

Hablando y haciendo. El “modelo pólder” de la atención holandesa en salud mental

Talking and doing. The “polder model” of dutch clinical mental health care

Els van DONGEN

Sectie Medische Antropologie. Universiteit van Amsterdam
elsvandongen@planet.nl

Recibido: 30 de junio de 2004

Aceptado: 5 de septiembre de 2004

Resumen

En este artículo la autora muestra cómo un modelo cultural de consulta y pensamiento comunitario –el “modelo pólder”–, junto a una especialización y separación de tareas, puede conducir a fragmentación y paradojas en la atención a la salud mental que, a su vez, da lugar a dilemas y costosas negociaciones entre pacientes psiquiátricos y terapeutas. La autora discute el desarrollo del modelo en psiquiatría desde los años 70 y muestra, a través de datos etnográficos, cómo terapeutas y pacientes se encuentran implicados en una lucha en la que metáforas, contra transferencia y la resistencia de los pacientes transforman el “modelo pólder” en un compromiso y en perspectivas terapéuticas dobles. La autora argumenta que el modelo democrático sólo funciona a través de relaciones de poder desiguales, de la fragmentación del trabajo terapéutico y de ambigüedades, y genera una actitud pragmática que niega el estatus ontológico de los pacientes.

Palabras clave: “modelo pólder”, práctica y discurso, poder, paradoja.

Abstract

In this article, the author shows how a cultural model of consultation and community thinking –the dutch “polder model”– together with specialization and separation of tasks can lead to fragmentation and paradoxes in mental health care that –in turn– result in dilemmas and costly negotiations between mental patients and therapists. The author discusses the development of the model in psychiatry since 1970 and shows by ethnographic data how therapists and patients are engaged in a struggle in which metaphors, counter transference and patients’ resistance and how they transform the “polder model” into a compromise and double therapeutic perspectives. The author argues that the democratic model only works by unequal power relationships, fragmentation of therapeutic work and ambiguity and results in a pragmatic attitude that denies the ontological status of the patients.

Key words: “polder model”, talking and doing, power, paradox.

SUMARIO: 1. Introducción: “aquí hablan, allí hacen”. 2. De cómo el “modelo pólder” llegó a la psiquiatría: algunas transformaciones desde 1970. 3. La psiquiatría en el “pólder”. 3.1. El “modelo pólder” y la “cultura”. 3.2. Las resistencias de los pacientes y las emociones del personal. 4. Algunas paradojas, inconsistencias y dilemas en la psiquiatría “pólder”. 5. Conclusiones: poder e impotencia del “modelo pólder”. 6. Referencias bibliográficas.

How do we protect the care of patients from the dehumanising dangers posed by... twin demons, technology and managed care?¹ (Jackson, 1999: 391)

1. Introducción: “aquí hablan, allí hacen”

Mientras realizaba mi trabajo de campo en una clínica mental holandesa durante las décadas de los ochenta y noventa, discutí con los profesionales de salud mental la brecha particular entre el decir y el hacer que se observaba en las instalaciones del hospital. Observé que los pacientes –o los clientes, como eran llamados en el hospital– debían recorrer dos caminos distintos en su “trayectoria institucional”: la “curación verbal” (Jackson, 1999) y los programas de actividades. Para la primera –hablar–, los pacientes se derivaban a los terapeutas; para los segundos –hacer–, los pacientes eran designados a enfermeros, orientadores, terapeutas creativos o trabajadores sociales. Esta brecha la pude observar a la vez en el tiempo y en el espacio. Los pacientes tenían una agenda en la cual las citas y las actividades eran planificadas y programadas. Los espacios para hacer y decir estaban claramente demarcados, haciendo visible un orden jerárquico entre el decir y el hacer. Los espacios para hablar con los terapeutas en las distintas unidades estaban ubicados en el piso superior o claramente separados de otros espacios, usados exclusivamente para la conversación y el trabajo con los terapeutas; los espacios para hablar con los enfermeros estaban situados en los pabellones y eran usados a menudo con diferentes propósitos. Dependiendo del tipo de “hacer”, se disponían los espacios en los pabellones o fuera del edificio principal; eran usados para propósitos diferentes. A veces, los pacientes debían subir literalmente las escaleras cuando tenían su “charla”. Un paciente llegó a decir: “Cuando estoy arriba, me siento bien. Cuando estoy abajo, me siento mal”. Esta metáfora orientacional, como la llaman Lakoff y Johnson (1980), no sólo tiene un significado metafórico; se refiere directa y literalmente a los espacios e incluye una crítica a la brecha entre el decir y el hacer. Además expresaba la percepción del decir, que situaban por encima del hacer. Esta ordenación espacial era simbólica y daba sentido a las relaciones de poder y los rangos de profesionales y pacientes en el hospital, aunque estas relaciones de poder eran con frecuencia abiertamente negadas por los terapeutas y contestadas por los pacientes.

¹ Nota del traductor: “¿Cómo proteger la atención a los pacientes de los riesgos de deshumanización planteados por... dos demonios gemelos: la tecnología y la gestión de la atención médica?”

Los terapeutas recogían este enfoque dual en el "aquí dicen, allí hacen". "Aquí" era el despacho del terapeuta, adonde los pacientes solían acudir para hablar de sus problemas, su situación, las medicinas y cualquier otra cuestión de interés para ellos. La designación de tareas o las citas para el "hacer" eran fijadas en estos despachos. "Allí" eran los pabellones y otros espacios, donde los pacientes vivían y hacían las cosas que eran tratadas durante las sesiones con los terapeutas. Esto puede sonar simple y sencillo pero, como veremos, la cuestión es complicada y está basada en el pensamiento cultural holandés. La separación entre el decir y el hacer en la atención médica de la salud mental es tal vez un aspecto común en la psiquiatría de muchas culturas, pero adquiere un sentido específico en el contexto holandés.

Yo sostengo que tal separación está enraizada en el pensamiento holandés acerca de la responsabilidad comunitaria y la autonomía de los individuos, que no es sólo práctica sino que tiene también sus raíces morales. La sociedad holandesa es conocida por su "cultura del referéndum" y su "pensamiento comunitario": el "modelo pólder". Este modelo –inicialmente usado en el pensamiento económico– se originó en los "círculos pólder" a finales del siglo XIX, que eran responsables de la seguridad de las tierras. De una forma más específica, la responsabilidad comunal se creyó más efectiva que la competición. El modelo difiere de otros paradigmas capitalistas en los que, si bien la auto-regulación y los mecanismos del libre mercado son rasgos importantes, el papel del Estado o de la autoridad oficial también lo es. Para hacer una consulta concreta se precisan reglas y regulaciones. Éstas son negociadas por los diferentes participantes.

Encontramos el "modelo pólder" no sólo en la economía, sino también en la psiquiatría, así como en otros dominios de la sociedad. En la atención de salud mental existe una cultura del referéndum en todos los niveles institucionales. En el nivel más bajo esta cultura se puede caracterizar como una cultura de la negociación y una compleja red de interacciones entre el Estado, compañías de seguros, organizaciones especializadas, unidades y clínicas, entre profesionales especializados en salud mental, directivos y trabajadores sanitarios, y pacientes o clientes y profesionales. Es evidente que tal complejidad precisa reglas y regulaciones que hagan posible "jugar el juego". Unas son establecidas parcialmente por el Estado –negociadas por el Estado y los diferentes agentes–; otras por las instituciones o sus partes –negociadas por los diferentes agentes, por ejemplo, en un hospital–. Para muchas personas el modelo tiene ventajas: reparte la responsabilidad entre profesionales y clientes. El modelo está pensado para ser eficiente y el papel del Estado parece garantizar la igualdad. Sin embargo, hay algunas desventajas. O es inflexible o demasiado flexible; es paradójico e inconsistente y puede finalmente resultar poco adecuado para la atención en salud mental. Además parece contrariar su ideología fundamental de eficacia e igualdad.

Mi objetivo en este ensayo es mostrar cómo el "modelo pólder", junto a la especialización y separación de tareas, conduce a la fragmentación y a paradojas en la

atención de salud mental, que derivan en dilemas casi insolubles y costosas negociaciones entre pacientes/clientes y terapeutas.

2. De cómo el “modelo pólder” llegó a la psiquiatría: algunas transformaciones desde 1970

Queda fuera de los propósitos de este ensayo tratar la historia de la psiquiatría holandesa. Me limitaré a consignar brevemente algunas transformaciones significativas en el desarrollo del “modelo pólder” aplicado a la psiquiatría clínica. Estas transformaciones pueden resumirse en el término “*vermaatschappelijking*”, traducido habitualmente como “socialización”. Sin embargo, este término puede ser ambiguo en la psiquiatría holandesa, ya que se utiliza en una terapia para clientes psiquiátricos, llamada re-socialización. El término “*vermaatschappelijking*”, con todo, queda mejor descrito como la transformación en la atención mental basada en criterios comunitarios. Es importante enfatizar que la transformación de la atención mental holandesa está orientada por la ideología y no tanto por la tecnología, aunque los desarrollos tecnológicos favorecen ciertamente la transformación.

Uno de los momentos importantes en el proceso de esta transformación ocurrió en los años 70. El auge de la “anti-psiquiatría” –asimismo conocida como psiquiatría crítica– puede también interpretarse como un cambio en la concepción de la “persona”, del “individuo” y del auto-desarrollo. Los pacientes se convierten en verdaderos actores en el escenario psiquiátrico y corren con la responsabilidad de desarrollarse y cambiarse a sí mismos; algo que encaja bien en la cultura holandesa, que aboga por la autonomía y la responsabilidad del individuo en lo referente a su propia vida y bienestar. La psiquiatría crítica marcaba el fin de una era autoritaria, durante la cual los pacientes no habrían tenido una determinación, autonomía y responsabilidad propias. Pese a que la psiquiatría crítica –salvo algunas excepciones– nunca haya alcanzado esta cota en Holanda, muchos profesionales de la salud mental –enfermeros en particular– han simpatizado con la idea de que el paciente y su historia es más importante que la diagnosis; reivindicaban el derecho a atender y a curar. También psiquiatras, como Foudraine (1975), describieron de qué manera el modelo médico en psiquiatría tenía que transformarse en paradigma social, en el que una buena relación con el paciente o cliente era esencial. En Holanda Pols (1984) escribió un estudio crítico sobre la psiquiatría holandesa.

Las ideas de los psiquiatras y enfermeros críticos estaban relacionadas con movimientos sociales y culturales más amplios: feminismo, revolución estudiantil y anti-autoritarismo. La reforma social en la psiquiatría clínica se basaba en un deseo social de libertad, auto-desarrollo y apertura, especialmente en el terreno de las emociones. Sin embargo, Blok (2004), que estudió el movimiento anti-psiquiátrico en Holanda, afirma que la psiquiatría crítica resultó ser paradójica; como su predecesor, el movimiento era paternalista y moralista, ya que afirmaba la “verdad” de

que la enfermedad mental era una enfermedad social y que el único camino a la salud pasaba por una cultura del debate democrático. Existía una fuerte oposición a los psicofármacos. Blok (2004) sostiene que la razón de esta aversión era la falta de pruebas de cómo funcionaban esas medicinas. Yo añadiría que esta resistencia es parte de la cultura holandesa. La prescripción en Holanda siempre ha sido restrictiva; los pacientes generalmente son críticos; de acuerdo con muchos médicos y pacientes holandeses, el cuerpo debe curarse a sí mismo; a nivel popular y en la cultura médica la prescripción es conocida como "cultura paracetamol".

La razón para que la anti-psiquiatría nunca haya sido firmemente adoptada en Holanda fue, a mi parecer, que la atención mental experimentó una importante deriva pragmática, un rasgo fundamental de la cultura holandesa. En otra parte he descrito la moderna atención mental holandesa como normativo-pragmática (Dongen, 2004). El movimiento anti-psiquiátrico tuvo como consecuencia una transformación en la atención mental por la que la relación entre psiquiatras, enfermeros y pacientes se volvió más informal, y donde las relaciones entre los profesionales de la salud mental se consideraban igualitarias –ello, como el lector podrá comprobar, no es el caso–.

La transformación de la psiquiatría se vio favorecida por el desarrollo de los psicofármacos, la proliferación de psicoterapias y el refinamiento de las técnicas de enfermería, cuidado y rehabilitación, aunque el motor fueron los movimientos de pacientes, la introducción de nuevas profesiones basadas en las ciencias sociales y en la fuerza moral de conceptos como normalización, integración o atención comunitaria.

Antes de las décadas de los setenta y ochenta, la psiquiatría holandesa contaba con cinco estamentos: 1) institutos de psicoterapia médica y psicoterapeutas establecidos como profesionales autónomos; 2) psiquiatría social e intervención en crisis (Salud Pública); 3) gabinetes de educación en salud y resolución de crisis vitales y problemas familiares; 4) subsidios para personas con problemas psiquiátricos; 5) hospitales. Después de los años setenta, la atención de la salud mental holandesa se transformó durante la siguiente década en un sector de atención organizado regionalmente. Las RIAGG supusieron la transformación más notable; psiquiatría ambulatoria regional –psiquiatría social y atención pública en salud mental–. Otra importante transformación fue la distinción entre el tratamiento a largo y a corto plazo, por una parte, y la atención de día completo y a tiempo parcial, de otra. Las unidades multifuncionales son más recientes, donde se combinan el tratamiento clínico a corto plazo, el tratamiento policlínico, la intervención en caso de crisis y la consulta de psiquiatría social de la RIAGG –atención pública, ambulatoria y regional en salud mental–.

El gobierno holandés jugó un papel decisivo en este proceso de transformación. En los documentos sobre las políticas sanitarias el ideal de la atención en salud mental aparece descrito como orientado por la demanda, eficiente, estructurado lógicamente, basado en evidencias y organizado de forma transparente. La atención en salud mental debe racionalizarse con líneas directrices, protocolos y políticas de

calidad. Un aspecto importante de esta política es el recorte de gastos. El Instituto de Salud Pública (Raad voor de Volksgezondheid) aconsejó al ministro vincular la atención generalista a la atención en salud mental y formar nuevos niveles.

Es evidente que tal transformación exigió mucha negociación y consenso para llegar a ser efectiva. A nivel nacional, la transformación se caracterizó por el consenso; el gobierno y sus organizaciones, aseguradoras, clínicas privadas y organizaciones de pacientes alcanzaron un amplio acuerdo. Por supuesto, cada parte tenía sus razones fundadas para aceptar las transformaciones. El Estado tenía sus razones económicas, y los movimientos de pacientes/clientes vieron en esa transformación la oportunidad de ganar una mayor participación en la toma de decisiones en diferentes niveles del área de la atención a la salud mental. En el ámbito de la práctica psiquiátrica cotidiana y en la opinión pública existían reticencias para la transformación de la atención psiquiátrica a gran escala en atención comunitaria de pequeña escala.

Muchos dudaban de que esta transformación beneficiase a los pacientes, a los clientes y a la sociedad en su conjunto. En los medios de comunicación y los debates públicos se escribía mucho sobre adictos a los fármacos, pacientes psiquiátricos crónicos en la calle y personas “sin techo”, trastornadas mentalmente, que languidecen en sus casas y son una amenaza para sí mismos y para otros. La familia y los vecinos deben cuidar de ellos y esta tarea con frecuencia es vista como una carga. Según ciertas autoridades locales, el fuerte incremento de “personas problemáticas” está relacionado con la política del Estado de dejar fuera de los hospitales psiquiátricos a las personas con problemas de salud mental. Además se arguye que no existen apenas resortes jurídicos para mantener a estas personas en los hospitales. El Consejo Nacional de Salud Pública rechaza esta hipótesis; afirma que la razón para esta carga social reside en que muchos de ellos no pertenecen a la atención en salud mental, sino a otros sectores de la atención sanitaria, como la psicogeriatría o la psiquiatría forense... En un conocido artículo sobre las dificultades encontradas en las experiencias sociales con las personas “difíciles”, Giel (1984) afirma que en la sociedad holandesa no existe el apoyo público suficiente para repartir las cargas. Una reconoce la ambivalencia del “modelo pólder” y la diversidad de opiniones sobre el papel del Estado en estos debates sobre la atención en salud mental. Puesto que esta ideología ha penetrado en todos los ámbitos de la vida, el modelo se ha vuelto inflexible, aunque no funcione en todas las situaciones.

Mi argumento en este ensayo es que la inflexibilidad del “modelo pólder” en psiquiatría y el credo de la racionalidad y del recorte de gastos pueden conducir a la negación de las necesidades de las personas con problemas mentales. Para comprender cómo funciona el “modelo pólder” en el nivel de las instituciones de salud mental y mostrar las paradojas y las relaciones de poder subsecuentes en estas instituciones, me centraré en la vida cotidiana de un hospital mental, tanto en el tratamiento a corto plazo como a largo.

3. La psiquiatría en el “pólder”

Durante mi trabajo de campo en un hospital psiquiátrico, llevado a cabo a lo largo de muchos años en las décadas de 1980 y 1990, llegué a considerar la psiquiatría como una red de interacción y negociación. En encuentros frecuentes con los pacientes éstos solían comentar que no se cruzaban con el personal muy a menudo, y que deberían concentrarse más en ellos: “después de todo, estamos aquí para curarnos...”, se lamentaba un paciente.

Tras la confusión de los años 70, las relaciones en el hospital se volvieron más informales; los muros que rodeaban los edificios fueron demolidos; la perspectiva paternalista, jerárquica y religiosa –católica– de la terapia derivó hacia un ideal democrático, plural y secular. En las décadas de 1980 y 1990 el hospital se transformó lentamente en unidades multifuncionales dispersas en áreas concretas, aunque vinculadas a una Fundación. Se construyeron nuevas clínicas “cerca de las casas de los pacientes” y los edificios viejos fueron remozados. Los equipos multidisciplinarios de las nuevas unidades se vieron cada vez más involucrados en tareas médicas y de gestión.

3. 1. El “modelo pólder” y la “cultura”

Cada clínica e incluso cada unidad tenían su propia filosofía, o como les gustaba decir a los profesionales: “¡Tenemos nuestra propia cultura!”. Por ejemplo, los profesionales de una clínica recién construida para el tratamiento a corto plazo reivindicaban haber desarrollado un “tratamiento a modo de negocio sin tonterías” –“*no-nonsense bussines-like treatment*”–. Este enfoque era la respuesta a las actitudes paternalistas en el hospital antes de los años setenta. En su descripción de la atención y del cuidado encontramos casi todos los elementos del “modelo pólder”. La patología era abordada desde un enfoque sistémico-fenomenológico. Los terapeutas establecían de manera conjunta el diagnóstico y el plan de tratamiento. El personal de enfermería jugaba una baza importante en la terapia y la negociación con los pacientes de su plan individualizado de tratamiento; juntos daban lugar a un acuerdo. Varias metáforas se usaron para clarificar la perspectiva de la clínica y la política de “no-tonterías” –“*no-nonsense*”–. Los terapeutas y los enfermeros se veían a sí mismos como “madres bondadosas” –“*good enough mothers*”–, un concepto desarrollado por Winnicott (1965). En la práctica, terapéutica significaba: ni demasiado cuidado y apoyo al paciente ni demasiado poco. Otra metáfora fue la de “Tintín”, el célebre personaje de Hergé. El paciente es Tintín; alguien autónomo e independiente sin nadie en quien ampararse y sin un hombro en el que llorar. El análisis de las reuniones de equipo reveló otras dos importantes metáforas: el negocio y la guerra (Dongen, 1991). Los argumentos sobre los pacientes eran concebidos en términos de batalla; terapia es guerra. No obstante, según el “modelo pólder”, los terapeutas y los enfermeros debían evitar esta concepción tanto como les fuera posi-

ble. La contra-metáfora era la terapia como negocio. Mediante un acuerdo, los terapeutas y enfermeros se enfrascaban en largas conversaciones y negociaciones con los pacientes, y también entre ellos. Un acuerdo puede considerarse como “los remedios de los negocios aplicados al negocio de los remedios” –“*the medication of business applied to the business of medicine*”– (Taussig, 1980: 10).

En general –y sólo a nivel superficial–, tanto pacientes como personal sanitario estaban satisfechos con este modelo. Les ofrecía oportunidades para un tratamiento específico y una atención individualizada. Si embargo, bajo la superficie, esta forma de trabajo se tornó vulnerable a los conflictos y a los juegos de poder derivados de interpretaciones diferentes. El enfoque del sistema fenomenológico ofrecía, según algunos miembros del personal, demasiada libertad. Se creyó que esta era la razón por la que el modelo se implementó como un paradigma pragmático. Los intereses de los pacientes podrían interpretarse de formas diferentes, dependiendo de la carga de trabajo en la clínica. En los periodos en los que se admitían muchos pacientes en la clínica, se aplicaba una “política de camas vacías” con el objeto de asegurarse una “afluencia continua” (Rodees, 1991). Estas políticas y el ideal de “madres bondadosas” sugerían conflictos entre el personal y los pacientes, debido a la diferente interpretación que hacían. La consecuencia fue que los pacientes debían de confiar unos en otros y esto –en cambio– generaba inquietud entre los miembros del personal, que hablaban de “una cultura de grupo entre los pacientes” y de que “se hacen de terapeutas unos a otros”. Además, los pacientes temían ser dados de alta prematuramente cuando no se atuviesen al acuerdo. Las abiertas relaciones entre el personal impedían a los pacientes hablar libremente con sus terapeutas o enfermeros. “Cuando cuento algo a un enfermero, enseguida lo sabe todo el mundo...”. La falta de intimidad en la clínica significaba que los pacientes debían de considerar alternativas: ¿me quedo o me largo a casa?

El concepto de cultura se empleaba frecuentemente para referirse al ideal filosófico particular y a la pragmática específica de las diversas clínicas del hospital de salud mental. Esto llegó a ser especialmente obvio en la distinción entre tratamiento y atención a corto y a largo plazo. Cuando se transfería a los pacientes desde las unidades de atención a corto plazo a las unidades a largo plazo, se podía hablar de “shock cultural”. Este choque no sólo lo provocaba la toma de conciencia por parte del paciente de que su aflicción mental podía ser “crónica”, también que los pacientes se viesan confrontados con una forma totalmente diferente de hablar y hacer. Aunque el hablar siguiese siendo importante en las unidades de atención a largo plazo, lo era entre el personal sanitario. Entre el personal sanitario y los pacientes había mucho menos diálogo y negociación. El comentario de un paciente durante una conversación conmigo da buena cuenta de ello: “Lo hemos dicho todo; no queda nada que decir”. El “modelo polder” en las unidades de atención a largo plazo es un paradigma para el personal sanitario, que enfrenta sus posiciones en reuniones multidisciplinarias, las cuestiones morales y éticas de la atención, los nuevos

acuerdos que han de ser implementados y la continua sensación de *stress* por tratar con desórdenes mentales severos. En aquellas reuniones se adoptaban medidas sobre los pacientes, pero habitualmente eran los enfermeros los que tenían que tomar decisiones *ad hoc* en los líos diarios de los pabellones. Los enfermeros fueron ganando más prestigio y poder a partir de la década de los setenta, pero también estuvieron expuestos –como los pacientes de las unidades de atención a corto plazo– a las consecuencias negativas –en su opinión– de la autonomía y del ideal de igualdad. Se sentían con frecuencia desplazados por los terapeutas que, según los enfermeros, sólo venían en momentos de crisis o cuando los pacientes sentían la necesidad de tener “una buena charla”. Los terapeutas, según decía un enfermero, “disfrutaban de las conversaciones relativamente tranquilas con los pacientes y del éxito de superar crisis”, ya que ellos tienen capacidad para hacerlo. Aquí también, como en la clínica de atención a corto plazo, se podría buscar una metáfora que expresase el ideal. El director médico me instó a presentar un pequeño estudio acerca del “hermano de la madre”, un concepto de sobra conocido en antropología. Él pensaba que este concepto podía resumir mejor el papel del terapeuta en las unidades de atención a largo plazo que el de “madre bondadosa”. Empecé el estudio con mis libros de antropología, mientras el director médico se ocupaba de ciertos elementos que podrían ajustarse y describir las relaciones entre terapeutas y enfermeros; veía la relación materno-filial –enfermeros-pacientes– como el cimiento y la unidad fundamental. El terapeuta representaba al hermano de la madre que, salvando las distancias, estaba designado a “proteger” la unidad materno-filial. No obstante, quizá inconscientemente, el director médico había elegido una metáfora que describía fielmente las relaciones de fuerza. Pero el hermano de la madre no sólo protege esta unidad materno-filial, sino que también la controla. Por otra parte, en una cultura en la que el hermano de la madre es el protector y controlador –sistemas matrilineales–, su relación con los hijos de su hermana suele ser más afectuosa “ya que está eximido de los problemas de autoridad y control que existe entre padres e hijos en una sociedad patrilineal” (Nanda, 1987: 240).

De este modo, una podría concluir que el director médico había elegido una metáfora que describía con precisión la situación existente, según la experimentaban los enfermeros, y no una nueva metáfora que pudiese servir como orientación en la transformación que estaba teniendo lugar en ese momento. Al igual que sucedía en las unidades de atención a corto plazo, el modelo era pragmático; concedía importancia a las posiciones y al poder de los enfermeros, pero, por otra parte, podía ser interpretado en interés de la política general del hospital al poner en marcha un nuevo realismo de psiquiatría sin tonterías.

Un motivo de queja habitual entre los pacientes era que el personal pasaba más tiempo en reuniones que con ellos. Si esta queja era pertinente o no es difícil de determinar; lo cierto es que mientras se desarrollaban estas reuniones observé mucha actividad entre los pacientes, que hacían lo posible por interrumpirlas... De

nuevo, “cuidado bondadoso” es una expresión ambigua que puede defenderse por igual desde intereses y perspectivas diferentes u opuestas. Un paciente comentaba que, después de todo, “ellos –el personal sanitario– son curanderos que están aquí para curarnos”. Los enfermeros solían decir que, dado que las enfermedades eran crónicas, los pacientes debían de considerar los pabellones como su propia casa, en el sentido de que los pabellones no eran un hospital adonde la gente acude a curarse, sino un lugar en el que vivir.

Al inicio de este ensayo escribía que el “modelo pólder” aboga por la responsabilidad de cada uno de los participantes, teniendo ésta un carácter comunitario. Desde el punto de vista de las ciencias sociales, los miembros de una sociedad o comunidad viven sus vidas con arreglo a sus propias construcciones de sentido. La realidad es en su mayor parte una construcción y habrá, por lo general, múltiples realidades, como creo haber mostrado en los epígrafes precedentes. Estas múltiples realidades presentes en el hospital no coexisten en armonía, sino que se precisan gravosas negociaciones para construir la realidad. Scheff (1984: 128) afirma que “la estimación de la responsabilidad implica la construcción de la realidad que hacen los participantes: construcción tanto de acciones como de intenciones, por una parte, y de los criterios de responsabilidad, por otra”. La construcción de acciones e intenciones es la construcción del orden normativo. Para Scheff esta construcción significa enjuiciar la responsabilidad y siempre incluye un proceso de negociación. Coincido con Scheff en lo sustancial; no obstante, el “modelo pólder” postula una cierta igualdad entre las posiciones y las relaciones de fuerza de los participantes que les permite negociar. Encontramos una paradoja en esto. La ideología oficial de la responsabilidad está constreñida por la premisa informal de que los pacientes no son en buena medida responsables, puesto que están enfermos. Lo siguiente es un tipo particular de “negociación”.

3. 2. *Las resistencias de los pacientes y las emociones del personal*

Pasé días en la clínica de atención a corto plazo estudiando “el hablar y el hacer”; mantuve conversaciones con el personal y con los pacientes, les observé en sus quehaceres. A veces, los pacientes montaban bulla, gritaban en los pasillos, se peleaban, discutían con el personal, interrumpían la terapia de grupo o simplemente permanecían en sus camas. Comprobé cómo el personal llegaba a irritarse con estos comportamientos. El “modelo pólder” no funcionaba en aquellos momentos.

En la clínica de atención a corto plazo los pacientes resistían a los terapeutas y enfermeros valiéndose de su comportamiento colectivo; habían encontrado el punto débil del “modelo pólder”, a saber, su naturaleza paradójica e inconsistente. Además, a través de su comportamiento, los pacientes mostraban la inflexibilidad del modelo y su poder. Por ejemplo, un terapeuta comentaba: “Los pacientes llegan tan lejos con su comportamiento que al final me ponen contra las cuerdas, tendré que hacer algo”. A veces, llevar al extremo el comportamiento parece ser necesario

para transformar el discurso en acción. Se podría decir que el comportamiento y la fuerza de los pacientes son el poder y la resistencia del débil (Scott, 1985), pero la cosa es más complicada. El comportamiento –generalmente colectivo– estaba destinado a negar las declaraciones de igualdad y psiquiatría democrática o a reforzar las reclamaciones de los pacientes; era también simbólico en el sentido de que no desafiaba directamente la estructura básica del modelo. Así como en las interacciones individuales con el personal sanitario los pacientes no se confrontaban al ideal del "modelo polder", en las relaciones grupales éste sí era contestado, lo que provocó una fuerte reacción emocional entre los sanitarios. Esta reacción no estuvo dirigida abiertamente a los pacientes, sino que se discutía en las reuniones. En otro lugar he trabajado la idea de que las metáforas que surgían en las discusiones sobre los pacientes se empleaban, más que para la mera transmisión de información sobre el tratamiento, para cobrar sentido de experiencias y emociones por parte del personal sanitario. Metáforas del tipo de: "terapia como guerra" y "terapia como negocio" permiten hablar sobre las reacciones emocionales –contra transferencia– de forma "racional" y trasladarlo a otros miembros del equipo de trabajo, en tanto que la cultura de la clínica era reestructurada y fortalecida. Metáforas como éstas muestran la formación subjetiva de la realidad cotidiana en la clínica (Dongen, 1991). En esas discusiones puede encontrarse la terminología de las disciplinas militares, como "los pacientes están a la defensiva", "minando la terapia", "sabotaje", "estrategia" o "resistencia de trinchera". Mediante estas metáforas se puede comprender la manera en que se conceptúa la lucha. Los integrantes del personal se convierten en estrategias que "siguen una estrategia", "alcanzan objetivos" y "se confrontan a pacientes". Tras las metáforas bélicas existe otra metáfora. La acción terapéutica específica se expresa en términos comerciales. Expresiones del tipo: "si quieres algo, tendrás que hacer negocios", "tendremos que asumir ciertos riesgos" o "tendremos que regatear" reconocen la responsabilidad y autonomía de los pacientes. Sin embargo, el acuerdo con el que los pacientes se habían comprometido, cuando ingresaron en la clínica, suponía una potente "arma" y un faro en el océano de la terapia para el personal sanitario. Incluso cuando los pacientes lograban ejercer resistencia ante las decisiones del personal, se tomaban decisiones en base a este acuerdo; los pacientes opositores corrían el riesgo de tener que dejar la clínica prematuramente. Así, los pacientes podían beneficiarse de su resistencia a corto plazo, a costa de ser expulsados prematuramente.

Los efectos de la resistencia de los pacientes en los más altos escalafones –a nivel organizativo o incluso nacional– parecen ser mínimos. Algunos años después de mi trabajo de campo en esta clínica, escuché un rumor sobre la transformación que había tenido lugar en su política, aunque no tuve la oportunidad de ratificar si había sido un "cambio cultural" o si –de haberlo habido– había sido promovido por los pacientes o las políticas institucionales y nacionales.

En la clínica de atención a largo plazo los pacientes no estaban sujetos por acuerdos, ni eran el objeto del tratamiento. Era generalmente aceptado, aunque nunca abiertamente admitido, que los pacientes no dejasen el hospital hasta el día de su muerte. Así pues, la cuestión es cómo se configuran las dinámicas del “modelo polder”. En primer lugar, se redefinió el sentido general del modelo –negociación y responsabilidad comunitaria–; en vez de la responsabilidad comunitaria, era el personal sanitario quien pasaba a ser responsable. Esto se basaba en la premisa de que los pacientes estaban lo suficientemente “enfermos” como para tener entera responsabilidad. De este modo la responsabilidad era compartida entre los miembros del personal, que tomaban decisiones acerca del bienestar de los pacientes. Como hemos visto, esta responsabilidad compartida adquiría su significado a través de la metáfora del “hermano de la madre”; los terapeutas estaban más distanciados y parecían disfrutar más de los elementos positivos de la atención que los enfermeros, que solían quejarse de tener que hacer el “trabajo sucio”; y estas reacciones emocionales tenían que ser debatidas en las reuniones de equipo. Conviene remarcar que las posiciones de los miembros del personal sanitario se discutían en función de los pacientes y sus comportamientos. Cuando, por ejemplo, un paciente estaba en crisis, él o ella debía “ser estructurado/a” ya fuera mediante aislamiento o por supervisión *vis-à-vis*. En las reuniones se discutió esta estrategia –hablando– y fueron por lo general los terapeutas quienes tomaron decisiones o se vieron conminados a tomarlas, cuando algún paciente era percibido como una amenaza; a los enfermeros competía implementar estas decisiones –haciendo–. Esto significaba que los enfermeros eran el objetivo de la resistencia de los pacientes, que, por otra parte, quedaba explicada en las reuniones como un signo de enfermedad. Las reacciones emocionales del personal sanitario se comunicaban mediante expresiones como: “puedes manejarle mejor”, “nosotros estructuraremos”, “el caos se apodera de él”, “tendremos que corregirle” o “[el paciente] está pegado a nuestras faldas”.

La resistencia de los pacientes raramente era colectiva; en lugar de ello, era el paciente individual quien se dirigía inmediatamente a los enfermeros. Esta resistencia tenía a menudo un carácter autodestructivo y amenazador: abuso de alcohol, auto-mutilación, algaradas, interrupción de las reuniones o de los turnos y agresión. La lucha no se debatía entre significados y terapia como en las clínicas de atención a corto plazo, sino que se libraba entre el espacio y el tiempo (Dongen, 1997). Los comportamientos de resistencia de los pacientes removían los cimientos de la moralidad y la ética. Las respuestas de los enfermeros a las sublevaciones de los pacientes situaban a los primeros frente a dilemas morales, como “¿podemos inspeccionar la habitación de un paciente en busca de medicinas si sospechamos que pudiera suicidarse?”, “¿podemos aislar a este paciente?” o “¿podemos echar el cerrojo y limitar la libertad de movimientos de los pacientes?”. Además, cuando un paciente oponía una férrea resistencia al personal sanitario, otros pacientes podían resultar perjudicados por las acciones que los enfermeros emprendiesen. Si la puerta principal

se cerraba para "proteger" a un paciente en crisis, otros tenían que pedir a los enfermeros que la abriesen, lo que se experimentaba como una petición de permiso y, por tanto, como una penalidad. Ello no benefició las relaciones entre pacientes y personal sanitario.

El "modelo pólder" de responsabilidad colectiva y negociación se transformó en un paradigma de compromiso. Puesto que no existía un acuerdo que sirviese de ultimátum, el poder del personal estaba bastante limitado. Con el propósito de hacer "vivable" la vida en los pabellones, los enfermeros en particular tenían que comprometerse.

4. Algunas paradojas, inconsistencias y dilemas en la psiquiatría "pólder"

Hasta este punto del ensayo, el funcionamiento del "modelo pólder" se ha cuestionado principalmente mediante el uso de datos obtenidos por la observación, participación en reuniones o conversaciones con miembros del personal sanitario y pacientes de diferentes unidades. Sin embargo, si se quiere mostrar la manera en que el modelo es conformado, reproducido y reconstruido en el trabajo cotidiano de la clínica, necesitaríamos conducir al lector hasta las conversaciones *entre* el personal y los pacientes. El modelo y la ideología psiquiátrica, en este nivel, son contestados y negociados. Mi análisis de las conversaciones entre enfermeros/terapeutas, por una parte, y de los pacientes, por otra, mostraba que estas charlas eran principalmente negociaciones acerca de la construcción de la realidad. El personal sanitario creía que la psiquiatría clínica se encontraba bajo la presión creciente de tener que ofrecer soluciones rápidas, fáciles y múltiples a los problemas de los pacientes. En parte, esto puede explicarse debido a la creencia arraigada de que los desórdenes psiquiátricos son análogos a las enfermedades biomédicas que se curan con medicinas. Con todo, el "modelo pólder", como forma de un "Nuevo Realismo", ha contribuido en gran medida a consolidar una imagen de las interacciones entre pacientes y personal sanitario de carácter "racional" y semejante a las transacciones comerciales. Expondré algunas paradojas, inconsistencias y dilemas que se desprenden del modelo.

Es ya una paradoja antigua el dilema psiquiátrico de buscar un equilibrio entre la psiquiatría entendida como rama de la medicina o como curación humana: ¿debería la psiquiatría curar por medio de la palabra –"talking"– o de la acción –"doing"–? El "modelo pólder" no podía resolver esta cuestión. Hablar era necesario, no para la discusión en primera instancia de las historias y experiencias de los pacientes, sino para sellar acuerdos y compromisos para la acción: "aquí hablan, allí hacen...". En consecuencia, en las conversaciones e interacciones se enfatizaban las reglas y técnicas de interacción. Los terapeutas, por ejemplo, invertían mucho tiempo en explicar estas reglas. El resultado más llamativo de una educación como ésta fue que los pacientes comenzaron a imitar el estilo, la jerga y los términos que escu-

chaban a los enfermeros y terapeutas. Esta proto-profesionalización (Swaan, 1979) garantizaba –en buena medida– el flujo ininterrumpido de las conversaciones y el mutuo entendimiento a primera vista. Pero también implicaba otra paradoja. Cuando los pacientes se resistían a sus compañeros y a la “cura” en las charlas, provocaban la irritación de los terapeutas e interrumpían la rutina diaria, especialmente cuando la resistencia se expresaba en el lenguaje de los comportamientos groseros –burla, risas, silencio, chistes a costa del terapeuta o abierto rechazo de las propuestas–. Las reacciones emocionales de los terapeutas se pueden considerar contra transferencia, como las han descrito Good y otros (1985). La consolidación de esta contra transferencia podía ocurrir en las reuniones del personal, donde la realidad se definía y reconstruía (Dongen, 2004: 52-53) y se ponía en primer plano la dinámica de las relaciones de poder. La paradoja subyacente a esta dinámica radica en la moralidad-neutralidad. En la medida en que se supone que los terapeutas y los enfermeros son “moralmente neutrales”, y que no tratan de imponer sus opiniones a los pacientes, mantienen una visión de cómo la vida debería ser vivida y la transmiten cuando hablan y hacen consideraciones sobre lo que los pacientes deberían hacer. En el “modelo pólder” conceptos como los de gestión y control son cruciales; estas nociones refuerzan el poder y la autoridad del personal. Valores tan hondamente arraigados y altamente apreciados en Holanda como libertad personal, igualdad y anti-autoritarismo hacen que resulte difícil para el personal decir a los pacientes lo que tienen que hacer. Esto se aprecia al hablar de los aspectos más mundanos y prácticos del quehacer cotidiano, como la convivencia, la higiene, la interacción con otros o cocinar.

El problema de la intervención está imbricado con los valores de autonomía e independencia. Los terapeutas se ven obligados a conversar con los pacientes, debido a que consideran embarazoso intervenir en sus vidas. Una de las razones es que las leyes y disposiciones del Estado se mezclan con las creencias de los terapeutas sobre lo que se debería hacer. Los terapeutas no podían y habitualmente no estaban habilitados para tratar a un paciente sin su consentimiento, excepto cuando éste representaba una seria amenaza para otros o para sí mismo. Otra razón es que los terapeutas son también seres culturales; valores como privacidad, autonomía e independencia están profundamente incorporados, de modo que cualquier intervención se percibe como un dilema; una elección debe basarse no sólo en reglas y regulaciones, sino además en preceptos morales. Así, hay una delgada línea que separa las necesidades de los pacientes y los requerimientos de la autonomía personal. Si los terapeutas deciden intervenir se encontrarán con valores sociales contradictorios y normas incompatibles (Dongen, 2004: 226).

El “modelo pólder” presupone “una forma democrática de hablar”, además de ciertas reglas de conversación e interacción; la mayoría son las normas de conversación habituales (Grice, 1975). Una regla psiquiátrica específica es la empatía, que hace ambivalente la ideología del “modelo pólder”. La empatía se diferencia

de la simpatía en la cercanía y distancia que implica; con frecuencia se trata de una regla paradójica en las interacciones entre terapeutas y pacientes. La cercanía implica: cooperación, entendimiento, intimidad, confianza, orientación e igualdad; la distancia: coerción, autoridad, control y desigualdad. Una regla como ésta corre el riesgo de que la interpretación de sentirse próximo o distanciado llegue a representar una sentencia, cuando el paciente reta al terapeuta; en esos momentos la distancia profesional opera como un instrumento que permite al terapeuta controlar y ejercer su autoridad. Durante el análisis de las conversaciones con pacientes y terapeutas encontré numerosos ejemplos en los que esto sucedía. En esas situaciones no sólo se reemplazaba la confianza y la igualdad por confrontación y autoridad, sino que el terapeuta también corría el riesgo de que la relación con el paciente –a menudo ganada con esfuerzo– quedase maltrecha. Esto, en cambio, podía influir los juicios y decisiones de los terapeutas acerca de las prácticas –"doing"– de los pacientes y dar lugar a la consolidación de la contra transferencia, como queda descrita arriba.

Si definimos la transferencia y la contra transferencia como un conjunto de reacciones emocionales en la terapia hablada, apreciamos otra paradoja en el decir y el hacer –"talking and doing"– en el hospital de salud mental. Las emociones podemos describirlas como un conjunto de reacciones que experimentan las personas ante los acontecimientos; son una interpretación de la relación individual con el mundo exterior y expresan la cualidad de este nexo por medio de cierto idioma o lenguaje corporal. Los pacientes en el hospital psiquiátrico sostendrán por lo general un doble mensaje en lo referente a sus emociones; se alienta a los pacientes para que hablen de sus emociones y se les disuade de mostrarlas cuando son demasiado intensas. Ello no sólo forma parte de la ideología psiquiátrica, sino también del sistema cultural holandés que resume irónicamente esta actitud en el dicho: "Actúas normal, luego estás loco de remate". En pocas palabras, el mensaje es: cuando se está emocionado, uno debería hablar de esas emociones. Cuando los pacientes exhiben unas emociones demasiado intensas, la sanción consiste en refrenarlas médicamente. De este modo, la emoción en la psiquiatría pólder es una práctica discursiva, una "charla". Su análisis revela que dicha "charla" es ambigua en sí misma (Dongen, 2004). Por ejemplo, las técnicas que los pacientes –psicóticos– emplean para hablar de sus emociones son la "verbosidad" o el silencio. Si bien la expresión corporal de las emociones se sustituía por palabras, estas voces no siempre correspondían a términos emocionales específicos. Esporádicamente, a través de declaraciones detalladas, los pacientes intentan hablar de sus emociones; esto puede interpretarse por parte de los terapeutas como un "rodeo", engaño o huida y lo tienen por un signo de la seriedad de la enfermedad, siempre que el terapeuta quiera "hacer negocios" y el paciente esté dispuesto a consumir mucho de su tiempo dando rodeos.

Una inconsistencia final que quisiera sacar a colación es la problemática existencia de una doble perspectiva terapéutica. El personal sanitario se lamentaba de tener que "producir", y de que ello les dejase un estrecho margen para "profundizar" con los pacientes. Esta queja apunta a la doble perspectiva que sostenía el personal: una implica progreso y restauración de la autonomía, independencia y auto-control individual, y otra conlleva dependencia y asistencia. Este doble enfoque se complicaba por efecto de otra perspectiva dual, a saber: la creencia optimista de que la enfermedad mental puede curarse con la terapia "sin-sinsentidos" del "modelo pólder" y –en caso de enfermedades mentales severas, como la esquizofrenia– una idea de la enfermedad mental como "minusvalía" –"handicap"–, que puede ser tratada con ciertas técnicas que permiten al paciente desarrollar una vida "minusválida" –"handicapped"– aceptable. En las conversaciones analizadas aparece de forma clara cómo esto resulta extremadamente difícil de entender y aceptar; en esas charlas los pacientes se sienten confiados para articular sus problemas. Que los terapeutas tendiesen a reformular el problema, volviéndolo "manejable" –para que los pacientes pudiesen al menos "hacer" algo–, se debía a que problemas como éstos son con frecuencia vagos y difíciles de aprehender si no se recurre a muchas charlas. Una reformulación de este tipo es la idea de minusvalía. Este concepto permite hacer cosas al proporcionar destrezas y prótesis. Las reformulaciones se ponen a prueba en el intercambio abierto de las conversaciones –una característica del "modelo pólder"– y los terapeutas comprobaban si eran "correctas", por ejemplo, cuando el paciente mostraba su acuerdo. En mi libro (Dongen, 2004) describo el caso de Dora. El terapeuta de Dora transforma sus experiencias de debilidad y sensibilidad en una minusvalía mediante reformulaciones basadas en la empatía, pero de una manera con la que Dora no puede más que estar de acuerdo. Así, el terapeuta puede ofrecer a Dora cosas "prácticas" que hacer, como mantenerse al margen de los problemas de los demás. Cuando hablé con ella tras su conversación con el terapeuta, me comentaba: "Prefiero llamarlo hipersensibilidad; minusvalía suena demasiado serio y terminal".

¿Qué sucede con la acción –"doing"– basada en las charlas de los pacientes con los terapeutas? Si los pacientes reciben mensajes ambivalentes y paradójicos, ¿harán lo que, en opinión de los sanitarios, deberían hacer? Terapeutas y pacientes se veían con frecuencia embrollados en una doble relación, pero pacientes y enfermeros se encontraban más a menudo *vis-à-vis* ante el dilema de cómo interpretar concretamente lo que se había acordado. Incluso cuando los pacientes se habían comprometido en un acuerdo, sus interpretaciones podían diferir mucho de las de los enfermeros y terapeutas. Además las relaciones entre enfermeros y pacientes son más íntimas y estrechas que entre pacientes y terapeutas, por lo que llega a resultar difícil para los primeros ponerlas en riesgo. Las charlas –"talking"– entre terapeutas y pacientes ocurren la mayoría de las veces en el despacho del terapeuta, mientras que las actividades –"doing"– están fragmentadas y divididas en diferentes

espacios con funciones específicas, como la sala de estar, las áreas de creación y deportes o los lugares para la práctica de la jardinería. Esta fragmentación ofrece oportunidades de control al personal sanitario. Los pacientes son observados en cada espacio para que luego se eleven informes sobre sus actividades en las reuniones del personal. La actividad puede parecer comunitaria, como si pacientes y terapeutas trabajasen juntos. Sin embargo, está individualizada; cada paciente es responsable ante sí mismo. Los pacientes tienen una agenda en la que se organizan las actividades y las citas. Esto da al personal la oportunidad de controlar a los pacientes y reconvénirles cuando se saltan algún punto. Además el personal sanitario también puede controlar el proceso de significación. El siguiente ejemplo puede clarificar la manera en que el personal controla los significados de las palabras y los comportamientos de los pacientes. Un terapeuta pide a los pacientes de su grupo que dibujen “lo duro-lo blando”. Un paciente garabatea dos árboles: uno “blando” con formas redondas, y otro “duro” con ramas puntiagudas. Durante la evaluación el terapeuta y los pacientes tratan de significar el árbol duro. Los pacientes lo significaban como “espinoso”, aludiendo a la persona que no quiere abrirse y hablar de sus problemas. El terapeuta, sin embargo, pensaba que éste era un sentido demasiado negativo y sugería “espeso”, cuando uno quiere contactar y no sabe cómo hacerlo. Le decía a los pacientes que ésta era una forma más positiva que el significado original, y que la palabra contenía una invitación para charlar. Ignoro si los pacientes estaban de acuerdo, pero pude observar en ellos reacciones irónicas cuando salían a la carrera por los pasillos de la clínica, gritando entre risas burlonas: “¡Somos espesos!”.

5. Conclusiones: poder e impotencia del “modelo pólder”

Las transformaciones de la atención en salud mental holandesa sugieren el paso a la democratización e igualdad entre los diferentes participantes. No obstante, cada participante puede tener su propio interés en participar en el debate y la consulta. Las transformaciones pueden haber convertido la atención en salud mental en una “arena” (Ruijter, 1998) donde cobra sentido la siguiente cuestión:

¿Cuál de los dos grupos, el de interacción o el de interdependencia, cada uno con su propio repertorio y lógica cultural, tiene el poder para definir una situación o, en otras palabras, para controlar esa definición, acceder a y explotar recursos escasos para usarlos en la arena? (Ruijter, 1998: 2).

Según este autor, la “arena” es un signo del declive del papel del Estado. El “modelo pólder” se convierte en un mito, en una legitimación del poder y de los derechos; bueno para pensar con –por– algunos.

El “modelo pólder” parece “funcionar” en todos los niveles de aplicación, pero sólo lo hace a través de un desequilibrio en las relaciones de poder, mediante la fragmentación y la ambigüedad. Las transformaciones de la atención en salud men-

tal, alentadas a un nivel nacional e institucional, dieron lugar a un “selva de posibilidades” en la que pacientes y clientes tenían que buscar la más adecuada. A nivel nacional, las transformaciones parecen haber dado poder —“empowered”— a los pacientes mediante nuevas leyes y regulaciones. No obstante, la autonomía y la auto-responsabilidad de los usuarios de la atención en salud mental es sólo una de las dos caras de Jano. En el nivel de las prácticas cotidianas el “modelo pólder” funciona contra los pacientes. Aunque el modelo presuponga responsabilidad comunitaria, especialización, fragmentación, acuerdos y agendas, sigue permitiendo a los profesionales de la atención en salud mental mantener el control. En el contexto del “modelo pólder” el ejercicio del poder es un acto oscilante. Por una parte, el personal sanitario debe lidiar con muchas directrices y formas, confeccionadas en los escalafones más altos de su institución, las aseguradoras y el gobierno. Por otra parte, deben negociar con los pacientes a ras de suelo; las regulaciones y decisiones tomadas en los niveles más altos a menudo no funcionan en las situaciones cotidianas. El resultado es una actitud pragmática.

El problema radica en la reificación del modelo, acabándose de constituir en una ideología abstracta, algo que se aplica casi automáticamente cuando es preciso. Con todo, el personal sanitario estaba haciendo entonces algo diferente a lo sugerido por el modelo; trataban de encontrar un equilibrio donde no se deteriorase la relación con los pacientes y, a la vez, lograsen ser productivos. Conseguían ser severos y pragmáticos. La paradójica, ambigua y contradictoria “charla”, separada de la práctica, permite al personal mantener el control. Hablar se convertía así en un aparato para recomponer individuos útiles. Hablar era también el poder del hospital, en especial cuando las experiencias de los pacientes se transformaban en algo manejable. No se trataba a los pacientes como meros objetos, sino como verdaderos interlocutores en las negociaciones y en las terapias, incluso hasta el extremo de que los terapeutas y otros miembros del personal dimitían de su autoridad y sus destrezas. Sin embargo, el carácter interrelacionado del hablar y del hacer es el que produce esa ambivalencia del modelo. En lo fundamental, el cultivo del modelo de negociación democrática en las situaciones y relaciones de las clínicas y los pabellones podría definirse como equitativo, pero en la base de este cultivo había un proceso invisible de conservación del poder que afloraba a través de emociones y confrontaciones con los pacientes, expresadas mediante metáforas del tipo: “terapia como negocio” y “terapia como guerra”. La terapia como negocio se transformó en una terapia como negocio-emocional. Puesto que las emociones se consideraban un obstáculo en la terapia racional, se corría siempre el peligro de que toda la terapia se viniese abajo.

Los sentidos de las palabras y los comportamientos se conformaban en un proceso de interacción aparentemente democrática entre el personal y los pacientes, aunque adquirirían su sentido final en las reuniones y en otras interacciones entre el propio personal. Estos encuentros eran invisibles para los pacientes. El personal podía dar lugar a posibilidades de contradecirse a sí mismo y desarrollar un tipo de cono-

cimiento que Foucault ha denominado "conocimiento subyugado" (Foucault, 1980). Este conocimiento es plural, fragmentario, particular, desprovisto de unanimidad y contestado por todo a su alrededor, como la resistencia que le ofrecían los pacientes tanto de palabra como en acción.

El personal sanitario contaba con ventaja frente a los pacientes. Sus miembros sabían la manera de practicar el conocimiento de la psiquiatría, como los diagnósticos, las medicinas y el lenguaje profesional. Además conocían la cultura de la clínica, mientras que los pacientes tenían que aculturarse cuando entraban en ella. En gran medida, el suyo era un conocimiento situado, sujeto a toda la clase de cambios que ocurrían en sus interacciones con los pacientes. La aproximación del personal sanitario a los pacientes en las diversas clínicas era normativa-pragmática. Esto encaja bien en el "modelo pólder", pero también es susceptible de manipulación. Las paradojas, inconsistencias y contradicciones en el "hablar" afectaban de tal manera al "hacer" que no era infrecuente la confusión de los pacientes a la hora de interpretar los mensajes. El resultado de todo ello había sido la resistencia de los pacientes al poder y al control de los terapeutas y enfermeros, con la consecuencia añadida de que buena parte de las interacciones entre los miembros del personal y de éstos con los pacientes versaban sobre la transformación de la asimetría en simetría, con el objeto de salvaguardar las metas que habían sido establecidas con anterioridad. Esto es lo que Habermas llamó "discursos costosos" (Habermas, 1990): negociaciones prolongadas y movimientos estratégicos por parte de ambos, personal y pacientes. El hablar y el hacer en el hospital de salud mental tenían un carácter casi cíclico; se alternaban y continuaban hasta la desaparición del problema. Además las palabras se traducían en actividades, y viceversa. Así, en el "modelo pólder", el paciente ya no es aquel individuo con un desorden, sino parte de un problema orientado según un sistema de interacción (Anderson et al., 1986). En ese sistema el personal se convierte en gestor, que asegura que todos los que participan en la negociación y en la interacción lo harán hasta solventar el problema. Eso significa que el "modelo pólder" no se orientaba a la resolución de un problema, sino a la solución de un sistema problemático. Las relaciones en el hospital de salud mental no se entendían como instrumento para la comprensión de los procesos psicológicos y sociales, sino que eran percibidas sencillamente como el objetivo final. Una perspectiva como ésta necesita el consenso entre el conjunto de los implicados, de forma que se pueda construir una realidad aceptable para todos. El problema está en cómo alcanzar ese consenso cuando la interacción en el ámbito cotidiano del hospital está preñada de paradojas y ambigüedades.

El "modelo pólder" tiene un final abierto, y necesita para sus continuas interacciones dificultar a los paciente la búsqueda de un espacio propio y una definición de su situación. El peligro más acuciante del modelo, no obstante, es que niega el "estatus ontológico" del paciente, y de este modo se podría destruir el "valor semiótico y, así, el valor ético" de ese estatus (Rosseel, 1990: 29). La racionalidad, la mini-

mización de costes, la gestión y la falta de competición, cuando entran en comunión con valores como la autonomía, independencia y responsabilidad, ponen en riesgo estas otras dimensiones de los pacientes; cuando se escamotean tales aspectos, la atención en salud mental es un caso perdido.

Traducción: Fernando Lores

6. Referencias bibliográficas

- ANDERSON, H.; GOOLISHAN, H.; y WINDERMAN, L.
1986 "Problem determined systems: Toward transformations in family therapy". *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5: 14-19.
- BLOK, G.
2004 *Baas in eigen brein. 'Antipsychiatrie' in Nederland*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- DONGEN, E. Van
1991 "Oorlog en zakendoen. Over gebruik van metaforen in teambesprekingen in een psychiatrische afdeling". *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 33 (2): 138-145.
1997 "Space and time in the lives of people with long-standing mental illness: An ethnographic account". *Anthropology & Medicine*, 4 (1): 89-105.
2004 *Worlds of psychotic people. Wanderers, bricoleurs and strategists*. New York/London: Routledge.
- FOUCAULT, M.
1980 *Power/knowledge: Selected interviews and other writings*. New York: Pantheon Books.
- FOUDRAINE, J.
1975 *La folie qu'on enferme. Le journal d'un psychiatre*. Flammarion.
- GIEL, R.
1984 "Onze moeite met moeilijke mensen". *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26 (4): 244-262.
- GOOD, B.; HERRERA, H.; DEL VECCHIO, M.; y COOPER, J.
1985 "Reflexivity, countertransference and clinical ethnography: A case from a psychiatric cultural consultation clinic", en R. Hahn y A. Gaines (eds.), *Physicians of Western medicine. Anthropological approaches to theory and practice*. Dordrecht: Reidel, 193-223.
- GRICE, H.
1975 "Logic and conversation", en P. Cooper y J. Morgan, *Syntax and semantics, Vol. 3, Speech acts*. New York: Academic Press.
- HABERMAS, J.
1990 *Moral consciousness and communicative action*. Cambridge/MA: MIT Press.

JACKSON, S.

1999 *Care of the psyche. A history of psychological healing*. New Haven & London: Yale University Press.

LAKOFF, G.; y JOHNSON, M.

1980 *Metaphors we live by*. Chicago/London: University of Chicago Press.

NANDA, S.

1987 *Cultural anthropology*. Belmont/California: Wadsworth Publishing Company.

POLS, J.

1984 *Mythe en macht. Over de kritische psychiatrie van Thomas S. Sasz*. Nijmegen: Sun.

RHODES, L.

1991 *Emptying beds. The work of an emergency psychiatric unit*. Berkeley: University of California Press.

ROSSEEL, E.

1990 "New cybernetics and the social sciences", en F. Heylighen, E. Rosseel y F. Demeyere (eds.), *Self-steering and cognition in complex systems*. New York: Gordon and Breach.

RUIJTER, A. De

1998 *Poverty from an international point of view*. The Hague: Netherlands National Commission for Unesco.

SCHEFF, Thomas J.

1984 *Being mentally ill: a sociological theory*. New York: Aldine Publishing Co.

SCOTT, J.

1985 *Weapons of the weak. Everyday forms of peasant resistance*. New Haven/London: Yale University Press.

SWAAN, A. De

1979 *De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*. Utrecht: Spectrum.

TAUSSIG, M.

1980 "Reification and the consciousness of the patient". *Social Science & Medicine*, 14B: 3-13.

WINNICOTT, D.

1965 *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. London: Hogarth.