



SUMARIO

EDITORIAL

ORIGINALES Y REVISIONES

Luz Celia Fernández Martín, Clara Fombellida Velasco, Jesús Herrero Sánchez
EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN
PACIENTES PSICÓTICOS Y CON TRASTORNOS GRAVES DE LA PERSONALIDAD

Eva Rivas Cambroner
ANOREXIA INFANTIL. LA HIPÓTESIS ETIOLÓGICA

Antonio Díez Patricio
APROXIMACIÓN A UNA TEORÍA PRAGMÁTICA DE LA CONDUCTA PSICÓTICA

I. Baldor Tubet, M. C. Jerez Álvarez, R. Rodríguez Piedra
INTERVENCIÓN CON GRUPOS DE VÍCTIMAS DEL 11-M DESDE UN CENTRO
DE SALUD MENTAL

DEBATES

Francisco Pereña
PODER, MASOQUISMO Y TRANSFERENCIA

HISTORIA

Vicente Sánchez Vázquez, Teresa Guijarro Granados, Yolanda Sanz López
LA OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA EN LOS TRIBUNALES PARA NIÑOS
EN ESPAÑA (1889-1975) (II). LA ESTRUCTURA DE LA EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

INFORMES

Consuelo Escudero Álvaro
INFORME SOBRE LA NORMATIVA LEGAL Y LA RECLASIFICACIÓN DE PLAZAS DE
PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN EL SNS. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

LIBROS

PÁGINAS DE LA ASOCIACIÓN



TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL

ORIGINAL PAPERS AND REVIEWS

Luz Celia Fernández Martín, Clara Fombellida Velasco, Jesús Herrero Sánchez
EVALUATION OF A PROGRAM OF FAMILY THERAPY IN PSYCHOTIC PATIENTS AND
SERIOUS PERSONALITY DISORDERS

Eva Rivas Cambroneró.
CHILDHOOD ANOREXIA. THE ETIOLOGICAL HYPOTHESIS

Antonio Díez Patricio
TOWARDS A PRAGMATIC THEORY OF PSYCHOTIC CONDUCT

I. Baldor Tubet, M. C. Jerez Álvarez, R. Rodríguez Piedra
INTERVENTION AT A MENTAL HEALTH CENTRE WITH A GROUP OF VICTIMS
OF THE 11 TH MARCH TERRORIST ATTACKS

DISCUSION

Francisco Pereña
POWER, MASOCHISM AND TRASFERENCE

HISTORY

Vicente Sánchez Vázquez, Teresa Guijarro Granados, Yolanda Sanz López
OBSERVATION PSYCHOLOGY IN SPANISH JUVENILE COURTS (1889-1975) (1)
THE STRUCTURE OF PSYCHOLOGICAL EXAMINATION

REPORTS

Consuelo Escudero Álvaro
REPORT OVER LAWS AND RECLASIFICATION OF CLINICAL PSYCHOLOGISTS
POSTS IN THE NHS. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

BOOKS

NEWS FROM THE A.E.N.



OBSERVATORIO DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL - 2006 DEL MINISTERIO DE SANIDAD

La Asociación Española de Neuropsiquiatría realizó su primer Observatorio de salud mental, dejando constancia de la realidad de la atención a la salud mental en todo el Estado a diciembre del 2003. Aún a tenor de las posibles limitaciones o sesgos derivados del instrumento de recogida de datos utilizado, este trabajo puso de manifiesto que cada Comunidad Autónoma ha realizado el proceso de reforma de la atención a la salud mental conforme a su situación previa y a su política sanitaria, observándose desigualdades considerables entre las diferentes Comunidades Autónomas del Estado español.

La idea de realizar este Observatorio partió de la Junta Directiva anterior de la AEN basándose en dos premisas básicas:

1. El Informe de la Organización Mundial de la Salud (Salud 2001), que evidenció la dificultad para tener un verdadero conocimiento de la situación real de la atención a la salud mental en los distintos sistemas de salud del mundo (recogida de datos a nivel mundial para el Atlas del 2001). Las revelaciones y recomendaciones de este Informe incrementaron el interés y la preocupación por el tipo de asistencia sanitaria que se estaba ofertando a las personas con problemas de salud mental en todo el mundo.
2. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud en España. Esta Ley propuso la creación del Observatorio del Sistema Nacional de Salud para que *proporcionará un análisis permanente del Sistema Nacional de la Salud en su conjunto mediante estudios comparados de la servicios de salud de las comunidades autónomas en el ámbito de la organización, provisión de servicios, gestión sanitaria y resultados.* (Cap. VI: de la Calidad, sección 2, Art. 63). Dicho Observatorio presentó en octubre del 2002 el «Informe de situación de Salud Mental» (datos a diciembre de 2001), que confirma una realidad de inequidad en la atención a la salud mental según las distintas Comunidades Autónomas.

En el Observatorio de salud mental de la AEN se recoge de manera explícita el modelo de atención a la salud mental en toda España, incluyendo datos sobre planificación y gestión, dispositivos de atención en toda la red de salud mental y profesionales.

El análisis comparativo de cada uno de los indicadores entre Comunidades Autónomas pone de manifiesto las características específicas de las diferentes redes de atención a la salud mental en cada Comunidad Autónoma y la inequidad existe en el Estado español respecto a las prestaciones en la atención a la salud mental.

El Informe del Observatorio de salud mental de la AEN será, en un futuro inmediato, un referente importante para elaborar una Estrategia de Salud Mental para 2006, un «Plan Nacional de salud mental que sea capaz de abarcar el diagnóstico de situación de las enfermedades de salud mental en España, realizar un análisis de los recursos disponibles y acentuar la necesidad del diagnóstico precoz», tal como explicó el Secretario General de Sanidad, Fernando Lamata.

Consideramos que la AEN tiene un doble motivo para enorgullecerse de este trabajo: Ser un referente para la realización de la Estrategia de Salud Mental para el 2006 en España y contribuir a la consecución de los objetivos del Plan de Acción de Salud Mental para Europa elaborado en la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud para salud mental el pasado Enero en Helsinki.

Isabel Salvador Sánchez

SECCIÓN



ORIGINALES Y REVISIONES



Luz Celia Fernández Martín, Clara Fombellida Velasco, Jesús Herrero Sánchez

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES PSICÓTICOS Y CON TRASTORNOS GRAVES DE LA PERSONALIDAD

EVALUATION OF A PROGRAM OF FAMILY THERAPY IN PSYCHOTIC PATIENTS AND SERIOUS PERSONALITY DISORDERS

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad de las intervenciones familiares que tienen lugar en una Unidad de Hospitalización Parcial, en pacientes psicóticos en un primer episodio y pacientes con un trastorno de la personalidad, cuyos síntomas son particularmente graves o dan lugar a un notable deterioro de la actividad social o laboral. Además se describe el marco conceptual en que se desenvuelve el tratamiento, los objetivos que se pretenden, así como los procedimientos de la intervención, evaluándose finalmente los resultados al alta en aspectos concretos del tratamiento como relaciones con la familia y con personas ajenas a la misma, asunción y toma de la medicación, actitud frente a la enfermedad o frente al futuro, y actividades de la vida diaria.

Palabras clave: Efectividad. Terapia familiar. Evaluación de programas

ABSTRACT

The objective of this work is to evaluate the effectiveness of the family interventions that they take place in an Unit of Partial Hospitalization, in Psychotic patient in a first episode and patient with Personality Disorders whose symptoms are particularly serious or they give place to a notable deterioration of the social or labor activity. In addition one describes the conceptual frame in which the treatment develops, the objectives that are tried, as well as the procedures of the intervention, evaluating itself finally the results to the discharge in concrete aspects of the treatment like relations with the family and other people's to the same one, assumption and takes the medication, attitude as opposed to the disease or as opposed to the future, and activities of the daily life.

Key words: Effectiveness. Family Therapy. Evaluation of Programs



■ INTRODUCCIÓN

Son numerosos los estudios sobre intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos.

Algunos de estos estudios han sido realizados con la finalidad de conocer qué es lo realmente efectivo en el tratamiento de estos pacientes y en la prevención de posibles recaídas. Uno de los más recientes es el propuesto por Vallina y Lemos (1), en el que se recogen, a partir de los datos acumulados _ particularmente los realizados en la década de los 90 _ las características de dichas intervenciones que hacen que las mismas resulten eficaces.

La carga (*burden*) de las familias (2), que son el mayor soporte del enfermo, y la búsqueda por parte de los profesionales de la mayor eficiencia en los tratamientos, ha llevado a la utilización de programas de intervención familiar, que permiten, por un lado la mejora de las relaciones del paciente con la familia y por otro, encontrar la formula para rentabilizar las intervenciones, economizando recursos y sobre todo tiempo.

Por otro lado, la satisfacción percibida tanto por los usuarios de los recursos de salud como por los familiares de los mismos se constituye en un indicador importante de la calidad asistencial que nos permite regular las interacciones del sistema constituido por los pacientes, sus familias y los profesionales sanitarios (3).

En nuestro país, Baca estudió la necesidad de plantear indicadores de satisfacción de los servicios sanitarios, que se refieran a aspectos externos a la propia situación de la terapia pero relacionados de manera importante con ésta (la disponibilidad del terapeuta, la accesibilidad del servicio...) y a otros aspectos como las expectativas del paciente y la familia en el tratamiento (4).

■ OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es evaluar la mejoría percibida por pacientes y familias, tras un programa psicoeducativo de intervención familiar en pacientes ingresados en régimen de hospitalización parcial.

■ MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un programa de intervención familiar en una muestra seleccionada al azar de 49 pacientes diagnosticados según criterios de la CIE-10, incluidos en las categorías de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno con ideas delirantes (F20-F29), trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F69), y trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias (F10-F19).

Dicho programa se enmarca en un modelo de intervención terapéutica de corte psicoeducativo. Las características del mismo, compartidas con otros modelos psicoeducativos como el de Lam o Vallina (1), son los siguientes: por un lado se basa

en una visión no estigmatizante de la enfermedad mental, haciendo un análisis de los problemas que el paciente trae a la consulta centrado en el presente, de tal manera que permite tanto a la familia como al propio paciente buscar soluciones concretas a problemas concretos de la vida diaria y que tienen que ver básicamente con el afrontamiento de conflictos familiares y sociales o con problemas derivados del manejo de la propia enfermedad. Usa conceptos de la terapia estructural y sistémica (5)(6), o de otros modelos teóricos como el cognitivismo (7) y proporciona soporte terapéutico tanto a la familia como al propio paciente, permitiendo generalizar los aprendizajes a la vida diaria.

Este programa consta de:

- Tres intervenciones previas al inicio del tratamiento, a las que asisten conjuntamente familiares y paciente. En ellas se recoge información, se prepara al paciente para el trabajo en grupo, y se ajustan las expectativas, formulándose los objetivos, tanto del paciente como de la familia respecto del tratamiento.
- Una media de 6 intervenciones familiares durante el tratamiento, a las que asisten conjuntamente familiares y paciente. Se trabajan los objetivos ajustados en las sesiones previas.
- Intervenciones individuales, a las que asiste exclusivamente el paciente, habitualmente orientadas al manejo de la medicación.

En relación a los objetivos, unos están destinados exclusivamente para el paciente, otros para la familia, y otros son comunes para ambos; son los siguientes:

1. Conocimiento y conciencia de enfermedad
2. Ajuste de expectativas no realistas acerca del tratamiento
3. Mejorar la comunicación
4. Disminuir la vulnerabilidad del paciente tanto a estímulos internos como externos.
5. Prevenir recaídas.
6. Disminución de la emoción expresada y la reactividad emocional, identificando y corrigiendo los componentes de la misma .
7. Identificar las necesidades del paciente y la familia y aprender a planificar cómo satisfacerlas.
8. Aumentar el nivel de funcionamiento del paciente, desarrollando habilidades y estrategias conductuales específicas en relación con la enfermedad.
9. Devolver su papel como miembro activo al paciente, posibilitando su reubicación dentro del sistema familia.

Las técnicas utilizadas en las mismas derivan de la terapia familiar o el cognitivismo como resolución de problemas, reestructuraciones, externalizaciones intervenciones estructurales en sesión, intervenciones metafóricas o paradójicas, búsqueda de nuevas soluciones eficaces, uso de preguntas circulares, rituales, tareas de generalización, uso del códigos comunes o proyección de futuro.



Otro grupo de técnicas proceden del conductismo, como concreción de objetivos, cuantificaciones o reforzamientos.

El programa se lleva a cabo en co-terapia entre el psicólogo y el psiquiatra del hospital, en sesiones quincenales de 45 minutos.

Al final del tratamiento, se realiza un cuestionario que evalúa la situación de los pacientes al alta, desde la doble perspectiva del propio paciente y de los familiares con los que convive. Dicho cuestionario, elaborado por el equipo terapéutico, es voluntario, anónimo y auto-aplicado, y se haya en periodo de validación. Se cumplimenta por el paciente y la familia independientemente, y remitidos por correo postal, cuando aquel ha sido dado de alta. Este tipo de encuestas (8) se han venido imponiendo de manera rutinaria para valorar la calidad asistencial y los resultados de los tratamientos desde tiempos atrás, y han sido estudiadas para poder decidir sobre su validez y utilidad en el análisis sobre calidad de los servicios de salud.

El número total de cuestionarios analizados es de 38 de los pacientes, y 37 de las familias, ya que una de estas últimas no llega a contestar.

Los ítems que se analizan son los siguientes:

- Las relaciones del paciente con la familia
- La comunicación entre ambos.
- El conocimiento que tienen sobre su enfermedad
- Importancia que concede a la medicación.
- Su participación en las actividades de la vida diaria
- Su relación con personas ajenas a la familia.
- La toma de su medicación.
- Su actitud personal frente al futuro.

Cada uno de estos ítems se puntúa en una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos (mucho, bastante, algo, nada).

■ RESULTADOS

Los resultados obtenidos en las distintas variables analizadas en este estudio nos hablan de una clara mejoría en los pacientes que participan de este programa de intervención familiar.

Una de dichas variables es la relación del paciente con la familia (Tabla 1), que es mejor que antes del tratamiento en un 74% de los casos según los pacientes y en lo cual coinciden con la percepción subjetiva de mejoría también los pacientes (73% mejor que antes)

Tabla I. Grado de mejoría en las relaciones familiares

	Pacientes		Familias	
Mejor que antes	28	74%	27	73%
Igual de buena	5	13%	7	19%
Igual de mala	3	8%	3	8%
Peor que antes	2	5%	0	0
Totales	38	100%	37	100

Un aspecto parcial de esta relación es la comunicación con la familia, (Tabla 2) que se analiza por separado, y cuyos resultados nos hablan de una mejoría psicopatológica también, puesto que todos los pacientes de este estudio padecen algún tipo de psicosis o de trastorno grave de la personalidad, lo que conlleva dificultades en la comunicación con el entorno; La comunicación con la familia es mejor que antes en el 74% de los casos, según la percepción de los pacientes y en el 65%, según la percepción de los familiares. Esta doble perspectiva, de los pacientes por un lado y de los familiares por otro, contribuye a ofrecernos un indicador más fiable de calidad asistencial (Indicador de resultados: satisfacción percibida).

Tabla II . Comunicación con la familia

	Pacientes		Familias	
Mejor que antes	28	74%	24	65%
Igual de buena	5	13%	10	27%
Igual de mala	2	5%	3	8%
Peor que antes	3	8%	0	0
Totales	38	100%	37	100

La mejoría en las relaciones se generaliza también a otros contextos además del familiar, y así encontramos que el 61% de los pacientes consideran sus relación con personas ajenas a la familia «Mejor que antes del tratamiento», mientras que esta mejoría también la perciben las familias en un 51% (Tabla 3).

Tabla III. Grado de mejora en las relaciones con peronas ajenas a la familia

	Pacientes		Familias	
Mejor que antes	23	61%	19	51%
Igual de buena	8	20%	10	27%
Igual de mala	6	16%	6	16%
Peor que antes	1	3%	2	6%
Totales	38	100%	37	100



En relación con la importancia que el paciente concede a la medicación tras el programa de intervención familiar es «mucho» al final del mismo, en el 29% de los casos, aunque este porcentaje disminuye hasta el 19% en el caso de las familias (Tabla 4). Es posible que esta importancia relativa que tanto unos como otros conceden a la medicación quede reflejada también en las cifras sobre cómo toma actualmente dicha medicación «mejor que antes» en el 42% de los casos según el paciente y en el 40% según los familiares (Tabla 5).

Tabla IV. Importancia que concede a la medicación

	Pacientes		Familias	
Mucha	11	29%	7	19%
Bastante	12	32%	18	49%
Algo	8	21%	9	24%
Nada	7	18%	3	8%
Totales	38	100%	37	100

Tabla V. Toma actual de la medicación

	Pacientes		Familias	
Mejor que antes	16	42%	15	40%
Igual de bien	19	50%	21	57%
Igual de mal	2	5%	0	0%
Peor que antes	1	3%	1	3%
Totales	38	100%	37	100

La tabla 6 refleja que la intervención realizada provoca cambios en el conocimiento de la enfermedad ya que los pacientes que dicen haber avanzado «Mucho o bastante» en el 69% de los casos y en el 68% de los familiares y en cierto modo también estos cambios permiten un cierto avance hacia el futuro: el 21% de los pacientes dicen haber avanzado «Mucho», frente al 8% de las familias que dicen haber avanzado mucho.

Tabla VI. Avance en el conocimiento de la enfermedad

	Pacientes		Familias	
Mucha	6	16%	11	30%
Bastante	20	53%	14	38%
Algo	7	18%	10	27%
Nada	5	13%	2	5%
Totales	38	100%	37	100%

Finalmente, en la tabla 7 se indican los resultados obtenidos en el ítem «Colaboración en las actividades de la vida diaria». El 53% de los pacientes dicen colaborar más y mejor que antes del programa de intervención, frente al 52% de las familias que reconocen esta mejoría.

Tabla VII. Colaboración en las actividades de la vida diaria

	Pacientes		Familias	
Mejor que antes	20	53%	19	52%
Igual de bien	8	21%	7	19%
Igual de mal	9	23%	9	24%
Peor que antes	1	2%	2	5%
Totales	38	100%	37	100%

En la tabla 8 observamos la valoración de pacientes y familiares en cuanto a los avances que su actitud frente al futuro ha sufrido tras el programa de intervención familiar.

Tabla VIII . Avances en la actitud frente al futuro

	Pacientes		Familias	
Mucho	8	21%	3	8%
Bastante	12	32%	9	24%
Algo	13	34%	19	52%
Nada	5	13%	6	16%
Totales	38	100%	37	100%

■ DISCUSIÓN

Este programa de intervención familiar se enmarca en un modelo de intervención terapéutica de corte psicoeducativo, con componentes cognitivo-conductuales y es idiosincrático del hospital de día como régimen de hospitalización parcial. Comparte con otros modelos psicoeducativos elementos comunes que diversos autores han considerado válidos para lograr eficacia terapéutica; entre estos, una *visión* no negativa de la enfermedad mental, lo que implica una relación de trabajo conjunta con las familias, evitando culpabilizarlas y enseñándoles las mejores maneras de abordar todos los problemas, respetando sus propias necesidades individuales y sus propios recursos a la vez que se les reconoce la sobrecarga familiar por tener un miembro enfermo.

Se utilizan conceptos que proceden de la terapia familiar (estructural y sistémica) como «límites interpersonales e intergeneracionales», a visión de la familia como un «sistema», el apoyo al subsistema parental frente a otros subsistemas y la promoción de la separación e independencia de los hijos ;Pero también utiliza conceptos procedentes de otras líneas terapéuticas como la modificación de conducta y el cognitivism.



Se trabaja con los problemas y con el estrés concreto que encaran las familias analizando las relaciones mutuas e identificando sus estilos individuales de afrontamiento.

Este programa de intervención proporciona *estructuración y estabilidad* tanto a la familia como al paciente al mantener contactos regulares con ellos que conocen con antelación lo que les proporciona un soporte para superar el descontrol y la imprevisibilidad generados por la enfermedad: Esto posibilita, como dice Vallina (4) un modelo a imitar por la familia y el paciente para la contención de su angustia.

El uso de un formato de resolución de problemas centrado en la sesión clínica, permite evaluar los recursos y las necesidades de la familia, estableciendo objetivos realistas, enseñando a establecer prioridades y asignando tareas entre sesiones para realizar en casa con revisiones en la siguiente entrevista.

Durante el tratamiento, se reubica al paciente como miembro activo del sistema familiar y le devuelve su papel en la familia tras la crisis, a la vez que posibilita que la familia tenga un modelo que dé sentido a las conductas y sentimientos del paciente y a las suyas propias, y les ayuda a disponer de mejores recursos de afrontamiento.

Supone un procedimiento de aprendizaje de comunicación entre el paciente y su familia, solicitando los cambios que el paciente puede realizar, identificando de un modo simple, claro y específico los objetivos de cambio, que se realizan por medio de ensayos en la sesión, modelado, *feed-back* y generalización a la vida diaria.

Otros programas de tratamiento, como el modelo psicoeducativo de Anderson, la intervención socio-familiar de Leff o la terapia familiar conductual tienen características similares al programa de intervención familiar de hospital de día.

Las limitaciones que, necesariamente, hemos de considerar a la hora de valorar los datos de este estudio, tienen que ver con varios aspectos: por un lado el reducido número de pacientes del mismo, lo que hace que los datos no puedan ser generalizables a otros contextos externos a la propia estructura de hospital de día. Por otro lado la coexistencia de otras variables que no han sido controladas, aunque sí tenidas en cuenta en nuestros resultados, como el tratamiento farmacológico, y cuyo control (de su ausencia) ha sido imposible por motivos éticos obvios. Además, no se han realizado estudios de cómo se mantienen los logros en el futuro.

Otra variable que podría condicionar resultados tan espectaculares puede ser la propia satisfacción percibida, sobre todo en el caso de las familias, dado que al realizar el cuestionario al alta el agradecimiento por el bienestar de su familiar puede amplificar los datos.

A pesar de ello, los resultados obtenidos en las distintas variables analizadas en este estudio nos hablan de una clara mejoría en los pacientes que participan de este programa sin diferencias significativas entre lo que percibe la familia y lo que percibe el propio usuario: en esto, difieren nuestros resultados de los de otros autores como López y Muñoz (9). Una de estas variables es la relación del paciente con la familia, la

cual es mejor que antes del tratamiento en un 74% de los casos según los pacientes y en lo que coinciden con la percepción subjetiva de mejoría también los pacientes (73% mejor que antes). Un aspecto parcial de esta relación es la comunicación con la familia, que se analiza por separado, y cuyos resultados nos hablan de una mejoría psicopatológica, puesto que todos los pacientes de este estudio padecen algún tipo de psicosis o de trastorno grave de la personalidad, lo que conlleva, entre otros síntomas, graves dificultades en la comunicación del paciente con su entorno; La comunicación con la familia es mejor que antes en el 74% de los casos, según la percepción de los pacientes y en el 65%, según la percepción de los familiares. Esta doble perspectiva, de los pacientes por un lado y de los familiares por otro, contribuye a ofrecernos un indicador de calidad asistencial (indicador de resultados) que es la satisfacción percibida, objeto de trabajos como los de Fitzpatrick en 1991 (10) o Mateo Sancho en 1988 en nuestro país (11).

La mejoría en las relaciones con los demás se generaliza también a otros contextos además del familiar, y así encontramos que el 61% de los pacientes consideran sus relaciones con personas ajenas a la familia «Mejor que antes del tratamiento»; mientras que esta mejoría también la perciben las familias en un 51%.

En relación con la importancia que el paciente concede a la medicación tras el Programa de intervención familiar es «mucho» al final del mismo, en el 29% de los casos, aunque este porcentaje disminuye hasta el 19% en el caso de las familias. Es posible que esta importancia relativa que tanto unos como otros conceden a la medicación quede reflejada también en las cifras sobre cómo toma actualmente dicha medicación «mejor que antes» en el 42% de los casos según el paciente y en el 40% según los familiares.

La intervención realizada provoca cambios en el conocimiento de la enfermedad ya que los pacientes que dicen haber avanzado «Mucho o bastante» en el 69% de los casos y en el 68% de los familiares y en cierto modo también estos cambios permiten un cierto avance hacia el futuro: el 21% de los pacientes dicen haber avanzado «Mucho», frente al 8% de las familias que corroboran este avance.

En relación con los resultados obtenidos en el ítem «Colaboración en las actividades de la vida diaria», hemos de destacar que la mejoría percibida en la relación con la familia tiene repercusiones en el ámbito concreto de la colaboración en tareas domésticas: El 53% de los pacientes dicen colaborar más y mejor que antes del programa de intervención, frente al 52% de las familias.

Finalmente, futuros trabajos podrán tener en cuenta la inclusión de un grupo control y así poder realizar un estudio comparativo de los resultados con un mayor desarrollo estadístico. El cuestionario podría ser aplicado a un grupo que no haya seguido dicho programa de intervención familiar. También podría ser de interés la reevaluación del grupo que ha seguido dicho programa, con el mismo cuestionario, tiempo después.

■ CONCLUSIONES

1. Los pacientes con trastornos psicóticos y graves de la personalidad que participan en programas psicoeducativos junto con sus familiares durante su Hospitalización parcial en el hospital de día mejoran su comunicación con la familia.
2. La mayoría mejoran su relación con ella.
3. Mejoran también su relación con personas ajenas a la familia.
4. Los pacientes que participan en programas psicoeducativos familiares, logran mayoritariamente un mayor conocimiento de la enfermedad, así como una mayor adherencia al tratamiento, representado en el hecho de que toman la medicación mejor que antes, concediéndole más importancia que antes (Bastante o mucha)
5. Los pacientes que participan en los programas psicoeducativos mencionados, colaboran más que antes en las actividades de la vida diaria familiar.
6. Estos pacientes presentan, en su mayoría, una actitud más positiva frente al futuro.
7. Tanto los pacientes como las familias valoran como positivos los cambios que se producen tras el programa de intervención familiar en las distintas variables estudiada.

■ APÉNDICE

Escala de satisfacción de pacientes

1. Al final del tratamiento en este Hospital sus relaciones familiares son:

3. Mejor que antes 2. Igual de buenas que antes 1. Igual de malas que antes 0. Peor que antes

2. Al final del tratamiento su comunicación con la familia es:

3. Mejor que antes 2. Igual de buena que antes 1. Igual de mala que antes 0. Peor que antes

3. Su participación en las tareas Domésticas:

3. Ha aumentado 2. Es igual de buena que antes 1. Es igual de escasa que antes 0. Ha disminuido

4. Su relación con personas ajenas a la familia:

3. Ha mejorado 2. Es igual de buena que antes 1. Es igual de mala que antes 0. Ha empeorado

5. En su actitud personal frente al futuro (Trabajo, estudio independencia económica...) ha avanzado:

3. Mucho 2. Bastante 1. Algo 0. Nada

6. En Relación con el conocimiento de la enfermedad, ha avanzado,

3. Mucho 2. Bastante 1. Algo 0. Nada

7. En relación con la importancia que usted concede actualmente a la medicación, ha avanzado:

3. Mucho 2. Bastante 1. Algo 0. Nada

8. ¿Cómo toma ahora la medicación?:

3. Mejor que antes 2. Igual de bien que antes 1. Igual de mal que antes 0. Peor que antes

9. COMENTARIOS. SUGERENCIAS. OBSERVACIONES:

Escala de satisfacción de familias

-
1. Al final del tratamiento en éste Hospital, las relaciones del paciente con la familia son:
3. Mejor que antes 2. Igual de buenas que antes 1. Igual de malas que antes 0. Peor que antes
-
2. Al final del tratamiento la comunicación del paciente con la familia es:
3. Mejor que antes 2. Igual de buena que antes 1. Igual de mala que antes 0. Peor que antes
-
3. Su participación en las tareas domésticas:
3. Ha aumentado 2. Es igual de buena que antes 1. Es igual de escasa que antes 0. Ha disminuido
-
4. Su relación con personas ajenas a la familia:
3. Ha mejorado 2. Es igual de buena que antes 1. Es igual de escasa que antes 0. Ha empeorado
-
5. En su actitud personal frente al futuro (trabajo, estudio, independencia económica...) ha avanzado:
3. Mucho 2. Bastante 1. Algo 0. Nada
-
6. En relación con el conocimiento de la enfermedad, ha avanzado:
3. Mucho 2. Bastante 1. Algo 0. Nada
-
7. En relación con la importancia que Ud. concede actualmente a la medicación, ha avanzado:
3. Mucho 2. Bastante 1. Algo 0. Nada
-
8. ¿Cómo toma ahora la medicación?
3. Mejor que antes 2. Igual de bien que antes 1. Igual de mal que antes 0. Peor que antes
-
9. COMENTARIOS. SUGERENCIAS. OBSERVACIONES:
-

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Vallina O. y Lemos S.»Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia», *Psicothema* 2001, Vol.13, nº 3, pp 345-364.
2. Linszen, D., Haan, L. and Amesvoort, T. «Early intervention in first-Episode of Psychosis and Schizophrenia: A critical period for patients, families and professionals». *J. Advances in Schizophrenia and Clinical Psychiatry*, Vol. I, Number 1, 2004.
3. Gamo E., Guindeo J, Pascual P, Villalba A. «Grado de satisfacción y mejoría subjetiva en un Centro de Salud mental», *Rev. AEN*, 1994 nº 50, pp. 403-416.
4. Baca Baldomero, E.»Indicadores de efectividad en la evaluación de los Servicios Psiquiátricos», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1991,11, 37, pp. 93-101.
5. Minuchin, S. *Familias y Terapia Familiar*, Barcelona, Ed. Gedisa, 1979.
6. Nardone G. y Watzlawick, P., *El arte del cambio*, Barcelona, Ed. Herder, 1995.
7. Beck , J.S. *Terapia cognitiva*. Barcelona, Ed. Gedisa,2000.
8. Hernando, P., Lechuga, F. y Moya, J.»La satisfacción del paciente de un centro de salud mental utilizando el método del Informe del usuario», *Rev. AEN*, 2003, Vol. XXIII ,nº 58 pp. 137-152.

9. López, A. E. y Muñoz, M. «Estudio descriptivo de la satisfacción de usuarios y familiares con los servicios de rehabilitación psicosocial de la CCAA de Madrid», *Rev. Jano*, 1992, Vol. XLII N° 993, pp. 79-89
10. Fitzpatrick, R. «Surveys of patient satisfaction: Important general considerations», *BMJ*, 1991, n° 302, pp.1129-113.
11. Mateo Sancho, C. «Análisis del grado de satisfacción de la población atendida en el Centro de Salud Huerta de la Reina de Córdoba». *Atención Primaria*, 1988, n° 5, pp. 192-196.

Luz Celia Fernández Martín
Psicólogo Clínico
Hospital de Día Psiquiátrico. Salamanca.
Profesora Asociada. Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca
E-Mail: luzc@usal.es

Clara Fombellida Velasco
Psiquiatra
Hospital de Día Psiquiátrico. Salamanca.
E-Mail: Psiquiatra@chsaludmental.com

Jesús Herrero Sánchez
Profesor Titular Interino del Dep. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Facultad de Psicología, Universidad Salamanca
E-Mail: jherrero@usal.es

Dirección para correspondencia:
Luz Celia Fernández Martín
Psicólogo Clínico
Hospital de Día Psiquiátrico - Consorcio Hospitalario
Pº San Vicente 131
37003 – Salamanca
Tfno.: 923-216206 (Extensión 735)
E-mail: luzc@usal.es

Eva Rivas Cambroneró

ANOREXIA INFANTIL. LA HIPÓTESIS ETIOLÓGICA

CHILDHOOD ANOREXIA. THE ETIOLOGICAL HYPOTHESIS

RESUMEN

Se reflexiona sobre las diferencias entre la anorexia infantil y la de la adolescencia constatando la ausencia de adscripción a ideales estéticos e intención de adelgazar en la anorexia de la infancia para poner de manifiesto el verdadero condicionante de ese síntoma: la confusión entre necesidad, demanda y deseo en la relación materno infantil. Se emite una hipótesis etiológica ilustrada con un caso clínico.

Palabras clave: Anorexia infantil, necesidad, demanda, deseo.

ABSTRACT

We think about differences between childhood and adolescence anorexia to emit an etiological hypothesis. Little children with anorexia have not aesthetic ideals nor intention of becoming thin or slender and this permits looking to the real condition of their symptom: a confusion between need, request and desire in the maternal-child relation. This is illustrated with a case description.

Key words: Childhood anorexia, need, request, desire.

■ INTRODUCCIÓN

Pensar en la anorexia mental es, en principio, evocar el cuadro de una adolescente extremadamente delgada que, sin embargo, insiste en querer adelgazar por sentirse siempre gorda. Pero sucede que en niños prepúberes también encontramos casos de rechazo a la alimentación que llegan a provocar pérdida o no ganancia de peso e incluso retraso del crecimiento propio de estas edades. Esto es aún más preocupante cuando hablamos de niños en la primera infancia.

Así pues, a pesar de que la anorexia mental es un trastorno típicamente de la adolescencia –los epidemiólogos describen dos picos de frecuencia, a los 14 años y medio y a los 18-, existen pacientes que desarrollan anorexia antes de los 10 años, un 8% según autores (1).

La infantil es una anorexia con ciertas particularidades que incluso han hecho plantear si se trata de una anorexia mental de la infancia o se trata de una entidad nosológica diferenciada (2). Para distinguirlas llamaré anorexia infantil a una y anorexia mental al cuadro clásico de la adolescencia. Desde luego la tríada sintomática adelgazamiento-anorexia-amenorrea no tiene sentido en la infancia en donde, en función de la edad del paciente, el retraso en el crecimiento y la frecuente severidad del cuadro son lo más preocupante desde el punto de vista médico.

Hay que distinguir las anorexias al inicio de la pubertad, que aparecen con los primeros signos de ésta pero antes de las primeras reglas (con la consecuente amenorrea primaria) de las verdaderas anorexias prepúberes que se manifiestan antes de cualquier signo de pubertad durante la fase de latencia. Desde la perspectiva médica, las primeras tienen un desarrollo clásico, a menudo con mejor pronóstico, las segundas por el contrario suelen tener un peor pronóstico. Se presentan en un contexto depresivo o en el seno de relaciones madre-niño particularmente patológicas.

■ DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA INFANTIL Y ANOREXIA EN LA ADOLESCENCIA

Las principales particularidades de la anorexia en prepúberes son: una proporción varones/niñas elevada con respecto al trastorno de la adolescencia, el hecho de que los problemas alimentarios están presentes desde la primera infancia, el retraso del crecimiento y la asociación frecuente con estados depresivos.

Además en la anorexia infantil no hemos visto en la casuística la distorsión de la imagen corporal ni el sometimiento a una imagen ideal que se observa en la anorexia mental de comienzo en la pubertad y adolescencia. Estas son las características diferenciales a subrayar para, a partir de ahí, intentar esclarecer los mecanismos de la anorexia adolescente.

En la anorexia infantil es en la que más desenmascarado se muestra el conflicto con el otro materno, presentándose desinvertida de la influencia de la epidemia, la moda o la meta de adelgazar. Es decir, la anorexia infantil queda por fuera de la

epidemia, en la que no se incluyen casos de niños pequeños, y además para estos pacientes su universo lo constituyen solo las figuras de apego por lo que los ideales sociales de la moda y la delgadez todavía no están internalizados. En relación con esto podría estar el hecho de que la proporción de varones afectados es mayor en la anorexia prepuberal. La existencia de un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente supone una gran presión sobre todos los miembros de la población. Cada sujeto tiene un esquema perceptivo-emocional que le dice si se ajusta o no a los patrones de belleza que la sociedad le impone (3). En mayor o menor medida todas las personas intentan adecuarse al modelo establecido, pero parece que determinadas edades y el género femenino parecen incidir en un mayor empuje imaginario hacia la identificación desbordada con los ideales sociales: la influencia que ejerce la cultura de la delgadez sobre la mujer es mayor que la que ejerce sobre el hombre y esto ha centrado la mayor parte de los trabajos de investigación -Maganto y Cruz (4) concluyen que la distorsión y la insatisfacción son una cuestión de género-. Pero la anorexia infantil escapa a esta lógica de ideales impuestos de una imagen corporal y por tanto no hace distinción por sexos, lo cual deja al desnudo la separación conflictiva del otro materno que está en la base de su patología.

¿Qué sucede en el acceso a la pubertad que en algunas niñas provoca el inicio de la anorexia? Es el momento de los cambios en el cuerpo, un cuerpo que devendría siniestro si no fuera porque la sexualidad naciente hace que se subjetivicen los cambios corporales, conteniéndose y atenuándose lo inquietante de la transformación en la experiencia de búsqueda de la belleza corporal (5). Pero en la anoréxica esta experiencia de lo siniestro no ha podido ser metabolizada y se impone como fenómeno de primer plano en la clínica -rechazo de las curvas, de las formas femeninas, horror a engordar, vértigo hacia la delgadez sin formas-. ¿Cuál es la clave de esta vía diferencial que sigue la anoréxica en la pubertad? Probablemente la problemática de su constitución como sujeto deseante, lo que nos llevaría a explorar que sucedió en el Edipo de estos sujetos (6).

Pero volvamos a la anorexia infantil: en los sujetos durante la edad de latencia o en la infantil se trata de una problemática muy anterior a todo esto: la anomalía en el vínculo con el primer objeto libidinal (la madre) y la problemática en las operaciones de alienación y separación se instaura en estadios más precoces, anteriores al complejo de Edipo y a las identificaciones imaginarias, encontrándose que no es por vía de los cambios en la imagen corporal que se desencadena el rechazo a la alimentación.

Las dos operaciones fundamentales que define Lacan para la causación del sujeto están concernidas. Estas dos operaciones fundamentales para que el organismo humano que ha nacido a la vida devenga sujeto (sujeto de discurso, de deseo, de destino propio) son la alienación y la separación. La alienación nombra la relación del sujeto con el Otro de la demanda, con la cadena significante, es decir es la operación subjetiva por la que todos nos adscribimos a la estructura cultural, a la ley,

a la estructura de lenguaje que nos precede al nacer, que está previamente a nosotros, y a la que nos alienamos. La separación define la relación del sujeto con el Otro del deseo: el sujeto debe operar con su propia falta para separarse del Otro y poder maniobrar con su propio deseo, dejando el lugar de ser el objeto de deseo del Otro (pasar de objeto a sujeto). El llamado estrago materno es responsable de un obstáculo que se erige frente a la separación y que es característico de la anorexia-bulimia (6) y esto se da tanto en adolescentes como en niños.

Actualmente en la atención institucional especializada a la anorexia infantil se comienzan a utilizar como marco de referencia los trabajos del grupo norteamericano de Irene Chatoor cuya clasificación es probable que sea adoptada en próximos DSM. Ellos distinguen:

- 1) Trastornos alimentarios de «homeostasis», de inicio en el recién nacido.
- 2) Trastorno alimentario del vínculo: se desarrolla entre los dos y los ocho meses de edad, descrito previamente como síndrome de deprivación materna, por depresión o psicopatología severa materna que lleva a incapacidad emocional y negligencia con el bebé.
- 3) Anorexia infantil, que se presenta durante la transición a la cuchara o a la alimentación autónoma, entre los seis meses y los tres años de edad.
- 4) Trastorno de alimentación postraumático: rechazo de la alimentación (como en la anorexia infantil) pero secundario a experiencia traumática en el tracto orofaríngeo.

Por último describen una categoría de «niños que comen caprichosamente», «comedores selectivos» o «picky eaters» en los que no existe malnutrición pero que comparten con la anorexia infantil el rechazo a la comida, la preocupación de los padres y la interacción conflictiva madre-hijo durante la alimentación.

Chatoor (2, 7) conceptualiza la anorexia infantil como un trastorno relacional que comienza cuando la interacción durante la alimentación es «altamente conflictiva» y esto altera la transición a la alimentación autónoma.

Distintos autores y escuelas psicoanalíticas han señalado el síntoma anoréxico como efecto de ciertas interferencias o alteraciones en el proceso de individuación-separación. Meyer y Weinroth confieren al síntoma la finalidad de responder a fallos de orden psicótico de la organización del yo por la tentativa de restablecer la unidad madre-niño. Jeammet señala la importancia del conflicto dependencia-autonomía y la vulnerabilidad fundamental de estos sujetos. En otros trabajos (Gero, Hudson...) se aprecia la conducta anoréxica como el trabajo psíquico necesario para elaborar la pérdida o la separación del objeto (1).

■ HIPÓTESIS ETIOLÓGICA

En la infancia se hace más patente que en ninguna otra edad la explicación etiológica que Lacan propone para la anorexia señalando la diferencia entre necesidad demanda y deseo: en el hombre, a diferencia del mundo animal la relación con el entorno está mediada por el lenguaje cuyas leyes modifican el campo de las necesidades en su totalidad: ni el acto de comer, ni la comida como objeto conservan rastro alguno de su condición natural sino que están transformadas por el efecto del lenguaje y de la norma social que organiza la conducta alimentaria (preferencias, deseos, horarios, gastronomía...)

En la anorexia la madre confundiría la demanda del niño como si se tratase simplemente de satisfacer la necesidad, cuando, precisamente, la oralidad es la primera fuente de satisfacción del niño y según la máxima freudiana el deseo tiene una connotación sexual reprimida que subyace en cada una de nuestras actividades.

El lenguaje, y por tanto la demanda introducen un modo de falta, absolutamente distinta de la que funciona en el campo de la necesidad: la necesidad es una señal de alarma para la subsistencia del organismo: si algo le falta, por ejemplo el alimento en el hambre, existe el objeto que, cuando se obtiene, satisface completamente la necesidad. Pero la falta que introduce en el niño el hecho de que sus necesidades se han de vehicular por el lenguaje (la demanda) es radicalmente diferente, es lo que Lacan llama la carencia en ser. La falta en ser es el resultado del efecto del lenguaje sobre el organismo viviente que queda transformado en un sujeto hablante a costa de haber perdido para siempre su ser natural o instintivo.

Así el ser parlante, para intentar sobrevivir tanto en el mundo natural como en la relación subjetiva con el Otro y el entorno simbólico hace uso del lenguaje bajo la forma de la demanda, pero con la limitación de que no existe objeto alguno que pueda colmar la falta en ser, y que esa falta permanece dando lugar al deseo, motor de la vida del sujeto.

El niño entra en el mundo de la demanda con sus primeros llantos, que son recibidos por la madre como una demanda: algo le pide, pero será ella quien tenga que codificar ese «algo» en términos de lenguaje: la madre interpreta esa demanda dándole un significado: -llora porque tiene sueño..., o porque tiene hambre...o porque algo *necesita*...-. De esta forma las necesidades del niño pasan a ser demandas al hacerlas pasar el Otro (la madre) por el *desfiladero del significante* y así dependerán de la interpretación que el Otro haga de ellas. Pero la madre responde en función de su propia subjetividad de modo que aquellas madres que no toleran la más mínima seña de que algo falta intentan por todos los medios llenarla con objetos que sí tienen (alimentos, juguetes, caprichos...), pero el objeto que no pueden ofrecer es aquel que llena la falta en ser, ese objeto al que no tienen acceso porque afortunadamente no existe, lo cual permite que se puedan ir deseando objetos sustitutivos que nunca llenarán la falta y por tanto nunca apagarán el deseo. Lacan en «La dirección

de la cura» (8: pag 259) escribe: «[...Lo que al Otro (la madre) se le pide dar es precisamente lo que no tiene, puesto que a ella también le falta el ser, es lo que se llama amor...]» . El amor es, pues, el signo de la falta en el Otro.

El conflicto que estalla en la relación de nutrición lleva implícito el malentendido con el Otro: a la demanda de ser nutrido la desborda un deseo y, precisamente para que no se extinga, el sujeto no se deja nutrir..., se niega a desaparecer como deseo (5). Para Lacan la extinción o el aplastamiento de la demanda en la satisfacción no podría producirse sin matar el deseo, siendo de ahí de donde parte la negativa a dejarse nutrir, la anorexia. El deseo es la función fundamental en la estructuración del psiquismo, es el motor de la vida. Porque hay falta hay deseo: se desea lo que no se tiene. Además existe una condición para que el niño pueda introducirse en la dialéctica del deseo: el que al Otro también le falte algo, es necesario que la madre desee y que su deseo no se agote en el niño. El amor debería ser la prueba de la falta del lado del Otro, sería algo como decir: «hijo, yo tampoco tengo eso que me pides, sin embargo te ofrezco cualquier cosa como signo de mi amor» (9: pag.10) . El amor es entonces la prueba de que el Otro está afectado por la imposibilidad, pero que a partir de su falta puede, no obstante, utilizar un nuevo recurso consistente en ofrecer su propia carencia – de hecho sólo nos sentimos amados por aquel que nos transmite que somos lo que le falta -. Sin embargo, la madre del niño anoréxico, en palabras de Lacan (8: pag259) «... en lugar de lo que no tiene, le atiborra con la papilla asfixiante de lo que tiene, es decir, confunde sus cuidados con el don de su amor». La madre en este caso sólo quiere que el niño coma, sustituye su amor por los cuidados y los alimentos: reduce la demanda a la necesidad y así aplasta el deseo.

La anorexia sería entonces el preferir nada para comer: la forma que el niño tiene para preservar el deseo y continuar siendo deseante. El rechazo, la negativa del anoréxico a comer es un posicionamiento tajante del lado del deseo. Pero también es un error de la estrategia del sujeto para abrir el campo del deseo en el Otro y en él mismo.

En la demanda infantil a menudo podemos observar que si le damos a un niño lo que pide, inmediatamente quiere otra cosa y relanza una nueva demanda, ocurre entonces que cuanto más se le satisface, más caprichoso se vuelve hasta incluso reaccionar con rabietas. Esta demanda insaciable no es fácil de tolerar y lo habitual es que la madre reaccione tratando de acallarla y ofreciendo al niño un objeto: comida, el pecho, el biberón, el chupete... de forma que por un momento se calla, se le cierra la boca con algo para que se duerma y «será en el sueño infantil donde renazca el deseo haciendo surgir objetos que no tienen que ver con la necesidad». (9: pag. 11)

El atiborrar para borrar la falta a través del exceso es contrario al funcionamiento del deseo. Quizá es por esto que la anorexia únicamente existe en los países desarrollados en los que la comida no sólo no falta sino que pareciera que está a nuestro alcance en abundancia con solo alargar la mano. La anorexia constituye así un efecto de goce de la sociedad industrial de consumo. El deseo, en este escenario corre el

riesgo de debilitarse, pues intuitivamente se entiende que lo que lo provoca es la ausencia del objeto y lo que lo adormece es la satisfacción inmediata. Si la madre se sitúa en la función única de ser fuente de satisfacción de las necesidades del niño está corriendo el riesgo de no cumplir la imprescindible alternancia de presencia-ausencia para ser una «madre suficientemente buena», que es la que, además de cuidar de que las necesidades vitales estén cubiertas, deja lugar al deseo sabiendo faltar y mostrando su incompletud. Si esto no se desarrolla así será el niño el que de forma fallida intentará preservarse como deseante a través de negarse a la satisfacción por parte de la madre de su propia necesidad vital. De esta manera exige que la madre desee otra cosa más allá de él mismo. Y esto es fundamental en el desarrollo del sujeto: hacer la experiencia de que el deseo de la madre no se dirige únicamente a él: hasta que el deseo de la madre no se libera de su fijación al niño, éste no puede encontrar la vía de su propio deseo (9).

Se trata pues del proceso de separación donde el sujeto, inicialmente alienado al deseo de la madre, habrá de resolver su vía particular hacia la individuación. La anorexia sería el intento de un sujeto de separación del Otro, siendo capaz incluso de sacrificar sus intereses más fundamentales hasta el punto de poner en riesgo su vida.

La anorexia sería entonces un intento patológico de separación y a la vez una demostración de fuerza en la que el niño invierte la relación de dependencia: es el sujeto anoréxico el que mantiene al otro a merced de las manifestaciones de su capricho, a merced de su omnipotencia (10).

■ COMENTARIO A UN CASO DE ANOREXIA INFANTIL

Freud, al final de su obra (11), subraya la importancia, que dice haber subestimado, de la relación precoz madre-hija. En el caso que relato trataré de mostrar dos premisas: 1ª) que la relación madre-niño está situada desde el inicio en el campo de lo simbólico, y, consecuencia de lo anterior 2ª) cómo un síntoma presentado por una niña pequeña está condicionado por los fantasmas de la madre. Queda la pregunta en cuanto a la medida en que esto ilustra un caso de estrago materno.

En el seminario V (12) Lacan señala que la relación con el Otro primordial que es la madre viene a sustituir a «la economía de las gratificaciones, de los cuidados, de las fijaciones, de las agresiones» y centrar el destino del sujeto en la «dependencia primordial del sujeto respecto al deseo del Otro». A medida que se desarrolla la historia del sujeto se inscribe esto en su estructura. Son los avatares de la constitución del deseo del sujeto, que está sometido a la ley del deseo del Otro. Beatriz, es el nombre ficticio que daré a mi paciente, no puede escapar, pues, al empuje del deseo de su madre de alimentarla, marcado a su vez por su propia historia, y quizás por el estrago producido en ella misma.

La pediatra me envió esta niñita de 2 años al Centro de Salud Mental por «trastornos de la alimentación con repercusión familiar».



Los padres informan de que la comida es una lucha: insultos, patadas de la niña, siempre tensión. Ya desde los primeros días de vida, fue malísima para comer. La madre le dio pecho solo 10 días, luego le «ayudaba» con biberones. Cada toma era un berrinche. La madre refiere que lo ha llevado muy mal y que ella misma se ha puesto en tratamiento psiquiátrico. La niña nunca ha pedido comida, no se lleva nada a la boca, tienen que forzarla siempre, sujetarla para inmovilizarla y obligarla a comer. Luego vomita. El padre huye habitualmente de esa escena por no soportarla, la madre se queja de esa falta de apoyo con total delegación por parte del marido de la cuestión de la comida de Beatriz. Informan además de que la niña en la guardería come bien, pero en casa nunca.

La madre explica: «Yo he sido muy comilona, el padre también, me está costando mucho, no me da satisfacciones, digo burradas, a veces me arrepiento de haberla tenido».

Se trata de una niña concebida por fecundación in vitro después de largos tratamientos: 2 años con psicosexólogos y 6 en tratamientos de fertilización. Él tiene 44 años y es ingeniero, ella 40, puericultora, dejó de trabajar desde que tuvo a la niña.

Al final de la primera entrevista la madre cuenta un sueño de angustia que tenía desde soltera y que se repitió durante años: «soñaba que tenía una criatura y que se me olvidaba darle de comer»

Tomo este enunciado como una demanda y decido citar a la madre. En la siguiente entrevista reitera refiriéndose a la dificultad de alimentar a su hija: «nada más pensar que le tocaba la siguiente toma me producía ansiedad, mi marido desaparecía». Menciona de nuevo el sueño y explica: «siempre había querido tener una niña porque mi madre se murió joven, con 42 años. Yo tenía 22 y tuve que ser madre de mi hermano, dos años mayor que yo». A los 15 meses de morir la madre se suicidó el padre ahorcándose en la casa, el hermano inició entonces un consumo abusivo y autodestructivo de alcohol durante años y también se intenta suicidar varias veces hasta que fallece 3 meses antes de la entrevista debido a las secuelas físicas de su dependencia etílica. Todos estos años, tras la muerte del padre ella se ocupa del hermano, además de estudiar, terminar su carrera, iniciar la relación con el que llegará a ser su marido y preservarla a pesar de las incursiones de su hermano en la vida de ambos. Previamente se había ocupado de la larga enfermedad de la madre, motivo por el que no pudo estudiar sino una carrera que hubiera cerca del pueblo de Extremadura donde vivían. El hermano sin embargo fue a estudiar lo que quiso en la capital universitaria. Ella ha sido la fuerte, la que nunca se derrumbaba, pero se ha hundido con el problema de alimentación de su hija. Señalo: es ahí donde no ha respondido al imperativo de alimentarla que tiene desde soltera y que se anticipaba en sus pesadillas.

Tras este señalamiento, a la entrevista siguiente la madre acude diciendo que la niña come mejor, que se sienta a la mesa con ellos y que lo prueba todo, que ella respeta sus cantidades, que son pequeñas, sin forzarla a más y que va aceptando que si ha merendado bien no quiera cenar, sin que esto le produzca la ansiedad de antes.

Despliega de nuevo otra parte de su historia: desde los 11 años ella fue más responsable que su hermano, estudiaba para no perder la beca, le hacía los ejercicios de rehabilitación a su madre cuando calló enferma en silla de ruedas, ocultaba los fallos de su hermano para no disgustar a la familia: si había suspendido, si había perdido la beca, los gastos que hacía y las noches sin regresar a casa cuando ya vinieron los dos hermanos a la capital a vivir con la abuela una vez muertos los padres. De noche le preparaba al hermano la comida para el día siguiente y se quedaba despierta hasta que regresaba por la noche para calentarle la cena. Le llevaba la comida al trabajo y se quedaba allí, hasta que no se la tomaba ella no se iba. Reconoce que tenía necesidad de alimentar al hermano «para quedarme tranquila», ya antes de tener a su hija. Sin embargo el hermano muere en la UVI con un síndrome de desnutrición debido a su dependencia del alcohol.

Para ella en cierto sentido fue una liberación ya que estaba empezando a afectar a su matrimonio el tema de su hermano.

Pero también afecta a la vida de pareja el problema de la niña. Es imposible que la niña se quede a solas conmigo en la consulta, reclama constantemente a la madre y ésta ha de estar presente en la sesiones de juego. Sin embargo en la guardería se queda contenta tras un primer periodo de llantos al dejarla y allí come bien. Los padres planean un primer viaje de vacaciones solos desde que nació la niña, la van a dejar con unos familiares y la madre va a hacer el esfuerzo de no volver al mínimo problema que plantee. Cree que podrá afrontar la ansiedad de separación.

Se trata de un caso paradigmático de anorexia infantil como efecto del imperativo de la madre a tapar con comida el signo de su propia falta en su hija. De forma que la única manera que encuentra la pequeña de preservar su propio deseo es negarse a ser alimentada, mostrando así a la madre que no es comida lo que necesita de ella sino que ella misma se muestre en falta, que su deseo no se acabe en la hija. Las razones por las que la madre llega a esta situación con su hija después de haberla deseado durante tanto tiempo y haber sido para ella tan difícil concebirla, no son arbitrarias y vienen fraguándose desde mucho antes de enfrentarse a la escena de alimentarla. Esta constatación de que su propia subjetividad puede estar implicada en el síntoma de su hija, a parte de producir una demanda propia de tratamiento, tiene el efecto de desactivar la tensión enorme que rodeaba el momento de las tomas y hacer ceder el síntoma, al menos en principio.

Agradecimientos

A la Dra. Margarita Alcamí Pertejo, psiquiatra coordinadora del Hospital de Día para niños con trastornos emocionales graves y psicosis infantiles del Hospital del Niño Jesús, por su iniciativa, apoyo y enseñanza en el campo de la investigación de los trastornos psiquiátricos de la primera infancia.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Agman G; Corcos M; Jeammet Ph, « Troubles des conduites alimentaires », *Editions Techniques, Encycl. Méd. Chir (paris-France, Psychiatrie, 1994, 37-350-A-10, pp1-16.*
2. Chatoor T y otros, « Diagnosing infantile anorexia : the observation of mother-infant interactions», *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1998 sept., 37:9, pp 959-967.*
3. Guimón J., *Los lugares del cuerpo*, Ed. Paidós, 1999.
4. Maganto C.; Cruz S., «La imagen corporal y los trastornos alimenticios: una cuestión de género», *Cuadernos de psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 2000, nº30, pp 45-58.
5. Hekier M; Miller C , *Anorexia-bulimia, deseo de nada*, Buenos Aires, Paidós, 1994.
6. Meyer C y otros, «Una dificultad en el tratamiento de la anorexia», *Cuadernos de Psicoanálisis*, 2003, nº27, pp156-162.
7. Chatoor I. y otros, «Maternal characteristics and toddler temperament in infantile anorexia», *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2000 junio, 39:6, pp743-751.
8. Lacan «La dirección de la cura y los principios de su poder» *Escritos I*, México, Ed. siglo XXI, 1972.
9. López R, «El deseo en la anorexia», *Pliegos, Revista de psicoanálisis* 2001, marzo, nº10, pp7-15.
10. De Francisco M, «El sujeto anoréxico y el Otro. La soledad del anoréxico», *Pliegos*, 2001, marzo, nº10, 16-19.
11. Freud S, «Sobre la sexualidad femenina» 1931, en *Obras completas*, 1976, Buenos Aires, 1976, pp270 y siguientes
12. Lacan J., *El seminario, libro V*, BBAA,-Barcelona-Mexico, Paidós, 1999.

Autora:

Eva Rivas Cambroneró

Psiquiatra

Programa infanto-juvenil del Centro de Salud Mental de Moratalaz.

Correspondencia:

Eva Rivas Cambroneró

C) Alcalde Sáinz de Baranda 32, 3ºC.

28009 Madrid

E-mail: evamrivas@hotmail.com

Antonio Díez Patricio

APROXIMACIÓN A UNA TEORÍA PRAGMÁTICA DE LA CONDUCTA PSICÓTICA

TOWARDS A PRAGMATIC THEORY OF PSYCHOTIC CONDUCT

■ RESUMEN

El presente trabajo parte de un modelo semiótico de la conducta, concretamente de una dimensión pragmática. La pragmática estudia la relación de los signos con los sujetos que los usan y el contexto en que se usan. El contexto es fundamental en la interpretación del signo.

Según el modelo adoptado, a partir del contexto creado mediante la psicosis, es posible explicar algunos rasgos del discurso psicótico, como es la importancia del tema en el delirio o los factores que determinan la inadecuación del discurso psicótico a la situación empírica en que éste se produce.

Palabras claves: Semiótica, pragmática, contexto, discurso, psicosis, delirio.

■ ABSTRACT

This study is based on a semiotic model of conduct with a pragmatic dimension. Pragmatics studies the relationship between signs and the subjects using them, as well as the context of use. Context is essential in the interpretation of signs.

According to the model adopted, by using the context created by psychosis, some of the features inherent to the psychotic discourse can be explained, such as the importance of the theme in delusion, or the factors determining the inappropriateness of the psychotic discourse to the empirical situation in which it takes place.

Key words: Semiotics, pragmatics, context, discourse, psychosis, delirium.

■ INTRODUCCIÓN

Al igual que en anteriores trabajos nuestros (1-5), se parte en éste de una consideración semiótica de la conducta, es decir, la conducta, sea verbal o extraverbal, considerada como signo, en la línea que al respecto sostiene Castilla del Pino (6). Desde los años sesenta del pasado siglo se viene considerando la semiótica como un eje interdisciplinario entre la lógica, la lingüística, la sociología, la psicología, la antropología, etc. Es importante tener en cuenta que esta concepción de la conducta, en tanto actividad con sentido, la diferencia radicalmente del resto de las actividades que realiza el organismo humano, como, por ejemplo, los reflejos musculares profundos, la secreción gástrica o, más complejamente, los automatismos que se producen en las epilepsias del lóbulo temporal.

Las actividades del organismo humano corresponden a dos tipos de signos: 1) *Naturales* o *índices*, en los que el significante es una muestra física del significado, como lo es la leucocitosis respecto de una infección; es decir, los índices son indicios o síntomas de algo. 2) *Convencionales*, que constituyen la conducta como actividad intencional. Los signos convencionales poseen, además, una triple dimensión, pues son, por un lado, *síntoma* del sujeto, esto es, remiten a un sujeto actante -todo objeto no natural, como es una mesa, una casa, un hacha de sílex, etc., remite al sujeto que lo produjo-; por otro, *señal* dirigida a un receptor -no olvidemos el carácter relacional de la conducta-, y, por último, *símbolo* de aquello a que se refiere -por ejemplo, la caricia es símbolo de afecto.

El concepto de signo, tal como lo acabamos de enunciar, es fundamental en psicopatología pues el sujeto no solo «dice» con el lenguaje verbal sino que toda su conducta se constituye en vehículo de expresión; incluso los objetos que posee, tales la ropa que usa, el coche, la casa, etc., todos ellos signos convencionales, conforman diferentes maneras de expresarse. En este sentido, dice Morris (10): «No me parece algo fantástico, en verdad, creer que el concepto de signo puede revelarse tan fundamental para las ciencias del hombre como lo ha sido el de átomo para las ciencias físicas o el de célula para las ciencias biológicas». (Pág. 85). Siguiendo a este autor, en la teoría semiótica es posible diferenciar tres niveles o dimensiones: *sintaxis*, que estudia las relaciones formales de los signos entre sí; *semántica*, que estudia las relaciones entre los signos con los objetos a los que son aplicables, y *pragmática*, o relación de los signos con los intérpretes, es decir, con los sujetos que los usan y el contexto en que se usan. Y, aunque sea adelantar hechos que más tarde estudiaremos (*vid.* 2.1.2 y 2.1.3), dice Morris al respecto que el término *implica* debe usarse para la dimensión sintáctica, *designa* y *denota* para la semántica y *expresa* para la pragmática.

Aquí nos interesa fundamentalmente estas dos últimas dimensiones, atendiendo a los cuales en la conducta podemos diferenciar -no siempre claramente- dos aspectos: su *significado*, esto es, aquello a lo que el signo se refiere -por ejemplo, el

corazón dibujado en la corteza de un árbol, al amor-, y su *sentido*, es decir, la intención o propósito con el que la conducta se ha llevado a cabo (declarar amor, por ejemplo). Hasta cierto punto, estos dos aspectos se corresponden con lo que Frege denomina *referencia* y *sentido*: lo que el signo (lingüístico en este caso) designa y su «modo de darse» (11). También con lo que denominaremos *denotación* y *connotación* (vid. 3.1).

■ TEORÍA PRAGMÁTICA DE LA CONDUCTA

La conducta como discurso

La conducta, sea verbal o extraverbal, constituye un discurso (D). Un D no es más que un conjunto de conductas con una unidad de sentido, unidad a la que llamamos *tema*. La extensión del Discurso no es relevante para su conceptualización, pues igual puede constituir un Discurso una sola palabra, por ejemplo, «¡Hola!», cuyo tema es «saludo», que toda una novela. Por otro lado, está comúnmente aceptado que la conducta es de índole relacional, constituye una relación del sujeto con los objetos de su entorno y con otros sujetos; también consigo mismo, en virtud de la capacidad, al parecer específicamente humana, de desdoblamiento, de tomarse como objeto. El D por tanto se dirige a algo o a alguien, pues, como hemos dicho, es una relación del sujeto con un objeto (S/Ob) o con otro sujeto (S/S').

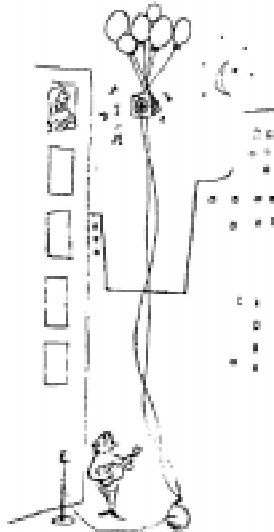
1. El discurso y su contexto

Como hemos visto, la unidad de sentido del discurso viene dada por su tema. El tema es el significado global del discurso, el núcleo de lo que Van Dijk denomina *macroestructura* (12). Por ejemplo, en un sistema delirante de celos, el tema sería «celos» y la macroestructura sería «un sujeto que piensa erróneamente que su pareja le es infiel». Por otro lado, hemos de considerar el *texto*. El texto es el continente del tema, el significante en la terminología de Saussure. Son posibles textos en los que por el momento se desconoce el tema:

Si los globos reventasen, el sonido no llegaría, ya que todo estaría muy lejos del piso adecuado. Una ventana cerrada también impediría que el sonido llegase, ya que todos los edificios tienden a estar bien aislados. Puesto que toda la operación depende de un suministro estable de electricidad, una ruptura en medio del alambre también causaría problemas. Naturalmente, el individuo podría gritar, pero la voz humana no es lo suficientemente fuerte como para llegar tan lejos. Un problema adicional es que una cuerda del instrumento puede romperse. Entonces no habría acompañamiento del mensaje. Está claro que la mejor situación sería aquella con menor distancia. Habría menos problemas en potencia. Muchas menos cosas irían mal en el contacto cara a cara. (13. Págs. 392-93)



El texto se convierte en D cuando adquiere sentido y dicho sentido es dilucidable a partir del contexto (Cx):



Por tanto, se puede definir el Cx como el conjunto de factores que determinan el sentido del D. Diferentes autores han intentado sistematizar estos factores; por ejemplo, resumidamente expuestos, Hymes destaca: la identidad de los actantes y el rol que cada uno desempeña; el tema del discurso; el marco (*setting*) en que se produce la interacción, referido no solo al momento y lugar en que ésta se desarrolla, sino también al lenguaje extraverbal, postura corporal, expresión facial, etc. de los actantes; el canal de comunicación: lenguaje hablado, escrito, de signos, etc.; el código lingüístico empleado; el formato del mensaje: charla, debate, carta de amor; el evento que constituye la interacción: acto religioso, congreso; el propósito del acto comunicativo, etc. Por su parte, Myrkin (15) describe los siguientes: 1) El texto; 2) los elementos extraverbales o paralingüísticos (prosodia, mímica); 3) el Cx psicológico o conocimiento que el hablante posee de su interlocutor, y d) el Cx situacional o cultural. Para nosotros, como psicopatólogos, tiene especial importancia el denominado por Myrkin Cx psicológico. Puesto que la conducta es de carácter relacional, toda teoría del sentido de ésta ha de tener presente el rol que el actante desempeña en la interacción (como padre, profesor, amigo, etc.), así como también el tipo de actuación que propone, la cual, a su vez, deriva de la imagen, del autoconcepto, que tiene de sí. De este modo, en, por ejemplo, el rol de padre, el sujeto puede actuar como padre cariñoso; en el de profesor, como profesor exigente, etc.

En lo que respecta al cuarto factor de los propuestos por Myrkin, el denominado Cx situacional o cultural, dada la naturaleza psicosocial del sujeto y su conducta, es también de capital relevancia. Como es sabido, toda situación social está caracterizada por un conjunto de reglas que determinan y restringen las posibilidades de actuación en ella. No rigen las mismas reglas en, por ejemplo, una boda que en una partida de ajedrez o en un restaurante. El conocimiento que el sujeto posee del mundo le permite percatarse de la situación social en que se halla y de las reglas a las que ha de adecuar su conducta. Si bien en muchos casos estas reglas están preestablecidas, no hay que pensar que el Cx existe previamente a la interacción social, ya que son los actantes quienes definen y redefinen sus relaciones, creando el marco a partir del cual adquiere sentido sus respectivas conductas. El Cx, por tanto, no suele ser una entidad estable y rígida, sino dinámica y modificable en la interacción. Aún así, existen Cx extremadamente ritualizados en los cuales apenas cabe la espontaneidad, ya que tanto los roles de los actantes como sus respectivas conductas son estereotipados y rígidos. Piénsese a este respecto en determinados rituales religiosos o militares, en los que todo está preconcebido y apenas caben conductas inéditas. En el Cx ritualizado, llamado por Eco Cx *codificado*, la interpretación de la conducta consiste, prácticamente, en una descodificación, mientras que, por el contrario, en el Cx no codificado la interpretación es siempre una inferencia y, como tal, tiene un carácter hipotético.

2. Interpretación y contexto

Teniendo presente lo hasta ahora dicho, se puede redefinir el Cx como *el conjunto de factores implicados en la interpretación de la conducta*. El sentido de la conducta es siempre contextual y por tanto hipotético; por eso no es adecuado hablar de sentido verdadero o falso sino, en todo caso, verosímil o inverosímil en mayor o menor grado. A este respecto dice León (16) que «...cualquier información que se extrae del texto y que no está explícitamente en él puede considerarse, de *facto*, una inferencia.» (Pág. 24). León señala dos tipos de inferencias, *pragmática* y *lógica*; la primera se basa en el saber compartido por los actantes y es de carácter probabilístico; la segunda, también llamada *deductiva*, se realiza a partir de la aplicación de reglas formales y tiene carácter de certeza (o falsedad), no de probabilidad. Por otro lado, Russell (17) habla de dos tipos de probabilidad. Por un lado está la probabilidad *matemática*, que satisface los axiomas del cálculo de probabilidades, por lo que es cuantificable; el otro tipo es lo que denomina *grados de credibilidad*, que se refiere a la verosimilitud y no es mensurable. Lo importante a destacar es que, como dice Jonson-Laird (18), la inferencia que hemos denominado pragmática, aquella que se realiza a partir del Cx y no se basa en el cálculo de probabilidades, es una conjetura plausible y no una deducción válida.

Presuposición e implicatura

Hemos visto cómo, a partir de su conocimiento del mundo, el sujeto realiza inferencias acerca del sentido de la conducta. Así, de la frase «Llegué tarde a la cita porque me quedé sin gasolina», se puede inferir que fui a la cita en un automóvil. Una de las ventajas del uso de la información contextual es que permite obviar en el discurso toda aquella información que se da por supuesta. En toda comunicación existe una información implícita que no es necesario explicitar porque se obtiene del conocimiento que se posee del Cx; como dice Miller (19), en el D la información nueva se dice, la conocida o aportada por el contexto se presupone; y para Lewandowsky, «Se consigue la comunicación cuando los interlocutores disponen de un conjunto de presuposiciones comunes, que puede incluir todo el conocimiento del mundo.» (20). La fuente de la presuposición es el hablante, el cual, en la interacción discursiva, y a partir de los datos que le aporta el Cx, confirma si su presuposición es acertada o no. En la relación interpersonal, las presuposiciones han de aventurarse y casi adivinarse, lo que exige una gran cooperación entre los actantes con objeto de rellenar los espacios de «ya dicho» y de «no dicho» (21). Esta cooperación, implícita en todo intercambio comunicativo, fue recogida por Grice en forma de máximas en su *principio de cooperación* (22):

1. Máxima de cualidad: proporcione una información veraz.
2. Máxima de cantidad: proporcione la cantidad de información que el contexto exija.
3. Máxima de relación: sea pertinente.
4. Máxima de manera: hable con claridad, evite la ambigüedad, sea breve y ordenado.

Este principio permite dar cuenta, entre otras cosas, de lo que Grice denomina *implicaturas conversacionales*, según las cuales es posible explicar el sobreentendido y el doble sentido. Es habitual que en una conversación se infrinja alguna de las máximas antes enumeradas. Pero ocurre que a veces la violación de una de las máximas es tan flagrante y parece tan deliberada, que el hablante sabe que su interlocutor se percató de ello; entonces, el oyente puede partir de la base de que su interlocutor está tratando de decirle algo indirectamente y razona del modo siguiente: «Si mi interlocutor no respeta una máxima del principio de manera que yo lo note es que, probablemente, trata de transmitirme una información que sí está de acuerdo con dicho principio.» Valga el ejemplo siguiente: alguien pregunta: «¿Qué opinas de la nueva ministra de cultura?». Y el interpelado, no queriendo pronunciarse respecto a la labor política de la ministra responde: «Es estupenda: va siempre a la moda».

Para Lyons (23), la diferencia entre presuposición e implicatura «... parece hallarse en que mientras lo presupuesto es lo que el hablante da por sentado y asume que el receptor da asimismo por sentado como parte del fondo contextual, lo implicado es lo que el receptor puede razonablemente inferir –sin que se entienda que deba hacerlo obligatoriamente en el contexto en que aparece el enunciado– de lo que se dice y no se dice.» (Págs. 544-45).

3. Interpretación

Interpretar una conducta o un objeto no natural consiste en conferirle sentido, es decir, atribuirle motivos y/o intenciones. Y como toda conducta remite a un sujeto actante, cabe preguntarse acerca de los motivos e intenciones que el actante tuvo al realizarla. Las inferencias acerca del sentido de la conducta son, por lo tanto, juicios de intención.

El sentido de la conducta no es unívoco: una misma conducta puede interpretarse de muy diversas maneras; así, una película permite muchas «lecturas», todas plausibles, unas más que otras, pero ninguna de ellas verdadera o falsa. A este respecto dice Eco que «interpretar un signo significa prever -idealmente- todos los contextos posibles en que pueda introducirse» (24). En definitiva, no se puede hablar de verdad o falsedad de una interpretación, sino de grados de probabilidad, probabilidad que aumenta cuanto más relevantes para la interpretación sea la información que aporta el Cx en que la conducta se realiza.

De este modo, a la hora de realizar una interpretación, y para que ésta sea racional, se ha de partir de una hipótesis, la cual ha de ser contrastada con los datos aportados mediante la ampliación del Cx inicial en que se dio la conducta a interpretar. A su vez, es necesario valorar correctamente la relevancia de la información que proporciona los constituyentes del Cx. Por ejemplo, el sentido de una conducta extravagante puede ser inferido a partir del conocimiento que se posea del sujeto que la realiza. «Estas son cosas de Jaime», decimos entonces. En este caso la información relevante se refiere a la identidad del sujeto que ha realizado la conducta a interpretar. Ante situaciones completamente inéditas, como son las correspondientes a culturas desconocidas por el sujeto intérprete, la ampliación del Cx se lleva a cabo mediante la observación meticulosa de la situación, buscando las claves que conduzcan a la interpretación más verosímil; mientras se encuentran dichas claves la actitud del intérprete ha de ser de indecisión, so pena de extraer conclusiones inadecuadas. En otro orden de cosas, la investigación policial, por ejemplo, no consiste más que en la ampliación del Cx en que se produjo el delito hasta hallar aquellos indicios que conduzcan a su autoría. En cualquier caso, el conjunto de datos tenidos en cuenta para la interpretación han de estar relacionados entre sí, esto es, deben pertenecer a un mismo sistema de hechos, a un mismo contexto. A este respecto, dice Eco (24) que para que los indicios permitan la elaboración de hipótesis causales han de reunir las siguientes condiciones:

1. Que puedan ser explicados de la manera más económica posible;
2. Que apunten hacia una sola causa o hacia un grupo restringido de causas posibles
3. Que puedan constituir un conjunto con otros indicios conformando un sistema de relaciones causales.



■ PRAGMÁTICA DE LA CONDUCTA PSICÓTICA

1. *Concepto de psicosis*

Nuestra tipificación de la conducta psicótica se realiza a partir del *modelo judicial de la conducta*, de Castilla del Pino. Como el desarrollo y aplicaciones de este modelo es sobradamente conocido, me remito a la literatura existente (6-9). Aquí solo plantearé un esbozo del mismo y algunas modificaciones que son esenciales para dar cuenta de algunos tipos de delirio.

Para Castilla del Pino toda conducta implica un juicio de realidad por parte del sujeto actante. En efecto, como la conducta consiste en una relación sujeto/objeto, el sujeto ha de tener en cuenta en todo momento con qué tipo de objeto establece la relación. Para el tema que nos ocupa es esencial la discriminación entre dos tipos de objetos: externos al sujeto y que son, por lo tanto, componentes de la realidad empírica, e internos o componentes de la intimidad del sujeto (sueños, fantasías, deseos, etc.). En la conducta psicótica (o, en lo que es lo mismo, en el juicio de realidad psicótico) lo que ocurre es que el sujeto toma como externo un objeto interno. Ahora veremos esto con más detalle. El juicio de realidad tiene dos componentes: denotación y connotación. Mientras que la denotación consiste en constatar la existencia de un objeto, la connotación es la atribución de valores éticos y/o estéticos al objeto denotado, así como su interpretación en el caso de tratarse de un objeto no natural. En un ejemplo que venimos repitiendo en algunos trabajos, «La mujer cordobesa es guapa pero altiva», «mujer cordobesa» es una denotación mientras que «guapa» y «altiva» son connotaciones. «Mujer cordobesa» es un objeto empírico, pero «guapa» y «altiva» nada dice de la mujer cordobesa, sino más bien del sujeto emisor de la frase, de sus valores y concepción del mundo. Esto quiere decir que la connotación tiene un carácter subjetivo, es un objeto interno cuya correspondencia empírica depende del sistema axiológico que adopte el sujeto. En la psicopatología tradicional se habla de percepción en lugar de denotación; no son términos sinónimos, lo que puede comprobarse cuando nos referimos a un objeto interno como, por ejemplo, el recuerdo de la imagen de un ser querido ausente, el cual no es perceptible pero sí denotable. Esto es, la denotación incluiría la percepción de los objetos externos y la representación de los internos.

Un juicio de realidad psicótico consiste en considerar como externo un objeto interno. En lo que respecta al componente denotativo de la conducta, en esta operación se le confiere realidad sensorial al objeto interno, formándose de este modo las distintas pseudopercepciones (alucinaciones e ilusiones). En la connotación, el juicio de realidad psicótico consiste en considerarla un hecho objetivo, un denotado, adquiriendo la misma certeza que se podría tener sobre éste. De este modo se forman los distintos tipos de ideas delirantes.

Pero es necesario realizar algunas precisiones. En lo que hemos venido denominando connotación hay que diferenciar los juicios de valor de las interpretaciones o juicios de intención. Para la connotación rige el principio de no verificabilidad (o no falsabilidad), pero mientras que la verificabilidad de los juicios éticos y estéticos es nula, en la interpretación, como vimos más atrás, existen grados de probabilidad o de confirmación, esto es, cabe un mayor o menor acercamiento a la verdad o, lo que es lo mismo, pueden ser más o menos *verosímiles*. Por ejemplo, atendiendo a este razonamiento, es imposible confirmar la proposición «Además de guapa, Rosa es muy simpática». Se puede *comprender* el sentido de esta preferencia si nos atenemos al sistema de valores del sujeto emisor de la misma, pero no es posible su verificación. Por el contrario, si digo «Juan me tiene tirria», es posible mostrar su grado de verosimilitud mediante indicios o argumentos. En determinadas interpretaciones, tales como por ejemplo, «Me persiguen los narcotraficantes de La Línea de la Concepción», las posibilidades de verificación (o de refutación) son altísimas.

Las anteriores consideraciones permiten establecer dos tipos de ideas delirantes: por un lado están las basadas en interpretaciones; se trata éstas de genuinas ideas delirantes, pues sin suficientes indicios y/o argumentos las interpretaciones son dotadas de completa certeza; además, tienden a sistematizarse. Por otro lado están las ideas delirantes basadas en juicios de valor; no se trata en este caso de verdaderas ideas delirantes pues no tienen el grado de convicción y sistematización propio de éstas; más que de ideas delirantes se trata de *ideas sobrevaloradas* (5). Este tipo de ideas delirantes es propio de las psicosis afectivas (25).

Como es sabido, existen otros tipos de ideas delirantes, sobre las cuales aún no puedo extenderme con suficiente rigor; me refiero a las denominadas por K. Schneider *ocurrencias delirantes* y por Jaspers *representaciones delirantes*, constituyentes de los *delirios de imaginación* de los clásicos franceses (*parafrenia*, de Kraepelin). Según Cabaleiro Goás (26), estos delirios estarían constituidos por imágenes, por lo que serían de tipo *sensorio perceptivo*, al contrario que el delirio esquizofrénico (percepción delirante), que sería de tipo *interpretativo*: «...por lo que dicho delirio puede ser calificado, por su carácter imaginativo, como de tipo sensorial, ya que, como he dicho, la actividad imaginativa consiste en pensar con imágenes, y las imágenes son, en fin de cuentas, el resultado final de toda actividad sensorial. De ahí que el delirio parafrénico –insistimos– pueda ser calificado, por su carácter imaginativo, de *sensorial*». (Pág. 1044. Subr. en el texto). Para Castilla del Pino se tratarían de interpretaciones delirantes de denotados internos (representaciones) (6).

Otras ideas delirantes, como son las encabalgadas sobre pseudopercepciones (ilusiones, alucinaciones), no serían más que interpretaciones delirantes de denotados a su vez psicóticos.

2. El contexto psicótico

El proceso de psicotización entraña la creación por parte del sujeto psicótico de un Cx al que llamaremos Cx *psicótico*. Acerca de esta cuestión es preciso diferenciar las psicosis caracterizadas únicamente por ideas delirantes de aquellas en las que también existen pseudopercepciones, especialmente si éstas son alucinaciones. En este segundo caso, la presencia de alucinaciones supone una más profunda psicotización del sujeto, pues dichas alucinaciones funcionan como «pruebas», como hechos «empíricos» que dotan de mayor certeza al delirio. Toda alucinación, por ejemplo, una voz alucinada, implica para el sujeto psicótico la existencia de un sujeto emisor de la voz, sujeto con el que el sujeto psicótico se relaciona de una manera exactamente idéntica a la que establece con los sujetos reales, generando dicha relación un Cx, en este caso psicótico. Lo mismo puede decirse respecto a las alucinaciones correspondientes a otras áreas sensoriales: calambres, olores, etc. constituyen para el sujeto psicótico evidencias de la existencia de sujetos que le perjudican o le elogian y exaltan, etc. Además, como toda denotación psicótica no puede ser interpretada más que delirantemente (la interpretación correcta de una denotación psicótica sería la crítica de ésta), las ideas delirantes formadas a partir de alucinaciones suponen la ampliación de Cx psicótico. Por eso, cuanto más elaborado sea el sistema delirante alucinatorio, más amplio se puede decir que es el Cx psicótico, llegando en algunos casos a constituir la totalidad del mundo del sujeto.

Cuando las ideas delirantes resultan de la interpretación psicótica de denotados correctos, lo que ocurre es que se hacen interpretaciones de conductas aisladas de su Cx real, interpretaciones que, además, en virtud de la certeza de que se las dota, adquieren el carácter de implicaciones. Por ejemplo, para el delirante de celos el descubrimiento de una colilla en un cenicero implica la infidelidad de su pareja sentimental.

Y es que, desde la perspectiva de lo hasta ahora planteado, el sujeto delirante no parte de una hipótesis cuya verosimilitud ha de contrastar mediante datos extraídos de un determinado contexto, sino que parte de una tesis que considera acertada y que «corrobora» mediante pseudoargumentos (5). Esta tesis de partida constituye la macroestructura del discurso delirante («soy perseguido por la CIA»; «mi novia me es infiel», etc.) y cuyo tema es el tema del delirio («persecución», «infidelidad», etc.). Precisamente, el tema de delirio proporciona coherencia al sistema delirante, el cual, en realidad, está basado en un conjunto inconexo de interpretaciones. Ninguna relación ha de tener el que haya una colilla en el cenicero del salón con el hecho de que una mujer mire a la calle desde la ventana de su dormitorio, pero para su pareja delirante de celos estos dos hechos constituyen una unidad temática y son pruebas irrefutables de la infidelidad de aquella.

3. La relación con el sujeto psicótico

El conocimiento del mundo, la enciclopedia más o menos amplia que todo sujeto posee, permite que éste adecue su conducta a la versatilidad propia de las relaciones interpersonales. Precisamente, la relación interpersonal es posible cuando los actantes comparten su conocimiento del mundo y, por tanto, sus presuposiciones. Por eso, cuando éstas no son acertadas, la conducta discurre inadecuadamente. Ante una conducta inadecuada podemos preguntarnos en qué radica su inadecuación. Por ejemplo, en el caso de un sujeto extraño a una cultura, la inadecuación podría deberse a su desconocimiento de las reglas que rigen en los diferentes Cx en que se halle. Pero, ¿qué ocurre al respecto en la psicosis? En este caso, la inadecuación radica en que el sujeto cree estar en un Cx diferente a aquel en que realmente se encuentra. Al vivir como pertenecientes al mundo empírico elementos propios de su mundo interno, el sujeto psicótico presupone que los demás comparten con él el conocimiento de éstos, es decir, el conocimiento del Cx creado mediante la psicosis. Asimismo, en virtud de estas presuposiciones erróneas, el sujeto psicótico suele violar algunas de las máximas del principio de cooperación. Por ejemplo, convencido de que los demás comparten con él contenido de los síntomas psicóticos, puede mostrarse poco informativo, violando de este modo la máxima de cantidad. Por las mismas razones, podría mostrarse poco pertinente, violando la máxima de relación, o la de manera, pareciéndole a su interlocutor oscuro y ambiguo. Los discursos psicóticos, como hacen ver Belinchón et al. (27), tienden, pues, a ser poco cooperativos. No nos referimos aquí a los aspectos formales de, por ejemplo, el discurso esquizofrénico (si es que se puede hablar genuinamente de tal), sino a los aspectos semántico y pragmático: *semántico* en lo que atañe a la referencialidad del discurso –mundo interno *versus* mundo externo-, y *pragmático* en cuanto a la relación de los actantes con el Cx de actuación. En definitiva, nos referimos a lo que Clark (cit. en 27) denomina «conocimiento común», esto es, «la creencia mutua (*mutual belief*) de que, en los distintos turnos de habla, el oyente comprende lo que el hablante pretende comunicarle, lo que refuerza la impresión de que existe un conocimiento compartido por ambos». (P. 644).

■ NOTA

Muchas de las nociones vertidas en el presente trabajo han constituido y constituyen materia de discusión en el ámbito de diversas disciplinas. Por razones obvias, pues solo he intentado llevar a cabo una aproximación psico(pato)lógica, dicha discusión ha sido soslayada aquí. Para los lectores que sientan curiosidad por el tema mencionaré algunas de estas nociones con referencia a algunos de los textos no psico(pato)lógicos donde puede encontrarse suficiente discusión acerca de ellas. Por ejemplo, sobre el problema de las diferentes actividades humanas, intencionales y no

intencionales, puede consultarse *Explicación y comprensión*, de Von Wright (28). Sobre el concepto de *intencionalidad*, que no debe confundirse con el de *intención* (29), el de Searles *Intencionalidad* (30), así como los capítulos 3 y 4 de *Filosofía de la mente*, de Bechtel (31). En el capítulo 2 de este mismo texto puede encontrarse una magnífica síntesis del problema de la referencialidad y la significación en Frege, Russell y Wittgenstein. Aquellos que prefieran recurrir a las fuentes deberían leer el artículo seminal de B. Russell sobre la denotación, *On denoting* (32), el ya citado libro de Frege (11), así como *Investigaciones filosóficas*, de Wittgenstein (33). Desde la lingüística, no debe obviarse la monumental *Semántica*, de Lyons, citado anteriormente (23), donde se tratan muchos de los problemas solamente apuntados en el presente trabajo. Otro texto de carácter general, éste desde la psicología del lenguaje, muy completo y exhaustivo, es el citado de Belinchón *et al* (27), donde se pueden encontrar muchos de los aspectos que conciernen a la psicología y patología del discurso.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Díez Patricio A, Villagrán Moreno JM, Valls Blanco JM, Luque Luque R. Análisis del discurso maniaco (I): relacionabilidad, cotextualidad, codificabilidad, comunicatividad e informatividad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1987; 23: 577-590
2. Villagrán Moreno JM, Luque Luque R, Díez Patricio A, Valls Blanco JM. Análisis del discurso maniaco (II): perlocucionaridad, semantividad, veracidad, contextualidad y planificabilidad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1988; 24: 5-20
3. Díez Patricio A, Villagrán Moreno JM, Valls Blanco JM. Teoría del contexto. Su aplicación a la conducta psicótica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1989; 29: 191-204
4. Díez Patricio A, Villagrán Moreno JM, Vicente Sánchez V, Luque Luque R. El discurso psicótico. *Psiquiatría Pública* 1992; IV (4): 192-202
5. Díez Patricio A. Psicopatología de la interpretación delirante. *Rev. Asoc Esp Neuropsiq* 2003; 87: 85-102
6. Castilla del Pino C. *Introducción a la psiquiatría 1. Problemas generales. Psico(pato)logía*, 4ª edic. Madrid, Alianza, 1993
7. Castilla del Pino C. *Introducción a la psiquiatría 2. Psiquiatría general. Psiquiatría clínica*, 2ª edic. Madrid, Alianza, 1992
8. Castilla del Pino C. *Teoría de la alucinación. Una investigación de teoría psico(pato)lógica*. Madrid, Alianza, 1984
9. Castilla del Pino C. *El delirio, un error necesario*. Oviedo, ediciones Nobel, 1998
10. Morris Ch. *Fundamentos de la teoría de los signos*. Barcelona, Planeta-Agostini, 1994
11. Frege G. *Estudios sobre semántica*. Barcelona, Orbis, 1984.
12. Van Dijk T. *Texto y contexto. Semántica y pragmática del discurso*. Madrid, Cátedra, 1980.

13. Bransford JD, Jonson MK. Considerations of some problems in comprehension. En Chase WG (Ed) *Visual Information Processing*. New York, Academic Press, 1973. Cit. en De Vega M. *Introducción a la psicología cognitiva*. Madrid, Alianza, 1984
14. Hymes D. Toward ethnographies of communicative event's. Cit en Brown G, Yule G. *Discourse analysis*. Cambridge, Cambridge University Press, 1983
15. Myrkin VJA. Texto, subtexto y contexto. En Bernárdez (Ed) *Lingüística del texto*. Madrid, ArcoLibros, 1987
16. Leon JA (Ed). *Conocimiento y discurso. Claves para inferir y comprender*. Madrid, Pirámide, 2003
17. Russell B. La probabilidad. En *El conocimiento humano*. Madrid, Taurus, 1977
18. Jonson-Laird PN. Inferences and mental models. En *Mental Models*. Cambridge, Cambridge University Press, 1983
19. Miller GA. *Lenguaje y habla*. Madrid, Alianza, 1985
20. Lewandowski T. *Diccionario de lingüística*. Art. Presuposición. Madrid, Cátedra, 1982
21. Eco U. *Tratado de semiótica general*. Barcelona, Lumen, 1981
22. Grice HP. Logic and conversation. En Cole P, Morgan JL (Ed). *Syntax and Semantic: speech acts*. Vol 3. New York, Academic Press, 1975
23. Lyons J. *Semántica*. Barcelona, Teide, 1980
24. Eco U. *Los límites de la interpretación*. Barcelona, Lumen, 1992
25. Fuldford KWM. Evaluative Delusions: Their Significance for Philosophy and Psychiatry. *B J of Psych* 1991; 159 (suppl. 14): 108-112
26. Cabaleiro Goás M. *Obras Completas (II). Temas Psiquiátricos*. Lugo, Asoc. Gallega de Psiquiatría, 1998
27. Belinchon M, Rivière A, Igoa JM. *Psicología del lenguaje. Investigación y teoría*. Madrid, Trotta, 1992
28. Von Wright GH. *Explicación y comprensión*. Madrid, Alianza, 1980
29. Gregory RL (ed.). *Diccionario Oxford de la mente*. Arts. «Intención», «Intencionalidad». Madrid, Alianza, 1995.
30. Searles JR. *Intencionalidad. Un ensayo en la filosofía de la mente*. Madrid, Tecnos, 1992.
31. Bechtel W. *Filosofía de la mente. Una panorámica para la ciencia cognitiva*. Madrid, Tecnos, 1991
32. Wittgenstein L. *Investigaciones filosóficas*. Barcelona, crítica, 1998.

Dr. Antonio Díez Patricio
Equipo de Salud Mental Córdoba Centro
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba
sr1dipaa@uco.es

I. Baldor Tubet, M. C. Jerez Álvarez, R. Rodríguez Piedra

INTERVENCIÓN CON GRUPOS DE VÍCTIMAS DEL 11-M DESDE UN CENTRO DE SALUD MENTAL

INTERVENTION AT A MENTAL HEALTH CENTRE WITH A GROUP OF VICTIMS OF
THE 11 TH MARCH TERRORIST ATTACKS

■ RESUMEN

Se describe el desarrollo de la intervención realizada con tres grupos de víctimas del atentado del 11 de Marzo en Madrid, que presentaban sintomatología moderada de estrés postraumático. La intervención se ha basado en el modelo social-cognitivo de respuesta al trauma y ha seguido las recomendaciones del «debriefing».

Palabras clave: trauma, estrés postraumático, debriefing.

■ ABSTRACT

We describe the development of three groups with victims of 11th March massacre in Madrid. These persons presented moderate posttraumatic stress symptoms. The intervention has been based on the social-cognitive model and has followed the recommendations of «debriefing».

Key-words: trauma, posttraumatic stress, debriefing.

■ INTRODUCCIÓN

El 11 de Marzo de 2004 supuso para la mayoría de los ciudadanos españoles, madrileños y, en concreto, ciudadanos procedentes de todo el Corredor del Henares que habitualmente viajaban en tren hacia sus trabajos cada mañana, una ruptura brusca con su vida anterior, con su forma de entenderse a ellos mismos, a los otros y al mundo. No hay palabras para describir tal horror, ni siquiera para los profesionales que hemos tratado en los meses posteriores a todas las personas que viajaban en los trenes que explotaron aquel fatídico 11 de Marzo. En nuestra opinión, tampoco estábamos preparados para una catástrofe de tales características. Pero, aún así, nos hemos tenido que poner manos a la obra con todo aquello que habíamos leído en los libros y con la experiencia con la que contábamos en Salud Mental (incluyendo experiencias en situaciones de crisis, tales como accidentes de tráfico, agresiones, duelos, ...), para ayudar a las víctimas a elaborar e integrar su experiencia, con el fin de recuperar, en la medida de lo posible, sus vidas.

En respuesta a la demanda previsible, la comunidad de Madrid desarrolló un plan por el que los Servicios de Salud Mental de los distritos se reforzaron con nuevas contrataciones. En Torrejón de Ardoz se contrataron dos psiquiatras, un psicólogo y un administrativo para trabajar en turno de tarde con el objetivo de garantizar que la demanda generada por el atentado (que llegó a suponer un aumento de un 50% respecto a la atendida en las mismas fechas el año anterior) pudiera ser atendida sin demora. Se utilizó el aumento de capacidad para conseguir este objetivo, aunque, para evitar la concentración de afectados en los mismos terapeutas y los posibles efectos negativos de esto, todos los profesionales del centro atendieron tanto la demanda generada por el atentado como la demanda ordinaria.

En las páginas siguientes se va a exponer lo que se ha hecho desde el Centro de Salud Mental de Torrejón una vez se realizaron dichas contrataciones. En concreto, este trabajo tratará sobre las intervenciones grupales para víctimas que se han llevado a cabo en dicho Centro. Hay que mencionar que, previamente a las referidas contrataciones, ya se habían puesto en marcha grupos de víctimas de características similares por parte de distintos profesionales del área.

Previamente, nos gustaría exponer algunos conceptos que nos han sido de gran ayuda a la hora de entender el proceso de ruptura por el que han pasado los pacientes que vivieron aquella experiencia traumática, y que a su vez nos han guiado en los contenidos que se han tratado en los grupos y en la metodología de los mismos. En relación con este apartado, es importante destacar que las personas que han participado como pacientes en los grupos llevados a cabo nos han facilitado el entendimiento de dicho proceso de ruptura de la representación de ellos mismos y de su mundo relacional quizá mucho mejor que los libros.

■ BASES TEÓRICAS

Concepto de trauma y de respuesta al trauma

Para comprender los elementos que componen un hecho traumático, y por tanto, las consecuencias y respuestas al mismo, nos ha sido de gran ayuda la elaboración del concepto que se realiza a partir de distintas experiencias traumáticas en el Programa de Autoformación de Trauma y Resistencia (Pau Pérez-Sales y cols.). Así, el *hecho traumático* constituiría una experiencia de amenaza para la integridad física o psicológica de la persona (elemento presente en todas las descripciones de trauma), que estaría asociada a vivencias de caos y confusión, así como a una fragmentación del recuerdo, absurdidad, horror, ambivalencia y desconcierto. El trauma, asimismo, tendría un carácter inenarrable o incontable e incomprensible para los demás (sólo las personas que han estado sometidas a la misma experiencia traumática podrían comprenderlo – elemento este clave a la hora de decidir hacer grupos). Por último, la situación traumática quiebra los esquemas básicos que constituyen los referentes de seguridad del ser humano, en concreto, los esquemas referentes a las creencias de invulnerabilidad y control sobre la propia vida: la creencia en la bondad del ser humano y en la predisposición humana a la empatía y la creencia en el carácter controlable y predecible del mundo (1). Este último punto, en nuestra opinión, es el que mejor explica el concepto de trauma, así como sus consecuencias en el ser humano, es decir, la ruptura que produce en los esquemas del sí mismo, del sí mismo en el mundo, y de la confianza básica en el ser humano.

Las respuestas al hecho traumático derivarían directamente del propio concepto de trauma. Así, quedaría asociado al mismo una marca indeleble y se produciría una sensación de alienación y aislamiento derivadas del carácter inenarrable e incomprensible del mismo, así como un repliegue emocional y afectivo (anestesia o bloqueo emocional). Por otro lado, se da un cuestionamiento de uno mismo, de su posición en el mundo y de presunciones básicas sobre la bondad del ser humano, la predictibilidad del mundo y la capacidad de control sobre la propia vida (lo que tendría que ver con respuestas visibles o verbalizadas como la incredulidad, shock, inseguridad, miedos y conductas evitativas). El hecho traumático también produce la necesidad de reconstruir lo ocurrido y rellenar los espacios buscando un sentido o un nuevo final, y conlleva procesos personales de reformulación vital e integración de la experiencia en la propia historia vital (1).

Los criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés postraumático según el DSM-IV-TR (2) y la CIE-10 (3) no constituirían, en nuestra opinión, nada más que la cara visible de las consecuencias del hecho traumático. El énfasis se hace en los síntomas, que son vistos como signos de enfermedad, sin atender al agente causal ni a conceptos culturales propios. Para poder entender y tratar las consecuencias de un hecho traumático, creemos que es necesario tener una visión más amplia del concepto. Enfatizar la dimensión ontológica del ser humano, ver los síntomas como intentos

del organismo por elaborar e integrar la propia experiencia traumática, atender a las causas que provocaron el hecho traumático y trabajar en base a las formas propias de conceptualizar el daño en la cultura (1).

En relación con los síntomas, Pérez y cols., en el texto citado, realizan una reconceptualización de los mismos, viéndolos como elementos de resistencia. Así, el silencio, el aislamiento y la anestesia emocional tendrían que ver con un repliegue protector para permitir resituarse, las pesadillas e imágenes o pensamientos intrusivos servirían para dotar de significado a la experiencia con el fin de integrarla, y las vivencias de culpa, rabia y/o resentimiento estarían dirigidas a mantener el control sobre la propia vida y evitar la indefensión. Otras respuestas al trauma también constituirían estrategias de afrontamiento positivo: convicciones profundas (políticas, ideológicas o religiosas) como elementos estructurantes, la autodisciplina en las actividades diarias, concebir la crisis como un reto o desafío, buscar una nueva lógica que permita posicionarse en el mundo, tolerar la ambigüedad, hacer comparaciones positivas y las emociones positivas (optimismo, humor, ironía, curiosidad, pequeñas gratificaciones ...) (1).

Modelos teóricos de respuesta al trauma

Existen cinco grandes modelos: el neurobiológico, el psicodinámico, los de base cognitiva, el socio-cognitivo y el narrativo-constructivista (1). Todos ellos aportan elementos muy importantes para la comprensión de las respuestas al hecho traumático. De cada modelo hemos extraído los elementos que nos han parecido esenciales para la comprensión global de las respuestas post-traumáticas.

Así, del modelo neurobiológico, nos parece importante el concepto de shock inescapable, que daría lugar a una respuesta de indefensión aprendida, con sus diversos componentes y correlatos biológicos (como un aumento en la producción de catecolaminas). Del modelo psicodinámico, tanto Weiss como Horowitz aportan ideas importantes, que tienen que ver sobre todo con la evocación, tras el trauma, de vivencias relacionadas con procesos pasados conscientes o inconscientes de la persona y los mecanismos de defensa puestos en funcionamiento fruto de aprendizajes inconscientes tempranos. De la perspectiva cognitivo-conductual, nos parece importante la noción de activación de esquemas cognitivos amenazantes – memoria del miedo (que los psicodinámicos llamarían aprendizajes inconscientes), y la explicación conductista de los estados de hiperaroma y de las conductas de evitación. El modelo narrativo-constructivista aporta un punto muy importante para la comprensión de la respuesta al trauma: la construcción de la realidad por parte de cada persona, dando importancia no a los hechos, sino a la versión de los mismos. La terapia se basaría en la generación de narrativas alternativas. Por último, el modelo socio-cognitivo es, quizás, el que más elementos aporta para la comprensión de las consecuencias del trauma. Sin tener en cuenta este modelo, creemos que no se podría llegar a comprender bien dichas consecuencias.

Por las razones expuestas, nos vamos a detener a comentar más detalladamente este modelo. Aquí lo importante sería el modo en el que el hecho traumático cambia la visión que tiene la persona de ella misma y del mundo. En efecto, para funcionar, las personas contamos con ciertos sesgos cognitivos que tendrían que ver con la ilusión de control, de bondad y de invulnerabilidad. Tras experimentar un hecho traumático, muchos de los esquemas básicos sobre uno mismo, los otros y el mundo son cuestionados, produciéndose una auténtica ruptura con la vida anterior. El efecto de esta ruptura dependerá de la historia personal de cada uno (sistema de creencias previo y centralidad de esquemas cognitivos en cada individuo), de la situación traumática y de la vulnerabilidad preexistente producto de relaciones vinculares problemáticas en la infancia o la adolescencia (incluyéndose aquí todo lo que los psicodinámicos, como Weiss o Horowitz dicen sobre los aprendizajes inconscientes tempranos).

Los esquemas básicos que pueden ser cuestionados tras el trauma son (1):

- (1) En cuanto a las creencias respecto a uno mismo:
 - Seguridad: creencia en la invulnerabilidad personal.
 - Confianza: ser una persona fuerte y válida.
 - Plenitud: convencimiento de un futuro de bienestar personal.
 - Responsabilidad: asunción de las consecuencias de cada acto.
- (2) En cuanto a las creencias respecto a los otros:
 - Confianza en los demás: bondad del ser humano.
 - Comunicación: entendimiento, gratificación.
 - Intimidad: compartir, ayudarse, relacionarse.
- (3) En cuanto a las creencias respecto al mundo:
 - Predictibilidad: controlabilidad, lógica, anticipación de consecuencias.
 - Propósito: Significado vital.

Terapéutica de los síntomas post-traumáticos

Con respecto a la terapéutica de los síntomas postraumáticos, hemos de decir que nos han servido de gran ayuda, tanto el texto al que nos hemos venido refiriendo, como la Guía de Intervención Psicosocial elaborada por «Mental Health Workers without Borders» en agosto de 1999 (que incluye el «debriefing» psicológico, descrito por Mitchel en 1983) (4) e incluso la Guía de Autoayuda elaborada por la Facultad de Psicología de la UCM tras el atentado del 11 de Marzo (5).

En cuanto al texto de «Trauma y Resistencia» de Pau Pérez-Sales y cols., pasamos a exponer a continuación algunos criterios generales que son centrales a la hora de tratar las respuestas al trauma (1):

- El «criterio de verdad» no es lo relevante. Se trabaja con lo que el paciente trae a la terapia, con sus discursos sobre sí mismo y sobre los hechos, y con la construcción de una verdad que le es soportable y le permite vivir.

- La narración de los hechos *per se* no es terapéutica si la persona no entiende que puede ser de utilidad narrar los hechos de manera estructurada, si no desea hacerlo o si no hay tiempo suficiente para abrir temas dolorosos que puedan quedar a la mitad o si no se dan las condiciones mínimas de intimidad para hacerlos con confianza.
Estos dos puntos tendrían que ver con algo importante que hay que tener en cuenta a la hora de tratar a estos pacientes, y es el respeto tanto del momento en el que los mismos quieren hablar de lo ocurrido como de las narrativas que traen a consulta que no tienen por qué coincidir con los hechos objetivos, sino más bien con su percepción de los mismos.
- Las relaciones de poder se convierten en un elemento especialmente importante, de tal manera que el paciente tiene que sentir que se le dan elecciones con el fin de que pueda tener un sentido de control de lo que ocurre. Así, se debe pedir permiso para entrevistarle, justificar la necesidad de hacer ciertas preguntas, no imponer un ritmo y ofrecer opciones.
- En la entrevista, es necesario mantener una actitud corporal que facilite la comunicación, no rehuyendo en ciertos momentos del contacto físico con las manos, aunque con prudencia para que no sea vivido como una invasión del espacio personal. En este sentido, hemos de decir que siempre hemos tenido la impresión de tratar con pacientes en los que la relación era más igualitaria y espontánea en cuanto a contacto físico, autorrevelaciones y límites, lo que pensamos que tiene que ver con que siempre partimos de la base de que estos pacientes no eran «enfermos», sino personas cuyas reacciones ante lo ocurrido eran totalmente normales y que contaban con la capacidad suficiente para afrontar una situación de crisis de tal envergadura.
- Asimismo, el uso del silencio es especialmente relevante. Por ello, aguantar el silencio, la información angustiante y el dolor de la otra persona el tiempo que sea necesario y sin perder la calma es una de las habilidades básicas en esta situación. En este punto, hemos de decir que en los grupos decidimos romper el silencio ya que generaba un aumento de la ansiedad bastante llamativo. No así en la consulta individual con los pacientes, en dónde sí hemos podido comprobar el valor del silencio.
- Un terapeuta puede llorar en determinados contextos, e incluso esto puede fortalecer el vínculo terapéutico. Por otro lado, habrá que reflexionar sobre los elementos de la historia personal que se han visto removidos por la narración del paciente. Este punto se uniría al de la facilitación de la comunicación mediante la actitud corporal, siempre sin perder de vista los objetivos del grupo.
- Es fundamental reconocer y partir de que el hecho traumático es inenarrable e incomprensible. Para poder «escuchar» y «acompañar» no es necesario «entender». Así, el terapeuta debe intentar evitar decir que «entiende» por lo que ha pasado la persona.

- Suele estar más indicado iniciar el trabajo a partir de la identificación y designación de emociones, para desde aquí acceder de manera natural a las creencias y pensamientos que subyacen, constituyendo los cambios de conducta el corolario lógico de lo anterior.
- El objetivo no es olvidar lo ocurrido. El hecho es ya parte de la persona, por lo que lo relevante es integrar el hecho traumático. No consiste en «volver a ser el de antes», sino «poder vivir con ello». Este punto resulta de especial interés, dada la frecuencia con que en la población normal se utiliza la frase: «lo que tienes que hacer es olvidarte de todo y seguir con tu vida».
- Es importante la reconceptualización de los síntomas en términos de búsqueda de recuperación del equilibrio homeostático y, por tanto, como signos de recuperación. O lo que es lo mismo, la normalización de los síntomas. En este punto, nos ha resultado de especial interés el uso de metáforas terapéuticas (situaciones en las que el cuerpo se ponga ante una situación física extrema y las consecuencias de estas situaciones sobre el cuerpo, como por ejemplo: *bañarse en un lago helado, tiritar, entrar en calor o estar bajo un sol muy fuerte, sudar, regular la temperatura corporal*), así como la resignificación de los síntomas post-traumáticos como respuestas normales ante situaciones anormales, como intentos del organismo por recuperarse, integrar lo ocurrido y salir adelante. La Tabla 1 presenta la reconceptualización de los síntomas post-traumáticos como respuestas normales ante situaciones anormales, que se lleva a cabo en el texto de Pau Pérez-Sales *Trauma y Resistencia* (1):



Tabla 1: Resignificación de los síntomas de estrés postraumático.

Tomado de Pérez-Sales, Pau y cols (1)

SÍNTOMAS	RESIGNIFICACIÓN
Miedo	Reacción de defensa ante un hecho amenazante. Permite protegerse y ser prudente.
Síntomas intrusivos (flashbacks, pesadillas, rumiaciones)	a. Como un intento de dar sentido a la experiencia, como un intento del cerebro de asimilar lo ocurrido, de buscar un final a la película o una explicación. b. Como un intento de la mente por no olvidar a las personas o las cosas que se han perdido en lo ocurrido.
Síntomas de anestesia emocional de despersonalización o de extrañeza	Intentos de la mente por desconectarse de la realidad, de poner un poco de distancia respecto al mundo y darse un tiempo muerto de respiro y recuperación.
Ganas de estar solo y aislarse	Intentos por no perder el control cuando la sensación de alienación o de ser incomprendido son muy fuertes.
Hiperactivación y alarma	Cuando se está sufriendo una agresión es necesario estar atento a todo, vigilante. Es una actitud del cuerpo agotadora pero que nos protege. Una vez pasada la amenaza ya no es necesario mantenerla, pero a veces el cuerpo sigue manteniendo la alerta aunque el peligro haya pasado.
Resentimiento	Un sentimiento comprensible si no se siente suficiente apoyo. Pero ¿cómo está influyendo la persona a su vez en los que le rodean? ¿qué reacciones provoca?
Tristeza	Un modo de pararse a pensar y prepararse.
Reacciones demasiado radicales que no son habituales	En situaciones de amenaza vital hay que tomar decisiones rápidas en cuestión de segundos y las cosas y las personas deben ser «buenos» o «malos», «amigos» o «enemigos», pero pasada la situación de alarma, seguir funcionando con esta estrategia que <i>era correcta y adaptativa</i> nos dificulta la vida. No se puede ir por la vida normal «listo para la acción».
METÁFORA GLOBAL DE INTEGRACIÓN Y CAMBIO	
Árbol sin flores ni frutos (metáfora de la hipótesis del déficit)	El respeto e incluso la belleza del tronco retorcido de un olivo centenario (metáfora de la integración de las experiencias vividas, que son imposibles de borrar, y del crecimiento post-traumático).

- El tratamiento combinado con farmacoterapia y psicoterapia es más eficaz que cualquiera de estas opciones por separado. En la primera fase, de reacción aguda al estrés, está indicado tratamiento sintomático de apoyo con algún fármaco de perfil sedante, lo que permite aumentar la calidad del sueño, colocar la angustia en niveles tolerables y frenar la aparición de síntomas disociativos o conversivos, todo lo cual va a facilitar la integración de lo ocurrido en la historia vital de los afectados.
- Las técnicas específicas de los fenómenos intrusivos o de evitación se emplean de modo puntual como vía para aliviar algunos síntomas concretos que están bloqueando el avance y provocan un importante sufrimiento para la persona. Punto que tenemos en cuenta para pacientes con sintomatología resistente o que no mejoren lo suficiente como para retomar sus actividades cotidianas.
- Se ha considerado relevante, aunque no queremos decir por ello que se aborden todos los puntos ni en todos los pacientes, todo lo que tiene que ver con la *fragmentación del ser humano*: apoyo en relaciones significativas, experiencias de reconstrucción, derecho al resentimiento y la rabia – manejo del resentimiento, analizar el quiebre humano desde el análisis de las preconcepciones (se hace evidente el sistema previo de creencias y sus raíces para intentar entender por qué precisamente ese hecho traumático en este momento de su vida provoca

unas consecuencias tan devastadoras), trabajar conjuntamente en la búsqueda de una lógica estructurante, verbalizar y explicitar el miedo, tolerancia a la ambigüedad (el azar es parte de la existencia, lo importante no es controlar, sino disponer de la suficiente flexibilidad como para adaptarse a las situaciones imprevistas), azar versus control (resonancia personal del concepto de azar en cuanto al ser humano, uno mismo y el ser en el mundo), rigidez versus flexibilidad, manejo de la duda ontológica, y atribución de responsabilidad y culpa.

En la Guía de Intervención Psicosocial elaborada por «Mental Health Workers without Borders» en Agosto de 1999, se describe la técnica de «debriefing» (4), al igual que lo hace Gisela Perren-Klingler en *Experiencias traumáticas: Intervenir a tiempo para prevenir trastornos*. Aunque esta autora refiere en el texto que el debriefing ha de llevarse a cabo al menos 72 horas después o durante la semana siguiente, en la Guía de Intervención Psicosocial se dice que se puede llevar a cabo en los días siguientes al hecho traumático hasta un año después del mismo.

El «debriefing» fue inicialmente propuesto por J. Mitchell en el *Journal of Emergency Medical Services* en 1983 (4). Su objetivo es ante todo prevenir la cronificación de las reacciones normales al trauma y detectar de forma precoz los trastornos que necesitan de una asistencia específica. La intervención consiste en un grupo de discusión que brinda una oportunidad para expresar y compartir emociones de rabia, enfado, indefensión o miedo y aprender a que otros que pasaron por la misma experiencia comparten dichas emociones y, por tanto, que son normales. Los participantes, por tanto, se dan cuenta de que no están solos. Cuando sea posible, es recomendable que el grupo sea conducido por un terapeuta y un coterapeuta, de tal manera que este último esté disponible para aquellos participantes que necesiten abandonar temporalmente la sesión debido al desbordamiento emocional, así como para ayudarles a que vuelvan a la sesión cuanto antes. El «debriefing» se lleva a cabo a través de varias fases, pero puede ser modificado para tener en cuenta las necesidades de determinados grupos de víctimas, diferencias culturales, efectos de los diferentes tipos de trauma, etc. (4)

Fase 1: Introducción. Se explican el procedimiento y los objetivos. Se busca normalizar las experiencias de los participantes. Se responde a preguntas y se establecen las reglas: nadie está obligado a hablar, todos deben escuchar a los otros y permitirles decir lo que quieran, los participantes deben hablar en su nombre y no en el de otros, si alguien se desborda, debe intentar permanecer en el grupo, pero si debe salir, intentará regresar lo antes posible, todo lo que se hable en el grupo es confidencial.

Fase 2: Narrativas. En esta fase, el objetivo es compartir los hechos con los demás. Preguntar qué pasó desde la perspectiva de cada participante, evitando centrarse sobre las distintas reacciones psicológicas en este punto. Si lo hacen, tratar de

reconducirles hacia los hechos (sin olvidar la perspectiva de cada uno: lo importante no es la verdad, ni los hechos objetivos, sino cómo lo percibió cada uno de los participantes).

Fase 3: Reacciones. En esta fase, se comparten los pensamientos y sentimientos que surgieron ante el hecho traumático. Los participantes aprenden que otros comparten sus mismas reacciones, así como que cambios en la comprensión de lo que ocurrió pueden llevar a cambios en los sentimientos o emociones. Preguntar por los pensamientos y por las emociones surgidos durante el trauma, conectarlos y preguntar por emociones surgidas en los días y semanas siguientes llegando hasta el momento actual. Las emociones deben ser contenidas en esta fase y si alguno de los participantes piensa que está a punto de desbordarse o alguno de los terapeutas observa que esto puede ocurrir, se debe invitar al participante en cuestión a abandonar la sesión acompañado del coterapeuta, indicándoles que vuelvan en cuanto logre que su reacción sea lo suficientemente tolerable como para seguir en el grupo. Por último, es importante explorar las estrategias de afrontamiento que los participantes han ido poniendo en funcionamiento.

Fase 4: Educación. En esta fase se hace especial énfasis en la educación. Se resume la sesión, conectando las distintas narrativas con las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales. Se advierte a los participantes que pueden surgir nuevos síntomas y que los que presentan en la actualidad no van a remitir de repente, enfatizando, por otro lado, que dichos síntomas serán temporales. Se enseñan técnicas de manejo del estrés y se enfatiza la importancia de descansar, alimentarse correctamente y hacer ejercicio, hablar con otros y concretar los retos que deben ir alcanzando. Se identifican a aquellos que necesitan continuar con una terapia. Se da información sobre posibles ayudas en un futuro y se cita a los participantes para una sesión de seguimiento.

Fase 5: Seguimiento. En esta fase, se pregunta por lo que ha resultado de ayuda a los participantes y se identifican los problemas que van a necesitar de una atención más específica.

Por último, la Guía de Autoayuda elaborada por la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (5), se dirige directamente a los afectados, explicándoles qué es normal que les ocurra y en qué casos deben pedir ayuda profesional. Asimismo, facilita un listado de cosas que se pueden hacer para prevenir problemas futuros: aceptar sentirse mal, ya que es normal en una situación como ésta; no intentar buscar explicaciones lógicas a lo ocurrido; pasar tiempo en compañía de otras personas; comentar lo que ha pasado con personas cercanas; si sirve de ayuda, hablar de cómo se siente uno; si no se puede hablar, escribirlo; tomarse tiempo para llorar en caso de que se necesite, no retener o esconder los sentimientos; volver a la rutina diaria e intentar organizar actividades para los próximos días; enfrentarse lo antes posible a lugares y situacio-

nes que recuerden lo que ha pasado, aunque se pase mal; ponerse pequeños retos; intentar descansar y dormir lo suficiente; hacer algo para sentirse algo mejor (un baño, tomar el sol, escuchar música etc.); hacer algo que ayude a sentirse útil (donar sangre, participar en acciones en respuesta a la situación, etc.); intentar aislarse en algunos momentos de lo que sucede alrededor (apagar la tele, distraerse, etc.). Y, asimismo, facilitan algunas técnicas que son útiles para controlar el malestar y para elaborar e integrar la experiencia traumática en la historia vital de los afectados, evitando tecnicismos y por tanto su lectura y aplicación (5).

■ INTERVENCIÓN PROPUESTA

A continuación se van a describir los tres grupos que se han llevado a cabo en el Centro de Salud Mental de Torrejón de Ardoz que ya están terminados y en los que ya se ha celebrado una sesión de seguimiento.

Los objetivos generales planteables para los grupos de apoyo son, fundamentalmente, prevenir la cronificación de las reacciones normales (síntomas) ante la situación traumática y facilitar el proceso de recuperación que pasa por la elaboración e integración del atentado terrorista en la historia de vida de los afectados.

Como se verá más adelante, las sesiones toman la forma del «debriefing» propuesto por Mitchell, añadiendo algún elemento y teniendo en cuenta lo anteriormente referido en cuanto a la terapéutica de las respuestas postraumáticas.

Se plantean 4 sesiones semanales, a lo que se añade una sesión consistente en ir en el tren hasta Atocha y 3 sesiones de seguimiento, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses.

■ POBLACIÓN ATENDIDA

Se llevan a cabo tres grupos, en cada uno de los cuáles se incluyen nueve sujetos, todos ellos afectados por el atentado al viajar la mañana del 11 de Marzo en alguno de los trenes que explotó. Todos ellos salieron ilesos, salvo una mujer que tuvo lesiones muy leves.

Se realiza entrevista de evaluación previa a la inclusión en los grupos, valorando que los afectados, tal y como se ha mencionado en el párrafo anterior, hubieran sido testigos de lo ocurrido y estuvieran teniendo síntomas de estrés postraumático que estuvieran interfiriendo notablemente en el desempeño de sus tareas cotidianas o en su mundo relacional. Asimismo, se valoraban antecedentes psiquiátricos o psicológicos, así como la posibilidad de que coexistieran otras psicopatologías en el momento del atentado.

La única variable que se tiene en cuenta a la hora de formar los 2 primeros grupos es el «país de origen» con el fin de que estén representados en ambos diferentes nacionalidades, con todo lo que ello implica en cuanto a variabilidad cultural y difi-

cultades añadidas para los afectados que no son originarios de España. Por lo demás, los afectados son asignados aleatoriamente a los grupos. En cuanto al grupo 3, al comenzar un mes más tarde que los otros 2, consta de los sujetos que en ese momento estaban acudiendo a este Centro:

Grupo 1: 4 españoles, 3 ecuatorianos y 2 rumanos, de los que 6 son mujeres y 3 son hombres.

Grupo 2: 4 españoles, 3 ecuatorianos, 1 colombiano y 1 rumano, de los que 6 son mujeres y 3 son hombres.

Grupo 3: 4 españoles, 2 ecuatorianos y 3 colombianos, de los que 6 son mujeres y 3 son hombres.

Del grupo 1 acuden regularmente a las sesiones 6 personas, del grupo 2 acuden 7 personas y del grupo 3 acuden 5 de forma regular. Los tres grupos son conducidos por un terapeuta y un coterapeuta.

■ DESARROLLO DE LA TERAPIA

Previamente a la 1ª sesión, se les administra una «Escala de síntomas de estrés agudo» con 22 ítems y 4 posibilidades de respuesta (nada, un poco, bastante, mucho). Se puntúan, arbitrariamente, dichas respuestas de la siguiente manera: nada=1 punto, un poco=2 puntos, bastante=3 puntos y mucho=4 puntos. La puntuación mínima sería de 22 puntos y la máxima de 88. Lo cual significaría que una persona que no presenta síntomas de estrés postraumático tendría una puntuación de 22, si la puntuación obtenida va de 22 a 44, la persona presentaría síntomas leves, la puntuación que oscila entre 44 y 66 significaría una sintomatología moderada y la puntuación entre 66 y 88 significaría que la persona presenta síntomas graves de estrés postraumático.

1ª Sesión

Se lleva a cabo la *presentación* del terapeuta y coterapeuta. Se plantean los *objetivos del grupo*, es decir:

- Facilitación del proceso de recuperación, elaborando e integrando lo ocurrido en la historia de sus vidas, de tal manera que el hecho traumático no constituya la historia de su vida, si no que forme parte de la misma junto con todas sus demás vivencias.
- Explicación del formato en grupo: el hecho traumático es inenarrable e incomprensible para las personas que no lo han vivido. Por eso, el grupo puede facilitar el proceso de elaboración e integración.

Asimismo, se explican las *reglas* que deben seguirse: confidencialidad, importancia de acudir a todas las sesiones, si alguno de los pacientes pasa por alguna situación de desbordamiento emocional, podrá salir con el coterapeuta del grupo, tratando de

reincorporarse al mismo lo antes posible, el papel del terapeuta en el grupo será el de dirigir la sesión, reconducirla en caso necesario, señalar, centrar, contener e invitar a los participantes a hablar, respetando siempre el momento en que quieran hacerlo.

Los *objetivos específicos* en esta 1ª sesión son: normalizar los síntomas, reconceptualizándolos, y compartir la vivencia de lo ocurrido con los demás, centrándose en la percepción de los hechos por parte de cada uno de los participantes.

A tal fin, se les pide a los miembros del grupo que compartan su vivencia particular del atentado con los otros participantes, que cuenten cómo se encuentran, lo que les está pasando y cómo interfiere con su vida diaria.

Ambos grupos comienzan relatando los síntomas que presentan: ansiedad, insomnio, pesadillas, miedo intenso y evitación de lugares relacionados con lo ocurrido, imágenes «que no se les van de la cabeza» y una gran sensación de inseguridad. La gran mayoría de ellos no ha montado en el tren desde el día del atentado. A medida que van saliendo los distintos síntomas, se trata de reconceptualizarlos, haciendo hincapié en que son reacciones «normales» del organismo ante una situación «anormal» y que constituyen intentos por dar un significado a lo ocurrido para poder elaborarlo e integrarlo en las experiencias vitales de cada uno de ellos.

En relación con lo anterior, se les da información sobre las cosas que pueden hacer para mejorar: venir al grupo y compartir sus experiencias, ponerse pequeños retos, tener momentos relajantes, descansar y alimentarse adecuadamente, no abusar del tabaco ni del alcohol, etc.

A continuación, van relatando cómo vivieron el atentado cada uno de ellos. Se resalta la importancia de centrarse en los hechos y, aunque salen emociones como el miedo, la impotencia y la confusión, no nos centramos en ellas. Algunas personas se muestran muy contenidas al relatar los hechos, y tratan de evitar determinados relatos, imaginamos que por temor al desbordamiento. Asimismo, se observa claramente como todos los miembros del grupo conectan rápidamente con las experiencias relatadas por los otros participantes. Se les invita a que incluyan en su relato no sólo lo que hicieron, si no también lo que vieron, oyeron y olieron. Al final de la sesión se hace una recapitulación de la misma, señalando la comunalidad de los síntomas que presentan y de la mayor parte de sus relatos.

De vital importancia en esta 1ª sesión resultan el respeto a la decisión de hablar o no, aunque animábamos a ello, no hacer uso del silencio por la ansiedad que generaba en el grupo, las continuas señalizaciones por nuestra parte en cuanto a la conveniencia de dirigirse a todo el grupo y no a los terapeutas y la necesidad de ir aumentando la directividad para permitir que todos los afectados pudieran tener su espacio para compartir su experiencia en esta sesión.

2ª Sesión

Los *objetivos específicos* de esta sesión son: compartir los pensamientos y sentimientos surgidos durante y después del hecho traumático con el fin de integrarlos en el relato de la percepción de los hechos.

Primeramente, se les pregunta por cómo se han encontrado desde la última sesión. Llama especialmente la atención que todos los participantes refieren un gran alivio tras compartir con otras personas que han pasado por la misma experiencia su vivencia de lo ocurrido. Posteriormente, se hace una pequeña recapitulación de lo tratado en la sesión anterior y se les invita a que compartan con los demás qué pensaron y qué sintieron en el momento en que todo estaba ocurriendo, en primer lugar, y después de lo ocurrido hasta el momento actual, en segundo lugar.

Surgen el miedo intenso por la propia vida, pánico, bloqueo, confusión, aturdimiento. Poco después, al ver la dimensión de lo ocurrido, también surge la impotencia. Las interpretaciones más frecuentes tienen que ver con un choque de trenes, caída de un cable de alta tensión, y, en cuanto oyen una segunda explosión, con una bomba y el pensamiento de muerte inminente tras interpretar que todo iba a estallar. Todos los miembros del grupo conectan con lo que se está expresando. Algunos participantes comentan que en los días siguientes al atentado se han sentido culpables por salir corriendo y no ayudar. Otros refieren rabia y enfado. Se cuestionan estas emociones, sobre todo por los propios miembros del grupo, y se les anima a buscar narrativas alternativas (por ejemplo, la culpa: se les pregunta cómo se sentían en ese momento, a lo que responden que pánico y miedo intenso por la propia vida, y se les invita a que piensen si esa emoción es compatible con ayudar; el enfado, preguntando por emociones alternativas que podrían haber surgido y que el enfado impide que salgan, como la impotencia, la sensación de vulnerabilidad, de incontrolabilidad...).

Asimismo, se cuestionan interpretaciones surgidas en los últimos días con respecto a la posible amenaza terrorista que hay detrás de tanto militar transitando por las vías (por ejemplo, preguntando directamente si piensan que puede haber alternativas a la amenaza terrorista entre las razones por las que hay tantos militares o policías en las vías y en los vagones de los trenes. Surgen la seguridad, el premio Cervantes, la boda del príncipe, etc.).

Según van expresando sentimientos y pensamientos los pacientes, se hacen pequeñas recapitulaciones en las que se ponen en conexión ambos. Al final de la sesión, también se pone en relación la comunalidad de las reacciones relatadas.

Resulta especialmente llamativo en esta sesión cómo comienzan a salir contenidos relacionados con vivencias anteriores o incluso con problemas actuales que les estaban generando un gran malestar emocional, la facilitación de narrativas alternativas, sobre todo para los afectados que sintieron una gran culpa, el manejo de una participante que se desborda, invitándola a salir fuera de la sesión con la coterapeuta y a volver a entrar lo antes posible (la cuál estaba atravesando por una situación

conflictiva de tipo afectivo que no había sido capaz de expresar hasta ese momento) y, de nuevo, el uso de la directividad o la retirada de atención en caso de afectados que trataban de acaparar la sesión con temas irrelevantes.

3ª Sesión

Los *objetivos específicos* de esta sesión son la exploración de los recursos personales o capacidades con los que cuentan los participantes a través de la resolución de situaciones difíciles del pasado.

Primeramente, se hace un pequeño resumen de la sesión anterior, haciendo especial hincapié en las emociones y pensamientos que fueron saliendo, para a continuación preguntarles por cómo se han sentido desde la última sesión. Casi todos los pacientes refieren una gran mejoría. Van afrontando nuevos retos, pueden distraerse, y aunque muchos de los síntomas siguen presentes, el grado de malestar subjetivo ha ido disminuyendo considerablemente. Se normalizan estos síntomas y se les comenta que pueden seguir estando presentes durante un tiempo, aunque irán disminuyendo poco a poco, volviendo a insistir en que éstos constituyen formas de recuperar el equilibrio y darle un sentido a lo ocurrido de cara a integrarlo en las vivencias personales de cada uno de ellos.

Como ya han ido saliendo situaciones del pasado que les resultaron difíciles y que han relacionado espontáneamente con lo ocurrido y sus consecuencias, se les anima a que se centren en esta sesión en dichas situaciones y en cómo las afrontaron. Resulta interesante cómo un hecho traumático reactiva traumas anteriores, tales como accidentes de coche, fallecimientos de personas muy cercanas, otros atentados, situaciones de maltrato y emigración en condiciones extremas. Animamos a los pacientes a que hablen de cómo afrontaron tales situaciones y lo vamos recogiendo según lo van relatando: salen el espíritu de lucha, la capacidad para tomar decisiones y llevarlas a efecto, para pedir y ofrecer ayuda, para hablar de las emociones dolorosas, para adaptarse a otro país y otra cultura, para entablar relaciones, para aceptar situaciones que no se pueden cambiar y que no dependen de ellos, para no buscar lógica en algo que es intrínsecamente ilógico, etc. Hacemos hincapié en que son estas capacidades de afrontamiento los recursos personales con los que cuentan para superar lo ocurrido, para elaborarlo e integrarlo, para que no controle sus vidas y no se convierta en la historia de su vida, o, en definitiva, «para vivir con ello y pese a ello». Sin olvidar tampoco que el haber venido a un grupo y haber podido hablar y compartir su experiencia con todo lo doloroso que resulta también es una capacidad con la que cuentan.

En esta sesión, de nuevo, volvemos a hacer uso de la directividad, en los momentos que así lo requerían, y siempre con el objetivo de permitir que todos los participantes pudieran hacer uso de este espacio para compartir sus experiencias y elaborar lo ocurrido.

4ª Sesión

Los *objetivos específicos* de esta sesión son: recapitular sesiones anteriores, explorar asuntos pendientes, reforzar los logros y preparar sesión de exposición al tren.

En efecto, en esta sesión les devolvemos a los participantes todo lo que se ha ido haciendo a lo largo de las sesiones de tal forma que todo cobre un sentido (ellos ya han referido esa sensación de que las piezas de la vivencia que forma parte de su historia han ido encajando a lo largo de las sesiones). Se enfatizan los recursos con los que cuentan y que han puesto en funcionamiento para abordar lo ocurrido. Se les pregunta por asuntos pendientes y muchos de ellos refieren la evitación del tren, alguna pesadilla y sensación de estar hiperalerta y con gran irritabilidad. Se vuelven a normalizar estos síntomas y se hace especial hincapié en que el hecho de que algunos de ellos aún no hayan remitido del todo (sí mejorado notablemente), no significa que estén en el punto de partida, si no más bien en el camino de la resolución con la consiguiente integración de su vivencia traumática. Se utiliza la metáfora de una digestión muy pesada (cocido frente a ensalada), y el tiempo que se requiere para digerir (o procesar) de cara a integrar en la historia vital de cada uno de ellos dicha vivencia.

A continuación, se expone (ya se había planteado en la primera sesión) la posibilidad de llevar a cabo una sesión adicional consistente en ir en el tren parando en las distintas estaciones en las que cada uno de los afectados estaba aquel día. Se plantea la conveniencia de hacerlo por dos motivos: en primer lugar, como modo de afrontar una situación que algunos todavía evitan (o afrontan con un alto nivel de ansiedad) en un entorno relativamente seguro (con dos terapeutas y un grupo de personas que han vivido la misma experiencia) y, en segundo lugar, como un ritual de despedida, o un acto simbólico a través del cual los participantes expresan el fin del acontecimiento, pasan página y comienzan un nuevo capítulo de la historia de su vida. Todos los pacientes de los 3 grupos se muestran de acuerdo en llevar a cabo esta sesión adicional, algunos de ellos a pesar de no haber montado en el tren todavía. Sólo uno de los pacientes del grupo 1 refiere que todavía no está preparado para ello. Se respeta, aunque se anima a que lo piense asegurándole que la exposición le va a generar niveles de ansiedad tolerables y le va a resultar gratificante a posteriori, todo ello basándonos en la experiencia de grupos anteriores.

5ª Sesión: exposición al tren

Los *objetivos específicos* de esta sesión son, como ya se ha referido, la exposición al estímulo temido (para los que todavía no han montado en tren, la exposición se podría decir que es integral, y para los que ya han montado, la exposición se realiza a los distintos estímulos evocadores de reacciones de ansiedad, tales como las ventanas, las puertas, las personas, la sensación de traqueteo del tren, las paradas, etc.), y un ritual de despedida de cara a pasar página y comenzar un nuevo capítulo

en la historia vital de cada uno de los participantes (lo que no significa que aún queden síntomas pendientes de remitir, o retos a los que ir enfrentándose).

Quedamos en la puerta de la estación de cercanías de Torrejón de Ardoz. Acuden: 2 personas del grupo 1, 6 del grupo 2 y 4 del grupo 3. Los que no acuden, salvo el paciente del que se ha hablado en el punto anterior que decía no sentirse preparado para ir en tren, no lo hacen por motivos laborales, y todos ellos ya se habían expuesto a esta situación.

Se les dan instrucciones precisas para que traten de no distraerse en el tren (uno de ellos trae lectura y le indicamos la conveniencia de no leer para evitar la distracción y por tanto facilitar la exposición a estímulos temidos). Al entrar en la estación nos colocamos a la altura del andén dónde suelen hacerlo la mayor parte de los participantes. Al ver el tren acercarse les señalamos que se fijen en él y en todas las sensaciones que emergen. Cuando entramos nos colocamos todos juntos y vamos dando instrucciones para una correcta exposición (vías, puertas, ventanas, gente, mochilas, portaequipajes, etc.) al mismo tiempo que estamos pendientes de las reacciones de cada uno de ellos. Nos bajamos en todas y cada una de las estaciones en las que explotaron las bombas, produciéndose reacciones emocionales intensas, aunque tolerables, a medida que cada uno de ellos relataba su experiencia en la estación correspondiente. Una vez acaban su relato en el que ya introducen espontáneamente emociones y pensamientos, se les anima a que marquen las diferencias en cuanto a cómo estaba aquél día la estación (y por tanto como ha quedado grabado en su recuerdo –horror, impotencia, destrucción, etc.-) y cuál es su apariencia en la actualidad (normalidad, tranquilidad, reconstrucción, etc.). Al llegar a Atocha, subimos a la estación y los pacientes realizan un acto de despedida espontáneo, en el que los que eran creyentes daban las gracias a Dios por estar vivos, los que no, igual hacían un acto de agradecimiento y expresaban cómo les había hecho cambiar el haber tenido una experiencia tan traumática, e incluso uno de ellos recitó una poesía que había escrito hacía tiempo (en definitiva, quedaron plasmados los cambios de valores que se habían producido tras la elaboración de lo ocurrido, así como el hecho de verse como supervivientes, bien con suerte, o bien porque no era su momento –búsqueda de sentido-). Fue un momento de gran carga afectiva y de respeto hacia los otros. Tras este ritual espontáneo los pacientes refirieron gran alivio. Decidimos allí mismo tomar un café para después retomar el camino de vuelta a sus casas. En el viaje de vuelta, los participantes charlaron animadamente, se mostraban relajados y contentos por haber afrontado una situación tan difícil.

En el grupo 3, hay que señalar que esperamos en el andén a que llegara un tren de las mismas características de aquel día, dejando pasar hasta 3 trenes. El acto simbólico que se llevó a cabo fue distinto, consistiendo en un mensaje que escribieron en un ordenador que había en la estación de Atocha, y cuyo contenido fue fruto del consenso entre todos los miembros del grupo.

Una vez llegamos a la estación de Torrejón de Ardoz, se les distribuyó la Escala de Estrés Agudo que habían cumplimentado antes de la 1ª sesión grupal, con el fin de que la trajeran a la sesión de seguimiento.

6ª Sesión: Seguimiento

Las sesiones de seguimiento de ambos grupos se llevan a cabo al mes de la última sesión. A los dos primeros grupos acuden 4 pacientes y al tercero, 5.

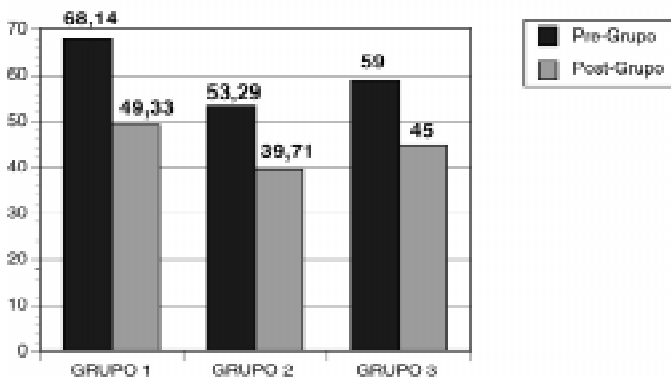
Los *objetivos generales* de la sesión son: preguntar a los participantes por lo que les ha servido de ayuda en el grupo e identificar problemas que necesiten de una atención específica individual.

Los pacientes entregan la Escala de Estrés Agudo cumplimentada. A continuación se les pregunta por las cosas que han ido mejorando desde la última sesión. Todos refieren que tanto las pesadillas, como las dificultades para dormir y el miedo intenso han remitido. Coinciden en que en algunas ocasiones se muestran hiperalertas, sobresaltándose con gran facilidad, así como irritables. Casi todos ellos refieren hacer esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso. Es importante destacar que muchos de los pacientes refieren que han conseguido resolver situaciones críticas anteriores que se habían reactivado tras el hecho traumático, lo que indudablemente tiene que ver con los esquemas básicos que quedan cuestionados tras cualquier trauma.

Es también en esta sesión donde se decide qué participantes es conveniente que reciban una atención específica adicional.

■ RESULTADOS

En el Gráfico 1 figuran las puntuaciones medias grupales (pregrupo y postgrupo) en la Escala de Estrés Agudo:



■ DISCUSIÓN

Tal y como se observa, se produce una mejoría en los 3 grupos. En el caso del grupo 1, de 16,39 puntos, en el grupo 2, de 12,62 puntos y en el grupo 3, de 14 puntos. No es el objetivo de este trabajo probar la eficacia de una intervención como el «debriefing» para prevenir psicopatología en un futuro, y por tanto, saber si esta mejoría es significativa o no. Lo importante es que los participantes tengan la percepción de que el grupo les ha ayudado a elaborar lo ocurrido y que los síntomas hayan ido remitiendo a medida que trabajaban lo ocurrido a lo largo de las distintas sesiones. En cuanto a que el grupo 2 mejore menos, es esperable al partir de una puntuación pregrupo mucho menor. Es posible que, a pesar de haber asignado a los pacientes de manera aleatoria a los dos grupos, en el grupo 1 nos encontramos con pacientes que inicialmente presentan más síntomas de estrés postraumático, de mayor intensidad, y con problemas añadidos que facilitan que esto sea así (mujer con dificultades de pareja, hombre con gran resistencia a exponerse a situaciones temidas, mujer con pensamientos e imágenes intrusivas resistentes que no remiten y que parece que tienen que ver con reactivaciones de vivencias anteriores ...), lo que a su vez desemboca en un grupo más difícil de llevar, con menos cohesión y con elementos que interfieren continuamente con el desarrollo del mismo. El grupo 2 mejora considerablemente, pero, al partir de la media total, quizás esto no quede reflejado de manera correcta (ya que en este grupo se encuentra una paciente que experimenta una pérdida durante el desarrollo del mismo). En cuanto al grupo 3, de características similares al grupo 2, se observa que hay pacientes que mejoran notablemente, mientras otros, también con problemáticas añadidas (paciente que presenta una amnesia psicógena del episodio), presentan una mejoría más leve.

Hemos elegido el «debriefing» con algunas modificaciones para ayudar a los afectados por el 11-M, basándonos en la convicción de que el ser humano dispone de las capacidades y recursos necesarios para afrontar y manejar cualquier situación crítica. En relación con lo anterior, creemos que es inadecuado considerar como única salida a los síntomas de estrés postraumático, una psicoterapia de larga duración, ya que ello implicaría dejar de otorgar al ser humano esa capacidad de afrontamiento y, además, supondría hacer patológico lo que intrínsecamente no lo es. Este tratamiento a largo (o medio) plazo sí que estaría indicado para aquellos afectados que no consiguen elaborar e integrar lo ocurrido ni mejorar de la sintomatología postraumática, así como para aquellos pacientes que podrían considerarse que están en riesgo de cronificar dichos síntomas (aunque en este caso seguiríamos dándoles la oportunidad de afrontar lo ocurrido por sí mismos, siempre pensando que si no lo consiguen, es posible que necesiten esa ayuda adicional).

Asimismo, cabe resaltar que los factores «curativos» de la terapia de grupo también juegan un papel importantísimo en la mejoría de los participantes de los grupos de «debriefing» que se han llevado a cabo. Es necesario llamar especialmente la aten-

ción sobre la cohesión (especialmente llamativa en los grupos 2 y 3) y la universalidad por el papel tan importante que han jugado en la mejoría de los participantes, según ellos mismos han referido, así como sobre el altruismo, la catarsis, ofrecer información y los factores existenciales. Lo cuál no quiere decir que el resto de factores «curativos» (infundir esperanza, la recapitulación correctiva del grupo familiar primario, el desarrollo de las técnicas de socialización, la conducta de imitación y el aprendizaje interpersonal) no hayan sido también importantes en el desarrollo de los grupos (6) (7).

Por último, ha sido de especial ayuda poder contar para el desarrollo de los grupos con un terapeuta y un coterapeuta, ya que nos ha permitido, no sólo una mutua colaboración, sino también la posibilidad de compartir las emociones que nos generaba lo que se iba exponiendo en el grupo, las dificultades que estábamos teniendo y el modo de afrontarlas.

■ CONCLUSIONES

Como conclusión, cabe resaltar que la mejoría subjetiva de los pacientes es mucho mayor que la reflejada en la Escala de Síntomas de Estrés Agudo, según refieren ellos mismos en la sesión de seguimiento. Lo que no es de extrañar dado el hincapié que se ha hecho en la normalización y reconceptualización de los síntomas, y que ha desembocado en que los pacientes no le den la significación que le daban al inicio de las sesiones de grupo («nunca más podré retomar mi vida normal» «me estoy volviendo loco» «no entiendo por qué me está pasando esto»).

Asimismo, a título personal, nos gustaría poner de manifiesto que, a pesar de lo doloroso que nos ha resultado entrar en contacto con todo el horror por el que habían pasado los participantes, opinamos que también es cierto el hecho de que ha resultado muy gratificante poder conducir dichos grupos y orientarlos desde una actitud positiva de convicción firme en las capacidades de afrontamiento de cada uno de los afectados.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez-Sales, Pau y cols. *Trauma y Resistencia. Programa de Autoformación. Psicoterapia de Respuestas Traumáticas*. Vol. 1. Ed. Pfizer. 2003.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4^o ed. Text Revision)*. DSM-IV-TR. Washington D.C. 2000.
3. Organización Mundial de la Salud. *CIE-10. 10^a Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento*. 1992.
4. Ehrenreich, John H.: *Coping with Disaster: A Guidebook to psychosocial intervention*. Prepared for Mental Health Workers without Borders. 1999.

5. Unidad de Psicología Clínica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. *Guía de Autoayuda tras los Atentados del 11 de Marzo*. 2004.
6. Yalom, I. D.: *Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo*. Fondo de cultura económica. 1986.
7. Vinogradov, S., Yalom, I. D.: *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Ed. Paidós. 1996.
8. Fernández Liria, A. y Rodríguez Vega, B.: *Intervención en Crisis*. Psicología Clínica. Serie: Guías Técnicas. Ed. Síntesis. 2002.

Isabel Baldor Tubet
Psicóloga Clínica
CSM «La Plata» - Torrejón de Ardoz
Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares
Área 3 - Madrid

M^a Carmen Jerez Álvarez
Residente de Psicología Clínica
Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares
Área 3 – Madrid

Rocío Rodríguez Piedra
Residente de Psiquiatría
Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares
Área 3 – Madrid

Correspondencia:
CSM «La Plata» – Avda. de la Unión Europea, 4 (28850 Torrejón de Ardoz).
Tfno.: 619128686. E-Mail: ibaldor@wanadoo.es

SECCIÓN

DEBATES



Francisco Pereña

PODER, MASOQUISMO Y TRANSFERENCIA

POWER, MASOCHISM AND TRASFERENCE

■ RESUMEN

Este texto pretende una reflexión psicoanalítica sobre el poder. Se analiza su anclaje en el fantasma sadomasoquista y su dimensión religiosa. Este marco es ineludible para pensar los riesgos de la transferencia psicoanalítica respecto a la transformación de una clínica de la curación en una propuesta de salvación.

Palabras clave: poder, masoquismo, transferencia, asistencia ajena, curación, salvación.

■ ABSTRACT

This text tries to make a psychoanalytic consideration about the power. The link between power, sadomasochist phantasy and its religious magnitude is analyzed. This scenary is unavoidable to evaluate the risks of the psychoanalytic transference in relation to the transformation of the clinique healing into a proposition of salvation.

Key words: Power, Masochism, Transference, Foreign help, Healing, Salvation.

1. Afectado por un estado febril y delirante durante su presidio siberiano, Raskólnikov sueña «que el mundo entero estaba condenado a una plaga terrible y desconocida que avanzaba sobre Europa desde lo más profundo de Asia. Todos deben perecer a excepción de un número muy pequeño de elegidos. Se trataba de unas variedades nuevas de triquinas, seres microscópicos que se alojaban en el cuerpo humano. Pero aquellos parásitos eran espíritus dotados de inteligencia y voluntad. Las personas atacadas por ellos se volvían inmediatamente desquiciadas y locas. Sin embargo, nunca se habían considerado las personas más infalibles que entonces en sus sentencias, sus conclusiones científicas, sus convicciones morales y sus creencias. Poblaciones, ciudades y naciones enteras se contagiaban y enloquecían. Todos estaban exacerbados, no se entendían entre sí, cada cual pensaba que sólo él estaba en posesión de la verdad y sufría de creer a los demás equivocados... no lograban

ponerse de acuerdo sobre el bien y el mal; no sabían a quién condenar ni a quién absolver; se mataban unos a otros con furia insensata; organizaban grandes ejércitos los unos contra los otros, pero esos mismos ejércitos, ya en campaña, empezaban a autodestruirse, los soldados rompían la formación, se acometían, se acuchillaban, se degollaban, se mordían y se devoraban entre ellos. En las ciudades, las campanas tocaban a rebato el día entero, convocando a todos los habitantes, pero nadie sabía quién llamaba ni para qué... Aquí y allá se constituían grupos cuyos componentes habían acordado algo en común jurando que no se separarían, pero al momento emprendían algo totalmente opuesto a su propia propuesta inicial, empezaban a acusarse los unos a los otros, a reñir y a acuchillarse...» (*Crimen y castigo*, ed. Cátedra, 2001, traducción de Isabel Vicente)

Dostoievski reúne aquí el paradójico conjunto de elementos que vinculan el poder con el masoquismo: la voluntad, el fanatismo, los elegidos, la interpretación y la condena, el sin sentido, la furia, así como el daño y la destrucción, conductores de la organización de los ejércitos, y la desesperación de una súplica de concordia que retorna como riña, calumnia y cuchilladas. Las triquinas que desencadenan tamaña infección son el desamparo y el daño, que sostienen el escenario del poder. Unas veces ese proceso infeccioso tendrá el carácter de incubación y otras el de estado febril agudo. Nadie podía pensar hace quince o veinte años que una guerra tan arbitraria y cruel como la de Irak fuera posible. Más allá de las explicaciones que se quieran encontrar al hecho, lo que quería resaltar es que esa arbitrariedad y esa crueldad están siempre presentes, de una u otra manera, bajo el modo de incubación o de declarada manifestación febril, en las diversas formas de organización colectiva.

Pero consideremos por un momento entre esas explicaciones la que pone como origen de este cambio de comportamiento político en la esfera internacional, la tan traída y llevada caída del muro de Berlín. Si esta caída se trae como explicación de la impunidad instalada en las relaciones internacionales a la hora del ejercicio de la violencia física, es porque lo que cayó a partir de ese momento fue un modo de contención del poder en el que la atribución de sentido venía asegurada por la organización del poder en dos bloques de tal manera que cada bloque recibía su enemigo y por tanto su sentido. Esto muestra otra característica primordial del poder que es la del sentido, la de dar y tomar sentido. Dar y tomar sentido han de consagrarse en un lazo común, en un sentido colectivo, y no hay otro sentido colectivo que la significación persecutoria que se orienta por el desamparo y el daño, el daño atribuido a cualquier otro, por lo que el desamparo es muy pronto interpretado como daño proveniente de los otros. La significación persecutoria toma así un lugar central, como el que ocupa la glucosa en el metabolismo cerebral, en la producción y distribución de sentido. Siguiendo la asignación clásica he situado dicha significación en el corazón del fantasma fundamental, entendiéndolo como primera y necesaria organización en la que el sujeto se dota de realidad en relación a los otros. Esa

realidad es una trama interpretativa en la que el desamparo, el daño y la significación persecutoria se encadenan y se emparejan, encabalgándose lo uno en lo otro, el desamparo con el daño y su significación para fabricar la argamasa de la organización del yo y del grupo.

2. ¿Por qué el poder? La religión ha asignado al poder un lugar en el que el castigo y la salvación dependen de un ser omnipotente y misericordioso. No es pensable la religión sin que tenga como su propio objetivo una «tecnología de la salvación», por utilizar esta expresión foucaultiana. En la religión, el poder proviene de que Alguien puede salvarte o condenarte. El cristianismo ha tenido complicado resolver el dilema de la creación y de la redención. Si se acentúa la redención, la pregunta subyacente es por qué la creación carecería de la bondad necesaria como para no tener que ser redimida o reparada. Si el acento se pone en la creación, cómo es que la bondad divina, en su infinito poder, no pudo poner remedio a la caída del hombre, es decir, cómo no pudo crear un universo un poco menos maligno. Varias han sido las respuestas dadas, que coinciden, sin embargo, en el dogma aceptado por todos del pecado original. Tamaña aberración, pues aberración es el que por una supuesta falta o error o pecado de uno ya deba pagar de manera tan terrible y para siempre el resto de la humanidad, tamaña aberración entonces sólo podía aceptarse si la necesidad de salvación por elección era tan imperiosa que, por un lado, cada uno podía pensar que en el fondo era inocente, ya que hubo *in illo tempore* un pernicioso Adán que fue el verdadero culpable, y, por otro, permitía que el hecho de formar parte de los elegidos ya suponía que había otros no elegidos y por tanto condenados y así es como se consagró en la doctrina cristiana uno de los componentes (de manifiesta crueldad) de la bienaventuranza. No hay, en efecto, elegido que no se satisfaga de la condena de los otros. De ahí que tanto Orígenes, que proponía una salvación universal y general, incluido el maligno, como Marción, que concluyó que el mundo fue creado por el demonio y no por Dios, de manera que no podía ser el mismo quien tanto daño hizo y su reparador (figura comúnmente conocida como la del bombero pirómano), ambos fueron condenados por herejes, en un caso por eliminar la categoría esencial del elegido, y en el otro, por traer a escena la idea de un mal absoluto sin compensación ni subterfugio.

Si la religión es, como algunos han señalado, una *necesidad del hombre* es porque aúna a la perfección la salvación y la condena, la inocencia y la crueldad, unos son los elegidos y otros los condenados al tormento eterno. De hecho, no se da sujeto alguno para quien la fantasía de ruina y de exclusión no figure entre sus temores fundamentales. La religión, por tanto, vive y se alimenta del núcleo del fantasma fundamental en el que elección y condena son solidarias. Sólo me salvo si otro se condena. Recordaré a modo de ejemplo la definición que hace Tertuliano del bienaventurado: es aquel que contándose entre los elegidos contempla, sin embargo,

cómo los emperadores romanos arden para siempre en el fuego del infierno. De este modo, el cruel Tertuliano contrapone a la bienaventuranza tanto la *poena damni* (pena de daño consistente en ser apartado de la visión divina, es decir, no formar parte de los elegidos) como la *poena sensus* (pena de sentido o sufrimiento eterno de los sentidos, sufrimiento que no por eterno el cuerpo consigue habituarse a él). Que la *poena damni* sea infinitamente mayor que la *poena sensus* se comprende muy bien si vemos que no sólo lo peor es ser desalojado de una pertenencia, sino que incluso el daño y el maltrato pueden pasar a ser modos de pertenencia y de su aseguramiento. Una idea que he desarrollado en mi último libro, *De la violencia a la crueldad*, es la de que no existe poder sin crueldad, ya que el baluarte en el que se asienta el poder es el de la tortura sadomasoquista.

3. El psicoanálisis ha eludido la cuestión del poder, aunque su clínica ha puesto en evidencia la estrecha relación que hay entre amor y maltrato. El psicoanálisis ha privilegiado el poder de la palabra y de la transferencia, lo cual tiene siempre el riesgo de que retorne la idea religiosa del poder salvífico de la palabra revelada. La palabra bajo transferencia adquiere, de entrada, poder de movilización libidinal (según la clarificadora expresión freudiana en *Psicoanálisis profano*, que mejor sería llamar laico, sea al menos por su propósito de distanciarse de la palabra religiosa) porque proviene, y es cosa que no se ha de olvidar, de la fuerza sugestiva que posee la transferencia en cuanto modo de entrega a la protección, la verdad y la salvación que viene de otra persona, la cual no posee otra autoridad que la que le suministra la «decisión de fe», según la elocuente expresión de W. James. Una vez revelado el bien agalmático, adquirido por la «decisión de fe», será irrenunciable o al menos será poco pragmático (lo cual sería un lenguaje más concorde con W. James) abandonar tal «decisión de fe», pues siempre le va mejor a quien tiene fe que a aquél que no la tiene.

Dará igual que el psicoanalista sea analfabeto o borrachín o, más en concreto, un desalmado (a diferencia del maestro griego), puesto que en cuestiones de fe lo que importa es el lugar sacramental atribuido. Si el psicoanálisis se intoxica con la sugestión transferencial, la palabra entonces pierde su relación con la verdad y el sujeto queda anulado en la exaltación libidinal de una figura que vuelve a reunir el poder de la condena con el de la salvación. Ahí no hay trabajo del inconsciente y se abandona lo que sería más propio de la clínica psicoanalítica, que siempre guarda en su horizonte un trabajo de separación y de desalienación respecto a los malentendidos constitutivos de las primeras relaciones del sujeto con los demás.

El objetivo de la cura psicoanalítica se ha cifrado a veces en dotar al sujeto de la capacidad de amar y trabajar. Es un vago objetivo que tiene, sin embargo, la ventaja de su sencillez. Para acceder al amor se ha de tener disponibilidad para la búsqueda del otro; igualmente el trabajo es también un modo de separación y salida del encierro incestuoso. Se puede decir que el objetivo de la cura psicoanalítica es que el

sujeto viviente pueda soportar el dolor, mirarlo a la cara sin esa necesidad de vestirlo de acusación y, sobre todo, de sentido. En suma, y este sería otro modo de formular el objetivo de la cura psicoanalítica, se trataría de separarse de la significación persecutoria y no dar al desamparo humano el sentido del daño organizado que sostiene el poder. El sujeto viviente podría afrontar su condición de viviente sin la necesidad de alienarse en la significación colectiva del odio y de la agresividad. Esto permitiría, entonces, pensar en una intrincación pulsional (el modo como el sujeto y el viviente se relacionan) que no esté necesariamente gobernada por la agresividad y el empuje a la destrucción.

Por lo cual el psicoanálisis, lejos de dedicarse a explotar el cómodo y fácil poder de la sugestión, que alimenta el afán colectivo, propondría al sujeto un camino de desalienación, más que de salvación, y de distancia respecto a cada uno de los supuestos del poder en el ámbito de la satisfacción colectiva (fantasma sadomasoquista). Para ello el psicoanálisis no puede eludir el análisis del poder, pues está en condiciones óptimas para ver cómo se trama el poder con el daño y cómo el dolor del que provenimos se retroalimenta de falsedad, de odio y rivalidad y de afán destructivo, donde el daño se vendría a convertir en una insistente y perversa tarea de los hombres. El afán de daño reúne a los hombres en colectividad. El «Estado libre de violencia» , que nos propone Hobbes, como resultado paradójico de poseer el monopolio de dicha violencia, no es una garantía de la paz, por mucho que se le pueda conceder un fundamental papel de contención frente a la desnuda destrucción que propagan los grupos tribales.

El psicoanálisis debe elegir, a mi parecer, entre convertirse en una propuesta de salvación incitando al odio y a la segregación o debe optar por mantener un firme pulso con la ciencia como horizonte común en el que el saber y la crítica son indispensables para tratar sus objetivos y para definir el campo de su práctica. ¿No ha puesto la psicosis demasiado en evidencia una práctica tan necesitada de servidumbre transferencial y de complicidad interpretativa?

4. Sin embargo, repito, la clínica psicoanalítica ha despejado el campo en el que el desamparo se vincula con el daño. Fue un temprano hallazgo de Freud al que, con la sencillez del momento, llamó asistencia ajena, *fremde Hilfe*. Esta expresión, que abandonaría más tarde, no se limita a la idea de un desvalimiento animal del que luego el proceso evolutivo del desarrollo neurofisiológico le libraría. No es eso, la particularidad de la idea freudiana es que esa asistencia ajena que el mismo Freud liga a la moral y al lenguaje, es una característica propia del humano que desde su nacimiento está expuesto al otro y está intervenido por él. Esa condición es imborrable y ahí, en la experiencia particular de cada sujeto de esa indefensión, he situado lo traumático. Que el sujeto esté intervenido por el otro, quiere decir que está separado o escindido en su propia condición corporal, que, en suma, está desposeído de

su cuerpo. Freud vincula esa situación a lo que llama «vivencia de satisfacción», pues de eso se trata, de la satisfacción de las necesidades que como viviente le corresponderían. Esta indefensión extrema le lleva a la mayor de las dependencias, pues no es dependencia del medio y de sus recursos, sino dependencia del otro, de su presencia o de su ausencia. En ello le va la vida. Le será difícil ya distinguir entre la satisfacción y quien se la suministra o se la puede suministrar, entre la satisfacción y la demanda.

Esta indigencia no será vista por el sujeto como una indigencia común. Tal indigencia es de por sí traumática, pero lo que la inscribe como traumática es la dependencia del otro. La experiencia de estar al filo de la vida y sin recursos. Lo digno de resaltar de esta «asistencia ajena» es el hecho de que introduce de raíz la originaria alteridad del organismo humano, abocado a la súplica para sobrevivir. Esa alteridad tiene como efecto lo que Freud llama *Wunschbelegung*, aliento o vida del deseo, actividad desiderativa como traduce López –Ballesteros. Alteridad o desquiciamiento, desposesión que da lugar al grito que expresa. El grito es la primera formulación infantil de la demanda y es grito porque es un desgarró, el desgarró de una subjetividad que busca un amo por la vía alucinatoria. Amo es el que ama, pero igualmente el que puede y no hay otra prueba del poder que la arbitrariedad y el daño.

Así se liga daño y desamparo y así se fragua el fantasma fundamental. Recordemos de nuevo a Dostoievski: «Al ser humano en general le encanta ser maltratado, ¿no se ha dado usted cuenta?, exclama Svidriágilov. Ese vínculo entre daño y desamparo, que hará del primero signo del amor, es componente nuclear de la organización fantasmática, hasta el punto de que Freud terminará preguntándose al final de sus días, en *Moisés y la religión monoteísta*, si sería posible que el vínculo entre agresividad y sexualidad pudiera desatarse. Serían tan intercambiables que bastaría el signo del maltrato para que el cuerpo se turbe y el sujeto se nuble. San Agustín al hablar de la Caída explica con mucha claridad, como es habitual en él que no disimula nada, ese despropósito del hombre esclavo de la sexualidad por haber querido rebelarse contra la voluntad de Dios. Con la malsana dureza que le caracteriza, dice que la Caída o el modo como se introduce el mal en el mundo, se debe al intento por parte del hombre de sustraerse a la voluntad de Dios y adquirir así una voluntad propia, desconociendo de esa manera que su voluntad depende como tal y de modo absoluto de la voluntad de Dios. Al caer en tamaño despropósito se convirtió el hombre en esclavo del sexo que se excita sin su consentimiento. La arrogancia del sexo es el castigo de la arrogancia del hombre, el sexo en erección, comenta Foucault, pasa a ser la imagen misma del hombre rebelado contra Dios. No es que antes de la Caída no hubiera relaciones sexuales, sino que dichas relaciones estaban reguladas por el orden natural, y el sexo era como la mano que el hombre dirige y domina a la hora de la sementera, sin necesidad, como sucede después de la Caída, de que el pensamiento quede anulado.

Esta sucinta descripción de la Caída que hace San Agustín en el libro XIV de *De civitate Dei* pone en escena los dos componentes esenciales del fantasma que van ligados entre sí: sexualidad y agresividad o sexo y poder, como diría Foucault. La Caída se produce cuando el hombre pretende tener su propia voluntad al margen de la voluntad de Dios y como consecuencia de ello la sexualidad se pervierte. Esta explicación de la Caída muestra la función primordial del fantasma: velar lo traumático, poner parches, convertir el grito en discurso, en suma, dar sentido al dolor y para el dolor no cabe otro sentido que la sumisión a cualquiera de las figuras del Poder Absoluto: los dioses, el Progreso, la Historia o, en el escenario más concreto de cada sujeto, la figura que encarne el gobierno de la salvación, ya sean los padres, el predicador de turno, el partenaire sexual... o el psicoanalista. El emparejamiento, como es de fácil comprobar, sólo se da si se sostiene en una jerarquía interna a ese emparejamiento, por circular que sea dicha jerarquía, ya que el fantasma sadomasoquista es una escena en la que los actores pueden intercambiarse. De ahí que la preocupación en las técnicas sexuales romanas fuera sobre quién gobierna en el acto sexual.

La dependencia afecta a cada uno de los actores (el uno depende del otro) y por esa razón a la vez que el escenario de la salvación es constante, la movilidad de los actores es secundaria respecto a la pertenencia. Por esa razón el maltratador se declara siempre, sin embargo, víctima. En la escena fantasmática el mundo está siempre al revés, como podemos comprobar tanto en la esfera política como en las relaciones personales.

La pertenencia se convierte, en consecuencia, en un tipo de vínculo primordial, como defensa ante la angustia traumática. Esa pertenencia afecta ya de entrada al cuerpo, como cuerpo de la filiación y como cuerpo sexuado. La inscripción sexual y la filiación requieren renovarse o verificarse permanentemente por su constante dependencia del temor al abandono o a la exclusión.

Respecto a la satisfacción o al amor, la angustia neurótica de no ser el único se suele interpretar exclusivamente del lado del narcisismo, asunto este el del narcisismo que habría que matizar, pues si leemos con detenimiento *Introducción al narcisismo* a partir de la experiencia clínica comprobaremos hasta qué punto el narcisismo es deudor de la escenografía fantasmática. No basta el cuerpo desnudo y solitario del autoerotismo. Pero hoy no puedo ocuparme del narcisismo. Lo que quiero resaltar es que explicar esa angustia neurótica sólo por el narcisismo puede ser equívoco o, en todo caso, insuficiente, pues por encima de todo esa angustia responde a la indefensión originaria, a la esencial soledad del sujeto y al temor por lo que Sánchez Ferlosio ha llamado «la derogación de pertenencia». Los celos son una manifestación cotidiana y permanente de ello. Esa angustia feroz ante la separación o ante la expulsión del grupo, que figura como temor primordial en la relación de pertenencia, predispone al sujeto tanto al odio como a la sumisión más despiadada.

Este es el núcleo del poder, el aseguramiento de la pertenencia, lo que ya los teólogos entendieron al hablar de la *poena damni*. En ese estrecho nudo se dan cita el desamparo, el daño, el sentido, el odio y la pertenencia. No hay pertenencia asegurada si la bienaventuranza de figurar entre los elegidos no se viera acompañada, como ya decía Tertuliano, de la satisfacción de ver la condena de los no elegidos. No hay elegido si no hay no elegidos. De hecho, la bienaventuranza o la beatitud apenas tienen otro contenido que la mera y fundamental pertenencia. Todas las divagaciones sobre la visión de Dios se refieren siempre a cómo esa pertenencia requiere la *presencia corporal*, sin separación posible y sin escisión íntima. No hay poder que no sea sobre los cuerpos, he explicado en un libro anterior (cfr. *El hombre sin argumento*). La transferencia, por ejemplo, se anuda fantasmáticamente a la presencia corporal del analista.

Por eso el temor fantasmático (que expresan bien las obscenas expresiones populares, tales como «te han jodido»), es a ser usado y tirado, a que te dejen en la cuneta, al abandono, en efecto, pero sin que el cuerpo tenga otra asignación que el uso o el desprecio. El cuerpo se hace así proclive al susto de no agradar, de la fealdad, de enfermar, de envejecer, etc.

5. No se puede entender el estrecho y esencial vínculo entre poder y masoquismo sin atender a esa angustia de muerte del cuerpo en la soledad del grito traumático. De ahí que toda significación respecto al otro termine siendo una significación persecutoria, un permanente interpretar al otro para asegurarse de él, para no quedar en el vacío, hasta el punto de que no hay grupo humano que no se sostenga en dicha significación, ya que sin ella el grupo moriría de inanición libidinal, moriría de aburrimiento. De San Agustín es la conocida frase *haeretici prosunt Ecclesiae*, los herejes son provechosos para la Iglesia, pues sin herejes la Iglesia estaría dormida e inerte y son ellos los que despiertan del sueño beatífico de la muerte institucional. *Quapropter multi, ut diem Dei videant et gaudeant, per haereticos de somno excitantur*, que podemos traducir de esta manera: «Por tanto muchos se despiertan del sopor por obra de los herejes para así ver y gozar de Dios». Ya hemos visto lo que significa ver y gozar de Dios: formar parte de los elegidos, para lo cual siempre son necesarios los herejes y los no elegidos. Sin la significación persecutoria no hay por tanto grupo ni poder. Cada grupo humano se parece a otro como un clon. Sin embargo, entre sus rasgos clónicos más característicos está el que cada uno se considere particular y único, por encima del resto. Al poder le es útil esa significación que alimenta por un lado el temor a la exclusión y, por otro lado, la satisfacción de pertenecer. Sin la significación persecutoria el sujeto está solo ante el dolor y el sin sentido.

Quiero citar al respecto estas frases de Sánchez Ferlosio extraídas de un libro especialmente riguroso y lúcido. El libro se titula *Mientras no cambien los dioses, nada habrá cambiado*, y la cita dice así: «Todas las trampas, todas las rebeliones,

todos los cinismos, todas las hipocresías, todas las neurosis, todos los disimulos, todas las supersticiones, todos los dogmatismos, todos los rencores, se originan en esta universal mala conciencia y el denodado empeño por rehuir el trance de mirar cara a cara al espantoso rostro del dolor» (p.90). El cinismo no es incompatible con esa mala conciencia tan necesitada de justificar el daño por el sentido.

Aquel que decide la crueldad (y no puede dejar de hacerlo si ejerce el poder) necesitará decir que defiende a su pueblo, a su raza, a su grupo, contra la crueldad del contrario, y en ese pugilato se puede llegar a esa terrible carrera actual a ver quién es más malo, más poderoso y más asesino. El poder es el mal, decía Maquiavelo, con un supuesto cinismo atribuido, pero en realidad lo que Maquiavelo subraya es que el poder no es la *potentia* aristotélica, como el «Doctor Angélico» propone, sino que su propuesta de salvación lo es fundamentalmente de condena, y si hay que condenar a alguien para investir libidinalmente una pertenencia, entonces el poder tiene que ver decididamente con el mal. La cuestión ética de cada sujeto es cómo relacionarse con este *centauro*, como lo llama Maquiavelo, en cada gesto de acercamiento al otro, ya sea por la vía del amor, del saber, de la pertenencia o de la clínica. De hecho, cuando el pensamiento político propone la repartición de poderes, su pluralidad, es porque entiende que no hay otra forma de contención que esa separación y esa diversidad.

6. Considero que cabe hablar de tres momentos en la constitución de la subjetividad, más precisamente de la subjetividad neurótica, pues he descartado en esta reflexión hablar de la psicosis, ya que el psicótico que adquiere en su versión delirante y en su dramática soledad una extraordinaria y sorprendente lucidez sobre el poder como trama y que conoce tan bien el alcance devastador de la significación persecutoria (Colina ha hablado de esto en su Introducción a *Clásicos de la paranoia*. Madrid, 1997), el psicótico, sin embargo, queda fuera del poder y del amaestramiento colectivo que asegura la pertenencia. Asunto este a tratar aparte. Volviendo entonces a la subjetividad neurótica, se podrían distinguir tres momentos en su constitución:

El primero ha de ser el acontecer traumático o cómo se produce el hecho de una indefensión que aparta al sujeto de su satisfacción y de su realidad natural y en ese apartamiento se constituye como sujeto. Es traumático porque se trata de una indefensión radical, de un desamparo desconsolado y de un cuerpo expropiado que le hará buscar en el otro no sólo su consuelo sino su propio cuerpo sexuado. La diferencia sexual es el modo concreto de la inscripción corporal de la escisión entre pulsión de vida y pulsión de muerte, entre la condición viviente y la muerte que aparece en el campo de la subjetividad no como un hecho biológico sino como una amenaza que va a la par de su indefensión y de su dependencia.

Otro momento será la formación del fantasma fundamental, base de la organización psíquica del yo. Este es el momento crucial para entender el estrecho vínculo

entre poder y masoquismo, porque este segundo momento lo que se propone es escapar del dolor y de la indefensión por medio de la atribución de sentido y del asegurarse de una pertenencia cuyo suelo libidinal es la agresividad, la sumisión y la apropiación. La propiedad privada tiene el objetivo de acumulación de seguridad y pertenencia, pero a condición de que sea un bien colectivo (nadie acumularía riquezas en una isla desierta, sino a lo más recursos para su supervivencia), pero no un bien común. Esa distinción es el malentendido que llena de temor la vida colectiva, desde el sexo a la Bolsa.

Al tercer momento lo llamo, siguiendo la tradición freudiana, elaboración edípica. La elaboración (en el sentido de la *Durcharbeitung* freudiana) es trabajo del inconsciente a raíz de las huellas de sus encuentros fundacionales con los otros, es el trabajo de la condición deseante del sujeto, el trabajo de «subjetivización» en suma, si se me permite la palabra, pues es trabajo en el que el sujeto conquista espacio a la opacidad fantasmática, movilizándolo la libido y tomando al otro desde su existencia separada y no desde la atribución vengativa. Los avatares del amor y del sufrimiento no tendrían que acodarse bajo el nudo del poder y del masoquismo. El desplazamiento del juicio de atribución (basado en la significación fantasmática) al juicio de existencia (presidido por la castración), puede permitir que la soledad no sea sólo el Gran Temor, sino punto de partida para la búsqueda de un encuentro provisional que ninguna pertenencia asegura.

7. Ese debería ser el horizonte terapéutico de la clínica psicoanalítica de la neurosis, pero suele impedirlo el conocido obstáculo de la transferencia. La transferencia constituye un espacio privilegiado donde el poder y el masoquismo pueden encontrar el más siniestro y recóndito de sus refugios. No en vano Freud en *Psicoanálisis profano* (que mejor sería traducir, como ya he señalado más arriba, por psicoanálisis laico) ponía en ese terreno de la transferencia la condición ética de la clínica psicoanalítica. Aquí sucede como con la monarquía: si se le da poder a alguien lo ejerce. Con lo cual la clínica psicoanalítica tiene el peligro de impedir la elaboración edípica y verse reducida a la instalación transferencial del fantasma de dominio. La clínica psicoanalítica tiene pendiente resolver y trabajar este asunto de la transferencia. Si se instala y consolida el núcleo fantasmático sado-masoquista, se impide la salida del análisis, si no es como dramático abandono o como dramática ruptura. Por otro lado, el psicoanalista mismo se ve sometido a una dependencia transferencial de por vida con su propio analista que se propaga y se acomoda en el ámbito asfixiante del grupo. Surge así un tipo de institución basado en lo que W. James había llamado «decisión de fe», que es una nueva formulación de lo que ya San Agustín había adelantado, a saber, que en cuestiones de técnicas de salvación lo primero es la fe, el asentimiento, y luego, si cabe, la reflexión. *Quod intelligimus, debemus rationi; quod credimus, auctoritati* (aquello que entendemos lo debemos a la razón, lo que creemos

lo debemos a la autoridad), dice San Agustín en un texto no en vano titulado *De utilitate credendi*, acerca de la utilidad de creer, o de cómo es más satisfactorio, conveniente y ventajoso creer que no creer, ignorando que ese supuesto pragmatismo se construye sobre la charca de la segregación y de una soledad convertida en afán de engaño.

Pero en efecto no hay fe sin obediencia... a alguien, *fides qua creditur*, la llama San Agustín, y cuya fórmula habitual es «yo creo en ti». La obediencia exige la experiencia corporal y libidinal de la exultación de la sumisión. La disidencia no será ya un acto de razón sino una desobediencia y, por tanto, de orden pecaminoso, y puesto que estamos en el resbaladizo terreno de la salvación, cualquier desliz te conduce a la expulsión y a la caída entre los condenados. Se crea así un terreno acotado inmune a la crítica, donde el maltrato se convierte en secreto entusiasmo de una pertenencia exultante y criminal. La inmunidad a la crítica se orienta inevitablemente hacia la impunidad moral. Los trapos sucios se lavan en casa, se suele decir para defender una pertenencia más allá de toda crítica y que se consolida con su aislamiento. La insistente separación entre la práctica clínica y la rutina teórica, no por el objeto del que se trata sino por el modo inconfesable e indecible de cómo se trata, es refugio de la inmunidad. Pretender una «experiencia pura», inefable e indecible, es preservarse de las exigencias de la razón crítica, como ya pretendiera Schleiermacher con el sentimiento religioso. Esa inmunidad a la crítica exige que dicha experiencia adquiera rango colectivo por medio de paradigmas estilísticos que imponen su propia evidencia y de ese modo experiencia y paradigma estilístico se confunden. Tal confusión exalta la pertenencia pero socava el saber, como investigación, por un lado, y como tarea constitutiva del sujeto en su relación con la verdad, por otro.

La clínica psicoanalítica, tratamiento del síntoma como determinación subjetiva, no sólo no puede escapar a toda crítica, sino que es de por sí crítica, permanentemente crítica con su propia práctica, que por tratar del sujeto es siempre problemática. Necesita el aire y la luz, la movilidad crítica y libidinal como condiciones de una práctica que quisiera desatar el nudo entre poder y masoquismo, nudo que tiene el riesgo de instalarse en su propio seno y asfixiarla.

El paciente neurótico que acude a nuestras consultas no está ya protegido de la angustia por su fantasma, sino que el fantasma es ya sólo un pantano de angustia y de temores. Pretender asegurarle proponiéndole una consolidación fantasmática, alimentando la obediencia y el odio como forma de pertenencia, no es precisamente la tarea de la clínica psicoanalítica, que más bien debería tener como objetivo, por decirlo con las palabras de Sánchez Ferlosio, no rehuir «mirar cara a cara el espantoso rostro del dolor», para que el dolor sea propio y no atribuido y al perder la atribución al otro pueda no convertirse en moneda de cambio, es decir, en mercado de intercambio, es decir, en sadomasoquismo.

Para ello la clínica psicoanalítica ha de abordar de otra manera, sin tapujos ni hipocresías, la cuestión que tiene pendiente con la transferencia. La «anticipación de confianza» que conlleva la transferencia, no debería verse secuestrada por la «decisión de fe». (Ambas expresiones aparecen en *La voluntad de creer*, de W. James, interesante reflexión que lleva la apuesta pascaliana a un sutil y radical pragmatismo. La fe se ve reducida a una decisión y esa decisión se protege con el «anticipo de confianza». De esa forma el anticipo de confianza es simple moneda de cambio de una fe decidida por ventajosa para la vida. En cuanto a la transferencia, pienso que el anticipo de confianza no debería solaparse con la decisión de fe. Pero eso es ya otro asunto).

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Dostoievski, F. M. *Crimen y castigo*, Madrid, Cátedra, 2001, pp. 696-697.
2. Freud, S. «Die Frage der Laienanalyse», en *Studienausgabe, Ergänzungsband*, Frankfurt, Fischer, 1975.
3. Hobbes, Th. *Leviatán*, Madrid, Alianza, 1989.
4. Freud, S. «Entwurf einer Psychologie», en *Gesammelte Werke Bd. 19*, Nachtragsband, Frankfurt, 1987, pp.410-412
5. San Agustín. «La ciudad de Dios», en *Obras de San Agustín, XVII*, Madrid, B.A.C. 1965, libro XIV.
6. Freud, S. «Zur Einführung des Narzissmus», en *Studienausgabe, III*. Frankfurt, Fischer, 1975
7. Pereña, F. *El hombre sin argumento*, Madrid, Síntesis, 2002.
8. San Agustín. «De la verdadera religión», en *Obras de San Agustín, IV*, Madrid, B.A.C., 1975, capítulo VIII.
9. Sánchez Ferlosio, R. *Mientras no cambien los dioses, nada habrá cambiado*. Madrid, Alianza, 1986, p. 90.
10. Colina, F. «Paranoia y amistad», en *Clásicos de la paranoia*, Madrid, DOR, 1997.
11. San Agustín. «De la utilidad de creer», en *Obras de San Agustín, IV*, Madrid, B.A.C., 1975.
12. James, W. *La voluntad de creer y otros ensayos de filosofía popular*, Madrid, Daniel Jorro, 1924.

Francisco Pereña
Psicoanalista
Hortaleza 108, 4
28004 MADRID

SECCIÓN



HISTORIA



Vicente Sánchez Vázquez, Teresa Guijarro Granados, Yolanda Sanz López

LA OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA EN LOS TRIBUNALES PARA NIÑOS EN ESPAÑA (1889-1975) (II).

LA ESTRUCTURA DE LA EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

OBSERVATION PSYCHOLOGY IN SPANISH JUVENILE COURTS (1889-1975) (1)
THE STRUCTURE OF PSYCHOLOGICAL EXAMINATION

■ RESUMEN

En los comienzos del siglo XX se empezaron a instaurar en España los tribunales para niños. La ley de tribunales para niños, promulgada en 1918, recoge la necesidad de contar con Casas de Observación atendidas por personal técnico especializado en psicología experimental del menor. Los padres terciarios capuchinos se hicieron cargo, en pugna con la Institución Libre de Enseñanza, de los centros de menores.

En esta segunda parte se aborda el sistema de exploración psicológica utilizado, señalando los tests y aparatos psicotécnicos utilizados, acabando con la descripción de los tipos psicológicos formulados a lo largo de todo el siglo XX.

Palabras Clave: Evaluación psicológica, tribunales para niños, menores delincuentes, historia de la psicología.

■ ABSTRACT

At the beginning of the 20th century Juvenile Courts were set up in Spain. The Juvenile Courts Law, promulgated in 1918, states the need of setting up Observation Homes run by specialised staff trained in juvenile experimental psychology. Tertiary Capuchin brothers took charge of these Juveniles homes, not without the opposition of the Institución Libre de Enseñanza.

This second article deals with both the method and the psychotechnical tests and apparatus used in psychological examination. Finally, a description of the psychological types outlined in the 20th century will be examined.

Key words: psychological evaluation, Juvenile Courts, juvenile delinquency, history of psychology.

■ INTRODUCCIÓN

La legislación sobre tribunales para niños en España (1) contemplaba que cada tribunal provincial debía disponer para realizar sus funciones, protección y reforma, de una serie de instituciones auxiliares (reformatorios, casas hogar, casas de observación, etc.) cada una con objetivos propios y diferenciados.

Una casa de observación era una institución donde ingresaban los menores que a juicio de su Tribunal requerían ser estudiados desde el punto de vista médico, pedagógico y psicológico. El informe técnico de esta exploración iba encaminado a orientar las medidas que el tribunal había de tomar sobre los menores a su cargo.

El proceso de constitución de los tribunales para niños en España, cada provincia debía contar con uno propio, se demoró durante 34 años. El primero se creó el año 1920 en Bilbao y el último en Segovia en 1954.

La Ley de los Tribunales Tutelares de Menores de 1918 sustrajo al menor de la acción del Código Penal sustituyendo la pena por el tratamiento y orientó la acción del Juez de Menores hacia la personalidad moral de los mismos, creando la necesidad del estudio de los menores sujetos a su jurisdicción. Se planteó, por ello, el estudio del medio familiar y social en el que se desarrollaba la existencia del menor, con el objeto de poder aplicar a cada cual el tratamiento adecuado, en relación más a su personalidad psicológica que a la importancia y circunstancias del hecho delictivo (2).

Los Tribunales Tutelares de Menores disponían para desarrollar su labor, como se ha señalado anteriormente, de una serie de instituciones auxiliares entre las que cabe señalar, en relación al tema que nos ocupa, las Casas o Secciones de Observación. La finalidad de estos establecimientos era el estudio médico, psicológico y pedagógico de los menores sometidos a la jurisdicción del Tribunal para establecer el enfoque más adecuado de su posible tratamiento.

Se consideraba que para educar era preciso diferenciar el tratamiento; para diferenciar el tratamiento, conocer al sujeto y para conocer al sujeto, observarlo. Este era el fin de la sección de Observación: el conocimiento detenido del alumno investigando los factores que intervinieron en su desviación moral. Se pretendía el descubrimiento de su fuerza de voluntad, ideas morales, inteligencia y motivación. Este estudio iba dirigido a determinar el tratamiento que se debía seguir en la educación de cada alumno (3). En no pocas ocasiones al exponer la forma de este estudio se explicitaban posiciones más ideológicas que psicológicas como cuando el padre Cabanes, en 1940, afirmaba que para educar era necesario sondear el alma de los jóvenes para descubrir la fuerza de inhibición interna con que cuentan, buscando todos los resortes que puedan permitir adueñarse del joven para hacerle oponerse a sus vicios y malas inclinaciones para que, en definitiva, pueda resistir y rectificar la senda torcida emprendida.

■ LA EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA DE LOS NIÑOS DELINCUENTES

El estudio y observación psicológica de los menores ha sido una constante preocupación de los Padres Terciarios Capuchinos dedicados a la psicología, sobre todo a partir de los años veinte. Se mantenía, como una nota característica del sistema amigoniano, la observación de los niños en sus múltiples reacciones y manifestaciones, antes de realizar el diagnóstico de su personalidad y señalar el tratamiento educativo.

Las primeras referencias, en este sentido, aparecen en Domingo De Alboraya, director de la Escuela de Reforma de Santa Rita en Madrid, publicadas en 1906, muchos años antes de que se produjera el acercamiento de los Terciarios Capuchinos a la Psicología. Planteaba este religioso la necesidad de establecer un régimen individual para cada menor conforme al estado, fuerzas, aptitudes, inteligencia, vocación especial y modo peculiar de ser de cada corrigiendo, afín de no exigirle más de lo que pueda, pero sí todo lo que deba (4)

Las Constituciones de la Congregación de los Terciarios Capuchinos aprobadas en 1910 recogen la importancia y necesidad del conocimiento del muchacho con sus diferenciaciones caracterológicas para proceder a un tratamiento educativo más adecuado (5).

Todo este interés en la observación del niño iría sistematizándose paulatinamente a medida que se iba produciendo una mayor formación psicológica y pedagógica de los frailes, hecho que alcanzaría relevancia en torno a los años treinta.

El padre Pérez de Alba (6) planteaba en 1931 la necesidad de profundizar en el estudio del niño para descubrir sus diversas modalidades, para establecer los diversos tipos especiales dentro del tipo general que permitiera establecer una clasificación diferenciada de grupos análogos para adaptar a cada uno de ellos el tratamiento individualizado más conveniente.

Tres años después el padre Ramos (7) señalaba cómo los menores que ingresaban en las Casas de Observación, enviados por los Tribunales de Menores, habían manifestado una inadaptación social cuya causa se ignoraba. Era preciso averiguar si este desajuste respondía a causas externas o íntimas del menor. Para conseguirlo se hacía necesario conocerlo perfectamente, hacer un análisis completo de su personalidad, de todo su ser en su vertiente somática y psíquica.

En esta misma época el padre Subiela (8,9,10), uno de los autores de este movimiento que más ha trabajado sobre esta cuestión, define la observación como *una investigación atenta e intencionada de un objeto, de un hecho o un fenómeno tal como se presenta en la realidad, con el fin de llegar al conocimiento de sus propiedades*. Para este autor cada individuo posee un conjunto de características que le son privativas, propias y que constituyen su genuino modo de ser. *Olvidar y pasar por alto esta serie de diferencias y particularidades personales sería imperdonable para un educador* (11).

Todos los directores que se sucedieron en la Casa de Observación de Amurrio, desde 1926 estuvieron, estudiando sus métodos, en el Centro de Observación de Moll (Bélgica), dirigida por el pedagogo Maurice Rouvroy, que prestaba sus servicios a los jueces de niños belgas. La influencia, en algunos aspectos, del sistema de reeducación de menores de la Escuela de Moll parece un hecho incontestable. Hay que señalar, no obstante, que el estudio que preconizaba Rouvroy se basaba en la observación médica y pedagógica, situando secundariamente la exploración psicológica sistematizada. Para Rouvroy este método no era más que un medio que debe acomodarse a las necesidades de cada hora y de cada niño. No es más que *un método general de estudio; el método clínico que reclama más golpe de vista -ojo clínico-, espíritu de investigación, buen sentido y experiencia que la realización demasiado matemática de una serie estereotipada de frías interrogaciones y de test* (12).

Esta posición queda reflejada de forma más patente en la necrológica que hace el padre Ramos (13) a la muerte de Rouvroy (1954) cuando afirma que no se entra en la verdad, no se llega al conocimiento si no es por el amor. Mr. Rouvroy pensaba que la Psicología experimental y la Pedagogía por nueva era un peligro y llevaba a los que se dedicaban a su estudio al terreno del número, de la medida, de lo puramente mecánico en suma.

Sin embargo, la posición de M. Rouvroy respecto a la cuantificación era algo más matizada pues pensaba que los valores numéricos que se obtienen como resultado de las mediciones realizadas en el Laboratorio deben tener como finalidad principal determinar el potencial de educabilidad; lo demás es -debe ser- obra de la observación del niño en actividad espontánea o estimulada (14).

Afortunadamente, un grupo de Terciarios Capuchinos interesados por los estudios psicológicos obviaron esta actitud y buscaron en otros autores e institutos psicológicos de la época los elementos de inspiración necesarios para establecer un sistema de exploración netamente psicológico.

Respecto al tema que nos ocupa, las ideas de M. Rouvroy (15,16,17,18,19,20) ejercieron su influencia en la configuración de las distintas clases de observación y sobre todo en la organización pedagógica de los centros de menores delincuentes.

Se distinguía, por una parte, la observación natural que era el estudio y obtención de datos del menor mientras actuaba en su medio habitual: escuela, talleres y actividades lúdicas en interacción con sus iguales. Para realizar esta labor, los educadores disponían de los llamados Boletines de Observación y Educación (11), donde se reseñaban las observaciones que se hacían de los menores en sus diferentes actividades. Por otra parte existía la observación científica, que era la que se ejercía en el laboratorio de psicología con los instrumentos y tests pertinentes, cuya valoración y estudio constituye el objetivo primordial de este trabajo y que desarrollaremos en los sucesivos apartados. Y por último la observación mixta que participa de las características de ambas.

Toda la observación en general y la observación psicológica en particular se establecía con una delimitada proyección práctica al tratamiento pedagógico y a la reeducación de los menores disociales para que lleguen a adquirir el desarrollo debido hasta convertir al niño en un *hombre perfecto* (21).

La cualificación del anteriormente denominado *hombre perfecto* no puede dotarse de contenido sin considerar la educación como un llamamiento, no sólo a la productividad, sino también, y sobre todas las cosas a una particular jerarquía de valores (22). La educación supone, por lo tanto, cualesquiera que sea, una determinada visión del hombre y del niño que nos remite indefectiblemente a una concepción del mundo. Los fines de la educación de los Terciarios Capuchinos se infieren, lógicamente, de su condición de congregación religiosa. Para ellos el fin propio e inmediato de la educación cristiana es cooperar con la Gracia divina a formar el verdadero y perfecto cristiano (23).

El tratamiento general, continuando con el tema que nos ocupa, que se aplicaba en los centros dependientes de los Terciarios Capuchinos se dividía en tres períodos: a) período de observación; b) período de reeducación o reforma; y, c) período de libertad vigilada.

El objetivo del primer período, que es el núcleo de nuestro interés, es conocer a fondo, en todos sus aspectos, el problema que plantea el muchacho. Durante el mismo se hacía un estudio completo de la personalidad, tanto bajo el punto de vista médico, psíquico y pedagógico, como bajo el punto de vista profesional, caracterológico y moral, valiéndose de los modernos métodos de observación y experimentación, completado con los datos que suministre la familia, y el equipo de personas que intervengan en el examen y reconocimiento del alumno (24).

Toda la estructura de observación, sus procedimientos, instrumentos y metodología, se encontraba perfectamente sistematizada en un modelo protocolizado, estandarizado y cerrado. Las variaciones que se han encontrado entre los diseños de las diversas Casas de Observación estudiadas son en la práctica irrelevantes.

■ LA FICHA-BIO-PSICO-PEDAGÓGICA

Todos los datos de la observación se recogían en una ficha, creada ex profeso, donde se sistematizaba la información pertinente y relevante del menor. Esta ficha reflejaba sintéticamente toda la estructura de observación general a que se sometía a los menores.

El análisis de las sucesivas fichas que fueron utilizando los Padres Terciarios Capuchinos a lo largo de su historia refleja y explícita como cada vez se va haciendo más compleja y rica en contenidos psicológicos la observación y estudio de los menores a su cargo.

Todas las fichas examinadas responden básicamente a las directrices generales que se expresaron en la II Conferencia Pedagógica celebrada en la Escuela de Reforma de Santa Rita en noviembre de 1930, en los inicios de la elaboración psicopedagógica de los Terciarios Capuchinos. Constaba de cuatro grandes apartados: Examen médico, mental, psicotécnico y moral. A estos apartados se añadían los antecedentes del menor, su posible abordaje educativo, una síntesis o resumen y la proposición que se hacía al Tribunal Tutelar de Menores respecto a las posibles medidas a adoptar.

En la ficha aparecían cuantos datos fueran de interés para su abordaje educativo. Ficha que después de rellenada, había de ser fiel retrato y reflejo de la persona real y viviente que se quería modelar. Su objetivo era penetrar y profundizar en el interior de los educandos para intentar interpretar con acierto y maestría esa ininterrumpida serie de reacciones de orden superior y moral que responden a otros tantos procesos íntimos que indican las características distintivas y peculiares de cada individuo (25).

El carácter sistematizador que se aprecia en el modo y proceder con respecto a la configuración y uso de las fichas de recogida de datos, tiene su máximo exponente en el hecho de que, incluso, en sus Casas de Formación para los futuros religiosos se hiciese uso de ellas (26). Curioso es apreciar las no pocas similitudes que guarda con las utilizadas en las Casas de Observación, en este caso para los menores disociales.

Cabe señalar que no sólo la estructura de la ficha de observación permaneció a lo largo de décadas prácticamente inalterable (27), sino que también los instrumentos y procedimientos psicológicos para realizarla no se modificaron, salvo contadas excepciones más puntuales que generales. Éste es uno de los datos más significativos acerca de la escasa variabilidad del sistema de observación psicológico desarrollado por los Terciarios Capuchinos desde sus comienzos hasta la década de los setenta cuando decrece la presencia de los frailes en los centros de menores.

Esta ficha teóricamente debía ser elaborada por un equipo multiprofesional dirigido por el psicólogo con participación activa de los maestros, asistente social y el médico (28). Desarrollaremos en los capítulos siguientes cada uno de los elementos de carácter psicológico, recogidos en la mencionada ficha, que componían la estructura de la exploración psicológica en las Casas de Observación de los Tribunales Tutelares de Menores.

■ LA EXPLORACIÓN DE LAS FUNCIONES INTELECTUALES

La psicología de la inteligencia ha situado el énfasis en la depuración de instrumentos de medida, el análisis de las diferencias individuales y la elaboración de taxonomías descriptivas de las aptitudes mentales (29). Su repercusión al aplicarse al campo educativo ha sido enorme. No olvidemos que los tests de inteligencia estuvieron ligados en sus orígenes a problemas de tipo escolar.

Ha sido inquietud constante de quienes se han dedicado a la educación el mejorar y perfeccionar los conocimientos de exploración mental que den la base del tratamiento a que haya de someterse los niños. La medida de la inteligencia se plantea como el primer paso que en el conocimiento del niño debe darse en todo establecimiento de educación, tanto de niños normales como anormales.

La idea de medir la inteligencia de los menores disociales, por parte de los psicólogos de las Casas de Observación, responde sobre todo a fines pedagógicos, fines que se pueden reducir a tres (30): a) Adaptar el método de enseñanza al grado de inteligencia de cada sujeto, adecuando lo más posible la cultura al grado de desarrollo mental; b) Notar las aptitudes particulares de cada uno para poderlas cultivar y perfeccionar, con miras a una selección profesional que asegure la mejor utilización social por parte de cada individuo; y, c) Separar los deficientes, los atrasados, los anormales, a fin de proporcionarles enseñanza y educación en consonancia con sus deficiencias y capacidades psíquicas.

■ EL CONCEPTO DE INTELIGENCIA

El concepto de inteligencia tal como lo empleamos en la actualidad tiene una historia relativamente corta. El término ha sido utilizado durante muchos siglos con diversos sentidos filosóficos, pero es en el siglo XIX cuando autores como Herbert Spencer (1820-1903) se empiezan a ocupar de la inteligencia en el mundo animal y en los seres humanos.

La idea de medir la inteligencia proviene de Francis Galton (1822-1911), primo del naturalista Charles Darwin, que intentó aplicar los principios de la evolución al terreno psicológico. Galton trató de medir la inteligencia creando una serie de pruebas y aportando las herramientas estadísticas necesarias para analizar los resultados. Pero las pruebas de Galton estaban orientadas hacia los procesos corporales y psicofísicos sobre los que en su época estaba centrada la atención psicológica.

En 1890 un psicólogo norteamericano James Mckeen Cattell (1860-1944) introdujo el término test mental para designar a unas pruebas que permitieran comparar a unos sujetos con otros. Cattell se vio atrapado por la tradición empírica de la psicología de su tiempo. Discípulo de Wilhelm Wundt (1832-1920) y amigo de Galton, fue una de las más brillantes luminarias de la psicología norteamericana en los años del siglo. Sin embargo, véase la lista de pruebas que proponía para medir la inteligencia, recogidas por G.A. Miller (31): a) Presión dinamométrica. ¿Con qué fuerza puede apretar la mano?; b) Velocidad de movimiento. ¿Con qué velocidad puede desplazarse la mano a lo largo de una distancia de 50 cm?; c) Zonas de sensación. ¿A qué distancia deben hallarse entre sí dos puntos de la piel para que se les reconozca como dos puntos y no como uno?; d) Presión que produce daño. ¿Qué presión es necesario hacer sobre la frente para originar dolor?; e) Menor diferencia

observable de peso. ¿De qué magnitud debe ser la diferencia observable dos pesos para que se pueda detectar con seguridad?; f) Tiempo de reacción para el sonido. ¿Con qué rapidez puede moverse la mano al iniciarse una señal auditiva?; g) Tiempo para nombrar los colores. ¿Cuánto tiempo lleva enumerar los colores de una faja de diez papeles de color?; h) Bisección de una línea de 50 cm. ¿Con qué grado de exactitud se puede señalar el centro de una regla de madera de ébano?; i) Estimación de un tiempo de diez segundos. ¿Con qué grado de exactitud puede estimarse un intervalo de diez segundos?; y, j) Número de letras recordadas después de escucharlas una sola vez. ¿Cuántas letras, ordenadas aleatoriamente, pueden repetirse exactamente después de una presentación?

Esta relación ilustra de modo especial el enfoque de la psicología de la época de orientación alemana. Conviene tenerla presente porque este modelo va a tener su influencia en los laboratorios de psicología de la Casas de Observación, pero no para la exploración intelectual, como proponía Cattell, sino en la exploración psicotécnica.

Cattell señalaba que estas pruebas comenzaban con medidas somáticas y proseguían luego con medidas psicofísicas hasta llegar a las mentales. Pero si existe verdaderamente un continuo de mediciones que vaya desde las físicas hasta las mentales, hecho bastante improbable, Galton y Cattell exploraron únicamente su extremo físico.

Esta línea de investigación, basada en las mediciones sensoriales y motoras, resultó infructuosa en el intento de diferenciar a unas personas de otras. Habría que recurrir a las funciones mentales superiores que están implicadas en la inteligencia para superar tal escollo. Este cambio de posición epistemológica estaba reservado para el eminente psicólogo francés Alfred Binet (1857-1911), cuya muerte prematura en plena actividad le impidió desarrollar muchas de sus ideas.

En 1904, el Ministerio de Instrucción Pública francés formó una comisión para considerar el problema de los niños subnormales en las escuelas públicas. Binet, cuyos estudios de psicología infantil eran bien conocidos, fue uno de los miembros de la comisión. El objetivo de Binet fue establecer un instrumento diagnóstico que permitiera determinar si un niño estaba avanzado o atrasado con respecto a los de su edad. Para lograr este objetivo Binet, con su principal colaborador Henri Simon, fue realizando numerosas pruebas hasta lograr un instrumento bastante perfecto para las necesidades prácticas que pretendía. Pensaba que sus antecesores habían dado excesiva importancia, en sus exámenes mentales, a la determinación de los procesos psíquicos inferiores, con menoscabo de los procesos superiores. Estos requerían mayor importancia de la que se les había dado, por ser más relevantes en la vida de los sujetos y caracterizar mejor a los individuos. Estos se distinguen con mayor precisión por su capacidad de atención, imaginación o inteligencia que por su aptitud táctil u olfativa. El haber renunciado a tratar de medir los procesos básicos de la inteligencia fue precisamente una de las claves del éxito de la tarea de Binet (32).

En consonancia con lo expuesto, Binet elaboró una serie de pruebas sistematizadas en una escala para poder evaluar de modo preciso la inteligencia de los individuos. En 1905 apareció su obra titulada *La medida de la inteligencia en los niños* que supuso una aportación capital a la Psicología Infantil. Binet modificó su escala en 1908, y nuevamente la revisó en 1911, año en que murió. Sus resultados fueron tan contundentes que los tests de inteligencia que se utilizan son herederos directos de la prueba Binet-Simon.

Sin embargo la contribución más importante al concepto de inteligencia general fue sin duda la de Spearman (33), el padre del análisis factorial. Al aplicar esta técnica matemática observa una tendencia a obtener pequeñas correlaciones entre cualquier par de tests de inteligencia. A partir de este hecho establece una teoría bifactorial, según la cual existe un factor general de inteligencia (factor g) que explica las correlaciones empíricas entre todos los tests y multitud de factores específicos (factores).

A raíz del perfeccionamiento del análisis factorial, cobran fuerza las teorías de la inteligencia que la articulan en varios factores aptitudinales (verbal, razonamiento, comprensión, etc.). Algunos autores, especialmente los británicos, preservan la idea del factor g del que dependerían jerárquicamente uno o varios niveles de aptitudes más específicas (34,35). Por su parte los norteamericanos son más partidarios de la idea de aptitudes o factores independientes (36,37).

Consecuencia de lo anterior, el análisis de la inteligencia cobra un nuevo auge al completarse los tests de inteligencia general (cociente intelectual) con tests factoriales o de aptitudes que ofrecen un diagnóstico más articulado de la inteligencia.

Esta doble perspectiva tendrá su correlato en las Casas de Observación al plantear la exploración de la inteligencia mediante los procedimientos sintéticos y analíticos.

■ LOS MÉTODOS DE ANÁLISIS DE LA INTELIGENCIA

Tradicionalmente, en los inicios de la psicometría, se tendía a plantear el estudio de la inteligencia en base a dos métodos diferenciados: el analítico y el sintético. El estudio analítico de la inteligencia tiende a unificar en una valoración única (edad mental o cociente intelectual) los resultados de múltiples o diversas pruebas, cuya serie constituye una escala métrica de la inteligencia. El examen analítico, por el contrario, debe llegar a representar una fisonomía mental, es decir, a expresar las diferencias de las distintas funciones intelectuales de un individuo, normalmente representadas en un perfil o psicograma (38).

En la práctica de la exploración psicológica en las Casas de Observación se obstaba por ambas posiciones, al establecerse dos métodos de estudio de la inteligencia: el sintético y el analítico. El sintético comprende las pruebas de inteligencia; nos dan la

capacidad intelectual en su conjunto. El analítico nos da las funciones mentales que integran la inteligencia, expresando no sólo su estado normal o anormal, sino las funciones que se hallan en déficit (39). Veamos a continuación cada uno de ellos con sus correspondientes instrumentos de medida.

a) Estudio Sintético de la Inteligencia. En 1924, los padres terciarios capuchinos León de Alacuas y García LLavata se desplazan a Barcelona donde aprenden a utilizar la escala de Binet, adiestrados por Folch y Torres. A pesar de esta formación, no hemos encontrado referencias de la utilización de esta escala. Sin embargo a partir de los años treinta se comienza a explorar a los menores con la Escala de Terman.

De la Escala de Binet se hicieron numerosas revisiones. La más importante fue la de Lewis Madison Terman (1877-1956), conocida también como Standford Revisión, nombre de la Universidad californiana de la que aquél era profesor. Empezó Terman sus trabajos en 1911, terminándolos en 1917, dando lugar a la Escala de Inteligencia de Terman que con sucesivas revisiones se viene utilizando en la actualidad, siendo una de las pruebas que más se ha popularizado en todo el mundo. La aportación más importante de Terman fue el uso por primera vez del cociente de inteligencia (C.I.) o razón entre la edad mental del niño y su edad cronológica (40).

Para este primer enfoque se utilizaba La Escala de Inteligencia de Terman en la adaptación española realizada en 1928 por Mercedes Rodrigo y José Germain. En esta versión, Terman seleccionó cuarenta nuevas pruebas para reemplazar a las deficientes de Binet. Propuso seis pruebas por año en lugar de las cinco de Binet. Reunidas las pruebas, procedió Terman a estudiar el valor de cada prueba en sí, dando este ensayo como resultado la eliminación de todas las deficientes, conservándose 90 perfectamente validadas. Este número de 90 sobrepasa en 36 el número total de la escala publicada por Binet en 1911. De las 36 pruebas nuevas, 27 fueron ideadas por los propios investigadores de la Universidad de Standford, 2 son tomadas de la serie de Healy y Fernald, una de la escala de Kulhmann y otra de la de Bouser. Las cinco restantes son adaptaciones o modificaciones de la de Binet (41).

La estructura del test quedó de la siguiente forma: seis pruebas para cada año, desde los tres hasta los diez; ocho pruebas para los doce; y seis para los catorce y dieciséis. Además, Terman añadió 16 pruebas suplementarias al final de cada, año a fin de reemplazar a aquellas que por circunstancias especiales no pudieron ser aplicadas.

b) Estudio Analítico de la Inteligencia. El estudio analítico de la inteligencia da lugar a los denominados perfiles psicológicos que vienen a ser la representación gráfica de los niveles alcanzados en las distintas pruebas analíticas. Estas pruebas se crean o eligen según el concepto que el autor del perfil tiene sobre los diversos componentes de la inteligencia.

El primer intento, en este sentido, es obra del psiquiatra y neuropatólogo ruso, dedicado preferentemente a temas de la infancia, Gregorio I. Rossolimo, quien en 1908 publicó su examen mental en forma de perfil psicológico, representando las funciones mentales en forma de diagrama.

Rossolimo parte del presupuesto de distribuir la actividad mental en once funciones dirigidas por tres comandos: a) el grado de intensidad o tono psíquico; b) recepción y conservación de las impresiones; y, c) modos de elaboración (42).

El perfil de Rossolimo sugirió a diversos autores ciertos cambios en la estructura general de las pruebas, en las normas de cómputos y en el desarrollo del examen (43).

Una de las revisiones más interesantes en general y por lo que respecto a nuestro trabajo en particular, es la de Vermeylen. En 1922 aparece la obra de Vermeylen titulada, *Les débiles mentaux* (44), tesis doctoral presentada en la Universidad de Bruselas, en la que hace un estudio médico y psicológico de los débiles mentales. El método de Vermeylen reúne las ventajas de los métodos sintéticos y de los métodos analíticos al permitir obtener tanto el cociente intelectual como, a través del perfil psicológico, la cantidad y cantidad de la función examinada. Este autor divide la inteligencia en tres grupos de funciones: a) funciones de adquisición (atención perceptiva, atención reactiva, memoria de fijación, memoria de conservación, memoria de evocación, imaginación simple y asociación simple); b) funciones de elaboración (comprensión, juicio, razonamiento, discriminación, generalización e imaginación); y, c) funciones de ejecución (habilidad y combinación).

■ LA EXPLORACIÓN MENTAL EN LAS CASAS DE OBSERVACIÓN

Al poco tiempo de publicarse la obra de Vermeylen en España (1926), comenzó a aplicarse sistemáticamente su examen mental en el Laboratorio de psicología del Reformatorio Príncipe de Asturias de Madrid y en la Casa de Observación de Amurrio, de manera que fueron éstos de los primeros centros de España que adoptaron el sistema. El padre Ramos Capella (30) pensaba que los métodos o procedimientos sintéticos daban una visión de conjunto de la inteligencia del menor, pero no analizaban el estado de sus funciones mentales. Con fines pedagógicos, creía que era necesario un método que diera a conocer las deficiencias particulares de la mentalidad para poder atender individualmente a cada una de ellas. Era necesario, por lo tanto, un método de exploración mental analítico.

A medida que se iba haciendo más habitual su uso, se fueron introduciendo una serie de cambios al primitivo sistema de Vermeylen, con la finalidad de hacerlo más operativo y ajustado a la población española de menores delincuentes. Se imponía en primer lugar adaptar los baremos y los índices de referencia de las distintas edades a los niños españoles. La revisión de este baremo fue realizada por García LLavata

(45) en el Reformatorio de Menores de Carabanchel Bajo (Madrid) con una muestra de 800 niños de este centro.

A partir de este momento, se comienza a trabajar en la Casa de Observación de Amurrio en una modificación del método de Vermeylen para adaptar sus funciones mentales a la psicología de las facultades de corte neoescolástico que sustentaba el quehacer psicológico de los Terciarios Capuchinos. Varios años estuvieron utilizando el procedimiento de examen mental de Vermeylen, con la puntuación y resultados obtenidos por el padre Gabriel García Llavata, pero siempre abrigaron el deseo de modificar el sistema, a fin de acomodarlo mejor a su filosofía neoescolástica tradicional (30).

Este proceso desembocó en la publicación en 1943 del Método de Exploración Mental del padre Jesús Ramos Capella, que se ha venido utilizando sistemáticamente desde entonces en la práctica totalidad de las Casas de Observación de los Tribunales Tutelares de Menores hasta finales de los setenta o primeros años de la década de los ochenta. Se innovó y adaptó el método analítico de las facultades mentales ideado por Vermeylen, configuraron un procedimiento propio que pasamos a desarrollar.

Consta el examen de nueve funciones ordenadas de la siguiente manera: atención, percepción, memoria mecánica, memoria racional, juicio, síntesis, análisis, raciocinio y comprensión. Describiremos cada una de ellas tal como fueron expuestas por Ramos Capella (30). Así mismo en el manual del test del mencionado autor se recogen el material concreto utilizado, junto a la técnica de aplicación y valoración.

Veamos a continuación, usando el propio lenguaje de las instrucciones de la prueba, como se definen y se miden las distintas funciones anteriormente reseñadas.

a) Atención. La atención no se categoriza como una función mental propiamente dicha, sino más bien como un estado o tensión de conciencia necesaria a todas las funciones mentales para que estas puedan ejercerse adecuadamente. Se la define como la concentración de la mirada interior sobre un objeto situándolo en el centro del campo de la conciencia.

El material empleado está tomado de Toulouse y Pieron, que a su vez modificaron el de Bourdon, consistente en tachar ciertas letras de un texto. Vermeylen empleó unas tablillas con agujeros marcados con determinados trazos. Ramos Capella sustituye las tablillas por hojas de papeles en las que van dibujados los signos con sus trazos correspondientes. El sujeto ha de tachar con la pluma los signos que se le indiquen.

El material consta de diez subpruebas diferenciadas por el tipo de trazos que aparecen o bien ante un mismo tipo de trazos por las distintas consignas que se le dan al sujeto. Están organizadas en grados de 1 a 10 por orden de dificultad. Siguiendo a Vermeylen se establecen una serie de tipos especiales de reacción para cada prueba

Se pueden descubrir en esta prueba varios tipos de reacción y adaptación: 1) el tipo lógico-metódico, que verifica la prueba con plan y método. Observa desde un principio las dificultades que encierra la prueba, clasificando los diversos elementos que intervienen en ella, eligiendo el procedimiento de trabajo más cómodo, rápido y eficaz. Rara vez, al contrario del empírico, se refiere o consulta el modelo; 2) el tipo empírico, que ejecuta la prueba lentamente sin que se verifique en él proceso alguno de adaptación. Rinde el máximo al primer esfuerzo, siendo escaso su perfeccionamiento en el transcurso de la prueba. Es concienzudo y consulta cada vez el modelo antes de tachar el signo que se le pide; 3) el tipo inestable, caracterizado por la labilidad de su atención, que hace que resuelva satisfactoriamente números elevados de la prueba, fallando completamente los de grado inferior. Son frecuentes e inexplicables algunos de sus errores dado el grado de su nivel general. Produce la impresión de que no rinde lo que puede o que, por lo menos, lo hace de un modo irregular o discontinuo; 4) el tipo automático, que suele resolver satisfactoriamente los grados inferiores, hasta el número cinco inclusive. Sus resultados no son fruto de su atención voluntaria, sino de la memoria motriz, que se ciñe a reproducir invariablemente la misma operación; al ser en los primeros grados constante la distancia de los signos, el resultado suele ser satisfactorio pero fracasa completamente cuando cambia la prueba.

- b) Percepción. Ramos Capella la definió como el conocimiento de un objeto sensible y material que resulta, en parte, de sensaciones o impresiones actuales, y en parte de elementos imaginativos, acordes con la capacidad imaginativa del sujeto, con aquellos asociados, fundidos y objetivados.

Como material se adoptó el empleado por Vermeylen para examinar la función que él llama imaginación creadora. Consta de diez dibujos incompletos tomados algunos de ellos de Rossolimo (grados nº2, 4, 6, y 8), Schulce (grado nº 1) y Seashore (grado nº 10).

Al considerar que existe en la percepción elementos sensoriales actuales, suministrados por la sensación o excitante de la prueba, y elementos imaginativos provenientes de experiencias o sensaciones anteriores, se distinguen dos tipos de reacción según los elementos que la determinen: 1) Los sensitivos o sensoriales, que son en los que los elementos imaginativos no intervienen en nada o en parte insignificante en la solución de la prueba; y, 2) Los imaginativos, que son los que a los elementos sensoriales suministrados por la prueba asocian, bajo la dirección de la inteligencia, elementos imaginativos de experiencias pasadas, que se funden y objetivan en una unidad. Se caracterizan por la rapidez y precisión de las respuestas.

- c) Memoria mecánica. Siguiendo a Pellaube, se distinguen cuatro elementos constitutivos de la memoria: 1) fijación y conservación; 2) evocación y reproducción; 3) reconocimiento; y, 4) localización en el pasado.

La memoria que se examina en esta prueba es la memoria mecánica o automática y que comporta sólo los dos primeros elementos de los cuatro enumerados. Coincide con la que en 1917 llamaba La Vaissiere (46) memoria inmediata, y que no es, a fin de cuentas, sino la continuación de la impresión sensorial.

Se adoptó como material el empleado por Vermeylen para explorar la memoria de fijación. Lo compone una serie de diez cuadros en los cuales están dibujados unos objetos de número creciente del 1 al 10. Están tomados de Toulouse y Pieron.

Los tipos especiales de reacción para esta prueba son: 1) los visuales que graban preferentemente las imágenes visuales de los objetos, y llegan en caso de olvido, a fijar la situación topográfica de los mismos, sien el tipo más perfecto de reacción, pudiendo, incluso, realizar el ejercicio en orden inverso; 2) los auditivos, que resuelven la prueba de un modo preferentemente automático; el impulso inicial dado por la imagen auditiva de un objeto les facilita la solución de la prueba; y, 3) los aproximativos, que son los tipos más imperfectos de reacción, supliendo su incapacidad y falta de esfuerzo e interés por formas procedentes de las series anteriores o suscitadas por la vista de los objetos que le rodean.

- d) Memoria racional. No se persigue con esta prueba explorar la simple capacidad de fijación y reproducción inmediata de las nociones. Se busca la capacidad mnésica cuando la reproducción de los contenidos no es simplemente mecánica o asociativa, ni es la simple presencia de las imágenes la que condiciona la reproducción. Se trata de indagar la reproducción basada en la ilación, el nexa o la trabazón lógica de los juicios. De aquí que lo importante sea la ordenación y elaboración del material, la elaboración y consideración de las relaciones lógicas, tanto internas como externas, y el descubrimiento de un rasgo unificador, característico y comprensivo de todos los miembros del contenido. En otras palabras, se examina la capacidad que tiene el sujeto de aprender con sentido, lo que sólo es posible cuando se establece una relación entre las ideas que se han de grabar.

Para el material se utilizaba una anécdota que se cuenta de Esopo graduada o dividida en diez fragmentos o recuerdos, para facilitar en la medida de lo posible su cuantificación. Se inspira en el material que se emplea en la Escala de Terman, aunque en ésta la división se hace en ocho recuerdos.

Aquí los tipos de reacción son los que siguen; 1) el lógico, que percibe la relación que existe entre los contenidos de la memoria, procurando reducir a la unidad la variedad de conceptos, haciendo de ellas un todo lógico, cada una de cuyas partes le lleva al conocimiento de las demás. No se esfuerza gran cosa en retener las palabras de la prueba y, en general, al reproducirla prescinde de ellas, empleando otras distintas; y, 2) el ilógico, que no percibe relación alguna entre las ideas del contenido, esforzándose, para resarcirse de esta deficiencia, en reproducir la prueba con las mismas palabras. Al no alcanzar su significado adolece de incoherencias, imprecisiones, etc.

- e) Juicio. El juicio se considera como la segunda de las operaciones que ejecuta el entendimiento: no es la mera aprehensión de un objeto o de una relación, sino una afirmación, un acto por el cual se enuncia algo de otro. Se siguen, pues, las ideas de Tomás de Aquino (1225-1274), que lo define como un acto del entendimiento, por el cual éste compone o divide, afirmando o negando la conveniencia entre dos cosas o extremos.

El material para medir esta función consta de diez series de palabras, con las cuales hay que construir diez frases. Es semejante al que empleaban Binet y Terman en sus escalas de inteligencia.

Como tipos especiales de reacción tenemos: 1) el tipo lógico, que resuelve las pruebas con más o menos elementos personales, afectivos o imaginativos, pero la solución viene siempre dada según las reglas del buen discurso; y, 2) el tipo ilógico, que no percibe la relación existente entre las ideas o conceptos de la prueba, resolviendo las frases sin darle sentido alguno y de un modo automático.

- f) Síntesis. A esta función se le llama también generalización. Constituye, con la siguiente, el medio de que se vale el entendimiento para la formación de conceptos. Estos se forman mediante la generalización y la abstracción, o mediante la síntesis y el análisis. A través de estas dos funciones, el entendimiento somete a una profunda transformación los datos sensoriales. Así, cuando se examinaba la capacidad de generalización del menor, se examinaba el carácter universal o extensión de sus ideas.

El material adoptado es el que empleaba Vermeylen en el test de nominación, quién a su vez lo había tomado de Ziehen.

Los tipos de reacción que tenemos para esta prueba son: 1) el lógico-objetivo, que percibe claramente los elementos comunes a todas las cosas que se le proponen, dando la respuesta y calificación exacta en cada caso; 2) el predicativo, que tiene una noción más genérica de la cosa o acción que se le propone, y se concreta a solucionar las pruebas, calificando las acciones solamente de buenas o malas; y, 3) el tipo ilógico-incoherente, que no percibe los elementos comunes que constituyen los universales y automatiza las respuestas, siendo éstas extravagantes e inexactas.

- g) Análisis. Se entiende esta función como una consecuencia natural del proceso de abstracción mediante el cual el entendimiento, prescindiendo de lo concreto y sensible que hay en las imágenes, forma las ideas o conceptos universales, extensivos a todos los seres o individuos de determinada clase.

Esta función se considera como importantísima para poseer una perfecta inteligencia, sin olvidarse que debe ir acorde con la síntesis, pues el excesivo desarrollo de una redundante en perjuicio de la otra.



Se utiliza el material que usaba Vermeylen para apreciar la función que él denominaba determinación, que consiste en una serie de preguntas que se le hacen al sujeto sobre las partes principales que constituyen determinados objetos.

Los tipos de reacción son: 1) el lógico-metódico, que es el que tiene clara la idea de lo esencial del objeto, disociando metódicamente sus partes constitutivas; 2) el parcelario, que no tiene noción clara ni punto de vista sintético del objeto y resuelve la prueba según la impresión del momento. Se caracteriza este sujeto por el desorden en la resolución de la prueba; y, 3) el ilógico-incoherente, que es el que carece del concepto claro de la cosa, dando como partes esenciales las que revisten carácter muy secundario y accidental y olvidando las verdaderamente principales y necesarias.

- h) Raciocinio. Además de las funciones hasta aquí definidas y que eran objeto de la exploración psicológica, se considera que el entendimiento puede realizar otra función todavía superior, a la que se ordenan todas las demás: el raciocinio. Éste es definido por los escolásticos como una operación del entendimiento por la cual de uno o más juicios se infiere o deduce otro. La inferencia o deducción se delimita diciendo que consiste en el acto mental por el cual de la comparación de dos términos o ideas con una tercera concluimos la conveniencia o inconveniencia de aquéllas entre sí.

El material consiste en diez láminas o cuadros en los que aparecen unos absurdos en lo dibujado (por ejemplo una cabeza de hombre con las orejas pintadas en la parte superior). Son los mismos que empleaba Vermeylen para la función llamada juicio. Se trata del test de los absurdos empleado por Rossolimo, Toulouse y Pieron.

En esta prueba se destacan los siguientes tipos especiales de reacción; 1) el lógico-objetivo, que aprecia clara y rápidamente la ilación entre los dos juicios que entran en el raciocinio, y captando el error deduce la consecuencia precisa y exacta; y, 2) el ilógico-incoherente, que no distingue lo absurdo del grabado y señala como tal detalles que no lo son o se siente satisfecho a pesar de lo inverosímil del grabado.

- i) Comprensión. Se la considera una función sumamente compleja y respecto de la que se ordenan todas las demás del psiquismo humano. Para que esta función pueda realizarse con perfección, ha de presuponerse la perfección e integridad de todas las demás que le sirven como base (memoria, juicio, síntesis, etc.). Con esta función se establecen enlaces significativos entre los distintos elementos que proporcionan todas las demás funciones. Es la síntesis de todas las demás funciones porque en rigor engloba todo el vasto conjunto de aquellas en un producto unificado.

El material lo constituyen las series empleadas por Decroly y Rossolimo principalmente. Se trata de unas historias gráficas compuestas en diferentes cuadros

que se le dan desordenadas al sujeto y éste tiene que ordenarlas. El método es similar al que muchos años después utilizaría David Wechsler para uno de sus subtests manipulativos (el de historietas).

Los tipos especiales de reacción son: 1) el lógico, que explica la historia con más o menos elementos personales o imaginativos, pero siempre con arreglo a las normas del buen discurso, estableciendo relaciones lógicas entre los elementos de la prueba que le conducen a una solución exacta y racional; 2) el interpretador, que da una solución personal que, a pesar de no ser la exacta y precisa, no deja de ser admisible, por razonable; y, 3) el ilógico-incoherente, que soluciona las pruebas de un modo disparatado, sin relacionar las escenas entre sí y haciendo caso omiso del sentido total de la historia

■ EL ANÁLISIS CARACTEROLÓGICO

El instrumento mediante el cual se establecía el examen caracterológico en las Casas de Observación de los Tribunales Tutelares de Menores era conocido entre sus usuarios con el sobrenombre de *reloj moral*, en alusión a la forma del pictograma donde se expresaban, visual e ilustrativamente los resultados. Se trataba de explorar mediante este instrumento en unos determinados rasgos del carácter que podían predominar en el alumno, a la manera que entendía estos rasgos la filosofía neoescolástica: a) la reacción o pasividad al medio ambiente; b) la ética familiar y social; c) los juicios de valor al obrar; y, d) la capacidad inhibitoria interna y externa ante la moralidad, ante el deber y actos del culto externo (47).

Este instrumento fue ideado, en 1927, por los profesores Talayero y Saralegui, habituales en los seminarios de formación psicopedagógica que periódicamente se celebraban en el Reformatorio de Amurrio.

Se fundamenta en la concepción escolástica del hombre como ente dual equilibrado en el campo de fuerzas que mantienen por un lado las pasiones y tendencias, y por otro la voluntad y la razón. Los psicólogos terciarios capuchinos defendían, en la más pura tradición neoescolástica, que en sus alumnos, como en todo mortal, existe una dualidad de fuerzas. Por una parte el psiquismo inferior con sus tendencias, instintos o pasiones, es la fuerza ciega que no conoce senderos ni canalización. Por otra, el psiquismo superior: la razón que propicia el conocimiento de la verdad a la que ha de atenerse la voluntad (48).

El reloj moral trataba de transcribir el examen moral o caracterológico, estando dividido en dos partes: a) en la parte superior se representan las fuerzas de inhibición, internas y externas, con sus diferentes categorías; y, b) y en la parte inferior del gráfico aparecen las tendencias espontáneas expresadas, asimismo, en varias categorías. Se divide, pues, la fuerza de inhibición en interna y externa que se representa en la semicircunferencia superior del gráfico. Tienen la misión de mantener

las tendencias espontáneas que están representadas en la parte inferior y que deben quedar sometidas a la recta razón. (49).

El examen caracterológico se configura, por tanto, en orden a las siguientes categorías. Un primer grupo, parte superior, que compete a la capacidad inhibitoria, siendo esta interna y externa como se ha comentado.

· *I. Capacidad Inhibitoria Interna.* Hace referencia al conjunto de capacidades provenientes del propio sujeto que provocan la contención de las tendencias. Se subdividen en tres categorías:

- a) La inteligencia moral. Se define como el conjunto de principios morales del niño. Tales principios son absolutamente necesarios tanto para el niño como para el adulto. Donde no existen motivos de obrar no existe moralidad posible. Lógicamente los principios morales que se consideran más idóneos para los niños son las ideas religiosas y más concretamente los principios de moralidad católica que profesaban los religiosos encargados de su educación. El apelativo de inteligencia aplicado a la moralidad se hace más inteligible si se cae en la consideración de que a lo que, realmente se refieren en este apartado, es al conocimiento que el niño tiene de los principios religiosos, independientemente de que sean asumidos, aceptados y se conviertan, por tanto, en guías de la conducta. Una inteligencia baja dificultaría el conocimiento de tales principios morales.
- b) La motivación o juicios de valor. Se relaciona con la inteligencia moral a la que complementa. El simple conocimiento de las normas morales al uso no garantiza el hecho de que la conducta, que realiza un sujeto, se atenga a las mismas. Es necesario que estas sean asumidas y reconocidas como propias y constituyan su sistema de valores. Los padres terciarios capuchinos pensaban que no bastaba con saber de memoria un libro de moral para poder asegurarse una conducta intachable sino que era preciso que a los principios morales se adhiera todo el ser espiritual, erigiéndolo en principio de conducta (50).
En definitiva esta segunda categoría trata de reflejar el grado de introyección de los principios morales, en este caso las ideas religiosas.
- c) La Voluntad. Para J.P. Bulnes (51) es una tendencia-función que se dirige a un objeto propuesto por el conocimiento intelectual. A la fuerza que produce ese acto se le llama voluntad. Se la considerada como facultad capaz de inhibir y actuar de control de las tendencias, obrando contra la sensualidad, el amor carnal, el amor del mundo, etc. Se trataba de determinar también los hábitos voluntarios como parte positiva de esta facultad. Para los neoescolásticos la voluntad es espiritual e irreductible a la materia y, por tanto, libre y responsable de sus actos (52).

· *II. Capacidad Inhibitoria Externa.* Se pretende calificar, con este parámetro, a un conjunto de factores, no propiamente personales, pertenecientes al contexto de desarrollo del sujeto. En sentido amplio comportaría el entorno psicosocial próximo del niño. Este entorno actuaría, en sentido positivo, como elemento de contención de las tendencias del individuo. Su mayor o menor deterioro redundaría en el control de las tendencias por parte de los sujetos. La influencia externa del entorno se subdivide en los tres elementos clásicos: ambiente familiar, social y escolar. En tal sentido se afirmaba que, por regla general, estas influencias obran indirectamente y por mutua asociación. El menor que falta a la escuela se pasa muchas horas en la calle, lee revistas pornográficas o de aventuras excitantes, permanece tardes enteras en el cine y acaba delinquiendo. El niño que vive en una zona inmoral tiene a menudo un hogar nocivo, habita en un tugurio malsano y contrae pésimas amistades, hasta acabar, generalmente, reuniéndose con alguna banda de jóvenes delincuentes (53).

a) Ambiente Familiar. En este apartado se hace alusión a dos tipos de variables que hay que analizar para establecer la fuerza influyente del ambiente familiar: la herencia y la estructura familiar.

Los aspectos hereditarios y frenológicos en la génesis de la delincuencia marcan una dinámica especial en toda la Historia de la Criminología. En la época en la que se perfila el análisis caracterológico, en 1927, las teorías lombrosianas del criminal nato (54) habían perdido ya bastante virulencia pero su planteamiento biológico-determinante aparece de una u otra forma en la literatura criminológica. En los protocolos del Reformatorio de Amurrio se recogen datos en el apartado reservado a la herencia en relación a los siguientes antecedentes de los padres: luéticos, alcohólicos, tuberculosos y psiquiátricos. Sin embargo la posición respecto a la importancia de estos factores es de un menor carácter que la estructura familiar y social en su etiología de las conductas delictivas. Se destacaban las taras hereditarias anteriores remarcando de manera especial todo lo referente a la familia. Se pensaba que cuando la familia no tiene el prestigio moral que le da autoridad, las malas tendencias del niño carecen de freno exterior y como su juventud no les asegura nada más que una fuerza de resistencia interior muy mediana, las inclinaciones perversas se convierten muy pronto en hábitos imperiosos y tenaces (55).

Respecto a la estructura familiar, ésta era dividida en cuatro categorías: idóneas, deficientes, nocivas y sin familia.

Las idóneas, como su propio nombre indica, son aquellas familias en las que no existen elementos desfavorables en la crianza y educación de los hijos.

Por familias deficientes se entendía las que carecían o tenían afectado, pero no en grado extremo, algún elemento relevante como pueden ser la carencia de uno de los progenitores o los inadecuados medios económicos y/o educativos. Conviene señalar en este punto la referencia que se hace a las actitudes de los padres

al plantear las consecuencias negativas tanto de la rigidez exagerada como de la benignidad o condescendencia extrema. El deterioro de la situación familiar no era considerado, en este tipo de familia, lo suficientemente grave como para retirar la patria potestad.

Las familias catalogadas como nocivas lo son en virtud de un deterioro muy acentuado y grave de toda la estructura familiar, estando afectadas de forma muy significativa las relaciones interpersonales internas y externas, la situación económica, el hogar físico y en consecuencia las pautas de crianza y la atención mínima a las necesidades elementales, psíquicas y fisiológicas, de los hijos. Son situaciones familiares donde era preceptivo y recomendable la retirada de la patria potestad. Otra cuestión es el hecho de no llevarse a efecto, en la práctica, por las autoridades judiciales pertinentes.

Las familias nocivas eran subdivididas atendiendo a los siguientes factores: abandono, corrupción moral, delincuencia, vagabundeo, mendicidad y embriaguez.

Por último estaría una categoría residual, sin familia, que hace referencia sobre todo a los casos de niños abandonados de los que no existía ninguna referencia familiar.

- b) Ambiente Social. A pesar de ser un factor de amplia atención en los estudios de criminología infantil desde principios de siglo, el tratamiento que recibe, en el análisis caracterológico, es de una enorme simplicidad. Se señalan una serie de elementos que ejercen una influencia perniciosa sobre la moralidad del menor, actuando degenerativamente sobre él. Son valorados en este sentido, las amistades asociales del barrio, las lecturas de novelas de aventuras y el cine, sobre todo las películas policíacas, pornográficas y eróticas.

Las críticas que en la actualidad suscita la programación violenta de las televisiones como fuente de modelos agresivos y disociales, ya estaba en boga en la época en que se elabora el reloj moral, salvo que el referente no es la televisión, lógicamente, sino el cinematógrafo. Un jurista de la época, Góngora Echenique (56), reflejaba a este respecto como el aumento de la criminalidad de los niños ocurría en todas aquellas naciones donde, a pesar de existir una censura que examinaba las cintas cinematográficas, se permitió, en virtud de ciertas complacencias, la proyección de películas terroríficas con continuas escenas sanguinolentas o en las que se ponía de manifiesto los medios que empleaban los autores de delitos de hurto para llevar a cabo sus propósitos.

- c) Ambiente Escolar. La escuela es analizada en una doble acepción: la asistencia (buena, irregular y falta habitual) y la instrucción (buena, deficiente y nula). La asistencia a clase es valorada como dato de la adaptación personal del menor. La incapacidad para adaptarse al medio ambiente de la escuela puede suponer más tarde una incapacidad o dificultad para adaptarse al medio social y propiciar la aparición de conductas disociales. En este sentido Ramón Albó opinaba (53) que,

por lo que toca al factor escolar, su importancia radica en estos dos hechos: por un lado, en cuanto al déficit intelectual al que conduce una instrucción deficiente o nula, la falta de escolaridad puede ser un factor delictivo. Por otro, más importante todavía, en cuanto la escuela ejerce las elevadas funciones de la educación y de la formación religiosa, deberes que el hogar del menor tiene completamente descuidados. En estos dos aspectos puede, sin duda la escuela constituir un factor preventivo de la delincuencia infantil y juvenil.

- d) Tendencias Espontáneas. Como ya antes se indicó, el semicírculo inferior del gráfico del reloj moral se dedica a la apreciación de las llamadas tendencias espontáneas. Hace referencia a las inclinaciones o pasiones de cada sujeto en un sentido muy amplio: serían las formas apetitivas o aversivas de componente afectivo de la conducta. Abarcarían las tendencias afectivas o sentimientos del individuo, en línea con lo que la psicología ha denominado actitud (57,58,59,). El padre García Llavata explicaba como residen en las personas las llamadas pasiones o tendencias espontáneas que de suyo ni son buenas ni malas, solamente utilizables como fuerza pero que pueden haber recibido una mala orientación, y así tienden las más de las veces a traspasar la línea de la recta conciencia moral. A todos es manifiesto, continúa, la necesidad de que intervengan en ese momento nuevas fuerzas que produzcan la inhibición, manteniendo las pasiones en sus justos límites (60).

Para la división de los distintos sectores sus autores se inspiraron, en parte, en la agrupación que de las tendencias realizó Ovidio Decroly (1871-1932), utilizando la exposición que de su método hace su discípula Amelia Hamaide (61). En estos sectores se señalan la reacción activa, la reacción pasiva, el egoísmo, la sensualidad, la simpatía y tendencias varias. Cada uno de estos parámetros se compone de un conjunto de sentimientos o actitudes que pasamos a enumerar.

- a) Reacción Activa. 1) Respeto: respetuoso versus irrespetuoso. 2) Sumisión: sumiso versus rebelde. 3) Docilidad: dócil versus espíritu contradictorio. 4) Ira: pacífico versus iracundo.
- b) Reacción Pasiva. 1) Impulsividad: dueño de sí mismo versus impulsivo. 2) Pusilanimidad: pusilánime versus dominador. 3) Valentía: valiente versus cobarde. 4) Veracidad: veraz versus hipócrita.
- c) Simpatía. 1) Sociabilidad: sociable versus retraído. 2) Afectividad: cariñoso versus repulsivo. 3) Magnanimidad: magnánimo versus rencoroso. 4) Optimismo: optimista versus pesimista.
- d) Sensualidad. 1) Sobriedad: sobrio versus glotón. 2) Virilidad: varonil versus afeminado. 3) Pureza: casto versus lúbrico. 4) Perversidad: inocuo versus peligroso.

- e) Egoísmo. 1) Envidia: compasivo versus envidioso. 2) Generosidad: desprendido versus acaparador. 3) Pundonor: pundoroso versus despreocupado. 4) Honradez: honrado versus ladronzuelo.
- f) Tendencias Varias. 1) Piedad: piadoso versus negligente. 2) Estabilidad: equilibrado versus aventurero. 3) Vanidad: sencillo versus pedante. 4) Sentimentalidad: sentimientos filiales versus sentimientos indiferentes.

Para realizar el examen moral se disponía de un cuestionario estructurado donde aparecen las doce categorías descritas. Se rellenaba valiéndose de cuatro fuentes: a) la entrevista con el menor; b) la observación del menor por los educadores; c) la información suministrada por el Tribunal de Menores y la familia del niño; y, d) la aplicación de una serie de tests psicológicos.

Los resultados obtenidos se trasladaban a un diagrama, el mencionado reloj moral. Se trata de un círculo en cuya parte superior están representadas las categorías correspondientes a la inhibición interna y externa, y en el semicírculo inferior las tendencias espontáneas. A su vez, el círculo está dividido en doce sectores, uno por cada categoría. Todos los sectores se subdividen en cuatro partes, para cada una de las cuatro actitudes que componen cada categoría.

Los resultados positivos se marcan con azul y los negativos con rojo siendo el tono del color más o menos intenso según sea la intensidad de la respuesta. En tal gráfico se trataba de apreciar el estado actual del sujeto y las causas que le han llevado al Tribunal de Menores y a la Casa de Observación, causas que aparecen principalmente reflejadas en los dos cuadrantes de inhibición. Se observaba también cuál habría de ser la labor del Reformatorio que quedaba señalada en el semicírculo inferior y en el cuadrante superior de la izquierda. Se buscaba polarizar hacia el bien las tendencias, que por ser defectuosas se marcaban en rojo, y fortificar la fuerza de inhibición interna, tanto más, cuanto más débil fuera. Se pensaba que la inhibición externa no era posible variarla, pero servía para conocer la influencia que el medio pudo ejercer en la delincuencia del menor y para recuerdo constante al Tribunal, con el fin de que cuando el muchacho saliera del Reformatorio adoptasen las medidas de previsión oportunas (55).

■ EL LABORATORIO PSICOTÉCNICO

La formación profesional ocupaba un lugar muy relevante en todo el proceso de reeducación de los menores delincuentes implantado por los Terciarios Capuchinos en la mayoría de los Reformatorios españoles. La cualificación profesional del interno le permitiría una mejor adaptación a la sociedad, una vez que abandonase el Reformatorio. Se pensaba que el abandono de las conductas delictivas sería imposible si no se disponen de los mínimos medios profesionales como para integrarse en el mundo laboral.

En este sentido el examen psicotécnico como medio de orientación profesional o de programación del aprendizaje profesional se estimó absolutamente indispensable. Al igual que se sistematizó el estudio de la inteligencia y el carácter, se hizo lo propio con el análisis psicotécnico, siendo recogida esta sistematización en la Casa de Observación de Córdoba.

Los psicólogos terciarios capuchinos apoyándose en la metodología del Instituto Nacional de Psicotecnia, elaboraron su peculiar estudio psicotécnico como se refleja en la ficha creada ex profeso en el centro de Amurrio y trasplantada al resto del país. El análisis psicotécnico consta de veinte variables cuyas puntuaciones individuales se manifiestan en cinco grados: nulo, deficiente, regular, superior y excelente. Los distintos grados de cada variable conforman un diagrama que expresa de modo gráfico las destrezas de cada sujeto.

Cada variable se medía con un aparato o instrumento específico lo que da idea de la envergadura de la constitución de este laboratorio psicotécnico.

■ PARÁMETROS PSICOTÉCNICOS

Se desarrollan en este apartado todas las variables o parámetros que se tenían en cuenta a la hora de realizar la exploración de los menores, haciendo referencia a los instrumentos empleados para su medición.

- a) Fuerza muscular. Se medían dos variedades, la fuerza de tracción y la fuerza de presión de la mano. El instrumento utilizado era un Dinamómetro.
- b) Resistencia. Hace referencia a la fatiga ante una tarea. Se establecía la curva de fatigabilidad. Se utilizaba para su medida el Ergógrafo de Mosso.
- c) Agudeza Visual. Se trataba de medir la menor o mayor discriminación visual. La exploración se realizaba con varias láminas usadas habitualmente por los ópticos.
- d) *Colores*. Capacidad del sujeto para discriminar los distintos colores y matices. Se medía con las lanas de Holmgren.
- e) Agudeza Auditiva. Se trataba de determinar los umbrales auditivos de cada sujeto. Se utilizaban para su determinación el Acúmetro y el silbato de Galton.
- f) Agudeza Táctil. Sensibilidad de la piel para discriminar uno o dos estímulos punzantes. Su instrumento es el Compás de Weber.
- g) Nivel Mental. El cociente intelectual medido en las pruebas de inteligencia. Se obtenía con la Escala de Terman en la adaptación española de Germain y Rodrigo o La Exploración Mental de Ramos, adaptación del Test de Vermeylen.
- h) Juicio Práctico. Se refiere a la capacidad del sujeto para resolver problemas de carácter práctico, generalmente con operaciones manipulativas y mecánicas. Su medida se establecía con la Caja de Decroly.
- i) Atención Concentrada. Se refiere a la capacidad del sujeto para concentrarse en una única orientación determinada. Se utilizaba el Test de Bourdon.

- j) Atención Difusa o distributiva. En este tipo de atención el sujeto se debe orientar simultáneamente en varias direcciones o elementos. La atención necesita así distribuirse continuamente. Para esta variable se usaba el Test de Toulouse.
- k) Sentido Espacial. Se designa de este modo la capacidad de representarse, por medio de la imaginación, relaciones espaciales en disposiciones diversas. Se medía con el Test de Rybacow para la comprensión de las relaciones espaciales y el Test de valoración visual de medidas de Erich Stern.
- l) Memoria de Formas. Se refiere a la capacidad de la memoria de fijación visual. Se medía con el subtest de Memoria Mecánica de la Exploración Mental de Ramos.
- ll) Observación. Se define como la capacidad del sujeto para la captación visual y memorización posterior de formas y figuras. Se medía con el Test de Observación de Rybacow.
- m) Destreza Manual. Hace referencia a la aptitud o habilidad del sujeto en un tipo de tarea de motricidad fina. El instrumento que se usaba para medir esta variable era el Laberinto de alambre de Rupp.
- n) Rapidez. Se trataba de apreciar la rapidez de ejecución manual de un sujeto. Se medía con el Test de las Cruces de García Llavata.
- ñ) Precisión. Reflejaba la habilidad y temblor en movimientos manuales cortos y finos. Se medía con el Tremómetro de José Germain.
- o) Memoria Motriz. Hace referencia a la capacidad de memoria motriz, valiéndose de movimientos de la muñeca. Se mide con el Artrómetro o Quinesimnómetro.
- p) Actividad Reactiva. Se refiere a la capacidad del sujeto para reaccionar ante un estímulo (visual, auditivo o táctil) en el menor tiempo posible (tiempo de reacción). Se mide con la Caja de Reacciones modelo Kelvin.

■ APARATOS E INSTRUMENTOS

Describiremos a continuación el conjunto de aparatos empleados en la medición de los parámetros anteriormente reseñados y que constituían la base del laboratorio psicotécnico de la Casa de Observación del tribunal para niños de Córdoba.

- a) Dinamómetro. Se trata de un aparato para medir la fuerza muscular. Hay dinamómetros para medir la fuerza de los pies, de las manos, brazos o del cuerpo. En las Casas de Observación se utilizaba el dinamómetro de presión en el que el sujeto ejercía presión entre la mano contra un óvalo de acero bastante rígido que se cierra gradualmente. La fuerza empleada es registrada por una manecilla sobre una escala.
- b) Ergógrafo. Se ubica dentro de la ergología que es la ciencia del trabajo. Su creador P. Sollier fundó en Bruselas la primera Escuela de Ergología. El ergógrafo sirve para estudiar y registrar el trabajo de un miembro corporal durante un tiempo determinado. Se le utiliza, principalmente, en el estudio de la fatiga y

para el establecimiento de su curva. El ergógrafo más conocido, y el que se utilizaba en las Casas de Observación, es el de Mosso. En este sólo trabaja un dedo de la mano, estando inmovilizados los demás, así como la mano y el brazo. El dedo móvil actúa sobre un peso mediante flexión. La amplitud del movimiento de flexión se registra en un kimógrafo, que se trata de un cilindro que tiene una superficie registradora (por lo general de papel), en la que se mueve perpendicularmente la pluma, al moverse el cilindro, dejando así una marca continua de tinta. Con estos datos se calcula el trabajo (el peso multiplicado por el camino recorrido).

- c) Láminas ópticas. Para medir la agudeza visual y el alcance de la visión clara se usaba escalas optométricas u optotipos. Se trata de diferentes láminas compuestas por series de letras, números, líneas o imágenes que se estructuran en filas cada una de ellas más pequeña que la de la inmediata superior. La agudeza visual varía inversamente al tamaño de los símbolos usados.
- d) Test de clasificación de los colores de Holmgrem. Denominado igualmente Lanas de Holmgrem. Se trata de un test de visión cromática que consiste en clasificar, en grupos de coloración homogénea, series de madejas de lana de color según tres madejas estándar o bien ordenar en gradaciones.
- e) Acúmetro y Silbato de Galton. Se trata de un aparato destinado a medir la agudeza auditiva por la determinación del umbral absoluto de audibilidad de la intensidad de un sonido. El acúmetro es el antecedente histórico de los actuales audiómetros. En Amurrio se utilizaba el acúmetro de Politzer que consiste en un martillo que cae desde una distancia constante produciendo el mismo sonido. Se iba modificando la distancia del instrumento al oído del sujeto para determinar el umbral absoluto. El silbato de Galton es un aparato ideado por Francis Galton para producir sonidos de gran agudeza y permitir de esa manera estudiar, entre otras cosas, el umbral superior de audibilidad de las frecuencias altas. Consiste en un pequeño tubo, cuya longitud interna puede variarse por medio de un pistón con cuerda; el sonido se produce por presión o mediante la compresión del aire.
- f) Compás de Weber. Se trata de un tipo especial de estesiómetro, que es un aparato para medir las sensaciones cutáneas. El compás de Weber sirve para medir la sensibilidad táctil determinando el umbral entre dos puntos. Consiste en un compás con un par de puntas ligeramente redondeadas que pueden ajustarse a distintas distancias una de otra y aplicarse simultáneamente sobre la piel del sujeto. La discriminación de una o dos sensaciones de contacto depende de la distancia de las puntas entre sí y esta distancia queda reflejada en un arco graduado, cuantificándose de esta manera el umbral de cada sujeto.
- g) Test de Terman y Exploración Mental de Ramos. Estos dos tipos de tests, descritos pormenorizadamente en páginas anteriores, reflejan el tipo de inteligencia de los menores desde el punto de vista sintético y analítico respectivamente.

- h) Caja Problema de Decroly. Concebida por Ovidio Decroly en Bruselas como prueba para medir la inteligencia mecánica de los sujetos. Consiste en una caja especialmente elaborada que consta de tres sistemas de cierre. Los dos primeros son solidarios, esto es, que el segundo no puede ser liberado sino después del primero. Se puntúa por separado cada operación y el tiempo en la resolución del problema.
- i) Test de Bourdon (1895). Se trata del Test de concentración más antiguo (62). El sujeto debe tachar las letras a, e y r de un texto impreso en un idioma extranjero. Su capacidad de atención y concentración estará en relación al mayor o menor número de letras tachadas.
- j) Test de Toulouse. Se trata de otra prueba de atención consistente en filas de cuadraditos con un apéndice que va cambiando de posición. El sujeto debe tachar, en la hoja que se le da, los cuadraditos que son como los tres modelos indicados, durante un tiempo de diez minutos.
- k) El Test de Comprensión de las relaciones Espaciales de Rybacow consiste en cuatro láminas (A,B,C y D) con figuras geométricas ante las cuales se le pide al sujeto: 1) que de un corte obtenga un cuadrado; 2) que con las tres figuras que se le presentan construya un cuadrado; 3) que construya un círculo perfecto con las tres figuras que se le presentan; y, 4) que componga un triángulo equilátero con otras tres figuras.
- El Test de Valoración Visual de Medidas de Erich Stern consiste en una serie de líneas y un círculo. Se le pide al sujeto una serie de operaciones que ha de realizar, a ojo, como dividir las partes iguales, levantar una perpendicular, poner una cruz en el centro del círculo, etc.
- l) Memoria Mecánica de la Exploración Mental de Ramos. Está compuesto por una serie de diez cuadros en los cuales están dibujados unos objetos que el sujeto debe memorizar.
- ll) Test de Observación de Rybacow (1910). Consta de dos láminas con figuras de distintos objetos algunos de los cuales varían de una lámina a otra. Se le pide al sujeto tras presentárselas una tras otra que señale sus diferencias.
- m) Laberintos de Alambre (Pantógrafo) de Rupp. Se trata de una variante del Dexterímetro de traslación con arandelas ensartadas del psicotécnico alemán W. Moede (1888-?). El sujeto debe pasar con las dos manos unas arandelas a lo largo de un alambre doblado en múltiples direcciones, estando sus resultados en relación al tiempo invertido.
- n) Prueba de las Cruces de García Llavata (1929). Puede considerarse una variante simplificada del Test del Círculo y la Cruz de Huth (63), publicado en 1920. El sujeto ha de realizar cruces, lo más rápido posible, dentro de una serie de casillas, durante 45 segundos.
- ñ) Tremómetro. Este aparato psicotécnico se usaba para medir la cantidad de movimiento involuntario, temblor o estabilidad de la mano, cuando el brazo o dedo se

conservan en la mayor inmovilidad posible. Se compone de una lámina de metal con agujeros de tamaño graduado en los cuales el sujeto intenta insertar un punzón de metal sin llegar al contacto, cuando el lado de uno de estos agujeros se cierra un circuito eléctrico y se registra el contacto. El usado en las Casas de Observación fue ideado por J. Germain en 1936 teniendo por referencia los de Moede y Christiansen.

- o) Artrómetro. Este aparato se usaba para determinar la memoria motriz de la muñeca. Consta de una esfera graduada con dos radios móviles que pueden fijarse a discreción señalando un recorrido. Un tercer radio debe ser manipulado por el sujeto repitiendo con los ojos cerrados un ángulo previamente establecido. Su diferencia con el original se expresa en grados sobre la esfera graduada. El tipo de artrómetro utilizado era el fabricado por los talleres Kelvin de Madrid.
- p) Caja de Reacciones. Se trata de un aparato destinado a la determinación del tiempo de reacción de un sujeto, esto es, el tiempo que pasa desde la presentación del estímulo hasta la aparición de la respuesta. Los caminos a la investigación sobre los tiempos de reacción fueron abiertos en 1850 por el fisiólogo alemán Hermann von Helmholtz (1821-1894) con sus experimentos para procurar medir la tasa de velocidad de la conducción nerviosa. Fue el holandés Frans Cornelis Donders (1818-1889), fisiólogo y oftalmólogo, quien observó la significación psicológica del descubrimiento de Helmholtz, midiendo en 1868 el tiempo de reacción que implica los procesos mentales de elección y discriminación. Posteriormente, en 1873, el fisiólogo de la Universidad de Viena, Sigmund Exner (1846-1926) creó el término tiempo de reacción (64). Oswald Kulpe (1862-1915), uno de los discípulos privilegiados de Wilhelm Wundt (1832-1920), llevó los experimentos del tiempo de reacción a su laboratorio de Würzburgo (1896). El diseño de la caja de reacciones múltiples utilizada en las Casas de Observación se encuentra en la línea de la utilizada en el laboratorio de Würzburgo.

Los resultados de conjunto de todas las pruebas eran comparados con un cuadro de las profesiones más usuales donde se expresaba el perfil concreto para cada de ellas. De esta forma se asesoraba a cada sujeto para la profesión más acorde a sus capacidades, medidas estas por la exploración psicotécnica reseñada.

■ LA TIPOLOGÍA PSICOLÓGICA

A lo largo de la Historia, desde el campo de la Psicología o ciencias afines, se han ido estableciendo diferentes sistemas (tipologías) para agrupar a los individuos en base a sus características físicas o psíquicas, estableciéndose una serie de tipos como modelos o patrones ideales con los que se compara a cada individuo. En este sentido, los tipos son constructos teóricos que se emplean para clasificar empíricamente a individuos concretos.

La más antigua de las tipologías conocidas fue expuesta por Hipócrates alrededor del año 400 antes de J.C., llamando la atención sobre una conexión entre la constitución corporal y la susceptibilidad para contraer enfermedades (65). Para Hipócrates la cantidad relativa de cada uno de los humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, darían cuenta del carácter y temperamento de cada persona. Así describió el temperamento sanguíneo, el flemático, el melancólico y el colérico.

A partir de finales del siglo pasado se empiezan a desarrollar diversas tipologías), entre las que cabe destacar: a) la biotipología del endocrinólogo italiano N. Pende, que define el biotipo como la resultante morfológica, fisiológica y psicológica (variable de individuo a individuo) de las propiedades celulares y humorales del organismo (66); b) la psicológica de C. G. Jung (1875-1961), cuya dimensión fundamental es la extraversión-introversión; c) la tipología del psiquiatra alemán E. Kretschmer (1888-1964), encaminada a plantear una relación significativa entre tipo constitucional y enfermedad mental; y, d) la de Sheldon DE 1940, estableciendo una correspondencia entre constitución física y tipo de temperamento, y más tarde, 1949, entre tipo constitucional y criminalidad (67).

Estas tipologías no tuvieron influencia en las Casas de Observación debido a su poca utilidad en un contexto de reeducación de menores.

■ LOS TIPOS PSICOLÓGICOS EN LAS CASAS DE OBSERVACIÓN

La clasificación en tipos psicológicos conlleva, como todas las clasificaciones, una operación que consiste en agrupar en clases, según ciertos criterios que definen la pertenencia a las mismas de los objetos a clasificar. La elección de un criterio u otro viene determinado por la finalidad de la clasificación. Para M. Rouvroy (68) si no se admite explícitamente la finalidad, la teleología, del objeto de la educación, las clasificaciones no sirven para nada en la práctica. Todo el sistema psicológico de las Casas de Observación iba encaminado a la reeducación de los menores delincuentes. Desde este presupuesto las distintas clasificaciones o tipologías de menores tenían por finalidad la ordenación de grupos que facilitarían la intervención psicopedagógica. Desde este objetivo se comprende perfectamente los criterios que toman para realizar su tipología: a) la estructura cognitiva; y, b) el grado de dificultad de la conducta.

La primera tipología de la que tenemos noticia fue desarrollada por García Llavata (69) en el laboratorio psicológico del Reformatorio Príncipe de Asturias de Madrid por el año 1929. Sus tipos psicológicos se basan en la clasificación de 1922 de Vermeylen (70) para deficientes mentales, adaptada a las peculiares características de los menores disociales. Los criterios de clasificación que se van a utilizar son por una parte el tipo de comportamiento establecido por observación directa y empírica, y por otra las características y perfil de las funciones intelectuales establecidas con el test de Vermeylen. Distingue nueve tipos que describimos a continuación.

- a) Tipo Inestable. La actividad del inestable se manifiesta en la resistencia del sujeto a todo trabajo serio y prolongado, orientándose de inmediato sobre aquello que más le atrae. Su interés no se mantiene por mucho tiempo en la misma tarea. Carece de constancia en sus acciones, de reflexividad, de estabilidad en sus pensamientos y afectos.

La inestabilidad se manifiesta en los trabajos que la persona emprende. Prescinde de todo método, no se sujeta a regla alguna. Se considera capaz de todo y emprende inmediatamente y con ardor cuanto excita su atención, pero pronto se cansa de ello saliendo sus trabajos precipitados, imperfectos, sin la mínima consistencia. Por lo general no termina los trabajos un poco serios o los termina mal. La gráfica cognitiva del inestable comienza, lógicamente, por mostrarse baja en las pruebas de atención, obteniendo mayor o menor puntuación según el grado de inestabilidad. Puntúa bien en las pruebas de memoria e imaginación. Respecto a las funciones de elaboración, según el grado de inestabilidad, presenta de buena a mediana puntuación en comprensión, juicio, razonamiento, análisis y síntesis. Sus mejores resultados los obtiene en las pruebas de asociación simple, imaginación creadora, habilidad y combinación.

- b) Tipo «Tonto». Se distingue por su falta de interés e iniciativa, unido a un alto grado de docilidad y satisfacción en todas las circunstancias. La docilidad proviene de que renuncian abiertamente a la oposición, porque les exigiría desplegar una actividad intelectual y motriz que no poseen. Prefieren acomodarse a las opiniones de los demás que aventurarse a defender las suyas.

Dado sus cortos alcances, viven satisfechos, seguros de sí mismo y libres de las dudas e inquietudes que habitualmente asaltan al normal ante determinadas circunstancias de la vida. Pasan con la mayor sangre fría por las mayores exigencias merced a su pasividad e indiferencia afectiva. Los del tipo superior nos sorprenden porque, si llegan por el favoritismo o el dinero a ocupar cargos elevados socialmente, o bien se entregan en manos de sus subordinados o en el caso de tomar iniciativas propias descubren pronto su bajo nivel mental.

La principal característica cognitiva es el poco desarrollo de casi todas sus funciones. Sus resultados en el test de Vermeulen son muy pobres, tanto por su incompetencia general como por la falta de interés, atención y concentración. Suelen sobresalir, a veces sólo discretamente, en las pruebas de memoria y en la asociación libre.

En el espectro de este tipo se encontraría el débil mental relativo descrito por el psiquiatra Lange (71) o los casos de idiots-savans (72).

- c) Tipo Emotivo. Destaca en estos sujetos la capacidad para empatizar, real y simuladamente, con los sentimientos de los demás, a la par que presentan mucha labilidad en sus afectos. Su tonalidad afectiva cambia de continuo, de la misma manera que se exaltan denodadamente cuando consiguen ser alabados y admira-

dos, se sienten abatidos ante la menor sospecha de descrédito o vituperio. El menor incidente basta para desesperarles y cualquier alabanza transforma su enojo y disgusto en entusiasmo y satisfacción

Presentan un fondo de inestabilidad lo que en algunos casos puede hacer que se le considere una modalidad del tipo inestable. No utilizan el método y van directamente a la solución. Son muy dados a la ficción pudiendo darse el caso del individuo que imagina una cosa y llega a creérsela él mismo. Son los denominados mitómanos o pseudólogos (73).

Sus resultados en las pruebas cognitivas guardan estrecha relación con las del inestable de tipo medio. Su atención, sin ser mala, deja bastante que desear. En general tienen bastante bien la memoria y algo baja la evocación. En las funciones de ejecución suelen obtener buenos resultados. En general la curva de los resultados obtenidos en el test de Vermeulen no suelen ser muy significativos, diferenciándose más por su comportamiento que por su perfil cognitivo.

- d) Tipo Pasivo. Se caracterizan por una falta completa de interés y por necesitar de constantes estímulos para proseguir cualquier tarea. En sus ejecuciones prefieren decir «no sé» a tomarse la molestia de pensar, obteniendo, por esta razón, resultados muy deficientes en las tareas que se le plantean. Su preocupación principal es terminar pronto lo que se le encomienda para no tener que hacer nada.

Los individuos que pertenecen a este tipo son de una fisonomía pesada, inexpresiva, con una mirada vaga que discurre sobre los objetos sin interés alguno o curiosidad. Su voz es vacilante, monótona. Responden pausadamente, con frases cortas e interminables silencios.

En las clases se les califica de perezosos y apáticos y carecen de la más elemental iniciativa. Son de una obediencia automática y presentan algunas veces buen sentido práctico y buena voluntad.

Sus puntuaciones cognitivas conservan las características propias del tipo «ton-to» de grado superior, por sus resultados relativamente bajos en las pruebas de atención y ejecución. Las mejores puntuaciones quedan para las memorias, la imaginación y asociación simple.

- e) Tipo Ponderado. Este tipo, aunque poco frecuente, es fácil de distinguir entre los demás. Se les reconoce por su esfuerzo sostenido, actividad regular, metódica y sostenida sin entusiasmos ni desfallecimientos. Ejecuta los trabajos bien por el sentido que tiene del deber, bien por su gustos de orden, método y puntualidad. Carecen de intuición y creatividad consiguiendo solventar los problemas a fuerza de repeticiones y trabajo concienzudo. Encuentran gran dificultad en la comprensión aunque se trate de asuntos elementales, por lo que prefieren el trabajo automático donde no interviene la iniciativa ni la imaginación. Son sujetos mediocres que normalmente se desenvuelven en un reducido círculo de acción.

En cuanto a sus funciones cognitivas, obtienen bajas puntuaciones en atención

perceptiva, memoria e imaginación simple. Las funciones de elaboración siguen un nivel medio, obteniendo las mejores puntuaciones en las pruebas de carácter práctico, como son las de habilidad y combinación.

- f) Tipo Pueril. Las características principales de este tipo se manifiestan en que conservan rasgos fisiológicos propias de un niño pequeño, así como actitudes y afectividad infantiles. Son sugestionables en grado sumo y dan señales inequívocas de inexperiencia y candidez. No suelen tratar nada en serio. Cuando manifiestan curiosidad por conocer algo nuevo se suelen satisfacer con cualquier explicación. Son en realidad verdaderos niños como se infiere al observar sus juegos, llantos, risas, voz, espontaneidad y ligereza de afectos. Su perfil cognitivo guarda estrecha relación con el inestable y con los niños normales de poca edad. Son débiles en atención, bien dotados en memoria, con poco desarrollo en elaboración y ejecución.
- g) Tipo Motor. Este tipo, que es muy infrecuente, obtienen calificaciones muy semejantes a los pueriles, aunque con una característica específica como es la precipitación en su modo de actuar. Dan la sensación de ser unos irreflexivos, puesto que de ellos podría decirse que ejecutan a la vez que piensan, sin que parezca mediar el mínimo signo de reflexión. Cuando se les ordena algo salen precipitadamente, antes de que se termine de hablar, en busca de la ejecución inmediata. A nivel cognitivo suelen sobresalir en las pruebas difíciles de habilidad y combinación.
- h) Tipo Voluntario. Su característica esencial es su modo de ser egocéntrico. Todo lo refiere entorno a sí mismo y no toma más punto de vista que el suyo propio. Hablan de sí mismos con gran clarividencia y probidad, no dejándose influenciar por nada extraño. Se esfuerzan en su trabajo, estimulados por el gusto del éxito y la satisfacción personal. Rechazan toda ayuda que les pueda rebajar el mérito y se obstinan por largo tiempo en encontrar una solución. La aprobación les tiene aparentemente casi sin cuidado, pero les cuesta trabajo tolerar la frustración que conlleva el fracaso. En el orden cognitivo su perfil no difiere significativamente del sujeto calificado como normal.
- i) Tipo Intelectual. Se trata de sujetos que se trazan una norma invariable de conducta en las que todas sus actuaciones están sometidas al control que ellos mismos ejercitan sobre su persona. El hablar y actuar afectados es consecuencia del estudio, especial y delicado, a que han sometido todo su modo de actuar. Estos sujetos temen en gran manera el descrédito, toleran de mala manera las bromas más inocentes y sobre todo en las discusiones nunca ceden lo más mínimo en sus posiciones, sobrellevando muy mal cualquier indicación sobre su persona o sobre sus opiniones.

Son muy lentos y mesurados en sus actuaciones, por su artificiosa preparación. Los sujetos de este tipo aunque son poco expresivos poseen una amplia gama de afectos. Sus rasgos cognitivos no aportan ninguna característica personal.

Posteriormente, en 1932, Folch (74) y Pérez de Alba (75) abordan de nuevo el problema de la clasificación y tipología de los menores delincuentes, pero esta vez desde un punto de vista más pragmático y enfocado directamente al sistema y proceso de reeducación general. Su tipología va dirigida a la delimitación de características que facilitasen su inserción en centros específicos.

a) Tipo Normal. Se trata de menores disociales con capacidad para desarrollar reacciones ordenadas y sociales. Su conducta disocial está en relación a las carencias de su medio social, al poder de sugestión de una persona mayor o a problemas psíquicos propios de la adolescencia.

Los menores de este grupo, sin problemas de déficit mental, responden en su mayoría al tratamiento educativo de los reformatorios normales. Las pautas de una higiene social y moral, aplicadas según las circunstancias personales de cada menor, en un medio apartado de las influencias que presionaron su actividad parece ser suficiente para su reeducación.

b) Tipo Difícil. La dificultad de la conducta es un concepto muy ambiguo y problemático cuando se quiere operativizar desde un punto de vista teórico. Sin embargo en la práctica la conceptualización se hace más clara: se trata de menores que por su comportamiento, modo de ser e indisciplina no se adaptan mínimamente al régimen ordinario de un reformatorio. El tratamiento educativo corriente de los reformatorios no opera en ellos las reacciones que se persiguen y, por otra parte la conducta extravagante y anormal con que se manifiestan es causa de perturbación del sistema normal del centro. Dentro de este grupo se establecen tres subtipos.

1) Tipo Normal-Difícil. Son menores normales sin déficit mental y psicológico aparente pero que reaccionan mal al tratamiento educativo corriente. Se manifiestan indisciplinados y rebeldes manteniendo la plena conciencia de sus actos. Parecen tener espíritu de contradicción y les gusta promover el desorden del que hacen gala ante sus compañeros a los que abierta o solapadamente incitan a imitarles. Tienen una tendencia especial a complacerse en hacer daño a las personas y animales.

2) Deficientes Mentales. Se trata de menores con retraso mental, con reacciones antisociales, que son incapaces de adaptarse a un sistema educativo mínimamente estructurado. Estos sujetos con cierta frecuencia presentan otras patologías asociadas, como psicopatías, epilepsia o trastornos psicóticos, lo que los hace susceptibles de un tratamiento muy especializado y controlado.

- 3) Psicópatas. Las constituciones psicopáticas son definidas como disposiciones congénitas, con características propias que resultan de la exaltación de una disposición afectivo-activa natural, que a la vez si se exagera puede dar origen a una psicosis. Toda disposición afectivo-activa tiene tres fases: una normal, otra que es la que se presenta en la constitución psicopática y la última la psicótica (75).

En 1934, el padre Ramos Capella (76), en un artículo aparecido en *Adolescens Surge*, critica la clasificación del padre García Llavata (69), que había tomado de Vermeylen. Considera Ramos Capella que toda la tipología de Vermeylen está planteada desde la perspectiva de los retrasados mentales y sólo se ajusta sólo de modo parcial a las características de los menores disociales. Este autor propone una clasificación en la línea de la utilizada en el Centro de Observación de Moll en Bélgica, donde se combina la adaptabilidad de la conducta con el nivel intelectual, pero haciendo mayor hincapié en la conducta. De esta manera establece siete tipos, dos de ellos con diferentes subtipos. a) Normal; b) Normal difícil; c) Subnormal (Retrasado escolar, Retrasado educativo y Retrasado mental); d) Subnormal difícil; e) Oligofrénico (Débil mental ligero, Débil mental profundo, Imbécil e Idiota); f) Débil difícil; y, g) Psicópata.

Los tipos normal, normal difícil y psicópata corresponden con los del mismo nombre descritos por el padre Pérez de Alba (75). Respecto a las restantes categorías, que tienen por criterio el nivel intelectual, Ramos Capella utiliza una terminología ecléctica, donde los grupos no están bien definidos y donde existen solapamientos y duplicidades evidentes, con lo que no se consiguen categorías excluyentes que es el objeto de toda clasificación que se precie como tal.

Este problema será solventado definitivamente por el padre Cabanes (77) al introducir, como criterio de clasificación del retraso mental, el cociente de inteligencia (C.I.), apreciado por la escala de inteligencia de Terman adaptada a la población española por Germain (1928). Como criterio de la clasificación general se consolida el binomio conducta difícil-nivel intelectual. Con esta aportación se reforma la anterior clasificación y se perfila otra con once tipos que es la que en la práctica se ha venido utilizando, hasta su desaparición, en las Casas de Observación.

- a) Normal. Sujetos sin problemas psicológicos o de conducta graves que se adaptan relativamente bien a la marcha del sistema educativo, con conductas disociales aunque de poca magnitud. Su nivel intelectual corresponde al término medio de los niños de igual edad cronológica, esto es, un C.I. entre 90 y 110.
- b) Difícil. Son menores normales desde el punto de vista intelectual, pero con graves problemas de conducta y enormes dificultades de adaptación al sistema educativo corriente de un Reformatorio. Coincide plenamente con el tipo descrito con este nombre por Pérez de Alba (75).

- c) Retrasados Escolares. Son aquellos sujetos que presentan un déficit intelectual por falta de conocimientos, consecuencia de una escolarización defectuosa. Su nivel mejora en cuanto reciben el apoyo escolar necesario. Su déficit es transitorio. Su cociente intelectual oscila entre 70 y 90.
- d) Retrasado Escolar-Difícil. Con las características intelectuales del anterior pero con el rango de difícil.
- e) Retrasado Educativo. Difieren de los retrasados escolares en que éstos son retrasados por falta de desarrollo de las facultades intelectuales, consecuencia de las carencias del medio en que han vivido. Son sujetos que han sido poco estimulados por su medio. El retrasado educativo no lo es por falta de contenido, sino por desuso psíquico. Su nivel intelectual oscila como el anterior entre 70 y 90. Su déficit es también recuperable.
- f) Retrasado Educativo-Difícil. Con las características intelectuales del anterior, pero con el rango de difícil.
- g) Retrasado Mental. Su cociente intelectual se encuentra entre 50 y 70. Requieren educación especial. Tienen dificultades de atención y comprensión, aunque algunos pueden presentar una buena memoria mecánica en algún aspecto concreto.
- h) Retrasado Mental-Difícil. Con las características intelectuales del anterior, pero con el rango de difícil.
- i) Débil mental. Sus deficiencias con respecto a los anteriores son mucho más acentuadas, no pueden orientarse en el espacio ni en el tiempo, ni tienen la mínima capacidad de abstracción. Su lenguaje así mismo está muy afectado. Su cociente intelectual está por debajo de 50. No solían ser ingresados en los reformatorios sino en instituciones especiales.
- j) Débil mental-Difícil. Con las características intelectuales del anterior, pero con el rango de difícil.
- k) Psicópata. Coincide con la descripción que hemos dado de Pérez de Alba.

En 1985, se publica el Manual Pedagógico de los Terciarios Capuchinos (78) como texto de divulgación para sus educadores. Tiene el interés de que plantea una nueva tipología que reproducimos a continuación: a) deficientes mentales; b) deficientes afectivos; c) deficientes caracteriales; d) psicópatas; e) neuróticos; y, f) difíciles.

En esta época la influencia de los Terciarios Capuchinos en las Casas de Observación y en los Reformatorios ha desaparecido casi por completo salvo en centros puntuales. Por lo tanto esta tipología no tuvo mucha trascendencia como aplicación en la práctica correccional.

La tipología psicológica es el último elemento que se ha considerado dentro de la estructura general de la exploración psicológica en las Casas de Observación.

■ CONCLUSIONES

En este momento en que ya se ha analizado todos los elementos de su estructura se puede plantear, a manera de conclusión, una serie de puntos en los que se exprese el modo como se ha valorado en este trabajo el sistema psicológico anteriormente descrito.

1. Los psicólogos de las Casas de Observación de los Tribunales Tutelares de Menores, en la época estudiada, elaboraron un sistema de exploración psicológica estructurado para la aplicación a los menores delincuentes.
2. Este método de psicología aplicado a menores delincuentes ha tenido un peso específico muy importante en los Reformatorios españoles hasta la instauración de los derechos constitucionales en nuestro país.
3. Su método de exploración estaba constituido por los siguientes parámetros: a) Ficha de observación y recogida de datos; b) Estudio analítico y sintético de la inteligencia; c) Análisis caracterológico; d) Estudio psicotécnico; y, e) Tipos psicológicos.
4. El método de exploración estaba concebido con una finalidad declaradamente aplicada a la pedagogía correccional.
5. Su sistema teórico de referencia era la filosofía aristotélica-tomista que se pone en evidencia en los intentos de adaptación de los instrumentos psicológicos de autores ajenos al movimiento.
6. Este sistema teórico vendría a ser una psicología perenne y su trabajo consistiría en realizar y explorar con procedimientos modernos las ideas que los antiguos escolásticos tenían de la psicología.
7. La imposibilidad de modificar el marco conceptual teórico con los resultados prácticos que se iban obteniendo, condujo, entre otras razones, a su deterioro e inoperancia.
8. La metodología de las Casas de Observación de los Tribunales Tutelares de Menores supone el primer acercamiento sistemático al estudio psicológico y consiguiente reeducación pedagógica de los menores delincuentes en nuestro país.
9. La exploración psicológica en las Casas de Observación pudo desarrollarse por la existencia de un marco legal para los menores definido y coherente, al margen de las críticas y deficiencias apuntadas, que servía de referente para una determinada intervención psicológica.
10. Hoy día ha de valorarse positivamente el esfuerzo realizado por este movimiento institucional en pro de la psicología aplicada a los menores delincuentes. Probablemente habría tenido mejores consecuencias para la psicología española si no hubiese estado enmarcado en un sistema dogmático, ortodoxo y rigidificado, como era la iglesia católica española en el pasado siglo, y se hubiese desarrollado en un contexto institucional con fines primordiales más acordes con el desarrollo y la elaboración científica.

■ BIBLIOGRAFÍA

1. *Sánchez Vázquez V, Guijarro Granados T.*
2. Folch L. Establecimientos para anormales. *Adolescens Surge* 1932; 2: 57-65.
3. Cabanes, V. *Observación Psicológica y Reeducción de Menores*. Vitoria: Centro de Estudios de Amurrio; 1940.
4. Alboraya D de. *La escuela de Reforma de Santa Rita*. Madrid: Imprenta Hijos de Hernández; 1906.
5. Martín JA. Antecedentes del movimiento científico (1889-1924). *Surgam*1975; 314-315: 3-7.
6. Pérez de Alba JM^a. Algo de pedagogía correccional. *Adolescens Surge* 1931; 1: 22-27.
7. Ramos J. *El método de observación en los reformatorios*. Madrid: FAE; 1934.
8. Subiela J. *Observación y Experimentación I*. *Adolescens Surge* 1932; 1: 21-27.
9. Subiela J. *Observación y Experimentación II*. *Adolescens Surge* 1932; 3: 139-143.
10. Subiela J. *Observación y Experimentación III*. *Adolescens Surge* 1932; 6: 313-319.
11. Subiela J. *Los boletines de observación y educación*. *Adolescens Surge* 1934; 1: 5-15.
12. Rouvroy, M. *La observación pedagógica de los niños delincuentes VI*. *Adolescens Surge* 1935; 27: 489-495.
13. Ramos J. *Ha muerto el maestro*. *Surgam* 1954; 69: 33-37.
14. Ramos J. *Impresiones de un viaje II*. *Adolescens Surge* 1932; 2: 87-100.
15. Rouvroy M. *La observación pedagógica de los niños delincuentes I*. *Adolescens Surge* 1933; 5: 282-290.
16. Rouvroy M. *La observación pedagógica de los niños delincuentes II*. *Adolescens Surge* 1934; 3: 137-145.
17. Rouvroy M. *La observación pedagógica de los niños delincuentes III*. *Adolescens Surge* 1934; 5: 263-271.
18. Rouvroy M. *La observación pedagógica de los niños delincuentes IV*. *Adolescens Surge* 1934; 6: 308-316.
19. Rouvroy, M. *La observación pedagógica de los niños delincuentes V*. *Adolescens Surge* 1935; 26: 420-426.
20. Rouvroy M. *La observación pedagógica de los niños delincuentes VII*. *Adolescens Surge* 1935; 5: 28, 346-349.
21. Ramos J. *Impresiones de un viaje III*. *Adolescens Surge* 1932; 4: 173-199.
22. Chateau J. *Los grandes pedagogos*. México: Fondo de Cultura Económica; 1959.
23. Torrente V. de. *Fines de la educación*. *Adolescens Surge* 1934; 4: 187-199.
24. Martínez M y Martín JA. *Métodos Pedagógicos y Psicológicos del Instituto*. Amurrio: Centro de Estudios Psicopedagógicos; 1964.
25. Subiela J. *La ficha de Observación Psico-Médicopedagógica para los Reformatorios*. *Adolescens Surge* 1931; 3: 185-198.
26. Ramos J. *Puntos que debe abarcar la ficha para nuestra casa de formación de Godella*. *Adolescens Surge* 1931; 1: 28-39.

27. Sánchez Vázquez V. Características socio-familiares y demográficas en conductas disociales infanto-juveniles de Córdoba (1945-1975). Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad de Sevilla; 1993.
28. Valdivieso MT. Análisis crítico de la educación del delincuente juvenil interno. Surgam 1981; 362: 61-112.
29. Vega M. Introducción a la Psicología Cognitiva. Madrid: Alianza; 1984.
30. Ramos Capella J. Método de exploración mental. Bilbao: Editorial El Pueblo Vasco; 1943.
31. Miller GA. Introducción a la Psicología. Madrid: Alianza; 1968.
32. Delval J. La inteligencia: su crecimiento y medida. Barcelona: Salvat; 1982.
33. Spearman C. The abilities of man. New York: Mcmillan; 1927.
34. Burt C. The structure of the mind: A review of the results of factor analysis. British Journal of Educational Psychology 1949; 19(100-111): 176-199.
35. Vernon PE. The structure of human abilities. New York: Wiley; 1950.
36. Thurstone LL. Multiple factor analysis. Chicago: University of Chicago Press; 1947.
37. Guilford JP. The Nature of Human Intelligence. New York: McGraw-Hill; 1967.
38. Collin G. Selección de test al servicio de la psicología infantil. Buenos Aires: Kapelusz; 1955.
39. Cabanes V. Observación Psicológica y Reeducción de Menores. Vitoria: Centro de Estudios de Amurrio; 1940.
40. Evans EGS. Psicología moderna de la educación. Madrid: Morata; 1971.
41. Germain J. y Rodrigo M. Pruebas de Inteligencia. Madrid: Espasa-Calpe; 1928.
42. Perelstein B. Perfiles psicológicos. En: B. Szekely B. Los tests. Buenos Aires: Kapelusz; 1946: 809-838.
43. Szekely B. Los Tests. Buenos Aires: Kapelusz; 1946.
44. Vermeylen G. Los débiles mentales. Madrid: Hernando; 1926.
45. García Llavata G. Adaptación del método Vermeylen. Madrid: Imprenta Reformatorio Príncipe de Asturias; 1929.
46. La Vassiere J. Psicología experimental. Barcelona: Subirana; 1924.
47. Dura J. Orientación Psicológica. *Adolescens Surge* 1934. 6: 119-132.
48. Cabanes V. Observación Psicológica y Reeducción de Menores. Vitoria: Centro de Estudios de Amurrio; 1940.
49. Pérez de Alba JM^a. Algunas ideas sobre el examen moral de los menores y procedimientos para realizarlo II. *Adolescens Surge* 1933; 4: 189-198.
50. Pérez de Alba JM^a. Algunas ideas sobre el examen moral de los menores y procedimientos para realizarlo III. *Adolescens Surge* 1933; 5: 261-268.
51. Bulnes JP. Psicología. Madrid: Razón y Fe; 1941.
52. Lindworsky J. El Poder de la Voluntad educada según la Psicología Experimental Moderna. Bilbao: El Mensajero; 1923.
53. Albó R. Factores Influyentes. Barcelona: S.A. Horta de Impresiones; 1945.

54. Lombroso C. *L'uomo delinquente*. Torino: Bocca; 1876.
55. Pérez de Alba JM^a. (1933d). Algunas ideas sobre el examen moral de los menores y procedimientos para realizarlo IV. *Adolescens Surge* 1933. 3: 125-129.
56. Góngora Echenique M. La infancia, el cinematógrafo y la criminalidad. En: Bergamín F. *Tribunales Tutelares para Niños*. Madrid: Góngora; 1929: XLIII-XLV.
57. Asch SE. *Psicología Social*. Buenos Aires: Eudeba; 1962.
58. Newcomb TM. *Manual de Psicología Social*. Buenos Aires: Eudeba; 1964.
59. Castilla del Pino C. *Introducción a la hermenéutica del lenguaje*. Barcelona: Península; 1972.
60. García Llavata G. *Examen moral*. Madrid: Imprenta Reformatorio Príncipe de Asturias; 1929.
61. Hamaide A. *El método Decroly*. Madrid: Beltrán; 1936.
62. Szekely B. *Los Tests*. Buenos Aires: Kapelusz; 1946.
63. Collin G. *Selección de test al servicio de la psicología infantil*. Buenos Aires: Kapelusz; 1955.
64. Sahakian WS. *Historia y sistemas de la Psicología*. Madrid: Tecnos; 1982.
65. Anastasi A. *Psicología diferencial*. Madrid: Aguilar; 1973.
66. Rodríguez Manzanera L. *Criminología*. México: Porrúa; 1991.
67. García García J. y Sancha Mata V. *Psicología penitenciaria*. Madrid: Uned; 1987.
68. Rouvroy M. Los métodos de clasificación. *Adolescens Surge* 1934; 4: 209-220.
69. García Llavata G. *Adaptación del método Vermeyleylen*. Madrid: Imprenta Reformatorio Príncipe de Asturias; 1929.
70. Vermeyleylen G. *Los débiles mentales*. Madrid: Hernando; 1926.
71. Lange J. *Psiquiatría*. Barcelona: Miguel Servet; 1942.
72. Tyler LE. *Psicología de las diferencias humanas*. Madrid: Marova; 1975.
73. Castilla del Pino C. *Introducción a la Psiquiatría*. Madrid: Alianza; 1980.
74. Folch L. *Establecimientos para anormales*. *Adolescens Surge* 1932; 2: 57-65.
75. Pérez de Alba JM^a. *Establecimientos para difíciles*. *Adolescens Surge* 1932; 2: 67-86.
76. Ramos Capella J. *Clasificación de los menores por el grado de mentalidad*. *Adolescens Surge* 1934; 2: 55-63.
77. Cabanes V. *Observación Psicológica y Reeducción de Menores*. Vitoria: Centro de Estudios de Amurrio; 1940.
78. González F. y Tortajada E. *Manual Pedagógico de los Terciarios Capuchinos*. Valencia: Surgam; 1985.

Vicente Sánchez Vázquez
Psicólogo Clínico
Director de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Infantil y Juvenil
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Teresa Guijarro Granados
Psiquiatra
Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Infantil y Juvenil
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

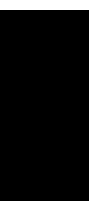
Yolanda Sanz López
Psicóloga Clínica
Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Infantil y Juvenil
Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba

Dirección correspondencia:
Hospital los Morales. USMI
Ctra. del Sanatorio, s/n.
14012 CÓRDOBA
usmi.hrs.sspa@juntadeandalucia.es

SECCIÓN



INFORMES



Consuelo Escudero Álvaro (coordinadora)

INFORME SOBRE LA NORMATIVA LEGAL Y LA RECLASIFICACIÓN DE PLAZAS DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN EL SNS. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

REPORT OVER LAWS AND RECLASIFICATION OF CLINICAL PSYCHOLOGISTS POSTS IN
THE NHS. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

■ RESUMEN

El presente informe analiza la situación legal y administrativa de la Psicología Clínica, en el Sistema Nacional de Salud, a raíz de la aparición de las últimas normativas legales en el ámbito sanitario. Se revisan también las posibilidades y limitaciones que se derivan de su aplicación para el ejercicio de esta especialidad. Asimismo se recogen datos relativos a los distintos desarrollos que han seguido en las diferentes Comunidades Autónomas, sus consecuencias y situación actual. Finalmente se recogen una serie de conclusiones y recomendaciones dirigidas a las Administraciones Sanitarias.

Palabras clave: Psicología Clínica, legislación sanitaria, Sistema Nacional de Salud.

■ ABSTRACT

The legal and administrative situation of Clinical Psychology in the National Health System after publication of recent laws on sanitary field are analysed in this report. Possibilities and limits derived from its application to the practice of this specialty are reported also. Information over different developments in the Regional Communities, their consequences and current situation are collected. In the last part there are several conclusions and recommendations directed to Health Administrations.

Key words: Clinical Psychology, Health Laws, National Health System.



■ INTRODUCCIÓN

La ubicación de una especialidad en el Sistema Nacional de Salud resulta un aspecto de relevancia para todas las especialidades sanitarias y más para una nueva especialidad como la Psicología Clínica. Esta relevancia se refiere principalmente a las consecuencias que se derivan de su ubicación legal y administrativa en el SNS que condicionan su quehacer clínico, asistencial y formativo.

Las todavía recientes normativas legales (Ley de Autonomía del paciente, Ley de Cohesión y Calidad del SNS, RD de Autorización de Centros, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y Estatuto Marco del personal de los servicios de salud) y sus próximos desarrollos, están configurando un nuevo escenario cuyo seguimiento y valoración resulta preciso realizar en torno a las posibilidades o limitaciones respecto al ejercicio de esta especialidad aún frágil en el Sistema.

Por otra parte, el Decreto por el que se crea y regula la especialidad de Psicología Clínica establece en su Disposición Adicional Segunda la obligatoriedad de proceder a la reclasificación de las plazas de psicólogo del SNS en plazas de psicólogo clínico, lo que se ha iniciado de forma parcial en el segundo semestre del 2003; proceso que continúa de forma poco generalizada aún en el presente año. Como se verá a lo largo de este documento las CCAA están siguiendo distintos modelos, procesos y tiempos.

La nueva fase que ha iniciado la Psicología Clínica en el SNS debe dirigirse, como hemos insistido en diversas ocasiones desde la Asociación Española de Neuropsiquiatría, a su normalización y a su puesta en valor. A ello quiere contribuir el presente trabajo.

■ LA NUEVA NORMATIVA VIGENTE EN RELACIÓN CON LA ESPECIALIDAD

- *Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, información y documentación clínica.*

Esta ley tiene como antecedente la Ley 14/1986 General de Sanidad y la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos. Está inspirada en el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, suscrito el 4 de Abril de 1997 y que entró en vigor en España en Enero del 2000. De hecho desarrolla casi con el mismo articulado temas similares. Por tanto es importante destacar que su único objetivo es la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales; así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

Esta Ley parece concebida para las actuaciones médico-biológicas (o al menos haber olvidado las intervenciones de Salud Mental), sobre todo en el ámbito hospitalario, donde el paciente es objeto de múltiples y variados exámenes, pruebas, e intervenciones quirúrgicas o de otro tipo de carácter físico. Entendemos que bajo este prisma plantea la figura del médico responsable del paciente, encargado de coordinar la información y la asistencia sanitaria. Pero, si bien en esos casos, mayo-

ritarios en el SNS, parece adecuado el establecimiento de un ordenamiento jerarquizado de la responsabilidad facultativa de la intervención sobre el paciente, en tantas ocasiones compleja y diversa, la aplicación literal de la norma a otro tipo de intervenciones como son las relativas a la salud mental, y específicamente las de los psicólogos clínicos, sin una adaptación adecuada, plantea serias e innecesarias dificultades a los usuarios del sistema, a la intervención de los especialistas en Psicología Clínica y a la relación entre profesionales en los equipos de Salud Mental. Por tanto, es preciso que esta norma se compatibilice con la realidad asistencial de los equipos multiprofesionales de Salud Mental, donde un facultativo responsable del caso, con autonomía y complementariedad mutua puede ejercer dos especialidades sanitarias: Psicología Clínica y Psiquiatría.

La reciente aprobación (marzo de este año), en la Comisión de Sanidad del Congreso, de una proposición no de ley para crear la categoría laboral del médico responsable, sería la ocasión idónea para adecuar esta figura de «facultativo responsable» a la realidad asistencial.

Por otra parte el texto utiliza indistintamente médico, facultativo y profesional sanitario. Ello permite ver que no está en su espíritu una aplicación literal como la antes descrita y a lo largo de todo el articulado habla, en repetidas ocasiones, de la responsabilidad de los diferentes profesionales que atienden al paciente. A pesar de que la Ley es del año 2002 recoge casi exactamente la misma idea de la Ley General de Sanidad que es de 1986. Como ya decíamos en un trabajo anterior, a pesar de la incorporación al Sistema Nacional de Salud de nuevos facultativos especialistas, físicos, biólogos, radiofísicos hospitalarios y psicólogos clínicos, se desliza la actualmente falsa e inapropiada equiparación entre «facultativo» y «médico», manteniendo la vieja concepción acerca del carácter médico de la responsabilidad sobre la salud del paciente, sin distinguir entre campos de intervención, dañando con ello la realidad sanitaria ya establecida en Salud Mental. Es sorprendente que inspirándose en el Convenio de Oviedo no recoja sin embargo las obligaciones y responsabilidades que figuran en él sobre otros profesionales sanitarios, entre otros de los psicólogos clínicos. Hay suficiente normativa y documentación al respecto que sostiene con claridad la responsabilidad de los psicólogos clínicos sobre los pacientes que atienden.

- *Ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema nacional de salud*

Esta ley establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud. Los ámbitos que comprende son, las prestaciones del SNS, la farmacia, los profesionales sanitarios, la investigación, el sistema de información sanitaria y la calidad del sistema sanitario. La ley potencia o crea órganos especializados como son el Consejo Interterritorial, la Agen-

cia de Evaluación de Tecnologías, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, la Comisión de Recursos Humanos, la Comisión Asesora de Investigación en Salud, el Instituto de Salud Carlos III, el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud.

En su conjunto establece una base para el posterior desarrollo normativo, que definirá de una forma más detallada y explícita algunas de las cuestiones más complejas que plantea. Las normas legales se desarrollarán tanto por el Ministerio de Sanidad, como por las diferentes CCAA, en el ámbito de sus competencias territoriales. Esto exige una labor de observatorio de los diferentes proyectos y normas legislativas que de aquí se deriven, para conocer los contenidos y su impacto en la profesión de la Psicología Clínica; ello permitirá, en su caso, sugerir de forma razonada las modificaciones que se consideren oportunas.

Desde la óptica de la Psicología Clínica y en consonancia con el Real Decreto 2490/1998 de creación de la Especialidad, esta ley presenta diversos aspectos positivos que pueden situar el ejercicio profesional en el lugar que le corresponde y diversos contenidos cuyo impacto está por determinar al requerir desarrollos legislativos o reglamentarios. Comentaremos primero los aspectos claramente positivos.

Entre los derechos de los ciudadanos la ley señala el de disponer de una segunda «opinión facultativa» sobre su proceso. Mas adelante para asegurar la calidad de los servicios señala la necesidad de garantizar la libre elección de facultativo. Deja, pues, abierta la posibilidad de que esta segunda opinión sea realizada por un psicólogo clínico en aquellos procesos y trastornos relacionados con la salud mental.

En el capítulo dedicado a las prestaciones del SNS la ley establece la atención a la salud mental como una prestación de atención especializada, pero también plantea, aunque no aclara en que términos, la atención a la salud mental como una prestación de atención primaria en coordinación con los servicios de atención especializada. Se puede por tanto plantear que determinado nivel de la atención psicológica se pueda realizar desde la atención primaria y ejercida por psicólogos clínicos. En algunas comunidades, se pretende atender las necesidades de atención psicoterapéutica en atención primaria, para trastornos como la ansiedad, depresión y somatizaciones, desde profesionales no adecuada y plenamente facultados para ello. De cualquier forma es necesario estudiar cuidadosamente el tipo de atención psicológica que se debe prestar en primaria y en el nivel especializado, ya que necesariamente el nivel de capacidades y prestaciones es diferente.

Asimismo señala que, la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable, corresponde al ámbito sanitario de la atención sociosanitaria. Ello implicaría que los centros de rehabilitación psicosocial, y con ellos los psicólogos clínicos que trabajan en los mismos, deben de situarse, en todas las CCAA, en el espacio de la atención sanitaria.

Entre los contenidos que están por determinar al requerir diferentes desarrollos legislativos figuran los siguientes:

- La Cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud
En ella se especificarán las prestaciones sanitarias a que tendrán derecho los ciudadanos y por tanto, delimitará el tipo de atención psicológica que estará disponible en el SNS. Se aprobará por real decreto y se actualizará mediante orden del Ministro de Sanidad. El Catalogo de Técnicas y Procedimientos del Sistema de Información Cartera de Servicios (SICAR), elaborado por el extinto Insalud en 2002 y que se autopropone como un primer borrador, presenta la propuesta de prestaciones garantizadas por el SNS organizada por especialidades, excluyendo cualquier mención de las correspondientes a la Especialidad de Psicología Clínica. La Psiquiatría asumía todas las prestaciones de Salud Mental, incluyendo la evaluación psicopatológica y psicodiagnóstica, los tratamientos psicoterapéuticos, la neuropsicología y todas las intervenciones en rehabilitación. Nos encontramos también con prestaciones que corresponden a la Psicología Clínica incluidas en diversos servicios como Anestesiología, Reanimación y Unidad del dolor, Cuidados paliativos, Geriátrica, Neurofisiología, Neurología, Pediatría, Prevención de riesgos laborales y Rehabilitación. La multiplicación de intervenciones psicológicas en diversos servicios no parece la mejor forma de organizar prestaciones coherentes y de calidad. Nos indica, eso sí, la necesidad de tales prestaciones, que deberían ser articuladas desde un Servicio de Psicología Clínica. Esta no inclusión de la Psicología Clínica en ese proyecto de la cartera de servicios, sobre el falso supuesto de que la Psiquiatría –que no la Salud Mental– subsume la Psicología Clínica, es preciso corregirlo, porque constituye de facto la exclusión de la Especialidad y de sus prestaciones específicas en el Sistema Nacional de Salud. En posteriores ediciones deberá ser incluida, así como en las administraciones sanitarias de todas las Comunidades Autónomas.
- Guías de Práctica Clínica
Entre las acciones en materia de calidad figuran las guías de práctica clínica, las de práctica asistencial y el registro de buenas prácticas. Es fundamental que en su desarrollo, específicamente en las materias relacionadas con la salud mental, se recojan las competencias y responsabilidades propias de la Psicología Clínica.
- Planes Integrales de Salud
Son fundamentales porque determinarán la política nacional y autonómica con respecto a la salud mental. Tanto a nivel estatal como autonómico, establecerán los criterios de organización de servicios; los modelos básicos de atención para la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de grupos de enfermedades; especificarán actuaciones de efectividad reconocida, identificarán modelos de atención de estas intervenciones, desarrollarán herramientas de evaluación e indicadores de actividad, e indicarán metas y objetivos

para evaluar el progreso. Los órganos competentes para su elaboración son el Ministerio de Sanidad y Consumo y los competentes de las Comunidades Autónomas, a través del Consejo Interterritorial, en colaboración con las sociedades científicas. Por tanto es imprescindible que a través de la AEN; así como de otras asociaciones profesionales se puedan incluir los aspectos específicos de la Especialidad.

- Espacios de participación profesional y social

La Ley de Cohesión y Calidad establece un conjunto de espacios de participación profesional y social, con diversos niveles de responsabilidad, para la planificación y el asesoramiento, tanto en temas de política asistencial, como de recursos humanos del SNS. Que la AEN forme parte de estos ámbitos de decisión o consulta, como asociación científico-profesional, es una cuestión estratégica de alto interés para que, entre otros aspectos relevantes, haya una adecuada presencia de la Psicología Clínica en aquellos temas relacionados con el ejercicio profesional, la formación y la atención en salud mental. Entre ellos destacamos:

- . La Comisión de Recursos Humanos, ya constituida, que desarrollará las actividades de planificación, diseño de programas de formación y modernización de los recursos humanos del SNS y definirá los criterios básicos para la evaluación de competencias de los profesionales sanitarios.
- . El Foro Profesional, que informará sobre la formación postgrado y formación continuada
- . La Comisión Consultiva Profesional, que actuará como órgano de consulta en todos los ámbitos de la ordenación profesional y como órgano de apoyo a la Comisión de Recursos Humanos
- . La Agencia de Calidad
 - El Observatorio del SNS
 - Las comisiones y grupos de trabajo del Consejo Interterritorial
 - El Foro Abierto de Salud

• *El Real Decreto 1277/2003 de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios*

Es un desarrollo legislativo de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS. Su objetivo es garantizar a los ciudadanos que los establecimientos sanitarios, públicos y privados, cuentan con las características y dotación de recursos materiales y profesionales suficientes para la prestación sanitaria que oferten. Es importante señalar, tal como figura en el preámbulo, que el propósito del decreto no es ordenar las profesiones sanitarias, ni limitar las actividades de los profesionales, sino sentar las bases para las garantías de seguridad y calidad de la atención sanitaria. Establece además las bases generales por las que deben regirse las Comunidades Autónomas, que deberán establecer sus requisitos específicos posteriormente mediante decreto. Hasta el momento, solamente las CCAA de Galicia y La Rioja han desarrollado sus propios decretos. Otra característica

importante es que el decreto es modificable, tal como figura en la disposición adicional segunda, autorizando al Ministerio de Sanidad para la actualización de la clasificación y las definiciones de los centros.

En términos generales la denominación o definición de algunos centros y unidades asistenciales deja mucho que desear, por responder a una obsoleta concepción de la asistencia sanitaria centrada en un rígido reduccionismo empobrecedor centrado en la profesión médica. Por ello consideramos imprescindible señalar la necesidad de revisarlas y modificarlas, para adecuarse a una concepción más multidisciplinar de la asistencia sanitaria, en la misma línea que ya ha propuesto nuestra Asociación, la Comisión Nacional de la Especialidad en Psicología Clínica y otras asociaciones como AEPCP y ANPIR, proponiendo las que figuran a continuación.

C.1.4 Hospitales de salud mental, unidades de hospitalización y tratamiento de toxicomanías: Hospitales y unidades de hospitalización destinados a proporcionar diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento de su trastorno o enfermedad a los pacientes que precisan ser ingresados en régimen de internamiento y que sufren trastornos mentales, o psicopatológicos derivados de las toxicomanías.

Si hablamos de carencia de salud mental, nos referiremos a ella como trastorno mental o psicopatológico con más propiedad, como nos indican los manuales diagnósticos al uso. Además, la rehabilitación psicosocial debe estar integrada en la oferta asistencial de todos los dispositivos de salud mental como recomienda la OMS.

C.2.5.10 Centros de reconocimiento médico

Centros de reconocimiento médico-psicológico: centros sanitarios donde se efectúan las revisiones medico-psicológicas e informes de aptitud a los aspirantes o titulares de permisos o licencias, o para la realización de determinadas actividades y para su renovación.

C.2.5.11 Centros de salud mental: Centros sanitarios en los que se realiza el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación psicosocial, en régimen ambulatorio, de los trastornos mentales.

U.36 Tratamiento del dolor: Unidad asistencial en la que un especialista sanitario es responsable de aplicar técnicas y métodos para eliminar o aliviar el dolor, de cualquier etiología, al paciente.

El surgimiento de modelos multidimensionales explicativos del dolor crónico (donde se analizan, entre otros, los aspectos psicológicos en la aparición del dolor) ha posibilitado el llevar a cabo intervenciones multidisciplinarias, en los que es fundamental la función del psicólogo clínico.

U.56 Lesionados medulares: Unidad asistencial pluridisciplinar en la que, bajo la supervisión de un médico especialista, se proporciona asistencia sanitaria especializada y rehabilitación integral a todas las personas afectadas por una lesión medular o cualquier otra gran discapacidad física, desde una perspectiva que contempla tanto los aspectos médico-quirúrgicos como los psicológicos y sociales.



U.65 Hospital de Día: Unidad asistencial donde, bajo la supervisión o indicación de un especialista sanitario se lleva a cabo el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación que requieran durante unas horas atención sanitaria continuada, pero no el internamiento en el hospital.

Es obvio que la redacción de la definición de esta unidad no ha reparado en la realidad del Hospital de Día de Salud Mental donde, en un contexto interdisciplinario, dos especialistas sanitarios (psicólogo clínico o psiquiatra) pueden ser responsables de la atención de los pacientes a su cargo y de la coordinación de las intervenciones de otros profesionales.

U.70 Psicología Clínica: Unidad asistencial en la que un psicólogo especialista en Psicología Clínica es responsable de realizar diagnóstico, evaluación, tratamiento de carácter psicológico y rehabilitación de los trastornos mentales y de aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en el proceso de salud/enfermedad de los seres humanos y en su calidad de vida.

La definición que aparecía en el texto no se adecua a lo planteado en el Decreto de creación de la Especialidad, ni al programa de formación de la Especialidad de Psicología Clínica, ni a los argumentos establecidos en las sentencias del Tribunal Supremo de Octubre de 2002, en relación a los recursos interpuestos en su día contra el decreto antes citado. Además debe eliminarse la expresión «...dentro del campo de su titulación...» de la definición original, pues esta afirmación es innecesaria por evidente, como lo demuestra el hecho de que no ha sido incorporada en las definiciones del resto de las Unidades Asistenciales.

Por otra parte, seguramente resultaría de utilidad que la modificación necesaria de este Real Decreto incorpore posiciones abiertas en torno a profesiones que, no siendo profesión sanitaria regulada, puedan ejercer actividades sanitarias.

- *Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias*

El objetivo de esta Ley es regular los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas, en su ejercicio público y privado, la formación pregrado y especializada, el desarrollo profesional y la participación de los profesionales en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. El hecho de que esta ley incluya a los especialistas en Psicología Clínica como profesionales sanitarios de nivel Licenciado, reconociendo por tanto su facultad para la prestación asistencial directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de salud y, en su caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso, supone un avance más en la consolidación institucional de la Psicología Clínica en el marco de las especialidades sanitarias. Es importante recordar, además, que es una ley que promueve la regulación y protección legal necesaria para la profesión y para los usuarios, a los que el Estado debe garantizar el acceso a una asistencia sanitaria de calidad.

La definición que da la ley de las profesiones sanitarias («aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud»), siendo la que corresponde a la Especialidad de Psicología Clínica. Este aspecto queda suficientemente claro en el apartado dedicado a la formación especializada que se define como «formación reglada y de carácter oficial que tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma y que tiene lugar por el sistema de residencia en centros acreditados».

En el artículo referido a los licenciados sanitarios se establece una discriminación entre aquellos cuya licenciatura se reconoce como sanitaria (médicos, farmacéuticos, etc.) y los profesionales que se consideran sanitarios por tener un título oficial de especialista en Ciencias de la Salud (psicólogos, biólogos, etc.), de modo que se desarrollan de forma específica las funciones de los primeros y no las de los segundos. Aunque a continuación se aclara que desarrollarán las funciones que correspondan a su respectiva titulación, hubiera sido deseable que se desarrollaran de forma similar a los profesionales del primer apartado.

Otro aspecto que nos parece relevante destacar es la importancia señalada en la LOPS de la multiprofesionalidad e interdisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria, proponiendo la articulación del trabajo en equipo, «atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que lo integren, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas». Además, incluye como funciones generales propias de los profesionales sanitarios las desarrolladas en los ámbitos asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, de prevención y de información y educación sanitarias, añadiéndose que las «funciones de gestión clínica se podrán desempeñar en función de criterios que acrediten los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación», sin ligarlo a la posesión de un determinado título profesional. En ese sentido, podemos entender que la capacidad de los psicólogos clínicos para una de las funciones más frecuentes de gestión clínica, como es la coordinación de equipos de salud mental, como demostrábamos en otro trabajo anterior, queda apoyada a nivel estatal con esta ley. Esperamos que todos estos aspectos tengan un desarrollo efectivo y no quede en un uso vacío del término «trabajo interdisciplinar».

El reconocimiento de la formación en Áreas de Capacitación Específica abre también nuevos retos y planteamientos a la profesión del psicólogo clínico. La formación en ACEs supone una «formación programada, o un ejercicio profesional específicamente orientado al área correspondiente, acompañado de actividades docentes o

discentes de formación continuada en dicha área y, en todo caso, tras la evaluación de la competencia profesional del interesado.» En el ámbito de la Psicología Clínica podrían plantearse diversas áreas que pueden requerir una formación más específica: Psicoterapia, Psicología Clínica de niños y adolescentes, Psicología Clínica de la Salud, Rehabilitación Psicológica, Neuropsicología, Drogodependencias, etc.

En el apartado dedicado a la estructura de apoyo a la formación, queremos destacar la importancia del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. En él deben estar incluidos, entre otros, los presidentes de las Comisiones Nacionales de cada Especialidad en Ciencias de la Salud. Es decir, cada especialidad sanitaria debe tener su representación en el Consejo. Dado que todavía no está constituido nos encontramos con que la Especialidad de Psicología Clínica no tiene representación oficial de ninguna clase. Esto tiene implicaciones importantes dado que, entre otros asuntos muy relevantes, el Consejo informa sobre la oferta anual de plazas de formación especializada y es un órgano de asesoramiento técnico en materias de formación especializada.

Otro organismo relevante es la Comisión de Formación Continuada, encargada del estudio y valoración de las necesidades de los profesionales y del Sistema Sanitario en materia de formación continuada. En cuanto a su composición la Ley solo señala la representación de las Administraciones públicas presentes en el Consejo Interterritorial. La incorporación de colegios profesionales, universidades, Consejo Nacional de Especialidades y de sociedades científicas queda pendiente de una reglamentación posterior que todavía no se ha realizado. Esperamos que se tenga en cuenta la participación de las sociedades científicas, cuyas aportaciones suponen una contribución imprescindible en la formación continuada de los profesionales sanitarios.

La LOPS es un marco general para la regulación de las profesiones sanitarias, pendiente de desarrollo mediante futuros decretos, que se deberán ir publicando en un futuro próximo, o bien sencillamente de su aplicación progresiva. Habrá que prestar especial atención a cuestiones como la representación de la Psicología Clínica en organismos como el Consejo Nacional de Especialidades o la Comisión de Formación Continuada, así como a la regulación de la actividad profesional de los psicólogos que no estén en posesión del título de especialista.

Debería realizarse un replanteamiento del perfil profesional y de la licenciatura en nuestra disciplina, considerando los planteamientos que promueve la LOPS, pero también por la necesaria adaptación de los planes de estudio al espacio europeo de enseñanza superior. De hecho ya se está iniciando la reforma de la estructura de las enseñanzas universitarias con la publicación del Real Decreto 55/2005 sobre los estudios de grado y del Real Decreto 56/2005 que regula los estudios de postgrado. Así, nos encontramos en un momento que puede ser una oportunidad idónea para plantearse la estructura formativa que quiera dársele a la formación pregrado y postgrado en Psicología. De hecho, la LOPS queda de algún modo subordinada a esa reforma universitaria en la Disposición Transitoria Tercera, que plantea que una vez

producida dicha reforma, los criterios de definición de las profesiones sanitarias y de los profesionales sanitarios serán modificados para adecuarlos a lo que se prevea en la misma. Este replanteamiento corresponde en primera instancia a la institución universitaria, pero sería vacío si no tuviera en cuenta a los profesionales sanitarios y su representación en sociedades científicas y colegios profesionales.

Es necesario también estrechar lazos entre el ámbito universitario y sanitario mediante la creación de plazas vinculadas con el SNS para profesores universitarios en posesión del título de especialista, la implicación formal, y no sólo voluntaria, de Especialistas en Psicología Clínica de la red asistencial con el desarrollo de las prácticas pre-profesionales (prácticum), y la cooperación en tareas de investigación conjuntas.

- *Ley 55/2003 del Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud*

El Estatuto Marco viene a modificar la normativa preconstitucional que aún regía en los Servicios de Salud y por tanto deroga los tres estatutos de personal que existían. Es una norma de bases del régimen estatutario del personal de los Servicios de Salud, que deberá ser desarrollada en cada Servicio de Salud de las CCAA. Regula en relación al personal la clasificación, planificación, derechos y deberes, adquisición y pérdida de la condición de personal fijo, la provisión, la selección, la promoción interna, la movilidad, los criterios generales de la carrera profesional, las retribuciones, la jornada y permisos y licencias, las situaciones administrativas, el régimen disciplinario, la representación y negociación. Conviene destacar que en la Exposición de Motivos se señala que los criterios para la clasificación del personal estatutario se basan en las funciones a desarrollar y en los niveles de titulación.

Define la relación del personal estatutario con la Administración como una relación funcional especial y aclara que en lo no previsto en el Estatuto se aplicarán las disposiciones y principios generales sobre función pública de la Administración correspondiente. Interesa resaltar que en el desarrollo de esta normativa básica, tanto el Estado como las Comunidades Autónomas en el ámbito de sus respectivas competencias, aprobarán los estatutos y normas aplicables al personal de cada Servicio de Salud. Se considera personal estatutario sanitario el que ostenta esta condición en virtud del nombramiento para el ejercicio de una profesión o especialidad sanitaria. Diferenciando al personal según el grado de formación, y dentro de la formación universitaria entre licenciados (especialistas o no) y diplomados.

En el apartado dedicado a la planificación y ordenación profesional es importante destacar las instancias fundamentales que actuarán sobre uno de los temas que nos ocupa, la reclasificación de los puestos de trabajo en facultativos especialistas. Por un lado informarán la Comisión de Recursos Humanos del SNS y el Consejo Interterritorial, y por otro actuará el ámbito de negociación que constituirá el Ministerio de Sanidad con las organizaciones sindicales representadas en el Foro Marco para el Diálogo Social (recién constituido), para negociar, entre otros fines de armonización,

los contenidos de la normativa básica del personal estatutario, estando entre ellos la clasificación de puestos de trabajo. Finalmente intervendrán los Servicios de Salud y las Mesas Sectoriales de negociación de las CCAA.

En cuanto a la planificación de los recursos humanos, serán los Servicios de Salud los que desarrollen los planes de ordenación, estableciendo las diferentes categorías o grupos profesionales existentes en su ámbito, que serán negociados previamente con las mesas sectoriales. Para garantizar la movilidad de los profesionales en el conjunto del SNS los Servicios de Salud deberán comunicar al Ministerio de Sanidad las categorías para su homologación, informados previamente por la Comisión de Recursos Humanos. Mientras se procede a toda esta regulación se mantienen vigentes las categorías profesionales y las funciones del personal estatutario que figuran en los Estatutos previos, que como hemos dicho anteriormente son preconstitucionales. Es decir que, en los supuestos en los que no se haya reclasificado a los Psicólogos Clínicos, se entiende que están regidos por el Estatuto de Personal no Sanitario (como Técnicos Superiores), contradiciendo los propios criterios de esta Ley en materia de titulación y el derecho individual al reconocimiento profesional en relación a la función desempeñada.

En cuanto a la carrera profesional la Comisión de Recursos Humanos será la encargada de establecer los principios y criterios generales de homologación, de acuerdo a los que se recogen en la LOPS. Posteriormente serán de nuevo las CCAA las que deberán adaptar los mecanismos concretos previa negociación en las Mesas Sectoriales.

Por tanto parece claro que el Estatuto Marco avanzará a diferentes ritmos ya que depende de las CCAA. Aún así el Ministerio de Sanidad, para garantizar la movilidad de personal entre los Servicios de Salud, debe armonizar criterios generales, (ya sea vía homologación o promoviendo la creación de las categorías oportunas), tanto en lo referido a la carrera profesional como en lo concerniente a la reclasificación de los puestos de trabajo. Como hemos visto, tan importantes como las Administraciones correspondientes lo son las organizaciones sindicales, en atención a los procesos de negociación en los que se acuerdan los planes de ordenación de recursos humanos.

Las dificultades para la institucionalización de la Psicología Clínica no se derivan tanto de la letra del Estatuto, que no impide su desarrollo, sino en cuanto a su aplicación en diferentes ritmos, iniciativas o resistencias de las Administraciones.

■ LA RECATALOGACIÓN DE PLAZAS DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN EL SNS

Presentamos a continuación la situación existente en relación al proceso de recatalogación de plazas de psicólogos en plazas de psicólogos clínicos por Comunidades Autónomas. Se han incluido los datos relativos a los psicólogos de los distintos Servicios de Salud Mental de los Sistemas Regionales de Salud de las distintas Comunidades autónomas. No figuran los datos de los centros de atención a drogodependientes, ni los centros de rehabilitación; ya que su heterogeneidad y

dispersión hacían prácticamente imposible recogerlos. Esto no significa que no consideremos la necesidad de recatalogación de estos profesionales como especialistas sanitarios.

- Andalucía

Nº total de psicólogos 190

Dependen del Servicio Andaluz de Salud (SAS). El 4 de marzo de 2004 se publica una resolución sobre las retribuciones del personal de centros e instituciones sanitarias, donde la categoría es de psicólogo. Con fecha de 20 de abril de 2004 se comunica, mediante una nota de circulación interior del subdirector de personal del SAS, la creación de la categoría de facultativo especialista de área para los psicólogos en posesión del título de especialista. Una vez concluida la OPE extraordinaria se realizará la integración de los psicólogos en la nueva categoría. Por lo tanto en la actualidad, aunque esta creada la categoría, todavía no están reclasificados como especialistas, ni perciben retribuciones como tales.

Las sustituciones no se realizan como especialistas y las nuevas plazas solo esporádicamente se realizan como FEAS.

Se han producido reconversiones de plazas de psicólogos en plazas de psiquiatras y otras previstas no se han cubierto.

- Aragón

Nº total de psicólogos 41

Dependen del Servicio Aragonés de Salud (SALUD)

A medida que reciben el título de especialistas se reclasifican sus plazas y reciben las retribuciones correspondientes.

Las sustituciones y nuevas contrataciones se hacen como especialistas.

Hay algún psicólogo mas en centros concertados pero no ha sido posible obtener datos.

No hay ninguna legislación autonómica, aplican el Decreto de la Especialidad, concretamente su disposición adicional segunda.

- Asturias

Nº total de psicólogos 29

Dependen de dos administraciones.

22 Del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA – Salud Mental). Están recatalogados como especialistas y perciben las correspondientes retribuciones.

7 Del SESPA – antiguo INSALUD. No están recatalogados como especialistas pero perciben retribuciones como tales.

Las nuevas plazas y las sustituciones se realizan como especialistas.

- Canarias

Nº total de psicólogos 58

Dependen de cuatro administraciones.

52 del Servicio Canario de Salud

4 del Consorcio Sanitario de Tenerife

1 del Consorcio Sanitario del Hierro

1 de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias

Los consorcios agrupan al Servicio Canario de Salud y a los Cabildos.

El Servicio Canario de Salud no tiene creada la categoría de psicólogo especialista en Psicología Clínica, por lo que no se perciben retribuciones como tal.

La única excepción es una psicóloga de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias que es funcionaria y esta reconocida como facultativo especialista.

En las plazas de nueva contratación y en las sustituciones se pide la formación PIR pero no se pagan como especialistas. Se esta negociando que una vez creadas las plazas se pueda acceder directamente y no por oposición.

El 15 de marzo de 2002 se aprobó en el Parlamento de Canarias una proposición no de Ley sobre el reconocimiento como personal sanitario de los psicólogos clínicos de la Red Especializada de Atención a la Salud Mental, sin embargo no se ha llevado a la practica.

- Cantabria

Nº total de psicólogos 16

Dependen de dos administraciones.

8 de la Consejería de Presidencia (Función Publica). Están reclasificados como especialistas y perciben las retribuciones correspondientes.

8 del Servicio Cantabro de Salud. El 23 de febrero de 2004 aparece una resolución del Servicio Cantabro de Salud en la que se establece que los psicólogos que reciban el titulo de especialista percibirán retribuciones como tal, pero no se reclasificaran sus plazas hasta que se resuelva la OPE extraordinaria.

Las nuevas plazas y las sustituciones de los profesionales de Presidencia si se realizan como especialistas, las del Servicio Cantabro de Salud no. Existe la posibilidad, además, de que puedan acceder, a algunas plazas de promoción interna, psicólogos no especialistas, lo que resulta sorprendente cuando no preocupante por cuanto el SNS exige especialistas generalmente como modo de garantizar el mejor nivel de calidad y cualificación en las prestaciones que realiza a los ciudadanos.

- Castilla-La Mancha

Nº total de psicólogos 58

Dependen de dos administraciones.

52 del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM). El 20 de mayo de 2003 se publica un decreto de la Consejería de Sanidad sobre el procedimiento de integración del personal estatutario de la Unidades de Salud Mental, donde figura la categoría de Facultativo especialista de área, dentro del estatuto médico, de los psicólogos clínicos que estén en posesión del titulo. En la correspondiente tabla de homologaciones figura que los psicólogos que lo reciban con posterioridad serán homologados en el momento en que lo tengan. Posteriormente el 3 de marzo de 2004 aparece una Orden de la Consejería de Sanidad del personal funcionario y

laboral fijo en el Sescam con la misma categoría de FEA. Están recatalogados como FEAS y reciben las retribuciones correspondientes, excepto 19 que están pendientes de la OPE extraordinaria.

6 de la Diputación de Toledo. Están recatalogados como FEAS y perciben las retribuciones correspondientes.

Las sustituciones y las nuevas plazas se realizan como especialistas.

- Castilla-León

Nº total de psicólogos 72

Dependen de dos administraciones.

64 de la Sanidad de Castilla-León (SACYL).

8 de las Diputaciones Provinciales que tienen consorcio con SACYL.

El 18 de enero de 2005 se publica una Orden de la Consejería de Sanidad para la integración de funcionarios y laborales como estatutarios, donde figura la categoría de facultativo especialista de área para los psicólogos clínicos en posesión del título de la especialidad. Posteriormente el 21 de enero aparece una resolución de la Gerencia Regional de salud con las nominas correspondientes. Los profesionales tienen 3 modalidades diferentes de relación contractual, estatutarios, laborales pendientes de la OPE extraordinaria y funcionarios. Solamente los estatutarios (12) están recatalogados como FEAS y perciben las retribuciones correspondientes.

Las sustituciones y las nuevas plazas no se realizan como especialistas.

- Catalunya

El Servicio Catalán de Salud (CATSALUT) contrata y financia aproximadamente el 98% de los servicios sanitarios, entre ellos los dispositivos de salud mental, a entidades privadas, en su mayoría de órdenes religiosas, agrupadas en diversos consorcios o fundaciones. El resto de servicios, una minoría, esta todavía adscrito al Instituto Catalán de Salud, dependiente del Departamento de Salud de CATSALUT.

La diversidad de situaciones ha hecho que la información recogida sea parcial, no pudiendo contabilizar, por ejemplo, el número total de psicólogos. Los datos recogidos son los siguientes:

H. Benito Menni. Hay 23 psicólogos recatalogados como especialistas y con las correspondientes retribuciones. Las nuevas plazas y las sustituciones se contratan como especialistas. En idéntica situación está el Centro de Salud Mental Infanto Juvenil del Hospital de San Rafael y el Consorci Hospitalari Parc Taulí, donde hay 11 psicólogos; aunque en éste último las sustituciones no se contratan como especialistas. Institut d'Assistència Sanitària. Hay 27 psicólogos. De ellos 18 están recatalogados con las correspondientes retribuciones y 9 perciben retribuciones pero no están recatalogados. Las nuevas plazas y las sustituciones se contratan como especialistas.

Centres assistencials Dr. Emili Mira i López-Torribera. Hay 6 psicólogos que no están reclasificados ni perciben retribuciones como tales. En esta misma situación están 7 psicólogos dependientes del CATSALUT.

- Ceuta

La asistencia sanitaria se realiza por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), ya que todavía no se han realizado las transferencias en materia sanitaria. Los psicólogos clínicos son reclasificados como especialistas con sus correspondientes retribuciones a medida que lo van solicitando. Se ha aplicado el Decreto de la Especialidad.
- Extremadura

Nº total de psicólogos 33
 Dependen de dos administraciones.
 6 de las Diputaciones Provinciales. No están reclasificados ni perciben retribuciones como especialistas.
 27 del Servicio Extremeño de Salud. El 20 de enero de 2004 aparece una resolución del Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud donde figuran las retribuciones correspondientes a Facultativos Especialistas de área para los Psicólogos en posesión del título de especialistas. Perciben retribuciones como especialistas pero sus plazas se recatalogaran cuando termine la OPE extraordinaria.
 Las nuevas plazas y las sustituciones de las Diputaciones Provinciales no se realizan como especialistas. En el caso del Servicio Extremeño de Salud no se ha podido recabar información sobre como se convocan las nuevas plazas.
 Se está desarrollando en este momento un proceso de integración de los Hospitales en el Servicio Extremeño de Salud.
- Galicia

Nº total de psicólogos 95
 Dependen de tres administraciones.
 82 del Servicio Galego de Saúde (SERGAS).
 2 del Ayuntamiento de A Coruña.
 11 trabajan en dispositivos de S.M. privados, concertados con el SERGAS.
 El 11 de agosto de 2003 se publica una Orden de la Consellería de Sanidade sobre la integración del personal funcionario y laboral como estatutario, donde figura que los profesionales que estén en espera de su titulación como especialistas se integrarán como titulados superiores (psicólogos) hasta que obtengan la especialidad, momento en el que pasarán a ser reconocidos como facultativos especialistas. Sin embargo en la actualidad no están recatalogados como especialistas ni cobran como tales. Las nuevas plazas y las sustituciones sí se realizan exigiendo los requisitos formales de titulación propios de especialistas.
- Illes Balears

Nº total de psicólogos 41
 Dependen de dos administraciones.
 18 de Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA). Empresa de gestión privada financiada con fondos públicos del Instituto Balear de Salud (IB-SALUT), mediante

convenio anual con el Servicio Balear de Salut (SERBASA). De esta empresa dependen el Hospital Psiquiátrico, los profesionales de una Unidad de Salud Mental y todas las Unidades de Rehabilitación Comunitaria. No están recatalogados como especialistas, ni cobran como tal.

23 del Instituto Balear de Salut (IB-SALUT). No están reclasificados como especialistas aunque si perciben retribuciones como facultativos especialistas de área cuando reciben el título.

Las plazas de nueva contratación y las sustituciones se siguen haciendo como psicólogos.

No hay ninguna legislación autonómica.

- La Rioja

Nº total de psicólogos 11

Dependen de dos administraciones.

10 del Servicio Riojano de Salud. El 23 de junio de 2003 se publica una Orden de la Consejería de Hacienda sobre retribuciones del personal de la Comunidad Autónoma de la Rioja, en la que figuran las retribuciones de los psicólogos clínicos como facultativos especialistas de área, cuando estén en posesión del título. El 7 de noviembre de 2003 se publica un Decreto para la integración del personal estatutario del Servicio Riojano de Salud. En él figura la categoría de psicólogo clínico, pero también la de psicólogo. Posteriormente el 15 de junio de 2004 se publica una Orden de la Consejería de Hacienda con las mismas retribuciones del año anterior. El 14 de julio de 2004 se publica una Orden de la Consejería de Administraciones Públicas para la integración del personal estatutario del Servicio Riojano de Salud.

Los psicólogos del Servicio Riojano de Salud están recatalogados como especialistas y perciben retribuciones como tal. Sin embargo los interinos todavía no.

1 de la Diputación. No está recatalogado, ni percibe retribuciones.

En ningún caso ni las sustituciones ni las nuevas plazas se convocan como especialistas.

- Madrid

Nº total de psicólogos 133

Dependen de dos administraciones. (en marzo de 2005 supuestamente unificadas).

42 del Instituto Madrileño de Salud (IMSALUD). En enero de 2003 se publica una Orden de la Consejería de Hacienda, sobre las retribuciones de los profesionales del Imsalud, donde aparece la categoría de Facultativos Especialistas de área para los psicólogos en posesión del título de especialista. Posteriormente el 1 de octubre de 2003, se dictan instrucciones para la aplicación de las retribuciones correspondientes.

Los psicólogos clínicos del Imsalud perciben retribuciones como facultativos especialistas de área pero no están recatalogados como tal, hasta que se resuelva la OPE extraordinaria. No está claro cómo se realizan las sustituciones ya que

depende de la situación del titular. Tampoco esta claro cómo se hacen las contrataciones de las nuevas plazas porque se convocan de forma descentralizada desde cada gerencia de área.

91 del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Con fecha de 20 de octubre de 2004 se dicta una Orden de circulación interna de la Consejería de Hacienda creando el puesto de titulado superior especialista con las retribuciones correspondientes, siempre que estén en posesión del título de especialistas. Los psicólogos clínicos del Sermas están recatalogados como titulados superiores especialistas y perciben las retribuciones correspondientes, a partir de enero de 2005. El SERMAS no hace convocatorias de nuevas plazas. Las sustituciones hasta ahora se hacían como psicólogos, a partir de enero de 2005 se supone que tendrán que ser como especialistas.

Hay 52 psicólogos del Ayuntamiento de Madrid que dependen de la Concejalía de Sanidad, básicamente en Centros Municipales de Salud y Centros de Atención a Drogodependencias. Si bien la categoría de especialista como tal no está establecida en la plantilla, la contratación en otras especialidades se formula directamente (por ej. «traumatólogo», «psiquiatra», etc.). No así en el caso de los psicólogos, a los que no se ha reclasificado. No existe en la actualidad convenio de colaboración interadministraciones en Salud Mental.

- Melilla

La asistencia sanitaria se realiza por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), ya que todavía no se han realizado las transferencias en materia sanitaria. Los psicólogos clínicos son reclasificados como especialistas con sus correspondientes retribuciones a medida que lo van solicitando. Se ha aplicado el Decreto de la Especialidad.

- Murcia

Nº total de psicólogos 46

Dependen del Servicio Murciano de Salud. Con fecha de 4 de octubre de 2002 se publica un Decreto con las categorías del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud, donde figura para la de Psicología Clínica el licenciado en Psicología especialista en Psicología Clínica. El 13 de febrero del mismo año se publica una Resolución de la Consejería de Hacienda sobre retribuciones del personal estatutario del SMS, donde aparecen las correspondientes a facultativos especialistas de área para los psicólogos en posesión del título de especialista. El 12 de marzo de 2004 aparece otra Resolución de la Consejería de Hacienda con las mismas retribuciones. Sin embargo la categoría de especialista en Psicología Clínica no está creada.

El Servicio Murciano de Salud esta en un proceso de estatutarización de todos los profesionales sanitarios. El personal estatutario del antiguo Insalud esta catalogado como psicólogo, personal no sanitario y solo se recatalogarán a través de

una bolsa de trabajo de psicólogos especialistas en Psicología Clínica, donde se considera únicamente a los psicólogos que han obtenido la especialidad vía PIR. El resto de los profesionales son funcionarios y se les va a recatalogar mediante un proceso de promoción interna cuando se haya terminado el proceso de estatutización.

Por lo tanto en la actualidad no están recatalogados como especialistas, ni perciben retribuciones como tal.

Las sustituciones no se hacen como especialistas, pero las nuevas contrataciones sí, a través de la bolsa de trabajo citada anteriormente.

- Navarra

Nº total de psicólogos 31

Dependen de dos administraciones.

27 de Osasunbidea-Servicio Navarro de Salud.

4 de la Fundación Argibide concertada con Osasunbidea.

El 27 de diciembre de 1999 se publica un Decreto Foral donde se crea la categoría de psicólogo especialista en Psicología Clínica y sus correspondientes retribuciones. Posteriormente el 3 de marzo de 2003 aparece un nuevo Decreto donde se fijan las retribuciones complementarias a dichos puestos de trabajo. Están recatalogados como especialistas y cobran las retribuciones correspondientes

Las sustituciones y las nuevas plazas se realizan como especialistas.

En la actualidad los psicólogos clínicos del Servicio Navarro de Salud están reclamando la reconversión de sus puestos de trabajo en Facultativos Especialistas de Área (FEA) en Psicología Clínica.

- País Vasco

Nº total de psicólogos 114

Dependen de varias administraciones.

29,5 están en plazas concertadas con Argia, Avifes, Bizitegui y Eragintza, financiadas por el Servicio Vasco de Salud. (0,5 significa media jornada)

84,5 del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza).

Se les considera facultativos pero no especialistas. No está creada la categoría de especialista en Psicología Clínica, ni perciben retribuciones como tal.

Las sustituciones se hacen mediante una lista post OPE en la que no se tiene en cuenta el título de la especialidad.

No se crean nuevas plazas desde hace años. Se han reconvertido varias plazas de psicólogos en plazas de psiquiatras.

No hay ninguna legislación autonómica.

- País Valencia

Nº total de psicólogos 145

Dependen de dos administraciones.

29 de las Diputaciones provinciales:

18 de la Diputació de Valencia. El 23 de noviembre de 2004 se publica un acuerdo de la Corporación creando la categoría de psicólogo especialista en Psicología Clínica y sus retribuciones correspondientes. Se acogen al Decreto de la Especialidad y a la LOPS que reconoce la Psicología Clínica como profesión sanitaria. Las nuevas plazas y las sustituciones se hacen también como especialistas.

11 de la Diputació de Alacant. No están recatalogados como especialistas pero sus retribuciones si corresponden al nivel de facultativo especialista.

No ha sido posible recoger datos de la Diputació de Castelló.

116 de la Consellería de Sanitat. No están reclasificados ni perciben retribuciones. Las sustituciones y las nuevas plazas tampoco se convocan como especialistas.

■ ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Si bien la Disposición Adicional Segunda del RD 2490/98 ya establecía esta reclasificación; las transferencias de gestión sanitaria a las CCAA, unido a la dilación en el inicio del proceso de homologación de títulos de especialista, y una insospechada incomprensión de ciertas administraciones sanitarias autonómicas, estén en el origen de la complicada y lenta recatalogación seguida hasta hoy. Sin embargo, este importante proceso, que administrativamente supone, aparentemente, nada más que la creación de la categoría de psicólogo clínico en cada Comunidad Autónoma, tiene una importante trascendencia que no conviene descuidar, porque establece la categoría de especialista, define un reconocimiento de ubicación en el sistema sanitario y es base para el marco de relación entre los profesionales del SNS. Resulta así de importancia estratégica para la Psicología Clínica.

Por los datos anteriormente expuestos vemos que hay una enorme diversidad de situaciones en los Sistemas de Salud de las Comunidades Autónomas. La mayoría están en diferentes etapas de reestructuración: proceso de estatutarización (Murcia), integración de personal estatutario, funcionarios y laborales fijos (Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura, La Rioja y Galicia), resolución de la OPE extraordinaria del Insalud (casi todas las comunidades), etc. La dependencia administrativa también es diversa: consejerías, diputaciones, ayuntamientos, cabildos, etc. Coexisten diversas situaciones laborales: funcionarios de carrera, interinos, estatutarios, laborales, contratación de servicios, etc. Por ultimo hay diferentes niveles de dependencia dentro de los sistemas sanitarios: atención primaria y especializada. Todo ello condiciona, en algunas, la recatalogación de las plazas.

No hay ninguna homogeneidad ni en el conjunto del SNS, ni siquiera dentro de la mayoría de las CCAA. Resumiendo, la situación es la siguiente:

En Aragón, Navarra, y en parte de los profesionales de Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Madrid, La Rioja y Valencia, las plazas están recatalogadas con las correspondientes retribuciones.

En parte de los profesionales de Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Baleares y Madrid, las plazas no están recatalogadas pero perciben retribuciones como especialistas hasta la finalización de la OPE extraordinaria.

En Andalucía, está creada la categoría de Facultativo Especialista de área, pero no se han asignado las retribuciones correspondientes y se está a la espera de la finalización de la OPE extraordinaria.

En Canarias, Galicia, Murcia, País Vasco, y en parte de los profesionales de Castilla-León, Extremadura, Baleares, La Rioja y Valencia, no hay ni recatalogación ni retribuciones adaptadas.

Como se puede comprobar sólo en 2 Comunidades (Aragón y Navarra) y parcialmente en 7 (Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Madrid, La Rioja y Valencia) los psicólogos están recatalogados y percibiendo las retribuciones correspondientes a su función y titulación. En general, aunque hay excepciones, los centros concertados en las diferentes Comunidades Autónomas no tienen recatalogados a sus profesionales.

Los procedimientos para las nuevas contrataciones y sustituciones también oscilan entre la exigencia de que sean especialistas y la contratación como titulados superiores. Con la contradicción de que en algunas comunidades se exige la especialidad, cuando los psicólogos que llevan años trabajando y ya tienen su título no están aun recatalogados, o bien sorprendentemente se valora únicamente la especialidad obtenida vía PIR.

En cuanto al desarrollo legislativo algunas CCAA han desarrollado normativas autonómicas, mientras otras han aplicado sin mayores problemas la Resolución de 28 de diciembre de 2001 del Insalud sobre las nóminas del Personal Estatutario para el año 2002, la Resolución del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) –al que corresponde la gestión de los derechos y obligaciones del extinto Insalud– sobre las nóminas del personal que presta servicios en sus instituciones sanitarias para el año 2003, el Decreto de la Especialidad y la LOPS. Todas ellas normativas de carácter estatal.

Por último hay que señalar que en algunas comunidades no se convocan nuevas plazas desde hace años y algunas se han reconvertido de plazas de psicólogos en plazas de psiquiatras.

La falta de criterios comunes en el Estado para la recatalogación de las plazas producen el bloqueo total de soluciones coherentes (País Vasco, Murcia, Castilla-León, etc.) o lleva a soluciones completamente distintas, contradictorias y arbitrarias ante la misma situación. Es absolutamente necesario, para la armonización del SNS y la consolidación de la Especialidad, la inmediata recatalogación de todos los psicólogos clínicos como facultativos especialistas en todo el Estado, independientemente de su situación laboral, de la dependencia administrativa y del proceso de reestructuración de cada Servicio de Salud.

Dado que algunas Comunidades ya han procedido a la reclasificación, no resultan entendibles ni aceptables los problemas que hay en otras, vinculados a una evidente falta de voluntad política que olvida negligentemente la legislación vigente. Es imprescindible que los psicólogos clínicos, como cualquier otro especialista sanitario, puedan desarrollar las funciones que les corresponden y acceder a todos los derechos que les otorga la ley, entre otros a la carrera profesional. Sin olvidar que especialistas no son únicamente los profesionales que la han conseguido la especialidad vía PIR, sino también los que la obtuvieron mediante el proceso de homologación que se está desarrollando en aplicación del Decreto de la Especialidad. Sería no sólo un error, sino también una injusticia olvidar que son precisamente estos profesionales los que han formado a los actuales PIRes.

■ CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La aplicación de la normativa vigente que hemos analizado corresponde, en distintos niveles de competencia, tanto a la Administración Central como a las CCAA. El Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Educación tienen la responsabilidad de establecer criterios generales que sirvan de base a todo el SNS de forma que las Comunidades puedan desarrollar de forma armónica y al tiempo específica sus respectivos Servicios de Salud. Por ello es necesario elevar a las Administraciones Públicas como objetivos prioritarios las siguientes conclusiones y recomendaciones:

1. Desarrollar y aplicar la normativa vigente, hasta ahora sólo parcialmente aplicada y reglamentada y, frecuentemente malentendida y/o negativamente aplicada en lo que se refiere a la Psicología Clínica.
2. Es preciso establecer, para la aplicación adecuada de la «Ley de Autonomía del paciente, información y documentación clínica», la figura del «facultativo responsable» en materia de Salud Mental, en lugar, exclusivamente, del «médico responsable», para así evitar los perjuicios que la lectura literal de esta importante norma puede generar en la relación entre profesionales, así como en la atención a los usuarios.
3. Es urgente, y no debe haber más dilación en ello, constituir el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (LOPS) así como proceder a la inclusión de la Comisión Nacional de la Especialidad en Psicología Clínica en este relevante órgano asesor del Ministerio de Sanidad y del Ministerio de Educación.
4. Es preciso iniciar la inmediata constitución de las Comisiones Técnicas dependientes de la Comisión de Recursos Humanos (Personal de los Servicios de Salud, Desarrollo Profesional y Formación Especializada); la Comisión Consultiva Profesional y la Comisión de Formación Continuada, previstas en la Ley de Cohesión y en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo en ellas, con pleno derecho y representación, todos los aspectos relativos a la Psicología Clínica.

5. Es necesario incluir en la nueva Cartera de Servicios y en los Planes Integrales de Salud que se desarrollen, las prestaciones, actuaciones y modelos de atención específicos de la Psicología Clínica.
6. Es urgente la modificación del Real Decreto 1277/2003 de autorización de centros, establecimientos y servicios sanitarios en los términos propuestos en este documento.
7. Es preciso fortalecer el desarrollo del sistema de formación PIR, sistema que garantiza una formación clínica de alta calidad en servicios sanitarios acreditados del SNS, si bien presenta actualmente insuficiencias a resolver, entre ellas la aprobación del Nuevo Programa de Formación de la Especialidad y su ampliación a cuatro años; el desarrollo de las Areas de Capacitación Específica y el incremento de plazas acreditadas y ofertadas en la convocatoria anual.
8. Es imprescindible el aumento en forma sustancial del número de plazas de psicólogos clínicos en el SNS para poder atender las crecientes demandas de intervención psicológica por parte de la población general y de otras especialidades sanitarias, sin lo cual no tendría sentido, ni sería posible el aumento de plazas PIR.
9. Consecuentemente con todo lo anterior, debe procederse a la inmediata recatalogación de todos los psicólogos clínicos, que actualmente trabajan en el SNS, en facultativos especialistas con plena responsabilidad y autonomía en su práctica clínica.

DOCUMENTACIÓN Y LEGISLACIÓN CONSULTADA

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud
- Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre, por el que se crea y regula el título oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios
- Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado
- Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Postgrado
- Resolución de fecha 28 de diciembre de 2001 de la Dirección General del Insalud por la que se dictan instrucciones para la elaboración de las nóminas del Personal Estatutario en el año 2002

- . Resolución de la dirección del Ingesa (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria) por la que se dictan instrucciones para la elaboración de las nominas del personal que presta servicios en sus instituciones sanitarias en el año 2003
- . Decreto Foral 625/1999, de 27 diciembre, por el que se determinan y asignan las retribuciones a percibir por los Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica adscritos al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
- . Decreto Foral 44/2003, de 3 de marzo, por el que se determinan y asignan las retribuciones complementarias de los puestos de trabajo del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
- . Resolución 144/04 de 4 de marzo de retribuciones del personal de centros e instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Ejercicio 2004
- . Nota de Circulación Interior de abril de 2004, del Subdirector de Personal del SAS creando la categoría de Facultativo Especialista de Area para los especialistas en Psicología Clínica
- . Decreto 77/2001, de 29 de marzo, sobre centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Galicia
- . Orden del 11 de agosto de 2003 por la que se regula el proceso de integración en el régimen estatutario del personal funcionario y laboral que preste servicios en puestos de trabajo de instituciones sanitarias incluidos en las relaciones de puestos de trabajo del Servicio Gallego de Salud
- . Decreto 115/2003, de 7 de noviembre, por el que se establece el procedimiento de integración en la condición de Personal Estatutario del Servicio Riojano de Salud
- . Orden de 15 de junio 2004, de la Consejería de Hacienda y Empleo, por la que se dictan normas para la aplicación de la Ley 9/2003, de 19 de diciembre, de Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma para el año 2004, en relación con las retribuciones del personal al servicio de la Administración de la Comunidad Autónoma de La Rioja y de sus Organismos Autónomos
- . Decreto 41/2004, de 9 de julio, por el que se establece el régimen jurídico y el procedimiento para la autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de La Rioja
- . Orden 67/2004, de 14 de julio, de la Consejería de Administraciones Públicas y Política Local, por la que se aprueba la convocatoria de integración en la condición de Personal Estatutario del Servicio Riojano de Salud
- . Decreto 119/2002, de 4 de octubre, por el que se configuran las opciones correspondientes a las categorías del personal estatutario del Servicio Murciano de Salud
- . Resolución de 12 de marzo de 2004 del Secretario General de la Consejería de Hacienda, por la que se dispone la publicación en el Boletín Oficial de la Región de Murcia del acuerdo del Consejo de Gobierno de fecha 20 de febrero de 2004, sobre retribuciones del Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud para el año 2004

- . Decreto 86/2003, de 20 de mayo, por el que se adscriben al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha las Unidades de Salud Mental y el Centro de orientación familiar de Guadalajara dependientes de la Consejería de Sanidad y se establece el procedimiento de integración del personal que presta servicio en las mismas en los regímenes estatutarios de personal de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social
- . Orden de 3 de marzo de 2004, de la Consejería de Sanidad, de integración del personal funcionario y laboral fijo del Centro de Atención a la Salud de Albacete en el Sescam
- . Acuerdo de la Diputación de Valencia, de 25 de noviembre de 2004, de modificación de los puestos de trabajo de Psicólogo por el de Psicólogo Clínico
- . Orden de 3 de enero de 2003, del Consejero de Hacienda, por la que se dictan instrucciones para la gestión de las nóminas del personal de la Comunidad de Madrid para el ejercicio 2003
- . Instrucciones del Instituto Madrileño de Salud, de 11 de septiembre de 2003, sobre las retribuciones de los Facultativos Especialistas de Área de Psicología Clínica, en Atención Especializada y Primaria
- . Orden de circulación interior, de 20 de octubre de 2004, procediendo a la modificación de puestos de trabajo de los Servicios de Salud Mental, adscritos al Servicio Madrileño de Salud
- . Orden 55/2005, de 18 de enero, de la Consejería de Sanidad de Castilla-León por la que se desarrolla el procedimiento para la integración directa y voluntaria del personal funcionario y laboral fijo en la condición de personal estatutario
- . Resolución del director gerente de la gerencia regional de salud de Castilla-León, por la que se dictan instrucciones para la elaboración de las nóminas del personal estatutario en el año 2005
- . Proposición No de Ley del Grupo Parlamentario Popular, de 6 de marzo de 2002, sobre reconocimiento como personal sanitario a los psicólogos clínicos de la Red Especializada de Atención a la Salud Mental de Canarias
- . Resolución de 20 de Enero de 2004, del Director Gerente del Servicio Extremeño de Salud, sobre retribuciones
- . Informe de la Comisión Técnica de Formación Especializada en Ciencias de la Salud, sobre el ejercicio de la actividad profesional de los psicólogos como consecuencia de lo establecido en la ley 44/2003 y en el real decreto 1277/2003, Marzo de 2004
- . Asociación Española de Neuropsiquiatría, Asociación Nacional de Psicólogos Internos Residentes (ANPIR), «Sobre las competencias de los psicólogos clínicos», Revista de la AEN, 1998, julio/septiembre, nº 67
- . Asociación Española de Neuropsiquiatría, valoración sobre el Real Decreto 1277/2003 sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, Febrero 2004

- Asociación Española de Neuropsiquiatría, Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, Asociación Nacional Psicólogos Internos Residentes, Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental, Colexio Oficial de Psicólogos de Galicia, «Declaración por el desarrollo de la Psicología Clínica en España», Revista de la AEN, 2004, Julio/Septiembre, nº 91
- Asociación Española de Neuropsiquiatría, «Declaración sobre la identidad sanitaria de la Psicología Clínica y el carácter polivalente de la licenciatura de Psicología», 28 de enero de 2005
- Escudero, C.; Ibáñez, M.L.; Larraz, G.; Pascual, P.; Penedo, C.; De la Viña, P., «Competencias legales de los Psicólogos Clínicos», Revista de la AEN, 2003, Enero/Marzo, 85»

GRUPO DE TRABAJO

Integrantes:

Consuelo Escudero (coordinadora), Madrid; Cristina Azpilicueta, País Vasco; Miguel Anxo García, Galicia; Laura Hernangómez, Madrid; Juan Francisco Jiménez, Andalucía

Consultores:

Cándido Amorín Fiuza, Galicia; Amparo Belloch, Valencia; Mercedes Castro Val, Galicia; M^a Eugenia Díez, Asturias; Soledad Filgueira Bouza, Galicia; Delia Guitián Rodríguez, Galicia; Manuel López, Andalucía; Fernando Mansilla, Madrid; Gonzalo Martínez Sande, Galicia; Manuel Moreno, Andalucía; Begoña Olabarria, Madrid; Pedro Pérez, Madrid; Mercedes Rueda, Andalucía; Alejandro Torres Carbajo, Galicia; Modesto Vázquez Pereira, Galicia

Colaboradores:

Pilar Balanza, Murcia; Carlos Beneyto, Canarias; Carmen Carrió, Valencia; Eloina Casas, Aragón; Elena Cortes, Canarias; Lupe Garbizu, País Vasco; Alfonso García Ordás, Extremadura; Carmen Gutiérrez, La Rioja; Jesús M^a Herrero, Cantabria Dora Mainer, Navarra; Isabel Salvador, Baleares; Rut Sonabend, Cataluña; Oscar Vallina, Cantabria

SECCIÓN



LIBROS



Pedro R. Gil-Monte
EL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (BURNOUT)
Una Enfermedad Laboral en la Sociedad del Bienestar
Ediciones Pirámide. 2005. 186 páginas

El mundo laboral ha experimentado una transformación importante en las últimas décadas en nuestro contexto sociocultural. Así, las nuevas exigencias del trabajo y el desajuste entre los requisitos del puesto de trabajo en las organizaciones y las posibilidades de rendimiento de cada sujeto han originado la aparición de nuevos riesgos denominados psicosociales, entre ellos el síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta de realización personal en el trabajo), cuya prevalencia se ha ido incrementando y que ha venido a constituirse en un problema social y de salud pública que conlleva, por tanto, un gran coste económico y social por lo que cualquier esfuerzo para su estudio debe ser bienvenido.

Este libro del profesor Gil-Monte que es una buena contribución a la comprensión del fenómeno de burnout, examina algunas cuestiones nucleares sobre el síndrome de burnout y sobre algunas aplicaciones prácticas de dicho concepto teórico.

El texto está estructurado en seis capítulos y un epílogo bibliográfico en el que toma relevancia la abundante bibliografía en castellano que se va acumulando.

La obra se inicia poniendo de manifiesto la necesidad de analizar el burnout por los profesionales implicados en la prevención de riesgos laborales y los académicos interesados en el estudio del estrés laboral porque es un tema de actualidad.

El capítulo 2 aborda la delimitación del síndrome de burnout considerando las definiciones y la sintomatología que lo caracteriza.

En el capítulo 3 se realiza una revisión de los principales antecedentes del síndrome, considerando que el origen de la patología hay que ubicarlo en el deterioro de las relaciones interpersonales. Así, se estudian los antecedentes que permiten identificar los factores de riesgo, tanto los antecedentes del sistema social-interpersonal de la organización (disfunciones de rol –ambigüedad de rol y conflicto de rol-, falta de apoyo social, conflictos interpersonales) en el trabajo como los antecedentes del sistema personal de los miembros de la organización (variables sociodemográficas, variables de personalidad...).

En el capítulo 4 se revisan los modelos más relevantes del proceso (modelo tridimensional del MBI-HSS, modelo de Price y Murphy...) a través del cual se instaura el síndrome en el individuo y cómo evoluciona la sintomatología.

El capítulo 5 está dedicado a cómo se realiza el diagnóstico del síndrome de burnout y los instrumentos que se emplean para su evaluación. Y se detiene en el en las dificultades para encajar el burnout en la CIE-10 y en el DSM-IV y en la descripción del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT)

Y, por último, en el capítulo 6 se ofrecen algunas estrategias de prevención e intervención a nivel organizacional, interpersonal e individual, para modificar las condiciones de trabajo con la participación de los trabajadores y para establecer la formación necesaria con objeto de conocer el síndrome como riesgo laboral y las condiciones que favorecen su aparición.

De manera, que este libro de Pedro Gil-Monte, profesor de Psicología Social del Trabajo y de las Organizaciones, ofrece a los profesionales, a los académicos y a los estudiantes un texto de referencia para la formación en un tema específico de la psicopatología laboral: el síndrome de burnout, que contribuye a la clarificación, dentro de la fragilidad diagnóstica que invade hoy día, de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo (estrés laboral, mobbing, síndrome de burnout, etc...) ya que en este campo hay un superavit de imprecisas definiciones conceptuales y una disparidad de instrumentos de evaluación.

Fernando Mansilla Izquierdo

José María Peiró
DESENCADENANTES DEL ESTRÉS LABORAL
Ediciones Pirámide. 2005. 96 páginas

El mundo laboral de la sociedad moderna, con el contexto de internacionalización económica y la innovación tecnológica, está generando un proceso de grandes cambios porque se han ido reduciendo las demandas físicas y se han ido incrementando las demandas sobre la interacción psicosocial. Estas transformaciones experimentadas en el trabajo, en ocasiones, representan mejoras y avances pero, en otras, son causa de la aparición de una serie de condiciones que conducen a riesgos que afectan al bienestar de la persona.

Hace ya más de una década que la Organización Mundial de la Salud alertaba del posible impacto de tales cambios en la salud de la población, sobre todo en los países industrializados, especialmente relacionados con las nuevas tecnologías y con los factores psicosociales.

Una buena manera de introducirnos en el tema del estrés laboral es salir al paso de algunas cuestiones o preguntas que flotan en el ambiente, y que según como se respondan, condicionan la actitud ante el problema.

A lo largo del siglo XX el estrés se ha convertido en un fenómeno relevante y reconocido socialmente, siendo vinculado con frecuencia, al trabajo y a la actividad laboral. Así, más de la cuarta parte de los trabajadores de la Unión Europea padece estrés laboral.

Pero, si el término estrés ha sido definido unas veces de forma imprecisa y otras contradictoria, el estrés laboral no se libra de este tipo de aproximaciones. Desde el modelo interacción demandas-control que señala que el estrés laboral surge cuando las demandas del trabajo son altas, y al mismo tiempo, la capacidad de control de las mismas es baja al modelo esfuerzo-recompensa, que explica el estrés laboral cuando existe un desequilibrio entre el alto esfuerzo (demandas, obligaciones, etc.) y la baja recompensa (sueldo, estima, etc.).

Este libro breve es una nueva edición, que viene aportar su granito de arena en un riesgo psicosocial como es el estrés laboral y apuesta por una concepción interaccionista o transaccional que hace referencia a la persona, sus características, y por tanto, a los estresores laborales, intra y extra organizacionales, a sus estrategias de afrontamiento y a las consecuencias resultantes de las experiencias de estrés.

En el capítulo 1 de este texto se analiza la delimitación conceptual del estrés y los modelos interpretativos (modelo procesual de McGrath, modelo de apreciación cognitiva de Lazarus y Folkman, modelo transaccional de Cox, modelo de Karasek, modelo de Edwards entre otros), así como se plantea un enfoque integrador del estrés laboral.

En el capítulo 2 se abordan las fuentes de estrés del entorno físico y las características estresantes del puesto de trabajo, revisando las principales aportaciones de la ergonomía clásica y los estudios sobre el contenido del trabajo. En este capítulo, hace mención de pasada un factor que está retomando importancia en la actualidad, como es la disponibilidad y organización del espacio físico en el trabajo (proxemia).

En el capítulo 3 se expone el estrés producido por el desempeño del rol laboral, las relaciones sociales en el trabajo y la promoción laboral en la organización, como el desempeño de rol y las relaciones interpersonales

En el capítulo 4 se centra en el estrés derivado del uso de las nuevas tecnologías y otras características organizacionales. La implantación de tecnologías cada vez más complejas transforma la actividad laboral y su entorno físico y social.

Por último, en el capítulo 5 se centra en las principales fuentes de estrés extraorganizacional, especialmente en las relaciones familiares y en cómo estas inciden en la actividad laboral.

José María Peiró, con el conjunto de su obra, ha sido capaz de saltar por encima de la frontera de la Psicología Laboral y de crear escuela. Y se nota en este texto. Aquí pretende contribuir al ámbito científico, a un mejor conocimiento y a la solución de la compleja problemática del estrés laboral como desde el ámbito legislativo con la Directiva Marco de la UE (89/391/CEE) relativa a la aplicación de medidas a promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo, en la que se abordan, de forma implícita y explícita, los problemas psicosociales.

Fernando Mansilla Izquierdo

SECCIÓN



PÁGINAS DE LA ASOCIACIÓN





INFORME DE ACTIVIDADES MAYO 2004-MAYO 2005

1. INFORME DEL PRESIDENTE. ACTIVIDAD DE LA JUNTA DIRECTIVA.

Un año ya desde las jornadas de Barcelona, y muchas cosas hechas, algunas en curso, y otras en proyecto. Lo cierto es que el tiempo vuela, dentro de un año habrá que proceder a la renovación de la junta, y nos gustaría dejar «los deberes hechos».

Si hubiera que elegir tres «temas estrella» (al menos en cuanto al tiempo y esfuerzo que nos han ocupado) podríamos decir que han sido el Visado para Antipsicóticos Atípicos, el Tratamiento Ambulatorio Involuntario, y lo que rodea a la Psicología Clínica y el conflicto con el COP.

1.1 Visado Antipsicóticos Atípicos

En septiembre de 2004, el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó una nota de prensa en que se anunciaba la intención de establecer un visado de inspección previo a la dispensación de antipsicóticos atípicos. La medida se justificaba en base a que «*existe un alto porcentaje de pacientes a los que se prescribe estos medicamentos de forma incorrecta...*», consistiendo la supuesta incorrección en que, ocasionalmente, se ha detectado su utilización para indicaciones no incluidas en la ficha técnica. Anteriormente -enero de 2004- la Agencia Europea de Medicamentos emitió un informe sobre la utilización de dos neurolépticos de esta familia denunciando «*el riesgo de accidente cerebrovascular en pacientes ancianos con demencia*». Se concluía pues, que la medida trataba de «*fomentar el uso racional de los medicamentos en beneficio de la seguridad de los pacientes*».

No obstante, la inmediatez de su puesta en vigor -dos meses a partir del anuncio-, la velada acusación hacia los facultativos como «malos prescriptores», el temor de que las posibles trabas burocráticas pudieran incidir negativamente en la disponibilidad de estos productos, con el riesgo de disminuir la adherencia al tratamiento, etc., han producido una alarma generalizada en todos los agentes implicados (médicos, pacientes, asociaciones de familiares, sociedades científicas, y -probablemente- en la industria farmacéutica).

Por otra parte, el que la medida se dirija exclusivamente hacia un grupo de fármacos especialmente caros ha inducido a pensar que busca, más que la seguridad de los pacientes, una disminución en el coste de la factura de farmacia.

Como antecedentes en nuestro medio, el visado para antipsicóticos atípicos se implantó de forma experimental en la Comunidad Autónoma de Andalucía en julio de 2003 -y definitivamente en septiembre del mismo año-, pareciendo pues que ha servido como campo de pruebas antes de proceder a su extensión al resto.

Ante la situación creada se produjo la movilización de las asociaciones de familiares por medio de FEAFES y de diversas sociedades científicas que sumaron su firma a un manifiesto en que se acusaba al Ministerio de Sanidad de tomar medidas

«*economicistas*», que confirmaban –en su opinión– «*que los enfermos mentales siguen siendo la cenicienta de nuestro Sistema Sanitario*». El documento completo fue insertado a página completa en el diario El País del 29 de septiembre. La AEN fue requerida para incluir su firma en el documento pero, aún comprendiendo la inquietud generada y compartiendo en parte sus argumentos, se consideró que no recogía otros muchos aspectos fundamentales a la hora de pronunciarse (ver a continuación el comunicado de la AEN).

Reunión con la Dirección General de Farmacia

Por ello, tras recabar distintas informaciones, mantener una entrevista con el Director General de Farmacia del Ministerio de Sanidad, y reunida la junta directiva, se decidió publicar el siguiente comunicado:

DECLARACIÓN DE LA A.E.N. SOBRE EL PROYECTO DE VISADO PARA LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

La propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo de establecer un visado de inspección previo a la dispensación de antipsicóticos atípicos, ha generado una situación de confusión en cuanto a los motivos y fundamentos de la medida, así como un clima de alarma social por sus posibles consecuencias. Ante esta situación, la Asociación Española de Neuropsiquiatría considera necesario expresar su postura al respecto:

1. La nota de prensa (16-09-04) emitida por el Ministerio de Sanidad, justificando la medida en base a «que existe un alto porcentaje de pacientes a los que se prescribe estos medicamentos de forma incorrecta...» induce a confusión pudiendo provocar una alarma innecesaria. Al parecer se refiere a que, ocasionalmente, se utilizan fármacos para indicaciones no incluidas en la ficha técnica, pero se obvia que esta es una práctica habitual –no solo con este grupo de fármacos– en la que el facultativo ha valorado previamente la relación riesgo-beneficio para el paciente.
2. De acuerdo con los actuales conocimientos científicos, las personas que padecen trastornos mentales graves requieren una atención que integre el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, la rehabilitación y el apoyo a las familias.
3. La regulación del tratamiento farmacológico dentro de este contexto de atención integral, ha de partir de un análisis preciso de la situación y de sus posibles consecuencias en todos los ámbitos y colectivos.

Por los motivos anteriormente aducidos, proponemos:

- Que se establezca una moratoria de tres meses antes de adoptar cualquier medida en este sentido,
- Que, durante este período, el Ministerio de Sanidad convoque una mesa en la que participen tanto las asociaciones científicas, como las de afectados y familiares

con el objetivo de estudiar y valorar con el máximo rigor las posibles medidas que permitan garantizar el buen uso de los fármacos y su disponibilidad en el contexto de una atención integral de calidad.

Madrid, 2 de octubre de 2004 *Junta Directiva de la AEN*

Como se decía al principio, la junta directiva de la AEN consideró que este asunto no podía despacharse con la firma de un documento, sino que era preciso recoger otros aspectos en nuestra opinión fundamentales. Esperamos que la exposición de los mismos permita establecer una toma de posición más acorde al problema planteado.

1.2 Tratamiento ambulatorio Involuntario. Propuesta de reforma del art. 763 de la LEC

Suponemos que es de sobra conocido el debate sobre la pertinencia de modificación legislativa que se está debatiendo en el Parlamento Español, a propuesta de las asociaciones de familiares integradas en FEALES. M^a Eugenia Díez convocó un grupo de trabajo de compañeros expertos y/o interesados en el tema, que elaboró un documento discutido por la Junta Directiva y que, con mínimas modificaciones, se aprobó como LINKdocumento de consenso y opinión de la AEN. Se felicitó a los componentes del grupo de trabajo por su excelente labor. Asimismo, se publicó en la revista de la AEN un editorial, firmado por M^a. Eugenia Díez sobre este tema (ambos, el editorial y el documento elaborado por el grupo de trabajo aparecen en el número 92 de la revista).

Aunque finalmente la AEN no fue convocada para comparecer en la Comisión Parlamentaria que estudiaba este asunto, varios de los convocados eran socios de la AEN (Marcelino López, Alicia Roig, Fernando Santos), conocían el documento y defendieron esta misma postura. Pendiente aún de resolución, en la web de FEALES se ha publicado un documento donde el asesor jurídico emite unos juicios de valor y claramente desproporcionados contra la AEN y sus socios. Se ha dirigido un escrito al presidente de FEALES pidiendo una rectificación.

1.3 Psicología Clínica

Es una de las cuestiones a la que más tiempo se ha dedicado y que más adelante ampliará nuestra vicepresidenta M^a. Eugenia Díez. Todos los interesados estarán al tanto del conflicto iniciado por el COP, y la beligerancia hacia la AEN y hacia la presidenta de la CNEPC, Begoña Olabarría, por parte del Decano del Colegio de Psicólogos de Madrid. En la Web de la AEN www.asoc-aen.es hay un apartado específico en el que se pueden consultar la multitud de documentos, declaraciones, cartas, etc., intercambiadas.

La beligerancia llegó hasta tal punto que solicitaron a la decana del COP de Galicia la apertura de un procedimiento contra Marisol Filgueira Bouza por supuesta infracción del Código Deontológico del Psicólogo, por la publicación de un artículo colgado en la web www.portalsaludmental.com. La MESA GALEGA DA PSICOLOXÍA CLÍNICA (Constituida Por ASOCIACIÓN GALEGA DE SAÚDE MENTAL, ASOCIACIÓN GALEGA DE PSICÓLOGOS INTERNOS RESIDENTES Y ASOCIACIÓN DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS DO SERGAS) pidieron la adhesión de la AEN a un documento en el que se oponen a esa medida. La junta directiva firmó la adhesión, enviando una carta de apoyo a Marisol Filgueira.

1.4 Relaciones con el Ministerio de Sanidad

Una buena noticia es que las relaciones con el Ministerio de Sanidad han dado un giro de 180°, y se ha abierto un abanico de posibilidades de participación. Fernando Lamata, Secretario General del Ministerio, ha propiciado diversos encuentros a partir de los cuales se han iniciado diversas líneas de actuación:

- Grupo de Trabajo «Estrategias en salud mental»: Al estar transferidas las competencias en sanidad, el Ministerio no puede hacer un Plan Estratégico, pero se ha iniciado este grupo de trabajo que tratará de establecer unos mínimos que las Consejerías de Salud de las CC.AA. se han comprometido a cubrir, y que serán asumidas en el Consejo Interterritorial. El grupo de trabajo está liderado por Manuel Gómez Beneyto, participando Alberto Fernández Liria por la AEN, y Mariano Hernández Monsalve como experto designado por el Ministerio.
- Se participó también en la elección de spots, vallas publicitarias, etc., de una campaña antiestigma que se iniciará próximamente. Antonio Escudero y Juan González Cases asistieron a las reuniones por parte de la AEN.
- Proyecto Jornada de presentación del Observatorio de SM: En el grupo de trabajo anteriormente citado, se han manejado diversos datos del Observatorio de Salud Mental de la AEN. La realidad es que, hoy por hoy, es la mejor aproximación que existe acerca de la disponibilidad de recursos y programas a nivel del Estado. Más adelante se incluye información más completa sobre este acto.

1.5 Conflicto Hospital Severo Ochoa

Desde mediados del mes de marzo se viene produciendo un aluvión de informaciones sobre la destitución fulminante del coordinador de urgencias del Hospital Severo Ochoa (Leganés-Madrid-). Tres denuncias anónimas acusaban de actuar con negligencia a la hora de administrar sedantes a enfermos terminales. A raíz de dichas denuncias, la Consejería de Sanidad de la CAM encargó un informe que «revela que hubo irregularidades administrativas significativas y no descarta que también haya malas prácticas en la administración de los sedantes a los enfermos, aunque no se han encontrado pruebas inculpatorias a este respecto». El hecho es que, en una

actuación sin precedentes, sin pruebas, y vulnerando la presunción de inocencia a que todo ciudadano tiene derecho, se ha cesado tanto al Dr. Montes, coordinador de urgencias, como a la cúpula directiva del hospital. La reacción, tanto de los profesionales como de la población de Leganés ha sido unánime y multitudinaria. En una manifestación de 10.000 personas se ha pedido la dimisión del consejero de sanidad. Por su parte, las asociaciones de profesionales han emitido comunicados de protesta, enviados a los poderes públicos y a los medios de comunicación. La AEN, sumándose al comunicado de la FADSP (Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública) envió el siguiente:

COMUNICADO DE LA AEN ANTE LA DESTITUCIÓN DEL COORDINADOR DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SEVERO OCHOA

Los abajo firmantes, profesionales del sistema público de salud, queremos hacer pública nuestra postura de rechazo ante las medidas que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha tomada contra el coordinador de Urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés y manifestar:

- Nuestra solidaridad con todos los trabajadores de dicho centro y en especial con los del Servicio de Urgencias que a lo largo de tantos años de funcionamiento de ese hospital, a pesar de las condiciones adversas y a la elevada presión asistencial, han sabido demostrar su profesionalidad ofreciendo una asistencia de calidad.
- Nuestra repulsa ante los métodos empleados en esta ocasión, privando del derecho a la presunción de inocencia al coordinador de urgencias, y desprestigiando y sembrando la duda del buen hacer sobre los trabajadores del servicio de urgencias y sobre el resto de trabajadores del hospital.
- La gravedad que conlleva el que estas medidas surjan de unas denuncias anónimas, que ponen en entredicho los motivos y la credibilidad de las mismas, y del riesgo al que todos estamos sometidos si es suficiente un anónimo para destruir tanto la carrera profesional como el honor de las personas.
- Queremos poner de manifiesto que estas medidas dirigidas contra el servicio de urgencias están afectando no solo al Hospital Severo Ochoa, sino al resto de la Sanidad Pública, poniendo a todos sus trabajadores en una situación de indefensión frente a la duda que se siembra entre los pacientes, tanto sobre nuestra capacidad profesional, como sobre nuestra integridad ética y deontológica.

El comunicado fue leído en la asamblea de trabajadores del Severo Ochoa, quienes lo agradecieron y aplaudieron. Al margen de que en próximos días se aclare la situación (en un sentido u otro) y que puedan retrotraerse las medidas tomadas, el mal está hecho, y el futuro profesional del Dr. Montes marcado para siempre. Quien conozca las interioridades de la «política sanitaria» en la CAM, sabe que el Hospital Severo Ochoa siempre estuvo señalado (en rojo –y valga el juego de palabras-) por la administración sani-

taria que lleva años gobernando: Fue el primer hospital publico que se prestó a efectuar interrupciones voluntarias de embarazo y, por lo que se ve, parece no practicar el encarnizamiento terapéutico. Probablemente es ese «señalamiento» la principal razón para que se hayan tomado unas medidas que, a la espera del pronunciamiento de los tribunales, parecen claramente desproporcionadas. Desde aquí nuestro apoyo a los compañeros represaliados.

1.6 Campaña Antiestigma

Por invitación del Ministerio de Sanidad, y junto a la SEP y FEAFES, se participó en la selección de spots y vallas publicitarias para una campaña antiestigma de próxima publicación. Antonio Escudero y Juan González Cases fueron nuestros representantes.

1.7 Presentación Datos Observatorio de la AEN en el Ministerio de Sanidad

Como se avanzaba anteriormente, por iniciativa de Alberto Fernández Liria, se ha propuesto al Ministerio de Sanidad, y han aceptado encantados, organizar una «Jornada de presentación del Observatorio» en la sede del Ministerio. A esta jornada estarían invitados todos los responsables de salud mental de las CC.AA. Las fechas que se barajan son probablemente octubre de 2005. Queremos felicitar a la anterior junta directiva, y concretamente a Fermín Pérez, que fueron quienes iniciaron este proyecto, y a Isabel Salvador y la totalidad de los «corresponsales» que lo han continuado de forma exitosa.

2. INFORME DE LA VICEPRESIDENTA

2.1 Secciones

Sección de Rehabilitación

- Acciones realizadas durante el ejercicio 2004:
Acciones llevadas a cabo durante el primer semestre:
 1. Se pone en marcha un estudio sobre los instrumentos de evaluación que se utilizan habitualmente en los diferentes dispositivos o servicios específicos de rehabilitación de enfermos mentales graves, y que pretende obtener datos de centros de rehabilitación de las diferentes Comunidades Autónomas. Contando con la experiencia acumulada de los profesionales en los últimos años, se pretende llegar a un consenso sobre cuáles de estos instrumentos de evaluación, además de contar con garantías técnicas suficientes, resultan más pragmáticos y útiles al profesional y al servicio, para la práctica de su trabajo diario.
 2. Se constituyen dos grupos de trabajo con profesionales de experiencia en rehabilitación: uno formado por profesionales de Madrid y de la Comunidad de Castilla la Mancha y otro con profesionales de diferentes servicios de Cataluña

3. Ambos grupos de trabajo elaboran una encuesta de información general acerca de los instrumentos de evaluación en los servicios específicos de rehabilitación. La valoración de cada herramienta se hace a través del cumplimiento de dos fichas que se presentan a los centros interesados en participar:
 - a. En la primera, se evalúa sus posibilidades para recoger información sobre las diferentes áreas del funcionamiento psicosocial de la persona.
 - b. En la segunda, se evalúa su eficacia y utilidad para diseñar el plan individualizado de rehabilitación, para hacer valoraciones sucesivas y para evaluar los resultados de la intervención.
4. Se elaboran unas conclusiones del estudio:
 - a. A pesar del poco tiempo ofrecido a los participantes, se consideró que hubo un nivel aceptable de participación: 45 centros.
 - b. Representación de las distintas comunidades autónomas muy irregular
 - c. En algunos apartados los instrumentos de recogida de datos precisaban mayor concreción.
 - d. Las diferentes denominaciones de servicios similares (un mismo servicio tiene una denominación diferentes dependiendo de la comunidad en la que se encuentre), generaron alguna confusión y dificultaron el tratamiento de los datos y la comparación de los mismos entre comunidades.
 - e. Aparecía un número muy elevado de instrumentos y gran diversidad de los mismos. Muy pocos servicios coincidían en la elección de las herramientas.
5. Realización de un taller precongresual en las XIX Jornadas de la AEN celebradas en Barcelona: la evaluación en rehabilitación (reunión de trabajo). Se trataron los siguientes temas:
 - . Comunicación sobre el «marco teórico: evaluación psicosocial» .
 - . Comunicación sobre «evaluación de la calidad de vida y el funcionamiento de las personas con esquizofrenia»..
 - . Se hace una exposición sobre el procesamiento cuantitativo de los datos recibidos del estudio al que anteriormente se hizo referencia.: número de servicios, su distribución por comunidades y por tipología de servicios, así como las distintas herramientas que usan los participantes en el proyecto
 - . Se hace una exposición del análisis cualitativo de las áreas valoradas y de su valor metodológico, según los propios servicios participantes. Se presentaron los 12 instrumentos más usados, los que mayor valoración obtuvieron en sus características metodológicas y en las áreas medidas.

Acciones llevadas a cabo durante el segundo semestre:

1. Se envía el acta del taller a todos los participantes en el proyecto y a los miembros de la Sección de Rehabilitación.
 2. Se modifica algún apartado de la encuesta.
 3. Se amplía la recogida de datos hasta obtener una participación que se considere suficiente, tanto en cuanto el número de dispositivos como en la consecución de mayor homogeneidad en la distribución por comunidades.
 4. Los dos grupos de trabajo realizan diversas actuaciones para dar a conocer la ampliación del tiempo de recogida de datos.
- Previsión de actividades para el ejercicio 2005.
 1. Finalizar la fase de ampliación de recogida de datos
 2. Selección de uno o más instrumentos de evaluación que servirán para el estudio multicéntrico.
 3. Definición de los criterios básicos que deben tener los dispositivos de rehabilitación que tengan intención de participar en el estudio.
 4. Diseño del estudio multicéntrico. Se tiene intención de contar con la colaboración de una de las Universidades de Psicología de Madrid o Barcelona.
 5. Iniciar en el último trimestre del año la fase de la aplicación del instrumento en los centros que participen en el estudio.
 6. Se llevarán a cabo dos reuniones como mínimo de la Sección de Rehabilitación en la que se invitará a todos los miembros de la misma y a los dos equipos de profesionales que están coordinando el estudio. En estas reuniones, además de hacer un seguimiento del estudio, se planteará realizar otro tipo de actuaciones en las que muestren interés los miembros de la Sección. Está pendiente abrir una línea de trabajo que ya se mencionó en las previsiones para 2004 sobre aspectos bioéticos de la rehabilitación y la asistencia a la enfermedad mental grave. Se alientará a los profesionales que integran la Sección para que estimulen la imaginación y expongan otras vías de trabajo que, sin duda, resultarán de interés para aquellos que dedicamos nuestros esfuerzos a este arduo trabajo de la rehabilitación.

Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil

La nueva Junta mantendrá una primera reunión a finales de mayo o principios de junio. Están pendientes de nombrar dos nuevos vocales. Los responsables ya nombrados son los siguientes:



. Presidenta:

Encarnación Mollejo Aparicio: Psiquiatra. Jefe del Servicio de Salud Mental de Arganda del Rey. C/ Juan de la Cierva nº 20. Arganda del Rey – 28500- Madrid. Tf: 918.713.081 (9-15h) 91.530.65.49 (casa). Fax: 918.703.937 encarnmollejo@wanadoo.es

. Secretaria:

Eva M^a Rivas Cambronero. Psiquiatra del Centro de Salud Mental de Moratalaz. Madrid. C/ Sainz de Baranda nº 32, 3º, 28009 – Madrid. Tf: 915.733.284 (casa). evamrivas@hotmail.com

. Vocales:

Ana García Sanz: Psicóloga: Psicóloga. Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Gijón. C/ Robustiana Armiño nº 4, 5º D. 33207 – Gijón. Asturias. Tf: 985.342.005 (mañanas). 985.098.344 (casa) solotrabajo@telecable.es

María Isabel Yagüe Alonso: Psiquiatra. Unidad infanto- juvenil de Toledo. Tf: 925-223851 (trabajo) 91-3160611 (casa).

Sección de Historia

La Sección de Historia organizó las «V Jornadas de Historia de la Psiquiatría» que se celebraron en Albacete en el mes de octubre de 2004, con el título genérico de «Casos clínicos en la Clínica». Las próximas se celebrarán a finales del 2006.

2.2 Grupos de Trabajo

El Grupo de trabajo sobre tratamiento ambulatorio involuntario elabora y la junta de la AEN aprueba el documento de consenso y opinión de la AEN. Aunque finalmente la AEN no fue convocada para comparecer en la Comisión Parlamentaria que estudiaba este asunto, varios de los que si lo hicieron eran socios de la AEN (Marcelino López, Alicia Roig, Fernando Santos), conocían el documento y defendieron esta misma postura.

2.3 Psicología Clínica

Un tema candente que ha ocupado una importante actividad de la junta ha sido el relativo a la controversia generada por la LOPS y la especialidad de Psicología Clínica. Hay abundante material disponible en nuestra Web para quienes quieran estar informados al respecto. En este sentido, la junta ha decidido apoyar y suscribir el documento elaborado por la propia AEN, AEPCP, ANPIR, Colegio de Psicólogos de Andalucía Occidental y Colegio de Psicólogos de Galicia, titulado Declaración por el Desarrollo de la Psicología Clínica en España.

Nuestra página Web dispone del texto completo de los documentos que se aluden, entre otros:

- . Valoración de la AEN del Proyecto de Real Decreto de ampliación de plazos para la homologación de títulos de especialista en Psicología Clínica

- . La AEN impulsa, junto con otras organizaciones, la Mesa por el Desarrollo de la Psicología Clínica en España y emite la correspondiente Declaración.
- . Se elabora informe sobre la marcha del Grupo de Trabajo PARA EL ESTUDIO DE NORMATIVA LEGAL, VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE RECLASIFICACIÓN DE PLAZAS DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS EN EL SNS.
- . Se elabora y la AEN aprueba una Declaración sobre la Identidad Sanitaria de la Psicología Clínica. El Carácter Polivalente de la Licenciatura de Psicología Clínica.

Otros documentos recientes al respecto, debatidos en la AEN y también disponibles en la Web son:

- . Informe de la Comisión Técnica en Formación Especializada en Ciencias de la Salud sobre el ejercicio de la actividad profesional de los Psicólogos
- . Conclusiones del Informe de la Comisión Técnica de Formación Especializada en Ciencias de la Salud sobre la LOPS

2.4 Enfermería

Los profesionales de enfermería de la AEN están tomando diversas iniciativas para reforzar su actividad y presencia dentro de la asociación. Entre otras cosas se ha iniciado un grupo de trabajo de Enfermería. Jose Ángel Gutiérrez (jangelgs33@enfermundi.com) de la Asociación Asturiana) se hará cargo de liderar-canalizar el grupo. Se ha enviado una carta a los socios de la AEN que son enfermeros, EIR y auxiliares de enfermería, y desde aquí alentamos a la participación de todos. En este sentido, en el marco de las Jornadas Anuales de Zaragoza se va a llevar a cabo el I Encuentro de Enfermería de Salud Mental AEN.

Estas jornadas tienen el honor de contar con varias mesas específicas sobre Enfermería en Salud Mental («El futuro de la licenciatura y la especialidad», la enfermería de SM en Europa, y la situación de la enfermería en la AEN». Otra sobre «gestión de casos y evaluación de la calidad», y otra sobre el «papel de la enfermera en los diferentes servicios comunitarios de salud mental»). Se va consolidando el grupo de trabajo de enfermería, y son muchas las tareas a emprender:

Especialidad de Enfermería en Salud Mental

Recientemente se ha publicado el REAL DECRETO 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. El problema puede surgir porque la Disposición Transitoria Segunda, donde se regula la obtención del título de especialista, exige «haber ejercido como enfermero durante cuatro años en esa especialidad», requisitos reunidos «antes del 4 de agosto de 1998». Esto puede crear la discriminación de que las nuevas promociones, que se han formado en los dispositivos comunitarios, no puedan optar al título.

3. INFORME DE SECRETARÍA GENERAL

3.1 Evolución de socios

Desde el congreso de Barcelona, se han formalizado 100 nuevas inscripciones a la AEN (algunas más, recibidas en los últimos días no están contabilizadas). Esto hace que, a 15 de mayo de 2005, el total de asociados sea de 1.811. Nuestra bienvenida a los recién incorporados.

Evolución socios mayo 2004 a mayo 2005

PROFESION	SOCIOS 15-05-04	ALTAS	BAJAS	SOCIOS 15-05-05
Psiquiatras	880	23	24	879
Psicólogos	555	32	18	569
Enfermería	80	4	3	81
Aux. Enfermería	31	1	5	27
Jubilados	68	-	2	66
Socios de honor	4	1	-	5
Otros	28	1	1	28
Monitor rehab.	5	3	-	8
Terapeuta ocup.	1	4	-	5
Trabajo social	49	5	1	53
MIR	46	11	2	55
PIR	13	11	-	24
EIR	8	4	1	11
Total general	1768	100	57	1811

- . 25 de los nuevos socios son personal en formación (MIR, PIR, EIR)
- . El número de psiquiatras está estabilizado (880 > 879), mientras que el de psicólogos va en aumento (555 > 569)
- . Hay que hacer constar que se mantiene al día el control sobre los impagados (lo que aumenta el número de bajas, lo que en otras épocas no se producía).

Evolución por asociaciones autonómicas

Autonómicas	Socios 15-05-04	Altas	Bajas	+ -	Socios 15-05-05
ANDALUCIA	272	15	9	6	278
ARAGON	46	10	-	10	56
ASTURIAS	135	12	7	5	140
BALEARES	77	7	4	3	80
CANARIAS	115	3	5	-2	113
CANTABRIA	4	3	-	3	7
CASTILLA LA M.	49	2	-	2	51
CASTILLA LEON	109	1	4	-3	106
CATALUÑA	208	18	8	10	218
EXTREMADURA	58	-	3	-3	55
GALICIA	60	-	-	0	60
MADRID	335	10	13	-3	332
MURCIA	84	1	-	1	85
PAIS VASCO, NAVARRA	100	7	2	5	105
RESTO PAISES	9	1	-	1	10
VALENCIA	107	10	2	8	115
Total general	1768	100	57	43	1811

- . Aragón y Cataluña son las AA.AA. con mayor crecimiento
- . Disminuye ligeramente en Madrid y Castilla-León

3.2 Solicitud de «Declaración de Entidad de Utilidad Pública»

Se han hecho las gestiones oportunas para que la AEN sea declarada entidad de utilidad pública. Esto tiene la ventaja fiscal de exención de IVA, y da la posibilidad de acceder a subvenciones hasta ahora vedadas.

El Ministerio de Interior lo ha denegado de momento, en base a que «la AEN únicamente beneficia a sus socios». Se ha interpuesto un recurso con la siguiente argumentación:

- . La AEN ha sido impulsora de cuantos movimientos de reforma de la asistencia psiquiátrica se han desarrollado en nuestro país, aspecto que ha beneficiado directamente a cientos de miles de personas afectadas. A este respecto, son numerosas las publicaciones editadas (Ponencias, Cuadernos Técnicos, etc.).
- . La AEN ha colaborado con la Administración (Ministerio de Sanidad, Ministerio de Justicia, etc.), participando en grupos de trabajo específicos (Artículo 20 de la Ley General de Sanidad; Salud mental y Prisiones, etc.). Asimismo participa en acciones de mejora en colaboración con los Servicios de Salud de las CC.AA. En la actualidad forma parte de un grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad, así como de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría, y Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología.
- . La AEN ha potenciado el papel de las Asociaciones de afectados y familiares, propiciando y potenciando su influencia social.

- . La AEN ha elaborado y difundido planes de detección precoz de las enfermedades mentales.
Recientemente se ha recibido una nota del Ministerio del Interior en la que deniegan la concesión de declaración de entidad de utilidad pública.

3.3 Gestiones para el mantenimiento de la sede de la AEN

El traslado de la sede del Consejo General de Colegios de Médicos (donde la AEN ha mantenido su sede desde hace muchos años) ha supuesto que la oferta que se nos ha hecho para mantenerla allí sea inviable económicamente. En lugar de la «cuota simbólica» que habían planteado, la oferta es un alquiler en línea, o más caro, que los precios de la zona (entre 600 y 800 euros/mes –de 110.000 a 130.000 Ptas.).

Ante esto, y por si surge la inmediatez del desalojo, se han barajado dos posibilidades:

- a) Alquilar un despacho con sala de reuniones y almacén (lo que solucionaría el problema de mantenimiento de documentación y publicaciones ahora desperdigadas y frecuentemente perdidas) y poder hacer reuniones en condiciones.
- b) Afrontar la compra de un local de las anteriores características. Habría que dar una cuota de entrada, pero las mensualidades del crédito hipotecario serían equivalentes a las del alquiler y de esa forma la AEN dispondría de un patrimonio propio.

En este sentido se ha hecho una búsqueda de locales y consultado al banco sobre la viabilidad de un crédito hipotecario. Se ha estimado un precio de 150.000 euros para la compra del local. Con una entrada del 25% (37.500 euros) y unas cuotas mensuales estimadas en unos 800 euros.

Este tema se trató de forma monográfica en la Asamblea Extraordinaria celebrada en Zaragoza y se aprobó por unanimidad iniciar las gestiones para la compra de un local y cambio de sede de la AEN.

4. INFORME DEL VICESECRETARIO

4.1 Página Web. www.asoc-aen.es

La nueva página Web de la AEN www.asoc-aen.es está prácticamente completada en cuanto a la actualización de sus contenidos básicos. Están disponibles en formato electrónico las publicaciones, incluyendo la revista de la AEN y los cuadernos técnicos (al menos los que hemos podido obtener en formato electrónico), actualizados los documentos y declaraciones y el calendario de actividades. Recientemente se ha incluido información diversa actualizada acerca de la Escuela de Salud Mental. Algunas asociaciones autonómicas, como la Balear, la Canaria o la Murciana han abierto páginas propias.



Desde el punto de vista de la utilidad informativa de la Web se ha producido alguna nueva iniciativa como la edición del boletín electrónico para los socios, y el WebLog que inició su andadura allá por el 16 de febrero, y que pretende ser una especie de diario que va recogiendo (desde luego, con alto grado de subjetividad), acontecimientos de mayor o menor relevancia. Cualquier sugerencia sería bienvenida.

4.2 Boletín Electrónico

El Boletín Electrónico, dirigido a los socios, contiene toda la información relevante que se genera en la AEN. Asimismo, se tiene acceso a todos los documentos a texto completo a los que se hace mención.

En un futuro próximo la página permitirá un acceso personalizado para los socios, con la posibilidad de acceder y mantener actualizados de forma confidencial y segura los datos personales y de suscribirse a algunos servicios, especialmente de recepción de información mediante correo electrónico.

4.3 Edición del «Directorio de Socios»

Se editó y envió a todos los socios el Directorio en formato electrónico. Un CD en el que se incluyen, junto al directorio, los estatutos de la AEN, y los números de la revista editados en 2003.

5. INFORME DE TESORERÍA

5.1 Balance 2004

DESCRIPCION	INGRESOS REALES	GASTOS REALES
JUNTA DIRECTIVA	-	14.813,02
GRUPOS DE TRABAJO	-	370,80
SECCIONES	-	665,27
ASOC. INTERNACIONAL.	-	4.063,17
ASOC. AUTONOMICAS	-	34.877,92
IMPRESIÓN Y DISTRIBUCION	-	26.332,27
CONGRESOS Y JORNADAS	-	-
<i>CONGRESO OVIEDO</i>	12.000,00	-
<i>JORNADAS ZARAGOZA</i>	-	3.000,00
PERSONAL Y ADM. PUBLICAS (1)	-	20.861,42
GASTOS GENERALES + MOBIL.(2)	-	22.333,98
CUOTAS	135.204,41	-
CUOTAS DEVUELTAS	-	6.486,86
SUSCRIPCIONES	2.648,34	-
VENTA DE LIBROS	12.827,50	-
COLABORACION GLAXO 2005 (*)	27.000,00	-
INTERESES BANCARIOS	234,15	-
TOTALES	189.914,40	133.804,71



(*) De estos 27.000 euros, 21.000 se transfieren en Enero a Valladolid para la edición del libro de Historia. Los otros 6.000 euros son para la revista.

(1) Incluye gastos Asesoría

(2) Incluye Gastos Web

Explicación Balance 2004

- . JUNTA DIRECTIVA: Están incluidos Viajes, y estancias de la Reuniones de la Junta Directiva y de representantes de la Junta.
- . VIAJES JUNTA DIRECTIVA: Viajes de la Junta y de representantes de la Junta a reuniones con diferentes Organismos nacionales y extranjeros.
- . GRUPOS DE TRABAJO: Cada grupo de trabajo tiene un total de 900 _ para gastos en el presupuesto anual. No es acumulable si no lo gastan en el año en curso.
- . SECCIONES: Cada sección tiene también un presupuesto de 900 _, toda actividad que supere esta cantidad, deberá ser autofinanciada por la sección y el dinero que se generen por jornadas y actividades será destinado a la propia sección.
- . ASOCIACIONES INTERNACIONALES: Los gastos corresponden a las cuotas abonadas para el año 2003
- . ASOCIACIONES AUTONOMICAS: Corresponde al 30% de la cuota del año transferida a las diferentes asociaciones.
- . IMPRESIÓN Y DISTRIBUCIÓN: Se ha realizado ya la transferencia de 12.000 euros para la revista para el año 2005. Por otra parte, se ha recibido de Glaxo la aportación del 2005 con un importe de 27.000 euros.
- . JORNADAS ZARAGOZA: Se ha transferido a la Asoc. Aragonesa, la cantidad de 3.000 euros para los primeros gastos de las Jornadas 2005.
- . PERSONAL Y ADMINISTRACIONES PUBLICAS: Sueldo secretaria, Seguridad Social, I.R.P.F., gratificación mensual a Ordenanza del Consejo de Médicos y gratificación trimestral a Administrativo por hacer nóminas, seg. sociales e IRPF y se han incluido los gastos de asesoría por el tema de la Declaración de Utilidad Pública.
- . GASTOS GENERALES: Material y mobiliario oficina, mensajeros, sellos, teléfono, gastos bancarios, etc. Se han incluido los gastos de la puesta en marcha de la Web.
- . SUSCRIPCIONES Y VENTA LIBROS: Incluye suscripciones anuales a la revista AEN, venta de libros a través de nuestra distribuidora (nuestra parte neta de la venta es el 40% de la venta total, el 60% es para la distribuidora).



5.2 Situación de Tesorería a 15-05-2005

DESCRIPCION	INGRESOS REALES	GASTOS REALES
JUNTA DIRECTIVA	-	7.285,03
GASTOS JUNTA ZARAGOZA	-	3.000,00
GRUPOS DE TRABAJO	-	48,00
SECCIONES	-	1.217,48
ASOC. INTERNACIONAL.	-	5.346,00
ASOC. AUTONOMICAS	-	35.359,24
IMPRESIÓN Y DISTRIBUCION	-	3.237,03
TRANSFERENCIA A VALLADOLID	-	21.000,00
CONGRESOS Y JORNADAS	-	-
CONGRESO BILBAO 2006	-	3.000,00
DÍA DE LA SALUD MENTAL	-	1.300,00
PERSONAL Y ADM. PUBLICAS	-	5.362,36
GASTOS GENERALES + MOBIL. (*)	-	6.300,00
CUOTAS	132.195,54	-
CUOTAS DEVUELTAS	-	8.398,95
SUSCRIPCIONES	1.528,04	-
VENTA DE LIBROS	2.771,33	-
INTERESES BANCARIOS	137,91	-
TOTALES	136.632,82	100.854,09

(*) Incluye gastos Web

5.3 Presupuesto 2005 (está contemplado el alquiler de la sede)

DESCRIPCION	INGRESOS PREVISTOS 2005	GASTOS PREVISTOS 2005
JUNTA DIRECTIVA	-	25.000,00
GASTOS JUNTA JORNADAS BARNA.	-	3.500,00
CONGRESO BILBAO 2006	-	3.000,00
GRUPOS DE TRABAJO	-	9.000,00
SECCIONES	-	3.600,00
ASOC. INTERNACIONAL.	-	7.000,00
ASOC. AUTONOMICAS	-	38.000,00
COLABORACION DIA MUNDIAL S.M.	-	1.500,00
IMPRESIÓN Y DISTRIBU. REVISTA	6.000,00	25.000,00
PAGINA WEB	-	1.400,00
PERSONAL Y ADM. PUBLICAS	-	25.000,00
GASTOS GENERALES + MOBIL.	-	25.000,00
GASTOS ALQUILER	-	9.000,00
GASTOS IMPREVISTOS	-	12.000,00
CUOTAS	120.000,00	-
SUSCRIPCIONES Y VENTA LIBROS	9.000,00	-
TOTALES	135.000,00	188.000,00



Explicación Presupuesto 2005

- . JUNTA DIRECTIVA: Engloba los gastos de las reuniones de la Junta y los viajes y estancias que se generen por reuniones de los representantes de la Junta en los organismos internacionales.
- . GASTOS JUNTA JORNADAS ZARAGOZA: Se estima la misma cantidad que se incluyó el año pasado para la asistencia de la Junta al Congreso.
- . CONGRESO BILBAO 2006: Se estima la cantidad de 3.000 euros que se transferirán a la cuenta del congreso este año, para los primeros gastos.
- . GRUPOS DE TRABAJO: Cada grupo tiene presupuestado 900 euros
- . SECCIONES: Cada sección tiene un presupuesto anual de 900 euros.
- . ASOC. INTERNACIONALES: La cantidad presupuestada es para cubrir las cuotas de miembro de cada asociación
- . ASOC. AUTÓNOMICAS: La cantidad presupuestada cubre el 30% del total del presupuesto de cuotas.
- . IMPRESIÓN Y DISTRIBUCIÓN: Este año la aportación de Glaxo se ha reducido a la mitad (27.000 euros en vez de los 54.000 euros de años anteriores), por lo que se presupuesta un ingreso de 6.000 euros para la revista (en años anteriores eran 12.000). Los gastos cubren el envío de la revista, libros y envíos de información a los socios, así como la impresión de trípticos, etc.
- . PAGINA WEB: La cantidad incluida corresponde al presupuesto que nos ha facilitado Nextel y que se adjunta.
- . PERSONAL Y ADM. PÚBLICAS: La cantidad presupuestada cubre el sueldo de la secretaria y los pagos del IRPF y Seg. Social. Se ha estimado también una cantidad por si surge la necesidad de cubrir los pagos de otros impuestos que se deriven de la Declaración de Utilidad Pública en caso de que ésta nos fuera concedida.
- . GASTOS GENERALES Y MOBIL: La cantidad presupuestada cubre los gastos generales de oficina, material, sellos, teléfono, mensajeros, gastos bancarios, pagos a personal colaborador (realización de nóminas, declaraciones de hacienda y seg. soc.), etc.
- . ALQUILER DE SEDE: Se ha estimado también una cantidad para el pago del alquiler de la sede. Aunque de momento no hay ninguna comunicación oficial sobre este tema, se nos ha dicho «extraoficialmente» que el importe rondará los 30 euros/m² (contamos con aprox. 20 m²)
- . GASTOS IMPREVISTOS: Se han incluido 12000 euros para gastos imprevistos.

En caso de compra, las variaciones serían las siguientes:

- . GASTOS GENERALES Y MOBIL: Se ha estimado una cantidad mayor para la compra del mobiliario de oficina indispensable (el actual es propiedad del Consejo de Colegios Médicos), traslado de línea telefónica, etc.



- CRÉDITO HIPOTECARIO: Se ha estimado un precio de 150.000 euros para la compra del local. Con una entrada del 25% (37.500 euros) y unas cuotas mensuales estimadas en unos 800 euros.

5.4 Presupuesto 2005 (está contemplada la compra de la sede)

DESCRIPCION	INGRESOS PREVISTOS 2005	GASTOS PREVISTOS 2005
JUNTA DIRECTIVA	-	25.000,00
GASTOS JUNTA JORNADAS ZARAGOZA	-	3.500,00
CONGRESO BILBAO 2006	-	3.000,00
GRUPOS DE TRABAJO	-	9.000,00
SECCIONES	-	3.600,00
ASOC. INTERNACIONAL.	-	7.000,00
ASOC. AUTONOMICAS	-	37.000,00
COLABORACION DIA MUNDIAL S.M.	-	1.500,00
IMPRESIÓN Y DISTRIBU. REVISTA	6.000,00	25.000,00
PAGINA WEB	-	1.400,00
PERSONAL Y ADM. PUBLICAS	-	25.000,00
GASTOS GENERALES + MOBIL.	-	30.000,00
ENTRADA HIPOTECA	-	37.500,00
GASTOS LETRA HIPOTECA	-	9.600,00
GASTOS IMPREVISTOS	-	12.000,00
CUOTAS	120.000,00	-
SUSCRIPCIONES Y VENTA LIBROS	9.000,00	-
TOTALES	135.000,00	230.100,00

5.5 Propuesta de subida de cuotas

Ante lo anterior, y teniendo en cuenta que las cuotas están congeladas desde hace años, se plantea a la asamblea una subida de la cuota a 85euros.

La propuesta queda aprobada por unanimidad, con una sola abstención.

6. INFORME DEL DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Antonio Díez Patricio informa de las dificultades de financiación, planteando la posibilidad de incluir publicidad en la revista. Se acuerda delegar en él las negociaciones pertinentes con la industria.

Hay cierto retraso en la aparición del segundo número del año 2005. Para ponerlo al día se publicará en el mes de junio el siguiente número, y simultáneamente se publicará el Observatorio de Salud Mental, en lugar de cómo Cuaderno Técnico (que fue la primera opción barajada) como número monográfico de la revista.

7. ESCUELA DE SALUD MENTAL DE LA AEN

La Escuela de Salud Mental acaba de abrir un embrionario espacio en la Web de la AEN. En ella se expone la siguiente «justificación» de su existencia:

Aunque la AEN ha tenido una presencia muy importante en el desarrollo de algunos aspectos de la formación de profesionales en nuestro país, hay otros aspectos de la misma (muy especialmente la formación universitaria) en los que tiene una presencia marginal.

Después de un período en el que la parte más relevante de la formación se ha vinculado a las instituciones asistenciales (muy especialmente la formación de especialistas), en las que la AEN y el modo de entender la salud mental que ella representa, han ocupado un papel muy destacado, se está produciendo un doble fenómeno. Por un lado cobran cada vez más relevancia actividades organizadas desde las instituciones académicas, a las que la AEN casi nunca accedió de un modo significativo. Por otro lado los servicios asistenciales cada vez más, acaban teniendo al frente profesionales que han hecho su trayectoria profesional en los medios académicos lo que refuerza la tendencia anteriormente señalada.

La actual situación de la institución universitaria hace difícil que la situación de la AEN al respecto pueda modificarse de un modo importante. Por ello es importante que la asociación se dote de un instrumento que le permita intervenir en el terreno de la formación, en el de la investigación y en el de *la producción científica, aprovechando las oportunidades que los nuevos modelos de organización pueden brindarle (por ejemplo el establecimiento del sistema de créditos de formación continuada del Sistema Nacional de Salud, o las posibilidades de concertación en el terreno de la formación de postgrado)*

Esta iniciativa, que fue un compromiso electoral de la actual Junta Directiva, pretende servir de marco y potenciar las actividades de la AEN,

1. Como entidad proveedora de docencia de diferentes niveles
 - a) Formación Continuada
 - b) Formación Especializada
 - c) Formación de Postgrado
2. Como entidad acreditadora de actividades docentes destinadas a los profesionales que participan en la compleja tarea de la atención a la salud mental, garantizando su calidad
3. Como entidad financiadora o facilitadora de actividades docentes vinculadas a actividades o servicios
4. Como entidad proveedora o acreditadora de material docente o de apoyo a la actividad docente
5. Como difusora de material científico
6. Como promotora de la investigación y de estudios

En estos momentos iniciales, la Escuela pretende:

1. Hacer acopio de lo que las iniciativas de las sedes autonómicas ha significado como experiencia y como posibilidad de compartir recursos
2. Acreditar nuevas iniciativas docentes y garantizar su calidad a través de un sistema de acreditación
3. Buscar los medios para atender necesidades de formación planteadas por los profesionales
4. Crear instrumentos de apoyo a la docencia y a la producción científica en materia de salud mental

Esperamos que la apertura de un espacio compartido en Internet nos sirva de marco para colaborar en estas tareas. Por ello os esperamos en <http://www.asoc-aen.es/aAW/web/cas/escuela/index.jsp>

Como últimas acciones, y una vez preparada la Web, se está determinando una propuesta de actividades para el 2006, y una propuesta para el «Tratado de Salud Mental de la AEN».

Después del verano se hará una reunión (por e-mail) para la formación de evaluadores de actividades.

8. OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL AEN

La actual Junta Directiva de la AEN, en su candidatura electoral apoyó la continuidad del Observatorio de Salud Mental de la AEN como un órgano permanente de análisis de la situación de la atención a la salud mental en todo el territorio español.

En la reunión de Junta Directiva de Septiembre del 2003 se acuerda que el trabajo del Observatorio se realizará a través de un grupo que coordinará Isabel Salvador, Vocal de la Junta Directiva. En él se integrarán representantes de todas las Comunidades Autónomas designados por los presidentes de las Asociaciones Autonómicas y de las Ciudades Autónomas Ceuta y Melilla. El Grupo está constituido por:

Aragón:	Álvaro Monzón Montes
Andalucía:	Fermín Pérez
Asturias:	Cesar Sanz de la Garza
Baleares:	Laura de la Fuente, Isabel Salvador
Canarias:	Cecilio Hernández de Sotomayor
Cantabria:	Oscar Vallina
Castilla León:	Pilar de la Viña
Castilla la Mancha.:	M ^a del Mar Soler
Cataluña:	Cristina Gisbert, Belén Díaz Mújica
Ceuta:	Luisa Gotón, Carolina Biondi, Maite Medina
Euskadi y Navarra:	Ander Retolaza
Extremadura:	Margarita Silvestre García



Galicia:	Fernando Márquez Gallego
La Rioja:	Carmen Merina Díaz
Madrid:	Iván de la Mata
Melilla:	Joaquín López de Guevara, Rosa Clarés
Murcia:	Marisa Terradillos
Valencia:	Manuel Gómez Beneyto

OBJETIVOS

General: Análisis permanente y actualizado de los Planes/Servicios de Salud Mental de cada una de las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas de España.

· *Específicos:*

- Disponer de una base de datos sobre Planificación, Gestión, dispositivos de atención en la Red sanitaria y Sociosanitaria de Salud Mental en todo el Estado Español.
- Realizar un estudio comparativo de los servicios de salud mental, según criterios unificados.
- Elaboración de informes sobre los datos que se vayan obteniendo para presentar en los Foros que crea conveniente la Junta Directiva de la AEN.

· *Metodología*

Partiendo del Cuestionario elaborado por la anterior Junta Directiva y que aportó datos de la situación de la atención a la Salud Mental en varias Comunidades Autónomas en fecha de Diciembre del 2002, se revisó dicho Cuestionario modificándose en algunos ítems.

Como el nuevo Cuestionario se actualizaron los datos a Diciembre del 2003, trasladándolos a tablas para poder realizar un análisis comparativo.

Se confeccionó una presentación de los datos para las XIX Jornadas de la AEN en Barcelona.

En la Reunión de la Junta Directiva de la AEN en Barcelona (20 de Mayo de 2004) se ha aprobado la realización de un primer Informe con los datos actuales que se publicará como Cuaderno Técnico o en la Revista de la AEN.

Posteriormente, el grupo trabajará en la elaboración de un nuevo Cuestionario con un glosario de términos que definan dispositivos de atención y unos indicadores básicos de calidad. Para la elaboración de este nuevo Cuestionario se contará con la colaboración de las Secciones Infanto-Juvenil y Rehabilitación de la AEN y la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARPS).

· *Informe Observatorio AEN Mayo 2004-Mayo 2005*

En mayo de 2004 se realizó la presentación oficial del Observatorio en las XIX Jornadas Nacionales de la AEN, celebradas en Barcelona. En las mismas Jornadas tuvo lugar una reunión con los representantes del Observatorio en las diferentes CCAA y se invitó a

la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP) y a la Comisión Infanto-Juvenil de la AEN. Se plantearon nuevas directrices para el próximo cuestionario del Observatorio y se eligió un grupo de trabajo reducido para su elaboración.

Posteriormente se elaboró el Cuaderno Técnico N° 7 de la AEN: «El Observatorio de Salud Mental: Análisis de los Recursos de Salud Mental en España. Diciembre 2003», accesible también en la página Web de la AEN.

En estos momentos se ha elaborado ya el nuevo cuestionario del Observatorio de Salud Mental. En estas Jornadas se presentará a los responsables de las CCAA que acudan con el objetivo de poder consensuar el glosario de términos y aclarar dudas que puedan surgir en la cumplimentación.

Se iniciará el trabajo de cumplimentación teniendo previsto que finalice en diciembre de 2005. De este modo pensamos que se pueda hacer la presentación oficial en el Congreso de la AEN de 2006 en Bilbao.

Se han producido algunas modificaciones en los responsables autonómicos del observatorio, con la inclusión de un representante de Ceuta y el cambio de responsable de Castilla León, donde Roberto Martínez de Benito sustituye a Pilar de la Viña.

Aragón:	Álvaro Monzón Montes
Andalucía:	Fermín Pérez
Asturias:	Cesar Sanz de la Garza
Baleares:	Laura de la Fuente, Isabel Salvador
Canarias:	Cecilio Hernández de Sotomayor
Cantabria:	Oscar Vallina
Castilla León:	Roberto Martínez de Benito
Castilla la Mancha.:	M ^a del Mar Soler
Cataluña:	Cristina Gisbert, Belén Díaz Mújica
Ceuta:	Maite Medina
Euskadi y Navarra:	Ander Retolaza
Extremadura:	Margarita Silvestre García
Galicia:	Fernando Márquez Gallego
La Rioja:	Carmen Merina Díaz
Madrid:	Iván de la Mata
Melilla:	Joaquín López de Guevara, Rosa Clarés
Murcia:	Marisa Terradillos; José Luis Jodar
Valencia:	Manuel Gómez Beneyto; Mikel Munarriz

9. COMISIONES Y RELACIONES CON OTRAS ASOCIACIONES

9.1 Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría

(José Fco. Montilla García -Secretario y vocal en representación de la A.E.N. de la C.N.E.P.-)

- Nuevo programa de formación de la Especialidad de Psiquiatría
Definitivamente, aunque a la espera del futuro desarrollo de la LOPS, no se incrementa a cinco años la Residencia (sólo crece, a cuatro años, la Medicina de Familia y Comunitaria). No obstante, la Comisión ha reelaborado el programa en su estructura y contenidos manteniendo, pese a la dificultad que supone no contar con un quinto año, el eje que nuclea la renovación del programa: la concepción de la Psiquiatría como especialidad médica «troncal» y, consecuentemente, el desarrollo y reconocimiento de sus áreas («ramas») específicas. En este sentido es de interés relatar la siguiente cadena de eventos recientes: 1º) carta que remite, a todas las C.N.E., la Subdirección General de Ordenación Profesional dando pautas y criterios para «rehacer» el programa. Algunos de éstos atentaban claramente contra la troncalidad / desarrollo de áreas específicas. 2º) se fuerza al Subdirector General para que acuda a la Comisión. 3º) Se propicia reunión con el Consejo de Estudios del C.N.E., y 4º) en dicha reunión se acepta el programa formativo elaborado por la Comisión en los términos que refleja el acta de la sesión de 9/12/04. Se prevé que los nuevos programas de formación especializada comiencen a aplicarle a los Residentes que se incorporen en 2006. Ha habido acercamientos a la S.E.P. por parte de la S.E.N. (Sociedad Española de Neurología) en pro de propiciar un «entroncamiento» entre ambas especialidades. La Comisión, unánimemente, rechaza este planteamiento.
- Convocatorias M.I.R. 2004 / 2005
Se aceptó la propuesta de la Comisión y se convocaron en 2004 todas las plazas acreditadas: 179. Para la convocatoria de 2005 se vuelve a proponer que se oferten la totalidad de plazas acreditadas.
- Acreditación de Unidades Docentes
Ante la evidente necesidad, en prácticamente todas las Comunidades Autónomas, de nuevos psiquiatras, en parte fruto del impulso en sus políticas sanitarias a la implementación de nuevos dispositivos y recursos de Salud Mental, la Comisión aún sin contar con los estudios de planificación pertinentes, viene optando por incrementar el número de plazas acreditadas; no obstante, manteniendo con rigor los requisitos y criterios de acreditación que garantizan una formación adecuada.
- Nuevas acreditaciones
 - . Hospital Clínico Universitario «San Juan». Alicante.
 - . Hospital de la Ribera / Área 10. Alzira, Valencia.

- Incremento de plazas acreditadas
 - . Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.
 - . Hospital Universitario «V. del Rocío». Sevilla.
 - . Hospital Universitario «Vall D' hebron». Barcelona.
 - . Hospital General de Castellón.
 - . Hospital Universitario «Carlos Haya». Málaga.
 - . Institut D'Assistencia Sanitaria. Girona
 - . Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Área 10. Getafe, Madrid.
 - . Área de Salud Mental «Son Llatzer». Palma de Mallorca.
 - «Sagrat Cor» – Serveis de Salud Mental. Martorell. Barcelona.

9.2 Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica

(Begoña Olabarría- Presidenta y vocal en representación de la A.E.N. de la C.N.E.P.C) Se reciben las actas de las reuniones de la CNEPC del 21.1.05, 21.02.05, 11.03.05 y 8.04.05.

9.3 Información WPA

- Escribe Pedro Ruiz, secretario de Congresos de la WPA, informando que se ha recibido la petición de patrocinio por parte de la WPA del XXIII congreso de la AEN en Bilbao, 10-13 mayo'06. Como en otras ocasiones, piden opinión a las sociedades miembros. Suponemos que favorables.
- Patrocinio por parte de la WPA del Congreso Nacional de Psiquiatría de la SEP, en Pamplona, 24-28 de Octubre de 2005.
- Varios correos informando sobre las acciones que la WPA, en colaboración con la OMS (o al revés) van a llevar a cabo en relación con la catástrofe del Sureste Asiático. Se crea un comité ad hoc
- Levent Küey, que organiza el Zonal Symposium durante el Congreso de Atenas de la WPA en Marzo, escribe preguntando qué representantes de asociaciones van a acudir. El lema del Simposium será «Prioridades en Salud Mental en Europa del Sur» Se han recibido los boletines electrónicos de la WPA correspondientes a los meses de enero, febrero y marzo de 2005. Se reenvían a la junta.
- Se recibe cuestionario sobre los aspectos psiquiátricos del HIV
- Se recibe carta informando que todavía no hay nominaciones para representantes en las próximas elecciones, en algunas de las zonas de la WPA. Instan a proponer a alguien (si no sale candidato, la WPA nombrará candidato) Nosotros no hemos propuesto a nadie. Para la zona WPA que nos corresponde, ya hay representante Levent Küey (de la Asociación Turca de Psiquiatría).
- Por razones totalmente ajenas a nuestra voluntad nos enteramos que somos morosos en cuanto a algunas cuotas a pagar a la WPA. Se subsana el problema.



9.4 Información SME (Víctor Aparicio, representante AEN en SME)

Se reciben, reenvían a la junta y cuelgan en la Web los boletines de Salud Mental Europa correspondientes a los meses de:

- Boletín Salud Mental Europa-MHE N° 2, Febrero 2005
- Boletín Salud Mental Europa-MHE N° 3, Marzo 2005
- Boletín Salud Mental Europa-MHE N° 4, Abril 2005

EUROPEAN POLICIES IN THE MENTAL HEALTH FIELD, reunión el 4 y 5 de febrero, con reunión del comité de SME.

Conferencia 2006 de SME en Nicosia, Chipre, 11-13 mayo 2006. Tema provisional «Tetralogue : ensemble vers l'inclusion sociale».

Campaña SOS Europa: salvemos nuestra Europa Social (dirigida a enviar un mensaje a la presidencia luxemburguesa y al consejo europeo con el fin de reintegrar la dimensión social en la estrategia de Lisboa. Parece que está en relación con una próxima reunión a finales de marzo de los presidentes y primeros ministros en la que se fijará la agenda para el desarrollo económico de los próximos 5 años (lo de Lisboa tiene que ver con que allí, en 2000, hablaron de que el desarrollo sostenible sólo era posible con estrategias que integraran aspectos económicos, sociales y ambientales). Se puede consultar y firmar en <http://www.soseurope.org/>

Propuesta de cambios de estatutos de Salud Mental Europa que se va a discutir en la Asamblea General del 4 de Junio, para si hay propuestas o sugerencias enviarlas antes del 2 de mayo.

Otros:

- . La próxima Conferencia bianual de Salud Mental Europa coincide con el Congreso de la AEN de Bilbao (mayo 2006). Se les informa de la coincidencia, pero no pueden cambiarla. La conferencia es en Nicosia (Chipre).
- . SME ha pedido una entrevista al presidente del parlamento europeo (Borrell) con la medicación del representante de la AEN. En esta gestión nos han ayudado un europarlamentario español (socialista) y la Embajada Española ante Naciones Unidas (Ginebra).
- . A mediados de verano esta previsto que salga un informe sobre la Salud Mental de la Comunidad Europea que prepara el comisario Markos Kyprianou.
- . Las publicaciones de las instituciones europeas se pueden consultar en la Web: www.bookshop.eu.int
- . El Próximo Congreso de la Federación Mundial de Salud Mental se celebrará los días 4 a 8 de septiembre de 2005 en el Cairo bajo el título de «Equidad y Salud Mental»

9.5 Información UEMS: INFORME ANUAL (2004) DE LAS ACTIVIDADES DE LA SECCIÓN Y CONSEJO DE PSIQUIATRÍA DE LA UEMS (Manuel Gómez Beneyto Representante de la AEN)

Dos novedades administrativas importantes han sucedido en el último año. La primera es que en Octubre de 2004 se renovó la presidencia del Consejo hasta ahora presidido por el delegado de la AEN (Manuel Gómez Beneyto), recayendo el nuevo nombramiento en el delegado del Royal College del Reino Unido, Dr. James Strachan. Y la otra, que Francia ha sido expulsada de la UEMS por impago de cuotas. La decisión tardó años en tomarse pero al final no hubo otra salida en vista de la inveterada morosidad de Francia. Es evidente que detrás de la actitud francesa se esconden otros problemas de fondo probablemente relacionados con su fracaso en lograr el liderazgo de la UEMS.

A lo largo de este último año la Sección de Psiquiatría de la UEMS ha producido diversos documentos de los cuales destacan cuatro, tres de los cuales ya pueden ser consultados y descargados de la página de la red de la Sección de Psiquiatría de la UEMS (<http://www.uemspsiachiatry.org/>) y que son: Una declaración sobre la psiquiatría comunitaria, un informe sobre la psicoterapia en los servicios públicos, un protocolo para la evaluación de las Unidades Docentes y los resultados de una encuesta sobre el cumplimiento de los programas de formación psiquiátrica que todavía no se ha concluido.

1. La declaración de consenso de los Presidentes de las Asociaciones Europeas de Psiquiatría acordada en Ginebra en Abril de 2004, sobre la provisión de servicios y la formación en psiquiatría comunitaria. En esta declaración se prima la importancia del trabajo asistencial en la comunidad por medio de servicios multidisciplinares, diversificados, móviles y flexibles, considerando a los servicios residenciales y de hospitalización como servicios de apoyo (y no centrales al sistema). Se plantea la importancia de hacer girar el sistema en torno a las necesidades de los pacientes (y no adaptar los pacientes al sistema) y se subraya la necesidad de luchar contra las actitudes estigmatizadoras del personal sanitario, especialmente el de salud mental. El documento se extiende en describir los principios de la formación de los psiquiatras que se derivan de este enfoque comunitario de la psiquiatría.
2. El Consejo recomienda que las Unidades Docentes acreditadas para la Formación Psiquiátrica sean inspeccionadas regularmente para garantizar que continúan cumpliendo con los requisitos de acreditación desde que fueron acreditadas y que mantienen un nivel de calidad de la enseñanza adecuado. Para facilitar la realización de estas inspecciones y también con la finalidad de armonizar los estándares de calidad de la formación el Consejo ha elaborado un protocolo de evaluación en el que se recogen los requisitos básicos que deben de cumplir todas las Unidades Docentes.

3. En otro documento el Consejo describe y analiza la situación de la práctica y la enseñanza de la psicoterapia en los servicios públicos en Europa. El documento concluye con las siguientes recomendaciones: Que el objetivo de la práctica de la psicoterapia es el tratamiento de los trastornos mentales (es decir, se excluyen otras finalidades, como por ejemplo el crecimiento personal, etc), que la comprensión psicoterapéutica de los trastornos psiquiátricos debe ser parte de la actividad clínica diaria, que la aplicación de técnicas terapéuticas específicas debe ofertarse cuando sea necesario, que cualquier profesional bien formado puede practicar la psicoterapia pero que previamente el paciente debe haber sido valorado por un psiquiatra (punto que suscitó una fuerte polémica debido a la posición de la AEN) y que la psicoterapia debe formar parte integral de la formación de los psiquiatras.
4. El Consejo de Psiquiatría de la UEMS ha llevado a cabo una encuesta para evaluar el nivel de cumplimentación de los programas de formación en Europa. La encuesta va dirigida a todos los responsables de estos programas y a representantes de los residentes y los resultados provisionales indican que efectivamente el grado de cumplimiento es insuficiente en casi todos los países, especialmente en psicoterapia, rehabilitación y psicogeriatría.

10. ACTIVIDAD DE LAS ASOCIACIONES AUTONÓMICAS

10.1 Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría

- Difusión Informe sobre la Salud Mental en Andalucía (2003)
- Plan Integral de Salud Mental (PISM): Remitido en febrero a la JD para su valoración. Se hizo un informe y se mandó a la Consejería y al SAS y a FEAFES-Andalucía
- Firma de un Convenio para el seguimiento del PISM Consejería-AAN: Marzo. La primera reunión tuvo lugar en marzo de 2.005
- Nuevos estatutos celebrados en Asamblea Extraordinaria (mayo)
- Psicología Clínica:
 - . Crítica de la LOPS, por no inclusión de Psicología Clínica como profesión sanitaria.. Carta a Consejero para que la llevara al Interterritorial.
 - . Carta a Ministra de Sanidad en apoyo de Begoña Olabarría
- Reunión con la Consejera y con el Director General de Asistencia Sanitaria en septiembre. Se trataron los siguientes temas:
 - . Convenio para Plan andaluz de salud mental: Prometieron la convocatoria de una reunión en un plazo de tiempo muy breve.
 - . Informaron de que del 2004 a 2007 habrá inversiones en salud mental (Profesionales y recursos) de 7.000.000 euros
 - . Formación de los profesionales en gestión clínica

- . Se les entregó el informe sobre el Visado de los antipsicóticos atípicos, al que prometieron estudiar y contestar.
- . Les propusimos que se contrataran únicamente psicólogos clínicos en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, que ya se envió.
- . El director general de Asistencia Sanitaria, prometió enviar los sectores en los que había habido ahorro con la implantación del Visado. No lo hizo, aunque informó verbalmente que el grueso del ahorro se había producido en Atención Primaria.
- Se han organizado conjuntamente todos los Seminarios de la Fundación Castilla del Pino.
- Se realizó un Informe sobre el Visado de los antipsicóticos atípicos.
- Se hicieron en abril, en Córdoba, siendo docentes La Dra. Gay Pamos, el Dr. Gómez Beneyto y el Dr. Montilla, unas Jornadas dirigidas a los PIR y MIR de Andalucía sobre fortalezas y debilidades de la Formación Postgrado.
- Se realizaron las XXIII Jornadas de Puerto sobre «Trastorno Límite de la Personalidad» en noviembre.
- Nota de Prensa sobre el atentado del 11-M
- Oferta a la Consejería para apoyo a los familiares andaluces muertos en el atentado. Nos llamaron dos veces, sin que en ninguna precisaran ayuda psicológica.
- Sobre el Cese de Fermín Pérez: Carta a la Consejera protestando (no nos contestó). No se hizo la Comisión de Investigación pedida por los socios de Cádiz, por motivos varios.
- En Mayo se dirigió una carta al Dctor. Gral. De Personal del SAS, por la manipulación que habían realizado sobre los representantes propuestos por nosotros para la OPE. Lo modificaron y respetaron nuestros representantes.
- Contactos AAN-Nueva JD de FEAFES-Andalucía. Carta en enero 2005 a la Consejera, pidiendo información sobre la política que se va a seguir en Andalucía sobre el visado. No tuvo respuesta
- Carta a la embajada de Israel, manifestando nuestra protesta por el bombardeo de un Hospital Psiquiátrico.
- La Secretaría General Técnica nos pidió que realizáramos un informe razonado sobre el Borrador del Decreto de garantía de plazo de respuestas de atención a procesos asistenciales, primeras consultas, especializadas y procedimientos diagnósticos en el SSPA, sobre el que informamos favorablemente

10.2 Asociación Balear de Salud Mental

1. Vida Asociativa:

- La junta directiva de la Associació Balear de Salut Mental (ABSM) se ha reunido con una periodicidad mensual.
- Nº socios mayo 2004: 77 socios.



- Nº socios mayo 2005: 83 socios
 - Celebración de la Asamblea General Ordinaria el 25 de noviembre de 2004.
 - Elección de nueva Junta Directiva mediante Asamblea Extraordinaria el 8 de febrero de 2005. Los miembros de la nueva Junta son:
 - . Carmen Bosch (vocal Mallorca)
 - . Maite García (vocal Mallorca)
 - . Maria José Maicas (vocal Ibiza)
 - . Joan Llorens (vocal Menorca)
 - . Antonio Liñana (vocal Menorca)
 - . Cristina Iglesias (tesorera)
 - . Francisca Tur (secretaria)
 - . Alicia González (vicepresidenta)
 - . Pedro Pizá (presidente)
 - Publicación y difusión del boletín informativo trimestral de la ABSM a todos los socios y a partir del año 2005 también a los dispositivos de salud mental y a las asociaciones de familiares.
2. Relaciones Institucionales:
- Entrevistas bimensuales con el Coordinador Autonómico de Salud Mental del Govern de les Illes Balears (las reuniones con éste último han sido en virtud de un convenio de colaboración entre la ABSM y la Conselleria de Salut i Consum para cooperar en materia de Salud Mental).
 - Entregamos el documento «Declaración sobre la identidad sanitaria de la Psicología Clínica y el carácter polivalente de la Licenciatura de Psicología», elaborado por la AEN, a la Consejera de Salud y Consumo de les Illes Balears y el «Informe de la comisión técnica de formación especializada en ciencias de la salud sobre el ejercicio de la actividad profesional de los psicólogos solicitado por el pleno de la comisión de recursos humanos del sistema nacional de salud (Dossier Sanifax)», al Coordinador Autonómico de Salud Mental.
 - Adhesión de la ABSM a la declaración de la AEN en apoyo al personal de urgencias del Hospital Severo Ochoa de Leganés.
 - Adhesión de la ABSM a la declaración «Por la libertad de expresión en el Colegio Oficial de Psicólogos» de la Mesa Galega da Psicoloxía Clínica (marzo 2005).
3. Actividades:
- Comisiones y grupos de trabajo:
- Comisión de Seguimiento del Plan de Salud Mental de les Illes Balears: Los miembros de la Comisión se reúnen una vez al mes. El objetivo principal de la Comisión es el seguimiento del proceso de Reforma del Plan

de Salud Mental en las Illes Balears. Se realizó un análisis de las órdenes de la Conselleria de Salut i Consum sobre: Comisión Institucional, Comité Técnico y Consell Asesor, aportando al Coordinador Autonómico unas propuestas de modificación. Seguimiento de la solicitud de Jueces y Fiscales a la Conselleria de presidencia para la creación de un Centro Terapéutico para Menores. En abril del 2005 se elaboró un documento: Aportaciones al Plan Estratégico de Salud Mental de las Illes Balears que, previa aprobación en la Junta Directiva de la ABSM, se entregó al Coordinador Autonómico de Salud Mental. A las reuniones bimensuales de la ABSM con el Coordinador, siempre acude un miembro de la Comisión.

- Comisión de Salud Mental Infanto-Juvenil: se suspendió esta Comisión por falta de integrantes.
 - Comisión de Formación y Docencia: Han diseñado y están ejecutando un proyecto de actividades formativas (mesas redondas y ciclo de cine). Las actividades se anuncian en nuestra sección autonómica de la web de la AEN. Por otra parte, la responsable de esta Comisión es la evaluadora de la Escuela de Salud Mental representante de las Baleares.
 - Comisión de medios de Comunicación: Se reactivó esta Comisión en abril 2005 y están ejecutando un proyecto de actividades consistentes en intervenciones en radio y artículos en prensa. Hasta día de hoy se han realizado dos entrevistas en radio, una para presentar la ABSM y otra para explicar la Declaración de Helsinki, y un artículo en prensa, también sobre la Declaración de Helsinki.
 - Grupo de trabajo sobre la figura profesional del monitor de rehabilitación psicosocial: Los integrantes desarrollaron diferentes acciones para consolidar su profesión a nivel formativo y laboral. Uno de los principales esfuerzos ha sido impulsar el inicio del curso de grado superior de Integración Social en Baleares, que finalmente empezará a impartirse en 2005.
 - Grupo de enfermería: Se han centrado en colaborar en la creación de la futura sección de enfermería de la AEN.
 - Realización de actividades para celebrar el día mundial de la Salud Mental 2004: intervenciones en radio y publicación de un artículo en la prensa local.
4. Relaciones con la AEN:
- Participación de la Presidencia de la ABSM de cada ejercicio en la junta directiva de la AEN.

10.3 Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental

En el curso del último año, la Junta Directiva de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental ha venido trabajando en los siguientes temas:

- Encuentro de asociados, Valladolid, 18 de junio de 2004.
Bajo el título «Los profesionales ante el nuevo panorama administrativo y asistencial en la Autonomía. Situación, necesidades, estrategias y objetivos propios», nos reunimos en Valladolid un considerable número de asociados. Participaron Ramón Esteban, que hizo un comentario crítico sobre *Estrategia Regional de Salud Mental*; Belén Doménech, que nos informó sobre el conflicto entre la Junta de Castilla y León y el Consorcio con la Diputación Provincial; y Pilar de la Viña que presentó el *Observatorio de Salud Mental de la AEN*. Roberto Martínez actuó de moderador.
- Preparación de las VII Jornadas de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental. Esta actividad corre a cargo de los compañeros de Salamanca y se celebrarán en esta ciudad los días 20 y 21 de mayo de 2005. Participarán como ponentes, entre otros, Jorge Luis Tizón y José Antonio Marina, responsables de la conferencia inaugural y de la de clausura, respectivamente. En el curso de las Jornadas está previsto celebrar la Asamblea en la que se renovará la Junta Directiva.
- Otras Actividades de la Junta Directiva.
 - . Conflicto Junta de Castilla y León - Consorcio Diputación Provincial de Valladolid. Escribimos cartas de apoyo a nuestros compañeros, dirigidas, tanto al Presidente de la Diputación Provincial, como al Consejero de Sanidad y Bienestar Social. También enviamos una nota de prensa a los medios de comunicación de carácter regional.
 - . Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Conflicto con el Colegio Oficial de Psicólogos. En Mayo de 2004 enviamos un pequeño dossier con los documentos más importantes en relación a este conflicto y con el trabajo que la AEN había realizado de cara a conseguir la inclusión de la especialidad de Psicología Clínica dentro de las profesiones sanitarias.
 - . En otro orden de cosas, sólo señalar que continuamos trabajando en el Observatorio de Salud Mental.
- Colaboraciones.
 - . Foro Ánimo. Asociación de Familiares y Enfermos Mentales.
 - . Revista *Norte* de Salud Mental.
 - . GEP/CL. Participación en sus Jornadas de 2004 y 2005.

Soria, 16 de mayo de 2005.

Pilar de la Viña.

Presidenta de la ACSLM.

10.4 Asociación Madrileña de Salud Mental

Temas institucionales

- Cartas dirigida al presidente de la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAN), D. Victor Contreras, informando de la posición de la A.M.S.M y de la AEN en referencia a la propuesta del Ministerio de Sanidad y Consumo de establecer un visado de inspección previo a la dispensación de antipsicóticos atípicos. (Octubre de 2004)
- Carta en el mismo sentido dirigida al presidente de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (AMRP), D. José Manuel Cañamares , al presidente de la Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental, D. Germán Pacheco, al Excmo. Sr. Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, D. Manuel Lamela, y al Coordinador de la Oficina Regional de Salud Mental, D. Francisco Ferrre. (Octubre 2004)

Formación

Se celebraron las XIV Jornadas de la Asociación, en Septiembre de 2004, con el título de «Imposiciones, suposiciones y condiciones»

Se presentó el trabajo premiado con la VI Beca Miguel Angel Martín:» Efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos en niños y adolescentes» C. Arango, P. Laita y O. Robles

Se leyó el fallo del Jurado sobre la VII Beca Miguel Angel Martín «Cambios biomagnéticos y cognitivo-emocionales en el tratamiento de las alteraciones de la imagen corporal en pacientes cronificadas con trastornos de la conducta alimentaria» R. Calvo, C. Gómez, A. Villalobos, T. Ortiz, C. Rodríguez, M. León y A. Hospita

Se ha convocado la VIII Beca de Investigación de la AMSM.

En preparación el VII Congreso de la Asociación a celebrar el 9 y 10 de Junio de 2005, con el título «El trabajo en Salud Mental. Teorización desde su práctica hoy»

Vida asociativa

- Edición del Boletín Otoño 2004
- Edición del Boletín Invierno 2005
- Actualización y mantenimiento de la página web de la Asociación, con la inclusión de nuevos contenidos y links.
- Grupo de trabajo sobre «Estigama y enfermedad mental», coordinado por A. Escudero.
- Participación en el Observatorio de Salud Mental de la AEN, a través de nuestro representante, Iván de la Mata.

Coordinación interasociativa

- Participación en los actos del Día Mundial de la Salud Mental, el 9 de Octubre de 2004



- Participación en la Comisión Prosalud Mental.
- Participación en el Comité para la integración de la Salud Mental en Atención Especializada.
- Participación en la Jornada X Aniversario de AMAS, 23 de Noviembre de 2004.
- Participación en las V Jornadas Nacionales de ANPIR «La Psicología Clínica, profesión sanitaria», celebradas en Barcelona el 5 y 6 de Mayo de 2005

10.5 Asociación Murciana de Salud Mental

1. Actividades institucionales

En los meses de Junio y Julio de 2004, se tiene conocimiento de un posible concierto para la hospitalización de agudos y media estancia entre el Servicio Murciano de Salud y el Hospital San Felipe del Mediterráneo. Hay que hacer constar que este hospital ha sido edificado por un grupo inversor argentino sobre un solar cedido por el ayuntamiento a AFES Murcia. Se realizó una consulta vía correo electrónico a las demás asociaciones autonómicas, fruto de la cual el presidente de la AEN D. Francisco Chicharro escribió una carta al presidente de FEAFES mostrándole su preocupación por este tipo de iniciativas. Al mismo tiempo, como junta directiva de la Asociación Murciana se envió una carta a los asociados, al Director General Asistencial, la Gerente y la Consejera del Servicio Murciano de Salud, informando sobre nuestra postura, opuesta a este tipo de conciertos, y la necesidad de que se cumpla el Plan de Salud Mental elaborado por dicha Consejería.

Mantuvimos también una reunión con la nueva directiva de AFES para intentar acercar posiciones, y mostrar en todo momento nuestra disposición para colaborar con ellos en la consecución de una mejor Red Pública de Salud Mental.

Previamente a esta reunión con AFES, mantuvimos una entrevista con el Subdirector General de Salud Mental D. Carlos Giribet, para manifestarle nuestra inquietud y solicitarle información sobre este tema.

Por último, a final de verano se paralizaron, al menos aparentemente, las negociaciones sobre este concierto, sin que a pesar de diferentes rumores, la administración haya vuelto a plantearlo.

Recientemente hemos mantenido conversaciones con FEAFES, para formar parte de la Plataforma de Salud Mental de La Comunidad de Murcia, que estaría formada por representantes de las Asociaciones de Familiares, de Asociaciones de profesionales(AEN), sindicatos y representantes de la Administración Pública.



- Actividades del día de la Salud Mental:
El día 6 de Octubre colaboramos en las Jornadas que organizó AFESMO con motivo del día de la Salud Mental, con una ponencia a cargo del presidente de la Asoc. Murciana de S.M., Miguel Santiuste, sobre un análisis de situación de la Salud Mental en la Comunidad de Murcia.
El día 8 participamos e invitamos a los profesionales de los C.S.M. a la manifestación por la Salud Mental, organizada por las Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales. Que por cierto fue un éxito de asistencia.
Reunión con Ibn Arabí Agrupación para el desarrollo de una entidad creada con una serie de socios colaboradores para la promoción de recursos para personas con minusvalías, firmando un convenio de colaboración.
Plataforma para la defensa de la psicología clínica. Reunión con la consejera 18 de Abril 2005
- 2. Actividades Formativas
El día 16 de Diciembre participamos en una charla – coloquio sobre intervenciones en crisis, para pacientes agudos que precisan ingreso, organizada por FEAFES y en la que participaron también un representante de la policía, un juez y un afectado.
El 10 de febrero se celebraron las V Jornadas Regionales de la Asociación Murciana sobre «Trastornos Adaptativos, del Malestar Social a la Patología». Al concluir las Jornadas, se celebró una Asamblea extraordinaria, en la que se aprobaron los nuevos estatutos y se procedió al relevo en la presidencia de la Asociación, asumiendo la Presidencia Dña. Pilar Balanza.

· *Asociación Vasco-Navarra de Salud Mental (OME)*

Actividades administrativo-asociativas

ASAMBLEA EXTRAORDINARIA

(Bilbao 17-6-2004) Junta Directiva

- Se acepta el cambio de domicilio social.
- Se proclama una nueva Junta, a la que se añaden dos nuevos cargos adjuntos a la composición marcada por los estatutos.

Presidente: *Oscar Martínez Azumendi (Vizcaya)*

Vicepresidente: *Fernando Santander Cartagena (Alava)*

Secretaria: *Uxue Pikaza Ereño (Vizcaya)*

Tesorero: *Ander Retolaza Balsategi (Vizcaya)*

Vocales: *Margarita Hernanz (Alava)*

Juan Medrano Albéniz (Alava)

Emmanuel Azcarate Maturana (Guipúzcoa)

Xabier Lertxundi Aginaga (Guipúzcoa)



M^a Eugenia Ariz Larube (Navarra)

Nekane Pardo Gazkue (Navarra)

Izaskun Elortegi Kaiero (Vizcaya)

Carmelo Malda Bicarregui (Vizcaya)

Responsable publicaciones (cargo adjunto): *Iñaki Markez Alonso (Vizcaya)*

Relaciones con ONGs (cargo adjunto): *José M^a Salazar Fernández de Erenchun (Navarra)*

- Mantenimiento de listas de distribución electrónicas:

ome-aen@yahoogroups.com (entre socios de OME-AEN)

psiquinsolita@yahoogroups.com (para socios de OME-AEN y público en general)

juntaome@yahoogroups.com (entre miembros de la junta)

consejo-norte@yahoogroups.com (entre consejo editorial de Norte)

Comite23congreso@yahoogroups.com (entre comité organizador 23 Congreso AEN)

Grupos de trabajo

- Constitución del «Comité Organizador» del 23 Congreso de la AEN (Bilbao, 2006).
- Participación, a través de diversos socios en diferentes grupos de trabajo de AEN.

Actividad editorial

Edición periódica de:

- Norte de Salud Mental (ver nº20 junio 2004, 21 octubre 2004, 22 febrero 2005)
- Boletín Informativo de OME (ver nº10 julio 2004, nº 11 octubre 2004, nº 12 enero 2005, nº 13 abril 2005)
- Psiquiatría insólita (semanal, ver edición electrónica)
- Página Web (*www.ome-aen.org*)

Inauguración de «OMEditorial» con el número 1 de la colección PROMEteo: «Psiquiatría en la comunidad y neurolépticos de acción prolongada». Oscar Martínez Azumendi. Bilbao, 2004.

Organización y colaboración en encuentros científicos

- Conferencia «La homosexualidad masculina». Por Lucía D'Angelo. Organizado en colaboración con el Seminario del Campo Freudiano en Bilbao. (Bilbao, 8 abril 2005).
- Presentación del libro «Reinventar el vínculo educativo: aportaciones de la pedagogía social y el psicoanálisis». Por Ana Aromí (coautora). Organizado en colaboración con el Seminario del Campo Freudiano en Bilbao. (Bilbao, 10 marzo 2005).
- Presentación del libro «La cara oculta de Salvador Dalí», de Luis Salvador López Herrero. Organizado en colaboración con el Seminario del Campo Freudiano en Bilbao y Biblioteca del Campo Freudiano en Bilbao. (Bilbao, 18 noviembre 2004).

- VIII CONGRESO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA. SIMPOSIUMS OTRAS SOCIEDADES. «Ética y psiquiatría: Los conflictos éticos en las lindes de la Psiquiatría». Presidente: O. Martínez. Ponentes: B. Morera, M. Hernanz, F. Santander. Bilbao, 30 octubre 2004.
- XI Jornada Anual OME, con la colaboración de Salud mental Extrahospitalaria de Bizkaia. Conferencia-Coloquio sobre «Intervención en salud mental en catástrofes. Planificación y práctica. Ponentes José Andrés Martín Zurimendi y Josefina Mas Hesse. (Bilbao, 17 junio 2004). RLINKA partir de esta fecha, las Jornadas empiezan a numerarse (ver tabla con anteriores reuniones públicas de OME).
- Presentación del libro «Fundamentos de psicopatología psicoanalítica» de José María Álvarez, Ramón Esteban, François Sauvagnant. Organizado en colaboración con el Seminario del Campo Freudiano en Bilbao. (Bilbao, 14 mayo 2004).
- Colaboración con la Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial, en la organización de VI Jornada Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial. San Sebastián, 13 mayo 2004 (ver reseña de Diario Vasco).



BOLETÍN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA-AEN

Estimados Compañeros:

Este es el primer número de un boletín que esperamos nos sirva de herramienta para mejorar la comunicación y la difusión de información a los socios de la AEN. Información de la actividad de la junta, y de otros contenidos de interés que permitan, con facilidad, estar al tanto de las principales líneas de actividad y de la vida asociativa. A pesar de que puedes estar leyéndolo en un papel impreso, en el interior de nuestra revista, lo cierto es que este boletín adquiere su máxima funcionalidad en su versión electrónica, donde es posible utilizar la información vinculada en los numerosos enlaces. A lo largo de este año vamos a hacer un intento de seguir potenciando los medios de comunicación electrónica y a intentar que nuestra página Web www.asoc-aen.es sea un vehículo real de información interactiva. Te animamos a visitarla y hacernos llegar tus consejos, sugerencias o, por qué no, críticas.

RESUMEN DE ACTIVIDADES DE LA AEN SEPTIEMBRE-DICIEMBRE 2004

- Actividad de la Junta Directiva

Los días 1 y 2 de octubre de 2004 se llevó a cabo la *reunión de la Junta en Madrid* (la siguiente se ha celebrado los días 28 y 29 de enero de 2005). El asunto que ocupó la mayor parte de la reunión fue el tema del visado sobre los antipsicóticos atípicos, o de segunda generación, que finalmente condujo a la elaboración y aprobación de un comunicado que reflejara el criterio independiente de la AEN sobre el tema. Dicho criterio se refleja asimismo en el editorial del *número 91 de la revista de la AEN*. La Asociación Andaluza ha emitido también un *informe* sobre la base de la experiencia de su aplicación en dicha comunidad a lo largo del último año. Dicha opinión ha surgido no sólo del debate durante la reunión de la junta, sino de innumerables correos electrónicos previos, conversaciones con otros colectivos y asociaciones implicadas, la reunión del presidente de la AEN con la *Dirección General de Farmacia*, etc. El comunicado se ha enviado a la *Dirección General de Farmacia*, a la *SEP*, *FEAFES*, Consejerías de Salud y Responsables Autonómicos de Salud Mental. Posteriormente hemos conocido la *decisión final de gobierno* de restringir la medida del visado a los tratamientos para personas de más de 75 años, lo cual quizás no termina de cerrar el debate.

Otro tema discutido de forma pormenorizada por la junta ha sido el relativo a los diversos movimientos y opiniones en torno a las posibilidades de modificaciones legislativas para permitir tratamientos involuntarios ambulatorios. A este respecto se decidió la creación de un *grupo de trabajo* a cargo de un comité de expertos para estudiar el tema y elaborar las conclusiones pertinentes. El grupo se ha reunido este mes de enero de 2005, y elaborado un *documento con sus conclusiones y recomendaciones*.

Otro tema candente que ha ocupado una importante actividad de la junta ha sido el relativo a la controversia generada por la LOPS y la especialidad de Psicología Clínica. Hay *abundante material disponible en nuestra Web* para quienes quieran estar informados al respecto. En este sentido, la junta ha decidido apoyar y suscribir el documento elaborado por la propia AEN, AEPCP, ANPIR, Colegio de Psicólogos de Andalucía Occidental y Colegio de Psicólogos de Galicia, titulado *Declaración por el Desarrollo de la Psicología Clínica en España*

Se ha procedido a preparar y ajustar a los requisitos requeridos (valga la redundancia) de las memorias de 2002 y 2003 de la AEN para la solicitud de entidad de utilidad pública. Entregadas a la asesoría en septiembre, con posterioridad se nos ha solicitado alguna documentación adicional, ya entregada. A la espera de noticias, en breve.

El *XXIII Congreso de la AEN que se celebrará en Bilbao en 2006* ha iniciado ya su andadura. *Oscar Martínez*, presidente de *OME*, informa a la junta de la marcha de los primeros trámites. Desde aquí les deseamos suerte, aunque ya sabemos que no les va a hacer falta.

La Subdirección de Asistencia Psiquiátrica del *Servicio Vasco de Salud* nos remite cuatro ejemplares del Plan Estratégico de Salud Mental 2004-2008. Uno de los ejemplares se quedará en el archivo de la AEN, los otros tres están a disposición de la Junta, para remitir un original o fotocopias a quien tenga interés.

Se reciben candidaturas para diversos cargos en las próximas elecciones de la WPA. La candidaturas, y los consecuentes apoyos de la AEN, se han decidido en la Junta, habiéndose decidido apoyar a los siguientes candidatos:

- Presidente: Mario Maj
- Secretario de Secciones: Miguel Jorge
- Secretario de Educación: Allan Tasman
- Secretario de Publicaciones: Driss Moussaoui

La Secretaría de la AEN estrena nueva conexión ADSL y nuevo correo electrónico: *aen@asoc-aen.es* El antiguo, *aen@pulso.com* sigue funcionando pero es preferible irse olvidando y usar el nuevo.

Finalmente, todos recibisteis el pasado año 2004 un CD con, entre otras cosas, un directorio de socios. En este sentido, se ha recibido una pregunta/queja de una socia acerca de la confidencialidad de dichos datos. Nos hemos informado sobre la legalidad de publicar los listados de socios, para uso restringido de los mismos y nos hemos registrado en la Agencia de Protección de Datos, e incluido una carta en la revista pidiendo que los socios que no quieran que figure su dirección en los listados, lo comuniquen.



- Página Web www.asoc-aen.es

Poco a poco la cosa va para adelante. Para el primer trimestre de este año 2005 esperamos tener ya habilitada la base de datos de los socios, lo que permitirá el registro de socios *on-line* en la página, algo necesario para poder discriminar el acceso a ciertos contenidos o para posibles futuros servicios interactivos. Esperamos mejorar los contenidos y mantener la página razonablemente actualizada. Sugerencias son bienvenidas.

- Grupos de Trabajo

Los profesionales de enfermería de la AEN están tomando diversas iniciativas para reforzar su actividad y presencia dentro de la asociación. Entre otras cosas se ha iniciado un grupo de trabajo de Enfermería. *Jose Ángel Gutiérrez (jangelgs33@enfermundi.com)* de la Asociación Asturiana) se hará cargo de liderar-canalizar el grupo. Se ha enviado una *carta a los socios de la AEN que son enfermeros, EIR y auxiliares de enfermería*, y desde aquí alentamos a la participación de todos. En este sentido, en el marco de las Jornadas Anuales de Zaragoza se va a llevar a cabo el *I Encuentro de Enfermería de Salud Mental AEN*.

- Observatorio de Salud Mental

El *Observatorio de Salud Mental* de la AEN ha trabajado mucho y bien en los últimos meses. No hay más que ver sus *resultados, accesibles en la página Web*. Al ser uno de sus objetivos la actualización permanente, se ha puesto en marcha un nuevo cuestionario que estará finalizado en el primer semestre de 2005. Los nuevos datos se publicarán en un Cuaderno Técnico.

- Escuela de Salud Mental de la AEN

La *Escuela de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)* es una fundación que tiene como objeto desarrollar o favorecer el desarrollo de aquellas actividades de formación y producción científica consideradas de utilidad para el desarrollo de los objetivos de la AEN. Ya está disponible *información preliminar* al respecto.

- Grupo de Trabajo Psicología Clínica

Liderado por *Consuelo Escudero (cescudero@mi.madridtel.es)* se está realizando un inventario de los profesionales de psicología que trabajan en los diferentes sistemas públicos de salud y su reconocimiento (o no) como facultativos especialistas a todos los niveles (incluido el salarial). Por lo tanto, continúa abierto el debate sobre la Psicología Clínica y su reconocimiento como profesión sanitaria, en algunos casos paralizados hasta la resolución de las OPE pendientes.

Begoña Olabarriá (olabarriagmb@munimadrid.es) ha enviado el informe presentado a las Cortes por el Defensor del Pueblo, relativo al requerimiento del COP relativo a la LOPS y la psicología. La aportación que ha realizado el M^o de Sanidad a través de su Subsecretario al Defensor del Pueblo, y que éste asume y traslada, es la que ha venido sosteniendo la CNEPC y la AEN.

- Publicaciones

Actualizadas en la página Web la mayoría de las *publicaciones*, la última incorporación ha sido el *Cuaderno Técnico N^o 7*, con el contenido de los datos del *Observatorio de Salud Mental de la AEN*. Recordar que están accesibles en formato pdf, a texto completo, todas las *revistas de la AEN desde el año 1997*.

Fernando Colina informa de contactos con *Alianza Editorial* para publicar en su colección de Bolsillo la traducción de «Anatomía de la Melancolía», de la *Colección Historia*. En el lado negativo, se prevén posibles dificultades futuras de financiación para la publicación de los libros de historia.

Desde la *Asociación Asturiana* se informa de la edición de un nuevo número de los *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, dedicado en esta ocasión a «Sobre Violencias».

La *Asociación Española de Psicología Cognitivo-Conductual*, asociación científica sin ánimo de lucro con sede social en la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada, envía una propuesta de colaboración con la revista de la AEN. Se estima y se verá como llevarla a cabo.

Se ha propuesto la inclusión en *BIREME, Biblioteca Virtual en Salud* de OPS-OMS la revista de la AEN, dada su pertenencia al comité editor.

Y recomendaros vehemente que os deis una vuelta por *Psiquiatría Insólita*, serie semanal con noticias breves, de contenido insólito o novedoso, en relación con la Salud Mental editada por el Dr Juan Medrano, y alojada en la página Web de OME.

- Congresos y Jornadas

En la página Web pueden consultarse las *actividades realizadas en 2004*, y las *previstas para el 2005*. Si alguien echa a faltar alguna, por favor, que nos envíe la información.

Entre las actividades realizadas por AEN y sus Asociaciones autonómicas en 2004 están:

- IX Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-AEN Barcelona, 19-22 de mayo de 2004
- XI Jornada Anual de la Asociación Vasco Navarra de Salud Mental-OME Intervención en salud Mental en Catástrofes: Planificación y Práctica Bilbao, 17 de Junio de 2004
- IV Jornadas de la Asociación de Neuropsiquiatría y Salud Mental del País Valenciano *Pruebas y Experiencias a favor de la Psiquiatría Comunitaria. Morella (Castellón), 30 de setiembre, 1 y 2 de Octubre.*



- XIV Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN) Imposiciones, suposiciones y condiciones Madrid, 30 de Septiembre de 2004
- V Simposio de la Sección de Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría *El Sujeto de la Clínica Albacete, 22-23 de Octubre de 2004*
- XXIII Jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría *Psicoterapia de los Trastornos Límite de la Personalidad El Puerto de Santa María, 11, 12 y 13 de Noviembre de 2004*
- Asociación Vasco Navarra de Salud Mental. OME. Presentación del libro: La cara oculta de Salvador Dalí, de Luis Salvador López Herrero *Organizado en colaboración con el Seminario del Campo Freudiano en Bilbao y Biblioteca del campo Freudiano de Bilbao. Bilbao, Jueves 18 noviembre 2004, 19:30h*
- Y algunas de las actividades previstas para el 2005 son:
- V Jornadas Regionales de la Asociación Murciana de Salud Mental. Trastornos Adaptativos. 10 de febrero de 2005.
- Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental *IX Curso de Psiquiatría y Salud Mental: Estados Límite Oviedo, 17 y 18 de Febrero de 2005*
- Asociación Catalana de Profesionales de la Salud Mental-AEN *V Jornadas. Asistencia Integral a las Personas con Enfermedad Mental Severa Girona, 15-16 de abril de 2005*
- *VIII Jornadas de la Asociación Castellano Manchega de Neuropsiquiatría y Salud Mental. 21 y 22 de Abril del 2005. Salón de Actos del Hospital Mancha Centro. Hoja para Presentación de Comunicaciones*
- XX Jornadas Nacionales de la AEN. Salud Mental, Violencia y Sociedad. I Encuentro Nacional de Enfermería de Salud Mental de la AEN. *Zaragoza, 26, 27 y 28 de mayo de 2005.*
- XIII Jornadas de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría *El modelo asistencial ambulatorio en Salud Mental 2 y 3 de Junio de 2005, Las Palmas de Gran Canaria.*
- VI Congreso de la Asociación Gallega de Salud Mental *El Saber Holístico - Homenaje al Profesor Rof Carballo Lugo, 9-11 de junio de 2005*
- La Salud Mental Comunitaria (1985-2005) IV Jornadas Asturianas de Salud Mental Gijón 3-4 Noviembre 2005 *jornadasasturianas@yahoo.es aenasturias@hotmail.com*

- Otros Congresos y Jornadas 2005:
- 6ª Congreso Virtual de Psiquiatría «Interpsiquis 2005» del 1 al 28 de febrero de 2005. *http://www.interpsiquis.com/*
- «Advances in Psychiatry» Hellenic Psychiatric Association. *Atenas, Grecia, 12 a 15 de marzo de 2005*
- XIX Congreso Centroamericano de Psiquiatría, 15-18 de marzo 2005. San José, Costa Rica. *http://ccmcr.com/congresos/costarica2005*

- XXI Congreso Argentino de Psiquiatría. *Alianza Global en Adicciones y Trastornos de la Personalidad. Mar del Plata, 21-24 abril 2005.*
 - Confluencias en Psiquiatría. Reunión Monográfica: Psicopatología de la Migración. *Madrid, 15-16 de Abril de 2005*
 - *V Conferencia Nacional Alzheimer Murcia, 6-8 de octubre de 2005*
 - I Congreso Iberoamericano de Salud Mental. II Congreso Internacional del CENSAM «Por un Nuevo Despertar» *12 y 14 de octubre 2005. Palacio de Convenciones La Habana. Cuba*
 - I Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial *Madrid, 24, 25 y 26 de noviembre de 2005*
 - Actualización en el tratamiento de la aptología dual en los trastornos psicóticos. *www.inual.amored.com. 6 y 7 de mayo de 2005*
 - VI Congrès European Association for the history of psychiatry VEAHP. *22, 23 y 24 de septiembre en París. EAHP.secretary@elan-retrouve.asso.fr.*
- Información WPA

Se ha recibido diversa información procedente de la WPA, incluyendo:

 - Publicación del número de Octubre de *World Psychiatry: World Psychiatry - Official Journal of the WPA Volume 3, Number 3 - October 2004*
 - Información acerca del *premio Jean Delay.*
 - Congreso Internacional WPA: *Treatments in Psychiatry: an Update. Celebrado en Florencia, Italia los días 10-13 Noviembre de 2004*
 - Congreso Regional de la WPA. *Advances in Psychiatry Atenas. Grecia. 12-15 de marzo de 2005*
 - *XIII World Congress of Psychiatry 5000 Years of Science and Care. Building the Future of the Psychiatry El Cairo, 10-15 de setiembre de 2005* Fecha límite para envío de comunicaciones y póster, 30 de Octubre 2004.
 - Se informa de los trámites para admitir en la WPA al College of Psychiatrists (Sri Lanka) y Palestinian Psychiatric Association (Palestine Authority).
 - Versión definitiva de la Declaración de Consenso «Servicios Psiquiátricos Focalizados en la Comunidad: Desafíos para la Formación de los Futuros Psiquiatras».
 - 5º encuentro de Líderes de la Psiquiatría Europea. Llevado a cabo en Florencia, el 10 de noviembre, como actividad previa al inicio del Congreso Internacional WPA sobre Tratamientos en Psiquiatría.
 - Se informa del acuerdo con el Dr Bernard Maillet, Secretario General de la UEMS, para que la Task Force de la WPA se convierta en la rama técnica de la psiquiatría en lo que concierne al Comité de acreditación Europeo de Educación Médica Continuada (EAC/CME), que será la encargada de acreditar los eventos científicos internacionales que se celebren en Europa.



- Día Mundial de la Salud Mental. Todo el material al respecto está disponible en una página web ad hoc, www.wmhday.net
- Notificación de la edición del número de octubre de la excelente *World Psychiatry - Official Journal of the WPA* Volume 3, Number 3 - October 2004.
- Solicitud de participación, dentro del *Congreso de El Cairo*, de un representante de la AEN en un simposium sobre epidemiología de los T Mentales en los países del sur de Europa.
- Miguel Etxebarria, nuestro representante en la nueva sección para Jóvenes Psiquiatras de la WPA (*YPC-Young Psychiatrists Council*) remite informe sobre la reunión mantenida en mayo en Nueva York, a la que asistió.
- Se recibe información acerca de la *Conferencia Temática sobre Calidad y Evaluación de Resultados*, que se llevará a cabo en Valencia, los próximos días 17-20 de junio de 2005.

Más información acerca de las actividades y publicaciones de la WPA en su página Web www.wpanet.org

- Información *SME*

Se reciben, los boletines de Salud Mental Europa correspondientes a los meses de Noviembre y Diciembre.

Boletín Salud Mental Europa-MHE

Nº 11, Noviembre 2004

Boletín Salud Mental Europa-MHE

Nº 12, Diciembre 2004

Se recibe información acerca de:

- Conclusiones de la Pre-conferencia «The Mental Health of Children and Adolescents», llevada a cabo en Luxemburgo los días 20 y 21 de setiembre.
- Segunda fase del proyecto *Dignity & Health 5*, dirigido especialmente a los 5 nuevos países europeos, (Chequia, Rumanía, Bulgaria, Polonia y Eslovenia) , becado por la Comunidad Europea. Duración del proyecto 12 meses. Objetivos: incrementar el conocimiento acerca de los objetivos de la Unión Europea de promoción de los derechos-inclusión-salud para todos, promover el intercambio de experiencias para aumentar la competencia en este campo, mejorar las redes locales de SME y la continuidad con el anterior seminario.
- *Shaping the EU Health Community*, conferencia celebrada en La Haya los días 7 a 9 de septiembre» 04
- Proyecto *Included in Society*
- Conclusiones y recomendaciones de la *Conferencia de Eslovenia*, relacionadas sobre todo con actividades contra el estigma, buenas prácticas en promoción y prevención, código de conducta de los medios.

- Congreso *Balanced Care. Innovative Perspectives on Psychiatric Rehabilitation*, a celebrar en Bélgica (Geel) los días 12 y 13 de mayo de 2005. Se podían mandar cosas hasta el 15 de diciembre. Más detalles en: www.opzgeel.be/congress

- Información OMS

WHO European Ministerial conference on Mental Health : Facing the Challenges, Building Solutions -Helsinki, 12-15 Enero 2005. *NGOs meeting - Helsinki*, 11 Enero 2005. Se ha celebrado una reunión de los ministros de sanidad de todos los países europeos, quienes han redactado una declaración común sobre planes de acción en SM en todos los países participantes. Se ha hecho especial énfasis en aspectos «antiestigma» y de prevención, así como en los programas de continuidad de cuidados y rehabilitación.

- Otros

Guía de Buena Práctica Clínica en el Abordaje de Situaciones de Violencia de Género. Disponible en la Web.

El *gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief* ha solicitado la colaboración a la AEN para participar en un libro blanco sobre la comunicación médica en España. Se ha formado un grupo para trabajar en el tema

Se recibe de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública la *Declaración de Toledo*, sobre el derecho de la Salud para todos en Europa. Nos adherimos, y se envía el escrito a las autonómicas por si quieren adherirse también (lo hace la Asociación Asturiana).

Se recibe escrito de la Secretaria de Bienestar Social de la Comisión Ejecutiva del PSOE, manifestando su disposición a tener espacios de colaboración con la AEN. Se responde con una carta de agradecimiento.

Se ha asistido a diversas reuniones y actos, incluyendo:

- *Reunión (17 de septiembre) organizada por la OMC que tiene en el orden del día relaciones institucionales, formación y acreditación y relación con las compañías de seguro libre*
- *Reunión Presente y Futuro de los Comités Éticos ante el Real Decreto de Ensayos Clínicos, celebrada el 27 de septiembre, por parte de la Fundación para la Investigación en Salud.*
- Miembros de la junta han mantenido reuniones con el Secretario General de Sanidad, D Fernando Lamata y con la dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria del Gobierno Vasco.
- Reunión de Presidentes de Sociedades Científico-Médicas convocada por el presidente de la organización médico colegial



Se han recibido las *Recomendaciones de la Unidad de Supervisión Deontológica de Farmaindustria en los eventos organizados por Sociedades Científicas en los que participa la Industria Farmacéutica*.

La Presidenta de AVIFES (Begoñe Ariño) envía el material de la *Campaña Cero Estigma* por si nos queremos adherir. Se cuelga un enlace en la portada de nuestra Web.

Se ha colaborado, auspiciado o respaldado la celebración de jornadas, actividades y congresos, incluyendo:

- Congreso sobre el sueño erótico (Lleida 11-14 de diciembre)
- Congreso Argentino de Psiquiatría

Se recibe nota informativa de la Agencia Española de Medicamentos acerca del *Uso de los ISRS en el Tratamiento de Trastornos Depresivos en Niños y Adolescentes* (disponible en nuestra Web)

Se recibe documento y solicitud de colaboración en un proyecto para la mejora de la calidad de vida de la población con discapacidad producida por la enfermedad mental, promovido por el Gobierno de Bulgaria.

©aen 2005

jota.jota@telefonica.net

LIBROS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Distribución: La Torre Literaria)

ESTUDIOS

1. M. GONZALEZ DE CHAVEZ (ed.), La transformación de la asistencia psiquiátrica, 1980.
2. A. PORTERA, F. BERMEJO (eds), Paradigma sistémico y terapia familiar, 1983 (agotado).
3. S. MASCARELL (eds), Aproximación a la histeria, 1980.
4. T. SUAREZ, C. F. Rojero (eds.), Paradigma sistémico y terapia familiar, 1983 (agotado).
5. V. GORCES (ED.), Aproximación dinámica de la psicosis, 1983.
6. J. ESPINOSA (ed), Cronicidad en psiquiátrica, 1986.
7. J. L. PEDREIRA MASSA (ed), Gravedad psíquica en la infancia, 1988 (agotado).
8. J. A. FERNÁNDEZ SANABRIA, J. MAURA ABRIL, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ (eds), I Jornadas de la Sección De Psicoanálisis de la A.E.N., «El malestar en la cultura», 1992.
9. R. INGLOTT (ED), El que hacer en salud mental, 1989 (agotado)
10. C. CASTILLA DEL PINO (ed), Criterios de objetivación en sicopatología, 1989.
11. A. BAULEO, J.C. DURO, R. VIGNALE (eds), La concepción operativa de grupo, 1990.
12. R. FERNÁNDEZ, M.A. GARCIA CARBAJOSA, J.L. PEDREIRA MASSA (eds), La contancion, 1990.
13. M. DESVIAT (ed), Epistemología psiquiátrica, 1990.
14. A. INGALAR, R. GÓMEZ ESTEBAN, J. FRERE, A. GONZALEZ GUILLÉN (eds), II y I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N., «El malestar en la cultura», 1992.
15. P. SAN ROMAN VILLALÓN (ed), Jornadas sobre salud mental y ley: Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios, 1993.
16. C. F. ROJERO, T. SUAREZ (eds) Psicosis de la infancia y de la adolescencia, 1993.
17. V. APARICIO BASAURI (ed), Evaluación de servicios en salud mental, 1993.
18. J. MAS HESSE, A. TESORO AMATE (eds) Mujer y salud mental. Mitos y realidades, 1993.
19. A. FERNÁNDEZ LIRIA, M. HERNÁNDEZ MONSALVE, B. RODRÍGUEZ VEGA (eds), Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración, 1997.
20. R. GÓMEZ ESTEBAN (ed), Grupos terapéuticos y asistencia pública, 1997
21. J. LEAL RUBIO (ed), Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones, 1997
22. C. POLO, Crónica del Manicomio, 1999
23. F. SANTANDER, Ética y praxis psiquiátrica, 2000
24. F. RIVAS (ed), La Psicosis en la Comunidad, 2000
25. E. GONZALEZ, J.M. COMELLES (eds.), Psiquiatría transcultural, 2000
26. FCO. CARLES, I. MUÑOZ, C. LLOR, P. MARSET, Psicoanálisis en España, (1893-1968), 2000.
27. T. ANGOSTO, A. RODRÍGUEZ, D. SIMON (compiladores). Sesenta y cinco años de historia de la Psiquiatría (1924-1999). Editan: Asociación Española de Neuropsiquiatría y Asociación de Galera de Saude Mental, 1999.
28. CRISTINA GIBBERT AGUILAR (Coordinadora). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo, 2003
29. ANTONIO ESPINO Y BEGOÑA OLABARRÍA (Coordinadores). La formación de los profesionales de la salud mental en España. Estado actual y perspectivas, 2003.
30. MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE Y RAFAEL HERRERA VALENCIA (Coordinadores). La atención a la salud mental de la población reclusa, 2003.
31. R. ESTEBAN, J. M^a ÁLVAREZ. Crimen y locura. 2004

HISTORIA

1. JACQUES FERRAND. Melancolía erótica, 1996
2. ROBERT BURTON, Anatomía de la melancolía I, 1997
3. ANSELM VON FEUERBACH, Gaspar Hauser, 1997
4. ROBERT BURTON, Anatomía de la melancolía II, 1998
5. ROBERT GAUPP, El caso Wagner, 1998
6. GEROLAMO CARDANO, El libro de los sueños, 1999
7. EMIL KRAEPELIN, Cine años de Psiquiatría, 1999
8. ETIENNE ESQUIROL, Sobre las pasiones, Joseph Daquin, Filosofía de la locura, 2000
9. TOMASO GARZÓN, El teatro de los cerebros. El hospital de los locos incurables, 2000
Traducción Mariano Villanueva Salas.
10. JUANA DE LOS ANGELES, Autobiografía. Madrid, AEN, 2001
11. FRANCOIS LEURET. El tratamiento moral de la locura, 2001
12. ROBERT BURTON, Anatomía de la melancolía III, 2002
13. LAURENT JOUBERT, Tratado de la risa, 2002
14. SAMUEL AUGUSTE TISSOT, El onanismo, 2003
15. DANIEL P. SCHREBER, Sucesos memorias de un enfermo de los nervios, 2003
16. RAIMOND QUENEAU, Los locos literarios, 2004



CRITERIOS PARA LA ACEPTACIÓN DE ORIGINALES

1. Los trabajos deberán ser inéditos, mecanografiados a doble espacio en panel de tamaño folio o DIN A-4, que se considerará, en cualquier caso, como el original. Se enviarán cuatro copias de éste a la Redacción.
2. La primera página debe incluir el título y un brevísimo resumen de 20 palabras acompañado de tres a cinco palabras clave para índices: todo ello, en castellano e inglés.
3. En página final, se incluirán: 1) Nombre y apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. 2) Nombre de los departamentos e instituciones a los que debe atribuirse el trabajo. 3) Renuncias, si existen. 4) Nombre y dirección del autor al que debe dirigirse la correspondencia sobre el manuscrito.
4. Cuando sea posible, el texto se adaptará a los apartados clásicos de Introducción (con explicación de los objetivos del artículo), Métodos, Resultados y Discusión.
5. La bibliografía se identificará en el texto mediante número arábigos (entre paréntesis) y las citas se numerarán consecutivamente por el orden en que se citen por primera vez en el texto y se reunirán en páginas separadas al final del manuscrito. En el caso de los libros se especificará por este orden: autor, título (subrayado o en cursiva), lugar de la edición, editorial y año. En el caso de las revistas, por este orden: autor, título del artículo (entrecorinado), título de la revista (subrayado o en cursiva), año, volumen, número y páginas. Cada una de las especificaciones, en ambos casos, tiene que ir entre comas*.
6. Si apareciesen dos o tres autores, se escribirían separados mediante punto y coma. Si hubiese más de tres, sólo se escribiría el primero, seguido de: y otros.
7. Las tablas se mecanografiarán en hoja distinta para cada una, a doble espacio, irán numeradas consecutivamente y las abreviaturas empleadas irán explicadas a pie de página.
8. En caso de presentar, además, los originales en soporte informático, se ruega usar con preferencia Word 97, o posteriores (indicándose en el disco la versión empleada).
En este caso, tecléese el texto con la máxima austeridad: a) no emplear nunca negritas (sólo se admiten redondas o cursivas), ni tipos de letra de distinto tamaño; b) no dividir nunca las palabras con guión, al final de línea; y no dejar líneas en blanco; c) no imitar formatos de edición (doble columnas, centrados, sangrados, distintos al usado tras un punto y aparte). Por otro lado, las notas deberán ir siempre al final del texto.

EL CONSEJO DE REDACCIÓN SE RIGE POR LAS SIGUIENTES DIRECTRICES:

1. Se acusará recibo de todo artículo remitido a la *Revista*.
2. Los manuscritos serán revisados anónimamente por expertos en el tema tratado, quienes informarán sobre la conveniencia de introducir modificaciones o, en su caso, de publicarlo sin modificar el mismo, correspondiente en último extremo esta decisión al Consejo de Redacción.
3. La Responsabilidad de la decisión de publicar o no un original así como determinar la fecha oportuna corresponde al Consejo de Redacción y, en última instancia, al Director.

*Ejemplos: Morris, T.E.; Alonso, M., *What is identity?*. Nueva York, Columbia University, 1979.
Morris, T.E., «Trastornos de identidad», *Rev. Esp. Psq.*, 1979, XL, pp. 194-206



SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (Y en la Asociación integrada en la A.E.N. de la Autonomía correspondiente)

D. profesional de la Salud Mental, con título de que desempeña en (Centro de trabajo) y con domicilio en Población D.P. Provincia Teléfono:

SOLICITA:

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

D. D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

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

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

Nombre: Dirección: BANCO/CAJA DE AHORROS Sucursal: Cuenta n.º: Población:

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi: Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros n.º el importe de la suscripción anual a la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Firma:

----- BANCO/CAJA DE AHORROS Sucursal: Cuenta n.º: Población:

Muy Sres. míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente Libreta de Ahorros n.º el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población día mes año

Firma,

