos en su mayor parte son enfermos psicóticos y, segundo, que la Unidad de Agudos es un elemento terapéutico más en el proceso del enfermo y de los recursos de la zona.

El objetivo de este trabajo es exponer algunas de las entretelas y entresijos que se dan en tal coordinación y apuntar elementos teóricos por donde puede

<sup>3</sup> En el tiempo en que este artículo se envía a la Revista, para ver si procede su publicación, está en estudio la posibilidad del aumento de camas a 40, con adscripciones funcionales y administrativas en dos subunidades.

<sup>4</sup> La utilización de vocablos como este y otros: articulación, implementación —de dudoso uso lingüístico—, subprogramas... esconde en su interior, en muchas ocasiones, un vacío de contenido que conduce a un abuso de los mismos. La frase que encabeza el artículo quiere ser testigo de tan craso engaño.

discurrir la mencionada continuidad de cuidados.

Evitar que lo que sigue no sea una visión parcializada, por la óptica sesgada que implica una mirada desde la Unidad de Agudos y aunque ello sea un objetivo perseguido continuamente, es tarea que la complementariedad de una crítica, externa a nosotros, podría resolver y que sería bienvenida.

## REFERENCIA ADMINISTRATIVA Y CONCEPTUAL

Entendiendo la coordinación como un "compartir la tarea" con implicaciones lingüísticas, en las que luego nos detendremos, en la práctica, de distinta forma, con diferente frecuencia y con diversa regularidad, semanalmente, alguna o algunas personas de los Servicios de Salud Mental de los citados municipios, como ya se indica antes, acuden a la Unidad y en la reunión clínica diaria de la mañana se intercambian impresiones clínico-asistenciales y se organizan estrategias sobre los pacientes ingresados, por ingresar o en situación de alta. De tal forma, cada día de la semana de lunes a jueves, la reunión viene a ser ocupada, en parte, por uno o dos de los referidos municipios y por los médicos de guardia salientes (nuestro deseo, en ocasiones realizado, es que también acudan los entrantes).

En el momento actual, y tras haber existido variaciones a lo largo del tiempo, se intentan estudiar qué criterios formales se dan en la relación Unidad de Agudos-Centro de Salud Mental, qué modo podría ser el más eficaz para el seguimiento de los pacientes, qué dificultades se presentan en la coordinación... Si algo se puede avanzar, aunque tal vez ello podría ser una de las conclusiones de este escrito, es que más allá de las distintas ideologías psiquiátricas que animan la práctica de cada grupo implicado y que se ponen en evidencia (y en diferencia) en el lugar de

la coordinación, la constitución de un marco permanente y regular que permita el intercambio acerca de los pacientes, se constituye como un elemento imprescindible. Ello nos parece que por, al menos, dos razones: primera, si algo puede sostener y preparar cualquier ayuda técnica que al paciente psicótico haya que darle, es la presencia continuada de una disponibilidad —muy cansada, no hay que negarlo—, que como red envuelve y configura el tratamiento. La otra razón más experiencial, pero de absoluta convicción, es que la fluidez, la univocidad y la comprensión acerca del enfermo entre nosotros, sólo se da cuando el marco señalado, de forma incluso rígida, se mantiene. Los correlatos estadísticos (ingresos, reingresos, cifras de estancia media, índice de rotación..., que de lo anterior pueda derivarse, índices de mejor asistencia) los dejamos en manos de los epidemiólogos que sustentan sus datos sobre hechos que otros realizan <sup>5</sup>.

Volviendo otra vez a esa diversidad de recursos (Hospital de Día, Centros de Salud, Unidades de Rehabilitación...) conviene detenerse un trecho para estudiar el por qué de esos "compartimientos".

Existen diversos textos (3 a 7) que, cada uno en su estilo, se acercan al hecho de la exclusión del enfermo —psicótico— de la sociedad y para ello, la historia, la sociología, la política... presta adecuadas herramientas que sitúan en determinados contextos al citado hecho. Otros estudios (8, 9, 10), por llamar así más institucionales, y entre ellos desde la óptica psicoanalítica, pretenden situar el problema en un marco más clínico, no dejando de lado otros aspectos pero subrayando los mecanismos de defensa que pueden estar en juego en todo el

<sup>5</sup> Desde la Unidad de Agudos, y como forma de continuar los cuidados, se está arbitrando una fórmula que permita la salida mensual o bimensual a los distintos distritos, para así "perseguir" el proceso de los que ya de alta siguen alguna forma de tratamiento.

recorrido de la exclusión y de paso advertirlo por sí en el fondo, con otros "collares", la repetición es la norma.

HERNÁNDEZ ESPINOSA (11) recogiendo ideas de JAUQUES y BION —y se podrían añadir entre otros a BLEGER y CHAZAUD— se refiere a lo anterior al señalar cómo la Institución total, alejada y excluida de la sociedad a través de mecanismos de proyección y escisión consiguiente, pasa a ser criticada y devuelta, o al menos acercada, al seno de donde salió a través de lo que denomina Instituciones Filiales o Intermedias, que no son otra cosa que los llamados "recursos de la zona". Conveniría añadir, y luego nos referiremos de modo más extenso, lo que él apunta de una manera velada: la necesidad —utilizando de nuevo terminología psicoanalítica— de tener una suficiente "capacidad de reverie" que permita a la Institución Psiquiátrica, sea cual sea el lugar que le corresponda entre los recursos, la elaboración de "sus propias ansiedades psicóticas sin proyecciones masivas y disociaciones alienantes" (11). Me refiero a la idea de que no son disposiciones administrativas de puro reparto de funciones —tú aquí, yo allí, el otro más allá— lo que dan salida a la psicosis y al tratamiento de la enfermedad mental en general, sino la reflexión continuada y clara de una clínica cotidiana que habitualmente se excluye (y vuelve a aparecer la palabra) sin elaboración. En tal caso, la proyección que instituye la exclusión se convierte en una re-proyección tan patológica como la primera, que devuelve a la larga, como si de una partida de ping-pong se tratara, la enfermedad (y el enfermo) a su misma categoría: se cambian las palabras, se cambian los lugares y el psicótico sigue circulando (como en "la Nave de los Locos"). Es el mismo ejemplo que cuando nos empeñamos en el que el paciente vuelva a la familia que lo "engendró" como enfermo, a costa de lo que sea, sin que antes la hayamos preparado. Habría además que pregun-

tarse —quizá de modo sesgado y parcial— que si bien los clásicos estudios sobre la locura, ya citados, se detuvieron en eso: la marginación del psicótico, los tan repetidos recursos de la zona —y sus programas correspondientes—, posible respuesta a la tan recalcada exclusión, no se hacen sino como alternativa a una mixtura psicosocial —donde desde luego el psicótico no es lo importante— que sin conexión, sin estructura, puede ser presentado como un bello cartel de experiencias en la que los contenidos interesan poco y no así las cifras ni los datos.

Entonces entran en escena otros mecanismos que los señalados, pero también psicóticos: la idealización y la negación de tal tamaño, que difícilmente se pueden resolver.

Por otra parte parece que, sumergidos en ese proceso histórico de cambio, nos detuviéramos paradójicamente sólo en una de las definiciones del término proceso —"acción de ir hacia delante"— (yo añadiría que a costa de lo que sea) y no tuviéramos tiempo para la reflexión. Se olvida así lo que BARANGER y PICHÓN RIVIERE (12) señalaron en su día acerca del conocimiento "en espiral" y que el autor de una tesis francesa, más cercana en el tiempo, sobre la historia y estructura del saber psiquiátrico (13) resume en el prólogo con claridad.

## REFLEXIONES TERMINOLÓGICAS

Tal vez con el ánimo puesto en el estudio sistemático de la coordinación y empeñados en desvelar los mecanismos de la misma, el recurso a la búsqueda del significado de los términos empleados nos llevó, como siempre, al Diccionario, lo que permitió enriquecer nuestro hacer y así verificar, como ya se hizo en el trabajo anterior, si existían también aquí ejes sobre los que edificar la continuidad.

Sin propósito erudito y desde luego con una intencionalidad que era previa

al uso lingüístico, lo cierto es que por caminos que no son sinuosos partiendo de *COORDINACION* como "disponer cosas metódicamente" y "arreglar diversas cosas de manera que sean compatibles" —¿no ocurre ello cuando a la vista de un posible ingreso, o cuando éste ya se ha efectuado confrontamos nuestros pareceres clínicos?—, es relativamente fácil pasar al término *DIFFERENCIA* (incompatible) donde sin olvidar, ¡ni muchos menos!, que uno de sus significados es "variedad entre otras cosas de una *misma especie*" (incluye por tanto *IGUALDAD*) y precisamente por ello, recogemos la idea de "hacer distinción", "conocer la diversidad de las cosas", no dejando de lado la connotación de *valor* que va implícita en "distinguirse: hacerse alguien notable por sus cualidades", "dar a cada uno su legítimo valor", sentido que para el tratamiento del tercer término de la triada, *RELACION*, se presenta, en ocasiones, como un elemento de distorsión sobre el que se fundamentan los dos conceptos anteriores y el meollo de la cuestión.

## DESCRIPCION DE MODELOS

Desde la puesta en funcionamiento de la Unidad, dos modos de seguimiento se han hecho presente: el que hemos llamado modelo francés y el denominado modelo suizo, sin que ello implique una adscripción clara a esas dos formas de asistencia sectorial.

A. En un primer momento, la Unidad situada en una ala remozada del Hospital "Santa Isabel" atendía como ingresos únicamente a pacientes del área de Leganés. Se disponía de 18 camas, iniciábamos una andadura en la llamada Psiquiatría Comunitaria y los vientos del sector francés eran más favorables. Habíamos intentado modificar el trabajo desde "Crónicos" al Ambulatorio y volvíamos de nuevo al Hospital por la vía de la Unidad de Agudos; se-

guíamos por tanto manteniendo vínculos con esos tres estratos: crónicos, agudos, ambulatorios y este último, además, para algunos, entre adultos y niños. La densidad del trabajo —en la actualidad rallando con la imposibilidad—, la cercanía geográfica, y la ideología señalada, permitía que "todos estuviéramos a todo" y pienso que ello favoreció una forma de continuidad de cuidados en la que el propio psiquiatra que desde el ambulatorio indicaba el ingreso del paciente, seguía su tratamiento en la Unidad y lo continuaba a su alta. Mientras tanto la Unidad de Hospitalización se organizaba más como un recurso administrativo sostenido por actividades grupales.

Sin que podamos referir claramente hasta donde este modo de funcionamiento se debe a los vectores señalados (históricos, geográficos e ideológicos) lo cierto es que su resultado fue el siguiente:

— Los pacientes se convertían en "pacientes de guardia" por similitud al "médico de guardia" ya que el tiempo pasaba y "su" psiquiatra no aparecía por el recinto, con el consiguiente abandono. Este, ocupado en la tarea extra-hospitalaria, encontraba cualquier "pretexto" justificado para no acudir a la Unidad de Agudos. Era como si la distancia psiquiátrica a la locura se facilitara a través de la física.

— Resultado de lo anterior, a costa de un mantenimiento individualizado, el paciente era más "depositado" (luego volveremos sobre ello) que tratado. El proceso se "paraba" pese a los posibles esfuerzos de la Unidad.

— La relación Unidad de Agudos/Centro de Salud, si existía —dependiendo de actitudes personales de los médicos—, era de una manera no "enmarcada" (institucionalizada). Por tanto no estructurada y por ello no estructurante (¿Desorganizante?).

— Al no existir relación clara no había competencias y por tanto sí com-

petitvidades, que se evidenciaban en las consiguientes fantasías (y realidades) de rivalidad entre el Centro de Salud y la Unidad de Admisión; unas veces eran paranoides (¿"Qué se estará haciendo a mis espaldas"?), otras de control ("hay que hacer esto y aquello", sin dar tiempo a la puesta en común), confusionales ("nadie es responsable de nada y todo el mundo lo es de todo")... A través del reino de la diferencia se favorecía una mala relación. Las cosas a lo sumo se repartían, pero no se compartían, favoreciéndose la disociación, la proyección, la negación y la idealización.

B. El paso del tiempo, la incorporación de nuevas zonas atendidas en la Unidad con la consiguiente distancia geográfica entre ésta y el centro de referencia, la densidad del trabajo ambulatorio..., fueron factores que ayudaron al cambio de perspectiva. A ello se unían otros aspectos derivados de una mayor reflexión:

— En el Hospital, eje donde se había ido estructurando el resto del trabajo, se empezó a pensar que, aún a costa de diversificarse, convenía que "cada mochuelo se fuera a su olivo"; lo anterior —"todos a todo"— aparecía entonces como un momento más primitivo (¿más indiferenciado?). El paso histórico de los años parecía corresponderse con la evolución desde un momento indiscriminado, casi confusional, en el que bastante se había hecho en ir pasando las cosas, a otro en el que se intentaba una mejor organización y donde los mecanismos paranoides jugaban su parte. El temor ahora era —y es— el de los compartimentos estancos ("tú aquí, yo allí, pero no nos vemos").

— Si hasta entonces y al menos con 15 años de historia común, todos nos conocíamos, la incorporación de los nuevos (de las zonas) hacía necesaria e imprescindible marcar claramente las cosas. Por un lado, para así conocernos

todos; por otro, para institucionalizar más formalmente el conocimiento anterior.

— Al mismo tiempo, y resultado de lo anterior, se cambia la continuidad de la relación con el paciente por la continuidad entre la Unidad y las Zonas. Es necesario entonces una mayor información —comunicación entre los supuestos sanos de los dos grupos implicados— con un objeto común que es la patología del paciente, que queda como objeto intermedio. Ello determina que más allá de un informe escrito —que hay que decirlo, sólo se hacía en contadas ocasiones— aparezca la obligación de la tan repetida coordinación.

— Entre tanto, la Unidad tiene que plantearse "su" actividad terapéutica en la parte que le toca. Ya no puede ser sola una Unidad Administrativa sino que ha de cuestionarse dónde están sus límites y cuál es su soporte teórico (1).

— La relación Unidad de Agudos/Centros empieza a cobrar sentido y lo que es una separación, en busca de un objeto, intenta convertirse en una disociación operativa.

La coordinación se convierte en un nuevo eje del trabajo y la reunión donde ésta se lleva a cabo, pasa a ser imprescindible. Ello es un nuevo elemento que complejiza más el funcionamiento interno pero también una fórmula para un mejor conocimiento. El problema estriba en aumentar el campo de la estructura sin que aumente la dispersión, creando así la red a la que se hacía alusión más arriba, que envuelve al paciente.

— Con ello el esquema de estructuras intermedias comienza a tomar cuerpo y se pretende compartir.

— Desde otra óptica y sin que ello signifique una desorganización continuada para el paciente, este anterior compartir parece corresponder mejor a la realidad de los hechos: distintos momentos del enfermar, y por tanto de tratamiento, pueden hacer preciso dis-

tintas actuaciones. Ello también podría liberar al psiquiatra de una omnipotencia en la que él sólo resuelve todo; más parecería un crecimiento en el que el enfermo recorre varios vínculos, como el niño que sale del medio familiar —más conocido— a la escuela, donde las reglas y las relaciones se van a aumentar aunque ello sea a costa de la pérdida de unos vínculos más estrechos.

## ACERCA DE LA RELACION Y LA DIFERENCIA

Asumido el carácter del enfermar como un proceso compartido, sobre todo en razón de las ansiedades e impotencia que genera, GRIMSON (17) cuando se refiere al tratamiento con la familia plantea que lo que se persigue en cualquier confrontación con ésta es una cooperación. Evitamos así la idea de que sólo es tratamiento familiar el que está perfectamente reglado. La relación familia-auxiliares-paciente, en la cotidianidad del internamiento, es también una forma de cooperación, no por más desconocida menos importante. Esa idea de la cooperación es la que pensamos puede servir de modelo para la relación Unidad de Agudos/Centros de Salud.

En la cooperación con la familia y con el paciente el marco de la relación puede estar claramente definido. Los teóricos de la comunicación y estudiosos de la teoría sistémica son maestros en el "arte" (14) de delimitar la misma. Entre los psicoanalistas, SCHENEIDER (15) ha perseguido con absoluta claridad cuáles son los modos de relación (sugestión, apoyo, mantenimiento...) que se pueden establecer entre paciente y psicoterapeuta. De otro lado, en esa relación se pueden entrever (16) qué ansiedades (confusionales, paranoides y depresivas) se dan y hasta dónde su análisis sirve de elemento diagnóstico y terapéutico.

¿Qué ocurre a través de la coordinación cuando dos instituciones simétricas

cas —Unidad/Centro de Salud— entran en liza? ¿Qué hacer cuando lo que se pone en cuestión es una relación de igual a igual? Negar que esto es algo cotidiano y que se constituye como una parte importante del desenlace posterior es negarse a ver. Como si de una entrevista individual se tratara, su comienzo es preludeo de cómo se desarrollará todo lo demás. Esta confrontación en el momento del ingreso, o del alta, se hace síntoma a través de frases como "vaya embolado que nos manda éste o aquél", "esto es para devolvérselo sin atenderle" —ello desde la Unidad al referirse al Centro de Salud— y "el paciente salió pero como estaba", "no sé que hacen allí" —desde del Centro de Salud Mental, cuando de lo que se habla es de la Unidad—.

Al menos se nos ocurren tres vías de investigación como alternativa para el estudio y resolución de estos temas:

1. ¿Por qué no estudiar —no digo sólo facilitar— el marco de la relación institución A-institución B desde la óptica de una "coterapia" y ver los elementos que se ponen en danza? Dejo claro que no se trata de que todos nos dediquemos a hacer coterapia, en el sentido usual dado sobre todo en la psicoterapia o grupo, sino que lo que en ella ocurre —en la coterapia— pueda servir de espejo para manejar la relación de la que hablamos aquí. De esta forma, las dificultades que se manifiestan como rivalidad, reticencia, separación... podrían al menos ser planteadas.

2. Otro posible lugar de estudio de la relación interinstitucional que toma como objeto al paciente puede estar en las ansiedades de "desprendimiento" que se generan, cuando siendo seguido en el Centro de Salud hay necesidad de ingresarlo, o bien en el momento de la alta en la Unidad, cuando se plantea su posterior continuidad en el ambulatorio. El deseo de "perderlo de vista" o "quitárselo de encima" en

uno u otro lugar o el temor a "lo que va a pasar allí" (ya sea en el ambulatorio o en la Unidad) es algo que ignorado o no, se da de modo permanente y condiciona la posterior actitud en el tratamiento.

3. De otra forma, si se considera la Unidad de Agudos como un elemento más de los recursos de la zona parece claro que (17) ésta "debe definirse como aceptadora de una responsabilidad asistencial *específica y limitada* en el tiempo y debe cuidar su propia tendencia a la *idealización* que le puede llevar a presentar su tarea como más trascendente. Fantasía de *delegación*—cuando no de *depositación*— y de *recepción* deben explicitarse y definirse". La frase anterior, larga y jugosa, en la práctica se formaliza al menos de la siguiente forma:

— Parece claro que si todos trabajamos, considerar el trabajo de uno u otro (C. de día, Rehabilitación, Unidad de Agudos...) como distinto, no pasa por la consideración de la mayor trascendencia de los mismos; eso es semilla para una supuesta "diferencia" que no acerca, precisamente, la relación.

— Otra metáfora de la frase citada se presenta cuando la impotencia que acompaña el seguimiento del enfermar psicótico, se vehiculiza a través del concepto "falta de recursos de la zona". Reconocer que uno no tiene soluciones para arreglar las cosas pasa a veces por el supuesto de que "ya habrá otro que cargue con ello" y al final, como fruto de la señalada impotencia, el paciente acaba por ser excluido del "circuito asistencial".

— Lo anterior tiene otro correlato: la dificultad de entender —al menos cuando se pueda— la enfermedad como un proceso, transforma a la Unidad no en un lugar de paso sino en un lugar final. La fantasía familiar de exclusión del paciente encuentra entonces —los paralelismos pueden ser mayores, como luego veremos— un aliado, consciente

o inconsciente, en el profesional. Para estos profesionales, no para los pacientes, debería de existir un cartel en la Unidad semejante al de una conocida librería madrileña ("La Felipa"): "si no tienes nada que hacer no lo vengas a hacer aquí".

— En un sentido semejante, tomando de nuevo a la familia esta vez no como aliado sino como ejemplo singular, generalizable a otras categorías, podemos establecer esta comparación: cambiar el grupo "familia-miembro designado" por el de "psiquiatra-paciente tratado". La relación que se establece con respecto a un posible ingreso puede ser la siguiente (por supuesto donde dice psiquiatra pueden poner familia):

a) Delegación.—Existe un total desprendimiento del paciente; el psiquiatra del Centro de Salud se aleja, el contacto es difícil y las citas se hacen imposibles por una u otra razón. Es lo más semejante a la "vista del médico", donde la actitud fóbica está a la orden del día. Ni tan siquiera el teléfono existe <sup>6</sup>.

La variante más grave sería la depositación.

b) Sobre inclusión.—En tal caso se confunde la inclusión del paciente con su propia pertenencia. En el supuesto familiar, otros miembros tienden a aprovecharse, designándose también enfermos, en tanto uno de ellos queda ingresado. En el tema que nos ocupa la semejanza vendría dada por los psiquiatras que no de manera crítica sino reticente cuestionan cualquier tratamiento de la Unidad; otro ejemplo sería el del médico de guardia que con actitud dogmática se vuelve meticuloso con todo. El resultado es una posición de rechazo y desconfianza contraria a lo que se quería obtener, que era la inclusión.

<sup>6</sup> Como instrumento que sirve para comunicarse, junto a la reunión formalizada entre la Unidad de Agudos y el Centro de Salud que corresponda, el médico-psiquiatra que se hace cargo de un determinado paciente utiliza el teléfono para cambiar impresiones sobre el mismo.

c) Cooperación.—Ocurre entonces que la delimitación es clara y que las responsabilidades y especificidades encuentran su lugar adecuado. Con todo, siendo esta la situación ideal existe un evidente peligro que consiste, como no, en la idealización mutua (Unidad de Agudos-Centro de Salud) que toma la característica de un enamoramiento ciego y que por tanto ve dificultado su paso hacia un amor verdadero, no exento de conflictos.

d) Y todavía existe una forma más en esa relación y es la oposición franca en la que, si en el supuesto familiar varios de sus miembros no están de acuerdo sobre la conveniencia del ingreso, ocurre idéntico hecho entre Unidad de Agudo y Centros de Salud. En la práctica y para evitar bamboleos innecesarios que el único que los padece es el enfermo, se ha arbitrado la idea de que cualquier ingreso, por el hecho de ser indicado desde un Centro de Salud es automáticamente efectuado y luego habrá tiempo de ver o no la conveniencia del mismo, lo que nos remite a otro elemento posible de la relación que continua y machaconamente intentamos no olvidar: la capacidad de *reverie* (18). BION define la capacidad de *reverie* como "la capacidad de la madre de contener las proyecciones del bebé, atenuarlas, seleccionarlas, descifrarlas y convertirlas en adecuación o abstinencia". Según GROSTSTEIN esta capacidad, que hace semejante al concepto de contención, "es un proceso muy activo que presupone sentir, pensar, organizar y actuar". En la presentación del psicótico —no sólo en la Unidad—, que se acompaña de sus propios síntomas incomprensibles, de una buena parte de confusión, de una familia en mayor o menor grado patológica y con mensajes confusivos, de la llegada en compañía de la Policía o cualquier fuerza viva que menos se espera... se hace necesario una buena dosis de tranquilidad para conservar la suficiente espontaneidad y capacidad de pensar.

A nosotros este concepto nos ha servido para no re proyectar lo que nos llega y desborda. En realidad es un constructo perfectamente válido para el manejo de cualquier relación problemática.

## IMPRESIONES Y CONCLUSIONES

1. Todo lo anterior no evita pensar que el trabajo con el psicótico agudo sigue siendo una prueba de fuego, que la constitución de un vínculo pasa por una serie de vicisitudes y que difícilmente puede lograrse cuando el tiempo cronológico y no el tiempo psíquico es lo que cuenta.

2. Si se tiene en cuenta esta concepción temporal hay que suponer que el desarrollo de una buena asistencia pasará por una inmejorable calidad del área infantil.

3. Evidentemente el marco de la relación Unidad de Agudos/Centro de Salud es superponible, con variaciones, a otras por donde el psicótico pasa (Centro de día, Unidad de Rehabilitación...).

4. Que en cualquier caso y pese a que se pretende una estructura del trabajo continuo, la necesaria flexibilidad es un elemento imprescindible. Por este camino ya no vamos hablando (19) de indicaciones, sino de "situaciones de ingreso", abordando así los hechos que, muchas veces, tienen una indiscutible complejidad.

5. Y por último, cerrar estas reflexiones —igual que se empezó— con una frase con la que pretendemos indicar que no es administrativamente como se construye el trabajo sino con una cotidianeidad que da pie a inicios de reflexión sobre el mismo:

"La esencia del discurso especulativo: aparente trascendencia de las nuevas palabras, realidad de un giro inmanente

sobre las mismas donde la producción y donde los objetos son objetos ausentes sustituidos por una «sutura» de pa-

labras cuya referencia última es otro discurso" (y al final no es nada) (20).

Noviembre, 1986.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) GREEN, A.: *La realeza pertenece al niño*. Donal W. WINNICOTT. Editorial Trieb. Argentina, 1987.
- (2) MELENDO, J. J. y GONZALEZ, C.: *La Unidad de Agudos como elemento terapéutico*. "Revista de la AEN", núm. 21, 1987.
- (3) SAURI, J. J.: *Historia de las ideas psiquiátricas*. Ediciones Carlos Lohlé. Buenos Aires, 1969.
- (4) FOUCAULT, M.: *Historia de la locura en la época clásica* (dos tomos). Fondo de Cultura Económica. México. 2.ª edición, 1976.
- (5) GOFFMANN, E.: *Internados* (ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales). Amorrortu Editores. Buenos Aires, 1970.
- (6) DORNER, K.: *Ciudadanos y locos* (Historia Social de la Psiquiatría). Taurus Ediciones. Madrid, 1974.
- (7) ROSEN, G.: *Locura y Sociedad* (Sociología histórica de la enfermedad mental). Alianza Editorial. Madrid, 1974.
- (8) CHAZAUD, J.: *Introducción a la terapia institucional*. Ediciones Paidós. Barcelona, 1980.
- (9) JAQUES, E. y MENZIES, I. E. P.: *Los sistemas sociales como defensa frente a la ansiedad*. Ediciones Hormé, S.A.E. 3.ª edición. Buenos Aires, 1980.
- (10) BLEGER, J.: *Psicohigiene y Psicología institucional*. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1966.
- (11) HERNÁNDEZ ESPINOSA, V.: *Algunas reflexiones sobre la institución psiquiátrica*. "Informaciones Psiquiátricas", núm. 100, 1985.
- (12) BARANGER, W.: *Proceso en espiral y campo dinámico*. "Revista Uruguaya de Psicoanálisis", núm. 59, 1979.
- (13) BERCEIRE, P.: *Los fundamentos de la Clínica* (Historia y estructura del saber psiquiátrico). Editorial Manantial. Argentina, 1986.
- (14) HALEY, J.: *Tácticas de Poder de Jesucristo y otros ensayos*. Editorial Tiempo Contemporáneo. Argentina, 1972.
- (15) SCHENEIDER, P. B.: *Propedéutica de una psicoterapia*. Nau Libres. Valencia, 1979.
- (16) ROLLA, E. H.: *Elementos de psicología y psicopatología psicoanalítica*. Editorial Galerna. Argentina, 1971.
- (17) GRIMSON, R.: *La cura y la locura*. Ediciones Búsqueda. Argentina, 1983.
- (18) Y citado en: GROSTSTEIN, I. S.: *Identificación proyectiva y escisión*. Gedisa. México, 1983.
- (19) GOMEZ CALLE, A. y col.: *El internamiento psiquiátrico en Unidades de Psiquiatría de Hospital General* (texto mimeografiado).
- (20) YAÑEZ CORTÉS, R.: *Contribución a una epistemología del psicoanálisis*. Amorrortu Editores. Argentina, 1983.