



## SUMARIO

### EDITORIAL

#### ORIGINALES Y REVISIONES

- Jose García-Valdecasas Campelo, Amaia Vispe Astola, Estefanía Díaz Mesa,  
Isidoro Fernández Márquez  
ENCUADRE NOSOLÓGICO DE LA «PSICOSIS HISTÉRICA» VERSUS PSICOSIS AGUDAS:  
REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO ..... 9
- Rebeca García Nieto  
EL CREPÚSCULO DE LA MENTE ..... 25
- Joana Alegret, Elisenda Castanys, Susana Ochoa  
EL TRABAJO EN RED PROFESIONAL EN SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL ..... 49
- Federico Menéndez Osorio  
VEINTE AÑOS DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA. PANORAMA DEL ESTADO DE LA PSIQUIATRÍA  
EN ESPAÑA DE LOS AÑOS 1970 A LOS 2000: DE UN PENSAMIENTO ÚNICO A OTRO ..... 69

#### DEBATES

- Antonio Escudero Nafs, Cristina Polo Usaola, Marisa López Gironés, Lola Aguilar Redo  
LA PERSUASIÓN COERCITIVA, MODELO EXPLICATIVO DEL MANTENIMIENTO DE LAS MUJERES  
EN UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO. I: LAS ESTRATEGIAS DE LA VIOLENCIA ..... 85

#### HISTORIA

- Antonio Sánchez-Barranco Ruiz, Reyes Vallejo Orellana  
ORTEGA Y GASSET, LA PSICOLOGÍA Y EL PSICOANÁLISIS ..... 121

#### INFORMES

- Encarnación Mollejo Aparicio  
PSICOFÁRMACOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: REVISIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL ..... 141
- Pilar Sánchez del Hoyo, Luis Javier Sanz Rodríguez  
ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO EN HIJOS DE PADRES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES:  
A PROPÓSITO DE UN CASO ..... 151
- Víctor Aparicio Basauri, Alfonso González Mateos  
JOSE LUIS MONTOYA RICO (1932-2005). UN PIONERO DE LA PSIQUIATRÍA COMUNITARIA ..... 167

#### LIBROS

#### PÁGINAS DE LA ASOCIACIÓN



## TABLE OF CONTENTS

### EDITORIAL

#### ORIGINAL PAPERS AND REVIEWS

Jose García-Valdecasas Campelo, Amaia Vispe Astola, Estefanía Díaz Mesa, Isidoro Fernández Márquez NOSOLOGIC FRAME OF THE «HYSTERIC PSYCHOSIS» VERSUS ACUTE PSYCHOSIS: A CASE REPORT .....	9
Rebeca García Nieto THE TWILIGHT OF THE MIND .....	25
Joana Alegret, Elisenda Castanys, Susana Ochoa OCCUPATIONAL NETWORKS FOR PROFESSIONALS INVOLVED IN CHILD AND ADOLESCENT MENTAL HEALTH .....	49
Federico Menéndez Osorio THE PSYCHIATRIC REFORMATION 20 YEARS LATER PANORAMA OF THE STATE OF PSYCHIATRY IN SPAIN FROM THE 1970S TO THE 2000S: FROM AN UNIQUE THOUGHT TO ANOTHER ONE .....	69

#### DISCUSION

Antonio Escudero Nafs, Cristina Polo Usaola, Marisa López Gironés, Lola Aguilar Redo THE COERCIVE PERSUASION, AN EXPLANATORY MODEL OF THE STAY OF WOMEN IN A SITUATION OF GENDER-BASED VIOLENCE. I: VIOLENCE STRATEGIES .....	85
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

#### HISTORY

Antonio Sánchez-Barranco Ruiz, Reyes Vallejo Orellana ORTEGA Y GASSET, THE PSYCHOLOGY AND THE PSYCHOANALYSIS .....	121
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

#### REPORTS

Encarnación Mollejo Aparicio PSYCHOTROPICS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: REVISION AND STATE OF THE ART .....	141
Pilar Sánchez del Hoyo, Luis Javier Sanz Rodríguez PSYCHOTHERAPY APROACH FOR CHILDREN OF PARENTS WITH SERIOUS MENTAL DISORDERS: A CASE HISTORY .....	151
Victor Aparicio Basauri, Alfonso Gonzalez Mateos JOSE LUIS MONTOYA RICO (1932-2005). A PIONEER OF COMMUNITY PSYCHIATRY .....	167

#### BOOKS

#### NEWS FROM THE A.E.N.



## JORNADA «LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA Y EL OBSERVATORIO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA»

El 18 de octubre de 2005 se celebró en Madrid la jornada de presentación del Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo y la participación de la práctica totalidad de responsables de salud mental autonómicos, a quienes agradecemos desde estas páginas su excelente disposición. El acto inaugural estuvo a cargo de D. Enrique Terol (en representación del Secretario General del Ministerio) y del presidente de la AEN. La elaboración del Observatorio de Salud Mental es probablemente una de las acciones más reseñables de la AEN en los últimos años, y en este sentido es de justicia felicitar a la anterior junta directiva como promotora del proyecto, así como a Fermín Pérez –primer coordinador-, Isabel Salvador –actual responsable-, y a cuantos han colaborado desde las diferentes asociaciones autonómicas. En el apartado «Páginas de la Asociación» de este número de la revista se incluye información detallada sobre el desarrollo de la jornada, participantes, y conclusiones, pero hay algunos aspectos generales que quizás valga la pena reseñar:

Aún reconociendo los avances innegables que se han producido en nuestro país en los últimos veinte años en la atención a la salud mental –tanto en la dotación de recursos como en la implantación de programas específicos-, la situación, tanto a nivel estatal como autonómico<sup>1</sup>, dista mucho de ser la que correspondería por nivel socioeconómico, y está muy alejada de lo planteado cuando se iniciaron los movimientos de reforma psiquiátrica. Es curioso –y en este aspecto la colección de Revistas de la AEN<sup>2</sup> es una fuente inagotable de conocimiento sobre la evolución de la asistencia psiquiátrica en España- que ya en 1950 (Congreso de Valencia) la AEN señalara «la desigualdad que se observa en las provincias españolas en la asistencia psiquiátrica...». Ha pasado el tiempo y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud propone «el análisis permanente mediante estudios comparados de los servicios de salud de las comunidades autónomas». Distintas palabras, pero idénticos objetivos... incumplidos al día de hoy.

La bondad del modelo de atención preconizado por todas las Comunidades Autónomas (psiquiatría comunitaria) ya no es discutida, pero la realidad es que en muy pocas se ha llevado su desarrollo hasta el final, habiéndose limitado a experiencias parciales (Andalucía, Madrid, Asturias...). La valoración global de los nuevos servicios

de salud mental permite apreciar su dimensión comunitaria en la medida en que cumplen los criterios de proximidad (centros accesibles), normalización (hospitalización en hospitales generales), y una cierta diversificación (dispositivos y programas según edad, tipo de problemas, gravedad, momento evolutivo, contexto). Sin embargo, se cumplen en mucha menor medida otros criterios, y son prácticamente inexistentes los programas de intervención comunitaria, y de intervención a domicilio.

Aunque la Ley General de Sanidad indicaba que la hospitalización de casos agudos debe hacerse en los hospitales generales, al día de hoy siguen existiendo unidades de agudos en los hospitales psiquiátricos... que fueron cerrados en algunas comunidades (Andalucía), pero siguen siendo un recurso principal en otras (Cataluña, País Vasco, Madrid).

La evolución de la demanda (cuantitativa y cualitativa) no ha ido acompañada de un aumento de recursos proporcional, por lo que sería imprescindible acometer una adecuación de las plantillas, tanto en número como en cualificación. En este sentido es especialmente insuficiente el número de psicólogos clínicos que trabajan en el sistema público de salud<sup>3</sup>. Al mismo tiempo es preciso establecer carteras de servicios que permitan conocer, tanto a los usuarios como a los profesionales, las prestaciones disponibles e incluso la priorización de las mismas.

Casi todos los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas han redactado Planes de Salud Mental que en la mayoría de los casos se han quedado aparcados. Es imprescindible que estos planes vayan acompañados de la correspondiente financiación y cronograma si no se quiere que queden en una mera declaración de intenciones, frustrándose así una y otra vez las expectativas de profesionales y usuarios.

Hay colectivos especialmente desatendidos: Mientras que en los últimos años se ha progresado en la atención al trastorno mental severo (programas de rehabilitación psicosocial, equipos de seguimiento, etc.) en la atención infantojuvenil y en psicogeriatría sigue siendo notable –en algunos casos, escandalosa– la carencia de recursos. Por ejemplo, a pesar de que por ley los niños y adolescentes que necesiten ingreso psiquiátrico deben hacerlo en unidades específicas, en varias CC.AA. siguen haciéndolo en unidades de adultos. En fin, que es mucho lo avanzado pero mucho también lo que queda por hacer.

Y para terminar, un mensaje de tono nostálgico-optimista: Es cierto que no se han cumplido en su totalidad las expectativas creadas por una generación de profesionales que se empeñaron en dignificar la atención a los enfermos mentales, pero no cabe duda de que de la situación de partida a la actual media un abismo. Después de veinte años del inicio de la reforma psiquiátrica se abren nuevas oportunidades: La «Conferencia de Helsinki» y su Plan de Salud Mental para Europa, el grupo de trabajo «Estrategias en Salud Mental», propiciado por el Ministerio de Sanidad y en el que participan varios compañeros de la AEN, el desbloqueo del Consejo Interterritorial con la posibilidad de llegar a acuerdos de conjunción entre las Consejerías de Salud

de las CC.AA, etc., son muestras de que las autoridades sanitarias han retomado la sensibilidad por los problemas de salud mental de la población. Que esa sensibilidad se traduzca en acciones es lo que está por ver. Sin falsos optimismos, pero sin derrotismos a priori, la AEN continuará colaborando en el mantenimiento de un sistema público de salud, de calidad, comunitario y equitativo, que ha sido desde el inicio de su andadura su principal seña de identidad.

Francisco Chicharro (Presidente de la AEN)

1. El desarrollo de la reforma psiquiátrica (avalada por la Ley General de Sanidad, art. 20- publicada en 1986) ha sido desigual, tanto en las diferentes comunidades autónomas como dentro de cada una de las mismas.
2. Revista de la AEN nº 75; 2002 (número monográfico): «Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría».
3. Mientras que en la UE, el número de psiquiatras/100.000 habitantes es de 10, en España no llega a 6. En cuanto a los psicólogos, en la UE es de 19,6 y en España 4,3.



SECCIÓN



ORIGINALES Y REVISIONES





*Jose García-Valdecasas Campelo, Amaia Vispe Astola, Estefanía Díaz Mesa,  
Isidoro Fernández Márquez*

## ENCUADRE NOSOLÓGICO DE LA «PSICOSIS HISTÉRICA» VERSUS PSICOSIS AGUDAS:

### REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

NOSOLOGIC FRAME OF THE «HYSTERIC PSYCHOSIS» VERSUS ACUTE PSYCHOSIS:  
A CASE REPORT

#### ■ RESUMEN

Describimos un caso que plantea la duda diagnóstica entre «psicosis histérica» y trastorno psicótico agudo. Señalamos la dificultad para encuadrar nosológicamente estos trastornos y diferenciarlos entre sí.

*Palabras Clave:* Psicosis aguda. Psicosis histérica. Nosología psiquiátrica.

#### ■ ABSTRACT

We describe a case that raises the differential diagnosis between «hysteric psychosis» and acute psychotic disorder. We indicate the difficulty to fit these disorders nosologically and to differentiate them of each other.

*Key Words:* Acute psychosis. Hysteric psychosis. Psychiatric nosology.

## ■ INTRODUCCIÓN

El motivo de presentar este caso es la consideración de que reviste un especial interés debido precisamente a la dificultad que supuso, que supone todavía, establecer un diagnóstico que dé un orden y un sentido a la psicopatología y conductas mostradas por el paciente y que provocaron el ingreso psiquiátrico que ahora describiremos. Haremos un diagnóstico diferencial del caso y una breve aproximación teórica a la evolución histórica de dichos diagnósticos en la nosología psiquiátrica.

## ■ CASO CLÍNICO

### *Enfermedad actual y antecedentes*

El paciente es un varón de 24 años de edad que es remitido al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Canarias por el médico forense quien, habiendo explorado al paciente, refiere que el mismo se encuentra mutista, no colaborando ni articulando palabra alguna. El informe habla de intentos de suicidio previos con cambios de conducta y heteroagresividad importante. La conclusión del forense es recomendar su ingreso hospitalario urgente por «cuadro de descompensación psiquiátrica que debe estudiarse».

El paciente es soltero y no tiene hijos. Vive solo desde hace aproximadamente un año y previamente convivió con su abuela durante tres, donde fue tras dejar el domicilio de sus padres. Estudiaba arquitectura técnica de forma satisfactoria hasta que el año pasado suspendió algunos exámenes y lo dejó. También ha desempeñado distintos trabajos en la construcción y la hostelería.

No parecen existir antecedentes familiares psiquiátricos ni antecedentes personales de enfermedades orgánicas de interés. Como antecedentes personales psiquiátricos, consta que hace años acudió varias veces a un psiquiatra por, según refiere la familia, «depresión», sin cumplir con el tratamiento pautado. La familia lo describe como una persona «muy exigente, que se deprime cuando las cosas no le van bien, se altera, no quiere vernos...». Comentan también que «siempre ha tenido manías: cuando vivía en casa de su abuela un perro orinó en su habitación y comenzó a decir que la habitación y él olían mal, por lo que se fue a vivir solo; también insistió en que su coche olía mal y le compramos otro...».

En cuanto a la situación actual que motiva la derivación a Urgencias, la familia cuenta que el paciente lleva cuatro o cinco meses «mal», sin especificar claramente a lo que se refieren, resultando muy difícil obtener información concreta. Afirman también que los problemas han empeorado en la última semana, en la cual, sin motivo aparente, el paciente abandonó su trabajo, encerrándose en el domicilio sin abrir ni responder a la familia cuando iban a verle. Al cabo de unos días, lograron abrir la puerta y lo encontraron debajo de una mesa con unas botellas de lejía y disolvente al lado que creían que había ingerido y vomitado. Tras un forcejeo con un hermano,



### *Evolución*

Dado el cuadro psicopatológico, las alteraciones de conducta observadas y la dificultad de control a nivel ambulatorio, se decide el ingreso del paciente en la UIB de Psiquiatría, llevándose a cabo éste de forma voluntaria. No se llega a un diagnóstico en estas primeras exploraciones, haciéndose uno provisional de trastorno de conducta a estudio.

Una vez ingresado, muestra una conducta adecuada en todo momento, con un lenguaje fluido y coherente, pausado. Refiere al personal de enfermería: «he perdido el camino, me han dejado a la deriva», «hay cosas que no voy a contar», «desearía poder contar todo lo que llevo dentro». Refiere que está en el hospital porque la familia afirma que «intenté incendiar un coche pero yo eso no lo he hecho». Cuando lo entrevistamos por primera vez, se muestra colaborador, con un afecto aparentemente eutímico, tranquilo psicomotrizmente. El paciente comienza a hablar espontáneamente de su problemática a nivel familiar, a la que atribuye su malestar, sin abordar en esta primera entrevista las alteraciones de conducta que provocaron su ingreso. Comenta haber sido maltratado por parte de su familia, especialmente por el padre y uno de los hermanos, aunque no se refiere a agresiones físicas. El paciente tiene tres hermanos mayores, varones, siendo dos de ellos gemelos. Según refiere, desde la infancia el ambiente familiar fue desestructurado, insistiéndole el padre en la necesidad de trabajar además de estudiar y valorando muy poco sus logros académicos, cosa que duele especialmente al paciente. Esta situación se agravó en el último curso del bachillerato cuando, al no percibir ayuda por parte de su familia, y tras continuos enfrentamientos con su padre y un hermano, decidió irse a vivir a casa de su abuela un tiempo. Regresó luego al domicilio paterno volviendo a trabajar con su padre intentando, según refiere, restaurar la convivencia familiar. Sin embargo, al repetirse las agresiones y menosprecios volvió a casa de su abuela donde refiere haber sido agredido también por su hermano. Cuando se le pregunta por sus antecedentes psiquiátricos, comenta haber estado en tratamiento por depresión, con un periodo de aislamiento y clinofilia de aproximadamente un mes. Tiene una novia desde los 15 años, aunque apenas habla de la misma.

En las primeras consultas tras el ingreso, el paciente se muestra tranquilo psicomotrizmente, sin aparente ansiedad, con afecto ligeramente hipotímico de forma reactiva a su problemática familiar y no verbalizando de forma espontánea sintomatología de la esfera psicótica. Presenta un discurso circunstancial y prolijo en detalles, reiterativo en algunos momentos, que preferimos no interrumpir durante estos primeros días, con el objeto de favorecer la relación terapéutica y teniendo en cuenta que la situación de ingreso nos permite posponer unos días la exploración psicopatológica completa. Nos comenta de forma extensa sus dificultades familiares de los últimos años, pero el discurso se vuelve más vago cuando se acerca a los acontecimientos recientes, refiriendo ideación autolítica sin clara intención de paso al acto, sensación

de confusión que no explica claramente y refiriendo amnesia sobre los actos agresivos que motivaron el ingreso. Tras estas primeras entrevistas llega a ponerse en evidencia que han existido lo que parecen síntomas psicóticos: alucinaciones auditivas en forma de voces insultantes hacia su persona, que han aparecido en momentos de elevado estrés (tras horas de estudio, en el trabajo, a raíz de la problemática familiar...); sensación de una presencia detrás de él que pone en relación con las mencionadas alucinaciones; ideas de perjuicio hacia su familia, sin que quede claro si son sobrevaloradas o llegan a revestir carácter delirante.

La actitud del paciente no impresiona en absoluto de manipuladora aunque su discurso sí tiene ciertos tintes victimistas, pero parece sincero en la sintomatología que refiere, incluyendo lo relativo a la amnesia de sus actos agresivos. Su conducta es adecuada y correcta en todo momento, mostrándose muy colaborador durante las entrevistas. Las alteraciones sensorio-perceptivas son referidas en pasado, negando su existencia en el momento actual. Sí existen ahora las comentadas ideas de perjuicio respecto a su familia.

Se realiza una primera entrevista con la familia, a la que acuden la madre y un hermano del paciente. No aportan información relevante que añadir a lo manifestado por él, reconociendo la difícil situación familiar y los enfrentamientos del paciente con su padre y hermano. También admiten como cierta la afirmación de que el padre le obligaba a trabajar con él en la construcción además de estar estudiando, lo que le generaba considerable estrés. Comentan también la presencia de rasgos de personalidad obsesivos en el paciente, describiéndolo como una persona muy responsable, perfeccionista y exigente consigo mismo y los demás. Las alteraciones de conducta han ido apareciendo progresivamente en el último año, en forma de enfrentamientos cada vez más graves que culminaron en el conato de incendio del coche de los padres y la tentativa autolítica, pero la familia niega haber observado síntomas psicóticos.

El paciente es valorado por el Servicio de Digestivo, quienes no pueden confirmar la ingesta cáustica ya que no aparecen lesiones. El refiere no recordar haber ingerido ningún tóxico. La analítica es anodina. Se realiza también un TAC craneal que es informado como normal.

El tratamiento inicial había sido exclusivamente a base de benzodiazepinas (15mg/día de cloracepato dipotásico), con el fin de llevar a cabo un estudio diagnóstico no artefactado por el tratamiento. Tras estos primeros días de observación descritos se constata la presencia de un síndrome depresivo que impresiona de reactivo a la situación del paciente y su problemática familiar, por lo que se introduce citalopram a dosis de 20mg/día. Asimismo, dados los síntomas psicóticos descritos y las graves alteraciones de conducta protagonizadas previamente al ingreso, se decide también indicar olanzapina a dosis de 10mg/día. Tras estas primeras sesiones se suspenden las benzodiazepinas.

Cuando se cumple una semana de ingreso, la evolución del paciente parece satisfactoria: no se muestra ansioso, no aparecen síntomas psicóticos activos, hace planes de futuro de forma adecuada y niega ideación auto o heteroagresiva. Parece menos enfrentado con su familia. En base a esto se planifica el alta para los días próximos, aunque persiste la amnesia casi completa de los trastornos conductuales previos al ingreso. Se indican, de acuerdo con su familia, permisos por el recinto hospitalario para comprobar el grado de adaptación socio-familiar previo al alta.

Los permisos no comienzan de forma satisfactoria. El paciente y su familia se enfrentan verbalmente en varias ocasiones, cuando éste les expone su malestar y les hace responsables del mismo. La comunicación familiar es deficiente y los padres y hermano del paciente a su vez culpan a éste de la situación. En las siguientes consultas en la planta se observa una ansiedad intensa en el paciente en relación al alta, dudando de su capacidad para afrontar la problemática familiar y su futuro, percibiendo escaso apoyo por parte de su familia, impresión que compartimos. La actitud no parece victimista ni manipuladora. En otra entrevista, solicita posponer el alta, mostrándose inquieto psicomotorizmente y ansioso, reconociendo ideación suicida intensa en el pasado, de la que hasta ahora había hablado sólo superficialmente, y mostrándose ambivalente ante ello en el momento actual. Describe como uno de sus principales temores el miedo a la pérdida de control como consecuencia de su malestar y de no cumplir las expectativas que tiene sobre sí mismo. Ese miedo a la pérdida de control lo vive en forma de un conflicto interno, entre el pensamiento de suicidio y el deseo de vivir, y fenomenológicamente impresiona de tener carácter obsesivo, descartándose en la exploración psicopatológica la presencia de sintomatología psicótica del tipo de transmisión o inserción del pensamiento.

En este momento del tratamiento el paciente muestra buena capacidad de introspección, señalando las experiencias padecidas en el último año en términos del estrés sufrido y aceptando la posibilidad de que eso haya desembocado en alteraciones de conducta de características disociativas con amnesia casi total de las mismas, destacando la pérdida subjetiva de control sobre sus actos. El paciente reconoce cierta posible relación entre su «confusión» y estos episodios, insistiendo en su miedo intenso a la pérdida de control y a la repetición de sus trastornos conductuales. La impresión en todo momento es que tanto la amnesia como la ansiedad en relación a ese temor son genuinas. Se decide reintroducir el tratamiento con cloracepato y posponer el alta unos días.

En las consultas siguientes, de forma progresiva, se observa una disminución de la ansiedad, así como una leve mejoría en las relaciones familiares que se pone de manifiesto durante los permisos terapéuticos. El paciente va realizando planes de futuro de forma adecuada, pensando en irse a vivir con uno de sus hermanos, aunque verbalizando temor a una «recaída», refiriéndose al periodo de confusión, ansiedad intensa, alteraciones de conducta e ideación suicida que motivó el ingreso. Destaca

en la personalidad del paciente la rigidez a la hora de hacer planes, generándole importante ansiedad que esos planes no puedan ser llevados a cabo, ya sea atribuyéndolo a incapacidad suya o a la falta de ayuda por parte de su familia.

Se realiza una nueva entrevista familiar con los padres del paciente y éste, quedando patente la distorsión en la comunicación familiar, culpabilizándose unos a otros de sus problemas y de la situación del paciente. No obstante, parecen de acuerdo en colaborar en el futuro así como en que viva con uno de sus hermanos, con el que mantiene buena relación, en una oficina del padre habilitada como vivienda, donde estaba residiendo solo previamente al ingreso. Posteriormente, el paciente comenta cierta desconfianza hacia el cambio positivo en la actitud de sus padres, pero se muestra esperanzado en el futuro, desapareciendo paulatinamente la hipotimia, llegando a negar ideación suicida y aceptando el alta sin dificultades. La duración del ingreso fue de 19 días.

#### *Diagnóstico*

En cuanto al diagnóstico, queda clara la presencia de unos rasgos de personalidad obsesivos marcados, con intensa autoexigencia, perfeccionismo, necesidad de control y planificación, etc. No obstante, el cuadro no parece llegar a constituir un trastorno obsesivo-compulsivo. También se hace patente un síndrome depresivo leve-moderado, probablemente reactivo a sus dificultades familiares, académicas y laborales, así como a la forma de afrontarlas en relación con su estilo de personalidad. Por otra parte, ninguno de estos diagnósticos da cuenta plena de los fenómenos psicopatológicos observados previamente al ingreso y que motivaron éste: posibles alucinaciones auditivas, sensación de presencia, ideas de perjuicio, conductas heteroagresivas cada vez más graves, mutismo, tentativas suicidas, etc.

El paciente fue diagnosticado al alta de trastorno disociativo, considerando que el cuadro inicial podía explicarse como una psicosis histérica, la cual en la CIE-10 (1) debe clasificarse bajo ese epígrafe. Este diagnóstico no implica que el paciente, y este caso es un ejemplo de ello, presente rasgos de personalidad de tipo histriónico. No obstante, no se puede llegar a un diagnóstico de certeza sobre ese cuadro inicial, también en parte porque cuando empezó la observación del paciente dicho cuadro estaba ya en fase de remisión. En este caso y en algunos otros similares que hemos visto se plantea la duda diagnóstica entre un trastorno disociativo tipo psicosis histérica o bien un trastorno psicótico agudo. Dentro de esta segunda categoría se agrupan cuadros posiblemente diferentes y que en el pasado han sido clasificados en formas muy diversas: bouffée delirante, esquizofrenia aguda, psicosis reactiva, episodio esquizofreniforme... No están claros los límites entre unas entidades y otras, no pudiendo afirmarse con rotundidad que sean procesos diferentes, pero tampoco que todas puedan ser encuadradas bajo una sola categoría. La cuestión se complica cuando además incluimos el concepto, siempre problemático, de psicosis histérica,

a veces no nítidamente diferenciable de las otras psicosis agudas y cuyo abordaje terapéutico no siempre está claro en la práctica clínica. Somos conscientes de lo contradictorio de un término tal como «psicosis histérica», así como de la dificultad de encontrar una definición de este trastorno que sea comúnmente aceptada. El motivo por el que decidimos emplearlo es doble. En primer lugar porque, pese a los problemas que plantea, se usa habitualmente en nuestro medio, refiriéndose a trastornos de presunto origen disociativo con sintomatología que podríamos denominar pseudopsicótica. En segundo lugar, nos mueve precisamente el interés por señalar las controversias y contradicciones en que han incurrido los distintos marcos nosológicos ante la tarea de encuadrar estos trastornos y determinar su relación con los denominados trastornos psicóticos agudos, categoría también marcadamente heterogénea y definida de muy diferentes formas por distintos autores a lo largo de la historia de nuestra disciplina. Vamos a estudiar brevemente estas controversias tal y como han sido abordadas desde el punto de vista de algunos autores de referencia en el último medio siglo.

#### ■ REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

##### *Eugen Bleuler*

El Tratado de Psiquiatría de Eugen Bleuler (2) (edición alemana de 1960 de Manfred Bleuler) toma una postura particular ante el tema: parte de un diagnóstico transversal de esquizofrenia en base a los síntomas primarios de laxitud asociativa, trastorno de la afectividad, ambivalencia y autismo. Esta visión transversal permite la inclusión dentro del grupo de las esquizofrenias de los cuadros psicóticos agudos con curación completa, es decir, lo que ahora consideraríamos trastornos psicóticos agudos, según la CIE-10. Esta ampliación del concepto de esquizofrenia por comparación con el más restringido de Kraepelin, que exigía la presencia longitudinal de un deterioro, implica una mejora del pronóstico, aunque pierde parcialmente la posibilidad de diferenciar entre psicosis agudas y esquizofrenia.

Por otra parte, en el capítulo de la histeria, Bleuler habla de los llamados estados crepusculares histéricos, en los cuales aparece desorientación, ideas aparentemente delirantes de temática mística, paranoide, sexual u otras, cuadros confusionales o estados alucinatorios, con predominio de alucinaciones visuales. Todo ello puede cursar con intensa angustia o no. Otros síndromes afines que recoge este autor serían el puerilismo histérico, los estados de estupor o los estados de vagabundeo. En la descripción de estos cuadros queda patente la identidad con los llamados hoy trastornos disociativos según las clasificaciones al uso, que huyen del término «histeria», como ya comentamos en un trabajo anterior (3). No parece difícil ver también en estos estados crepusculares histéricos a los pacientes que con frecuencia se diagnostican de psicosis histérica.

Nos parece de especial interés el comentario que hace Bleuler sobre la dificultad del diagnóstico diferencial entre las esquizofrenias (donde, como vimos, agrupa este autor también a los cuadros psicóticos agudos con síntomas de esquizofrenia) y determinados fenómenos de tipo histérico: «Los estados psicógenos agudos, como, por ejemplo, los estados crepusculares histéricos, pueden ser delimitados casi siempre de las esquizofrenias a causa de ser más fáciles de explicar psicológicamente, de su vinculación a una descarga emocional elemental o a una determinada tendencia demostrativa, de su dependencia de los espectadores o participantes. Mas también surgen psicosis agudas, consecutivas a traumas psíquicos [...], que adoptan una sintomatología en absoluto esquizofrénica, y que, sin embargo, curan rápidamente con psicoterapia («reacciones esquizofrénicas»). No sabemos claramente si se trata en tales casos de un trastorno puramente psicógeno, que tan sólo mantiene una semejanza exterior con la esquizofrenia, o bien si se trata de una reacción psíquica en una esquizofrenia latente o de una esquizofrenia psíquicamente desencadenada. Tan sólo se logrará un acuerdo acerca de toda esta problemática cuando se hayan esclarecido la propia esencia de la esquizofrenia y el grado en que es susceptible de comprensión psicológica».

*Juan Antonio Vallejo-Nagera*

Vallejo-Nágera (4), en su célebre manual *Introducción a la Psiquiatría* (edición de 1971) no aborda directamente la cuestión. Describe la histeria y, dentro de ella menciona los estados crepusculares psicógenos, que diferencia del conjunto de los trastornos disociativos, donde incluye las amnesias, las fugas y la personalidad múltiple, no haciendo una referencia más específica a los cuadros que consideramos en la práctica clínica como psicosis histérica. En cuanto a los trastornos psicóticos, menciona distintos tipos de psicosis agudas de causa orgánica, incluidas las llamadas psicosis exógenas (delirium, estados crepusculares exógenos), pero dentro de los síndromes denominados endógenos sólo tiene en cuenta la psicosis esquizofrénica y la paranoia con sus cuadros relacionados, sin hacer mención a lo que hoy consideramos trastornos psicóticos agudos.

*Henri Ey*

Henri Ey (5), en su *Tratado de Psiquiatría* (octava edición, 1978) divide de forma característica la patología mental en afecciones agudas y crónicas. Reserva un capítulo completo a tratar el tema de las que llama «psicosis delirantes agudas», considerando que se caracterizan por la eclosión súbita de un delirio transitorio, generalmente polimorfo en sus temas y manifestaciones. Ey señala la dificultad en encuadrar nosológicamente estos cuadros, incluso habiendo sido negados por algunos autores como vimos previamente con Bleuler, que los asimiló dentro del concepto de esquizofrenia. Bumke, por su parte, los encuadró en las crisis maniicodepresivas

atípicas y Régis en las psicosis confusooníricas. Henri Ey hace una detallada revisión histórica del concepto: Magnan (6) describió estas psicosis con el nombre de bouffées delirantes de los degenerados, señalando que la «explosión» delirante ocurre sobre una determinada predisposición (noción de degeneración). Estas formas delirantes agudas fueron descritas como paranoias agudas (Westphal), estados crepusculares episódicos (Kleist) u oniroides (Mayer-Gross (7)), reacciones paranoides, delirios de persecución curables, etc. Corresponderían en gran parte a las descripciones de la experiencia delirante primaria de Jaspers (8), a los estados agudos de automatismo mental de Clèrambault (9) y al concepto de esquizofrenia aguda en distintos autores.

Ey señala distintas formas según el «mecanismo» prevalente del delirio: imaginativas, interpretativas y alucinatorias. En cuanto al pronóstico, afirma que, aunque puede tratarse de episodios aislados, siempre pesa la amenaza de una recidiva y que existe riesgo de evolución a una esquizofrenia o un delirio crónico. Llama la atención el hecho de que dentro de los factores de buen pronóstico incluya la brusquedad del delirio, su riqueza imaginativa, los trastornos de conciencia, los antecedentes neuróticos (sobre todo histéricos), la dramatización teatral de la vivencia delirante o la brevedad de la crisis. La mayoría de estos factores nos recuerdan las características típicas de las psicosis histéricas, lo que sugiere la dificultad en separar nosológicamente de forma clara los cuadros psicóticos agudos de aquéllas, confusión que parece perdurar hasta nuestros días.

En cuanto a las psicosis histéricas en sí, Ey no habla de ellas directamente. Hace referencia, dentro de las llamadas «reacciones neuróticas agudas o psiconeurosis emocionales» a las crisis confusoansiosas e histeroansiosas, que describe como crisis agudas de angustia desencadenadas ante un shock emocional, acompañadas de distintos grados de estupor, agitación o confusión mental, que puede llegar a lo que muchos autores llaman, como hemos visto previamente, estados crepusculares psicógenos y que podrían ser aproximadamente asimilables a las mencionadas psicosis histéricas. La dificultad aumenta cuando Ey señala como una de las posibles complicaciones de estos estados de angustia la evolución a una psicosis, incluso en ocasiones de tipo esquizofrénico. También en su capítulo sobre la histeria hace mención a los estados crepusculares histéricos y los estados segundos, como estados de trance, con debilitación de la conciencia vigil de comienzo y terminación bruscos y en ocasiones con presencia de alucinaciones visuales de tipo onírico. Queda patente el solapamiento entre estos estados en la histeria y los descritos dentro de las reacciones neuróticas agudas.

#### *Kaplan-Sadock (1989)*

Kaplan y Sadock en la edición de 1989 de su célebre Tratado de Psiquiatría toman una postura diferente a la de Ey. Apenas se presta atención a las psicosis delirantes agudas, excepto en un capítulo dedicado a «trastornos psiquiátricos poco frecuentes,

psicosis atípicas y psicosis reactivas breves» donde se presentan una serie de cuadros con escasos puntos en común, como el síndrome de Ganser, la folie à deux, la enfermedad de Gilles de la Tourette, el síndrome de Cotard, el síndrome de Munchausen, el Amok, el Koro, etc. Lo más llamativo es la descripción de las psicosis reactivas breves como cuadros psicóticos precedidos de sucesos vitales estresantes, con síntomas agudos y floridos y buen pronóstico. El paciente ha perdido el contacto con la realidad y presenta alucinaciones, delirios, trastornos formales del pensamiento y conducta aberrante, pudiendo ser peligroso para sí mismo o los demás. Kaplan afirma que este trastorno ha sido denominado antes trastorno esquizofrénico agudo, trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia catatónica o paranoide, trastorno psicótico afectivo o psicosis atípica. Y, de forma absolutamente clara, iguala este trastorno con la psicosis histérica, es decir, para Kaplan los cuadros psicóticos reactivos breves son la misma entidad que la psicosis histérica, rechazando el concepto de psicosis delirantes agudas en el sentido de Ey y sin mencionar los estados crepusculares psicógenos propios de la histeria (sí comenta otros trastornos disociativos como las amnesias, fugas, personalidad múltiple, etc.). Recomienda para estos trastornos el tratamiento sintomático con antipsicóticos y el seguimiento con psicoterapia, y señala que su duración suele ser inferior a una semana.

### *CIE-10*

La OMS publicó en 1992 la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), referida a los trastornos mentales y del comportamiento. Es éste el sistema nosológico empleado en la actualidad en nuestro entorno y presenta una posición ante el problema que venimos estudiando netamente diferente de la que hemos visto en Kaplan. La CIE-10 reconoce la existencia de los trastornos psicóticos agudos y transitorios como cuadros con entidad propia. Estos cuadros pueden aparecer o no como secundarios a situaciones estresantes y se clasifican como: trastorno psicótico agudo polimorfo con o sin síntomas de esquizofrenia (que incluyen las bouffées delirantes y las controvertidas psicosis cicloides), o trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico (incluye las esquizofrenias agudas y el trastorno esquizofreniforme), así como categorías residuales. Una de éstas es la de «otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes», donde tienen cabida las reacciones paranoides y la psicosis psicógena paranoide, cuadro este último cuya denominación parece cercana a las polémicas y difíciles de ubicar psicosis histéricas. Otra de las categorías residuales es la de «trastorno psicótico agudo y transitorio sin especificación» en el que, sin explicación añadida, se incluye la psicosis reactiva breve, cuadro que, como vimos, la edición de 1989 de Kaplan asimilaba a la psicosis histérica.

Por otra parte, la cuestión vuelve a complicarse si nos fijamos en la clasificación que hace la CIE-10 de los trastornos disociativos. En la introducción de este grupo ya se afirma que quedan incluidas en él las psicosis histéricas, aunque luego no se

las menciona por ese nombre en ninguno de los apartados, si bien en el de «otros trastornos disociativos (de conversión) especificados» se incluyen la confusión psicógena y el estado crepuscular psicógeno, cuadros que parecen tener a lo largo de la literatura una gran semejanza, si no identidad, con las psicosis histéricas. Por lo tanto, aunque la CIE se pronuncia claramente en situar éstas en los trastornos disociativos y no en los psicóticos, deja mención en estos últimos de trastornos que, como poco, nos recuerdan de forma importante las psicosis histéricas.

#### *DSM-IV-TR*

Por su parte, el DSM-IV-TR (2000) (11) describe el trastorno psicótico breve, exigiendo una duración inferior a un mes (entre uno y seis meses se diagnosticaría trastorno esquizofreniforme), que puede aparecer con o sin desencadenantes graves. En caso de existir dichos desencadenantes, el cuadro se considera idéntico a la psicosis reactiva breve del DSM-III-R (12), la cual era el cuadro definido por Kaplan (1989) como sinónimo de psicosis histérica. En el diagnóstico diferencial que el DSM-IV-TR establece para el trastorno psicótico breve no se mencionan los trastornos disociativos. La categoría del DSM para estos trastornos disociativos se asemeja a la descrita en la CIE-10, excepto en que deja excluidos los trastornos conversivos, pero no hay ninguna referencia explícita a la psicosis histérica. En la categoría del DSM para el trastorno de conversión (dentro de los trastornos somatomorfos) se comenta la posibilidad de que aparezcan alucinaciones en estos trastornos, pero sin la presencia de otros síntomas psicóticos y manteniendo intacto el sentido de la realidad. Nuevamente asoma, al menos de forma parcial, la psicosis histérica, no quedando tampoco claramente clasificada en el DSM-IV-TR, o al menos no como un cuadro unitario definido.

#### *Vallejo Ruiloba*

Vallejo Ruiloba (13), en la quinta edición de su manual *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (2002) no dedica ningún capítulo a los trastornos psicóticos agudos, aunque menciona en el de la esquizofrenia la existencia de trastornos esquizofreniformes y psicosis reactivas breves, pero sin detenerse a describirlos. Por otra parte, en el capítulo de la histeria describe los estados segundos, que Ey consideraba similares (pero no idénticos) a los estados crepusculares psicógenos, como asimilables al trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple. Comenta luego también la existencia de lo que llama estados disociativos agudos, donde incluye el síndrome de Ganser, los estados crepusculares y los estados amnésicos y alucinatorios, pero describiendo sólo el primero. Podría suponerse que quedaría aquí encuadrada la psicosis histérica, aunque entonces se pierde nuevamente su unidad, defendida por otros autores, con la psicosis reactiva breve.

*Kaplan-Sadock (2003)*

La Sinopsis de Psiquiatría de Kaplan-Sadock (14) de 2003 sigue de forma estricta los criterios del DSM-IV-TR, pero reconoce que el trastorno psicótico breve recogido en esta clasificación incluye pacientes que previamente eran diagnosticados de psicosis reactiva, histérica, por estrés y psicógena. También considera este trastorno como similar a lo que la psiquiatría francesa llama bouffée délirante. Por otra parte, en el apartado de trastornos disociativos no se hace mención alguna a la psicosis histérica o a los estados crepusculares psicógenos, aunque sí al síndrome de Ganser. Tampoco hay ninguna referencia en el capítulo dedicado a los trastornos conversivos.

■ CONCLUSIONES

Terminamos aquí nuestra breve revisión de algunos de los autores y sistemas clasificatorios más importantes de la psiquiatría en las últimas décadas. La conclusión que podemos obtener es que existen grandes controversias que distan mucho de estar aclaradas. El concepto de psicosis histérica es muy problemático y no está claramente definido, situándose tanto en los trastornos psicóticos agudos como en los trastornos disociativos, y en ocasiones simultáneamente en un apartado y otro. Hemos visto que determinar la naturaleza y clasificación de los trastornos psicóticos agudos tampoco es fácil, existiendo visiones muy diferentes y en ocasiones contrapuestas según el autor que aborde el tema. Tampoco existe una idea unitaria acerca de la explicación y alcance de los trastornos disociativos. Probablemente influye en esta dificultad de encuadre nosológico el hecho de que el concepto que llamamos psicosis histérica varía considerablemente de un autor a otro y depende en exceso de la subjetividad de cada clínico. Es posible hipotetizar la existencia de un continuo entre el polo psicótico (que sería casi indistinguible de las psicosis agudas) y el disociativo, como es frecuente en otros trastornos difíciles de ubicar a nivel clasificatorio. El tema dista de ser sólo una cuestión nosológica, ya que el encuadre dentro de los trastornos puramente psicóticos o en los disociativos puede tener evidentes repercusiones a nivel terapéutico, como por ejemplo a la hora de emplear o no medicación antipsicótica en el cuadro agudo o indicarla como mantenimiento, considerando que el posible beneficio supera los inconvenientes a nivel de efectos secundarios. Si se diagnostica la patología del paciente como de naturaleza psicótica será absolutamente necesario el empleo de medicación neuroléptica para la crisis aguda y posteriormente para evitar recidivas durante un tiempo prudencial. Por el contrario, si nuestra posición es la de hallarnos ante un paciente con un trastorno de tipo histérico en cuanto a su génesis, no parece en principio lógico el empleo de antipsicóticos, de la misma forma que no indicamos antiepilépticos para pacientes con crisis convulsivas histéricas, y no olvidando que los neurolépticos no son fármacos inocuos, ni siquiera en sus versiones más avanzadas. El tema es complejo y debe analizarse cada caso en concreto con cuidado, intentando

no caer en contradicciones como la protagonizada por nosotros mismos en el paciente comentado en el presente trabajo, para el que hicimos un diagnóstico de trastorno disociativo pero empleamos medicación antipsicótica. Estas controversias a nivel del encuadre nosológico y la terapéutica indicada deben ser estudiadas en profundidad, ya que afectan al desempeño de nuestra clínica diaria y, lo que es más importante, al bienestar de nuestros pacientes.

### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud, *Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)*, Madrid, Meditor, 1992.
2. Bleuler, E., *Tratado de Psiquiatría (3ªed)*, Madrid, Espasa-Calpe, 1971.
3. García-Valdecasas Campelo, J., y otros, «A propósito de un caso de trastorno disociativo: una revisión conceptual», *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2004, 32(2), pp. 123-126.
4. Vallejo-Nágera, J.A., *Introducción a la Psiquiatría (6ªed)*, Barcelona, Editorial Científico-Médica, 1971.
5. Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, Ch., *Tratado de Psiquiatría (8ªed)*, Barcelona, Masson, 1998.
6. Magnan, V., *Leçons cliniques (2ªed)*, París, Bataille Ed., 1893.
7. Mayer-Gross, W., *Die oneiroiden erlebnisformen*, Berlín, 1924.
8. Jaspers, K., *Psicopatología General (4ªed)*, Buenos Aires, Editorial Beta, 1970.
9. Clèrambault, G., *El automatismo mental*, Ediciones Dor S.L.-Eolia, 1995.
10. Kaplan, H.I.; Sadock, B.J., *Tratado de Psiquiatría (2ªed)*, Barcelona, Masson-Salvat, 1992.
11. Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ªed, texto revisado) (DSM-IV-TR)*, Barcelona, Masson, 2002.
12. Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (3ªed, revisada) (DSM-III-R)*, Barcelona, Masson, 1987.
13. Vallejo-Ruiloba, J., *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría (5ªed)*, Barcelona, Masson, 2002.
14. Kaplan-Sadock, *Sinopsis de Psiquiatría (9ªed)*, Barcelona, Waverly Hispánica S.A., 2004.

Jose García-Valdecasas Campelo  
Psiquiatra  
Hospital Universitario de Canarias

Amaia Vispe Astola  
Enfermera Especialista en Salud Mental  
Hospital Universitario de Canarias

Estefanía Díaz Mesa  
M.I.R. 3ª  
Hospital Universitario de Canarias

Isidoro Fernández Márquez  
M.I.R. 2º  
Hospital Universitario de Canarias

Servicio de Psiquiatría  
Hospital Universitario de Canarias. Consorcio Sanitario de Tenerife

Correspondencia:  
Jose García-Valdecasas Campelo  
Avenida de Madrid nº11, portal 5, 8ºB  
38007. Santa Cruz de Tenerife. Islas Canarias. España  
E- mail: jose\_valdecasas@hotmail.com



*Rebeca García Nieto*

## EL CREPÚSCULO DE LA MENTE THE TWILIGHT OF THE MIND

### ■ RESUMEN

En este artículo se comentan algunos ejemplos recientes del comportamiento autodestructivo y se hace un breve recorrido por algunas aproximaciones teóricas que estudian este aspecto del comportamiento humano. Tras hacer referencia a algunos estudios científicos, se analiza «La Pianista», la novela autobiográfica de Elfriede Jelinek (la actual premio Nobel de literatura). Partiendo de dicha narración en primera persona del sadomasoquismo y la automutilación, se analizan algunos aspectos claves en este tipo de pacientes como: la elección del cuerpo como campo de batalla, la relación entre conducta autolesiva y la alexitimia, su tendencia a la exoactuación y sus problemas de identidad, entre otros.

*Palabras Clave:* Automutilación, Sadomasoquismo, Elfriede Jelinek, Imagen corporal, Alexitimia.

### ■ ABSTRACT

In this article, some recent samples of self-destructive behaviour are commented on and a brief overview of some theoretical approaches which study this aspect of human conduct is given. After mentioning some scientific studies, «The Piano teacher», the autobiographical novel of Elfriede Jelinek (the current Nobel Prize for Literature) is analysed. On the basis of the earlier cited narration in the first person of sadomasochism and self-mutilation, some key aspects in this kind of patients such as: the choice of the body as a battlefield, the relationship between self-harmful behaviour and alexithymia, his inclination to act out their conflicts and their identity problems, among others, are analysed.

*Key Words:* Self-mutilation, Sadomasochism, Elfriede Jelinek, Bodily image, Alexithymia.

## ■ INTRODUCCIÓN

«Se buscan hombres, jóvenes y robustos, de entre 18 y 30 años, para ser devorados». Este es el anuncio aparentemente inofensivo que colgó en Internet el apodado «Caníbal de Rotenburgo» hace un par de años. Como seguramente recordaréis, la víctima acudió voluntariamente a esa cita en la que por fin lograría lo que llevaba anhelando tanto tiempo: incorporarse al cuerpo de otra persona, en definitiva, dejar de ser él mismo.

Los forenses que examinaron al caníbal no encontraron en éste síntomas psicóticos. En cambio, no se descartaba esa posibilidad en la víctima, también se barajó la hipótesis de que padeciera algún trastorno de la identidad sexual. Es imposible determinarlo, dado que apenas hay información disponible. Sólo se sabe que había arreglado su testamento antes de participar en su última cena y que fue él quien impuso el ritual: él le pidió al caníbal que le cortara el pene y que lo cocinara para comérselo juntos. También se sabe que tardó 10 horas en desangrarse y no hizo nada para seguir vivo. Sea lo que fuere lo que se le pasó por la cabeza, lo que está claro es que su instinto de supervivencia estuvo aquel día totalmente eclipsado por su deseo de morir.

Este ejemplo superlativo de autodestrucción por medio de otra persona ilustra alguno de los aspectos que voy a tratar en mi presentación: el absoluto rechazo que sienten algunas personas respecto a su cuerpo y lo que, en mi opinión subyace a ese repudio, el desprecio a su subjetividad. Este aspecto llevado al extremo se traduce en algunos casos como el que acabo de comentar en el deseo de convertirse en una cosa (un alimento) para el otro.

Pero sin llegar hasta este punto se pueden observar en la clínica algunos fenómenos relacionados como pueden ser las conductas autolesivas, la automutilación o algunos trastornos de la imagen corporal como los trastornos de la alimentación o los trastornos dismórficos. Fuera de la clínica, y de una manera socialmente aceptada, tenemos a todas esas personas que se someten a intervenciones de cirugía plástica para «convertirse en otras personas». Un reciente estudio de Nancy Andreasen(1) pone de manifiesto que un porcentaje considerable de personas que se someten a dichas intervenciones podrían ser diagnosticados de trastorno dismórfico.

## ■ LITERATURA CIENTÍFICA

Algunos estudios científicos como el llevado a cabo en la Universidad de Providence por Zlotnick y colaboradores (2), encuentran correlaciones significativas entre las conductas autolesivas o automutilaciones con los trastornos de alimentación (más concretamente afirma que un 60% de personas con trastorno de alimentación se autolesiona), el trastorno de personalidad límite, trastorno de estrés postraumático y los trastornos disociativos. Además cita como características principales de estos pacientes su impulsividad y la dificultad para experimentar sentimientos o alexitimia.

Las estadísticas muestran que la automutilación es más frecuente en mujeres. Un estudio llevado a cabo con 240 sujetos en la Universidad de Missouri (3) puso de manifiesto que la edad de inicio de esta conducta fue a los 14 años y que, con el tiempo, aumenta en frecuencia e intensidad (p.e de cortes superficiales en la piel se pasa a cortes más profundos). El 70% lo consideran una adicción y la gran mayoría de participantes manifestaban no sentir apenas dolor. Por el contrario decían obtener un alivio temporal de síntomas como pensamientos intrusivos, ansiedad y episodios de despersonalización.

En cuanto a los factores predisponentes se señalan; el haber sufrido abuso sexual o físico (o más frecuentemente violencia verbal continua, negligencia o falta de cuidados apropiados) y la incapacidad para tolerar y expresar sentimientos o alexitimia.

Un caso clínico que conjuga todos estos elementos es el descrito por Adekola Alao (4). Éste presenta el caso de una paciente de 23 años diagnosticada de trastorno de personalidad límite y trastorno de estrés postraumático que se mutilaba insertando una cuchilla en su vagina. Había sufrido abuso sexual y maltrato físico por parte de su padrastro y cuando cumplió los 17 se dedicó a la prostitución. Como he comentado, parece haber una relación entre el haber padecido abuso sexual o malos tratos físicos y las automutilaciones. No en vano, hay un mito griego que describe una situación parecida: Neptuno, Dios del Mar, después de violar a una mujer le concedió el deseo de la ablación de sus genitales para no poder ser violada de nuevo.

Aunque estos estudios aportan información muy útil, no nos dicen mucho acerca de la experiencia subjetiva y la naturaleza del dolor de estas personas. Por ello, para el resto de mi presentación me voy a servir de «La pianista»: la novela autobiográfica de la actual Premio Nobel de Literatura, Elfriede Jelinek (5): En la citada novela narra en primera persona las fantasías sadoomasoquistas y el sufrimiento de la protagonista en su camino a la autodestrucción. Su versión cinematográfica es famosa por la cantidad de desmayos que causó la famosa escena de la automutilación genital.

#### «LA PIANISTA»

Erika Kohut, la protagonista de la novela, es una mujer de 38 años que vive con su madre en Viena donde trabaja como profesora de piano en el conservatorio. Hija de madre católica y padre judío, se dice en la primera página de la novela que cuando ella vino al mundo su padre salió de él. Al parecer, cuando ella nació su padre –músico- se psicotizó y, con el tiempo tuvo que ser internado en un hospital psiquiátrico, donde murió. Desde entonces, Erika ocupa en cierto modo el lugar dejado por su padre, incluso su lugar en el lecho conyugal.

En la novela, la madre no tiene nombre. Es tratada con honores de diosa por Jelinek quien se refiere a ella como «Madre», en mayúsculas. La relación madre-hija está cargada de agresividad por ambas partes, y en algunos momentos da la impresión de estar fuertemente erotizada también. Son frecuentes las escenas en que la madre la humilla y la pega. Erika tampoco se queda atrás, en una escena la

tira de los pelos y fantasea con guardárselos en el bolsillo para acariciarlos mientras da clase. También, se deja entrever que la madre de Erika solía golpear a su marido cuando éste enloqueció. El lema de la madre es que para evitar tener que cerrar las heridas que pueden causarle a su hija fuera de casa, prefiere infligirlas ella misma y luego encargarse de la terapia. Además, Erika fue educada por su madre para brillar más que el sol. Su madre inculcó el perfeccionismo en Erika, de manera que ésta no puede ignorar los errores al piano más nimios, los cuales la «agujijonean y la duelen durante meses».

La relación de Erika con su madre es muy ambivalente. La madre es necesitada y temida por igual. Pese a todo lo dicho, siente, sin embargo, la necesidad de estar cerca de ella aunque sabe que su abrazo la devorará y la digerirá completamente. Ella dice que a sus 38 años es un pez bien nutrido en el líquido amniótico de su madre. La carencia de distancia entre ambas a veces estremece, la escena que mejor ilustra esa relación anaclítica de dependencia de la cercanía del cuerpo de la madre es aquella en que, estando las dos en la cama, Erika se avalancha sobre su madre buscando refugio en su carne. Podría decirse que está atrapada en el abrazo de su madre, como muchos expertos dicen que le ocurrió a otro perverso ilustre, el escritor francés André Gide.

Toda la trama de la novela puede concebirse como un intento de Erika de escapar de la mirada de su madre. Al principio, parece que a través de sus perversiones sexuales y sus fantasías logra mantenerse a salvo de ella, escapar de su mirada, pero, si se analizan las fantasías más detenidamente, se observa claramente cómo su madre desempeña una función esencial en éstas. «No hay ninguna orden que Erika pueda dictar a su amante que no haya sido dictada ya por su madre».

Por otra parte, da la impresión de que Erika, por mucho que se esfuerce, no logra ser capaz de vivir del todo dentro de su cuerpo. Más bien parece que es la madre la que vive a través del cuerpo de la hija. Ni su lenguaje ni su deseo le pertenecen, ambos le han sido impuestos. Su madre se empeñó en que su hija sacrificara la vida por la música, hasta el punto de privarla del contacto con los niños de su edad para seguir practicando al piano. Además, desde niña le impuso un mundo simbólico que no la sirvió para desarrollar su subjetividad. Erika nunca compuso su propia música, el único lenguaje al que su madre la permitió tener acceso –el de las notas musicales– no la sirvió para expresar sus propias emociones, sino que su destino era interpretar música de otros, utilizar el lenguaje de otros. Ese universo simbólico impuesto que, por una parte, la controlaba desde que empezó a pensar y, por otra, la proporcionaba seguridad, era el pentagrama. Jamás pudo escapar de esas cinco líneas entre las que se sentía protegida y atrapada a la vez.

Desde el punto de vista del psicoanálisis, el lugar donde se ligan el lenguaje y el deseo es el cuerpo. Teniendo en cuenta que, como he expuesto anteriormente, ninguno de los dos son suyos del todo, no es de extrañar que su cuerpo la resulte

completamente ajeno. Además, se da la circunstancia de que Erika fue educada para ignorar su cuerpo: el miedo más grande de su madre es que Erika lo escuche. Por las noches la madre se cuida de que las manos de su hija estén por encima de la sábana ya que éstas están exclusivamente destinadas a las teclas del piano. Dadas las circunstancias, parece lógico que el campo de batalla en el que se había de librar la guerra de Erika fuese precisamente su propio cuerpo.

#### ■ EL CUERPO COMO CAMPO DE BATALLA

Algunos libros como «Cuerpos en estado de sitio» de Favazza (6) o algunos capítulos del libro de Karl Menninger «El hombre contra sí mismo» (7) describen casos de personas que le han declarado la guerra a sus cuerpos y, por extensión, al mundo al que, según la expresión de Heidegger, hemos sido arrojados.

Jean-Paul Sartre (8) afirma que establecemos contacto con el mundo a través del cuerpo. Para el filósofo francés, vivir corporalmente es lo que proporciona sentido de realidad o, lo que es lo mismo, una realidad con sentido. Es el cuerpo el que haciéndose espacio, tiempo y encontrándose con otros, hace real y habitable el mundo. Tratando de destruirlo, estas personas intentan destruir su vínculo con el mundo inmediato que les ha tocado habitar y que no pueden hacer nada para cambiar.

Muchos pacientes afirman que, cuando la situación externa no es susceptible de ser modificada, para no soportar el dolor que eso les produce, se provocan un dolor más manejable y soportable. Así por ejemplo, una paciente de nuestro grupo de trastornos de alimentación, comenzó a hacerse cortes tras la muerte de su madre cuando ella tenía 13 años. Dice no poder recordar nada del año que siguió a la muerte de su madre, sólo que se sentía muy impotente y que se sentía como un robot. Dice que comenzó a autolesionarse para saber si aún tenía sangre en las venas. Joyce McDougall en su obra «Los teatros del cuerpo» (9) dice que, los *acting out* sirven para confirmar la existencia de estas personas. Aunque pueda parecer paradójico esta paciente decía que la cosa que más miedo le daba es el dolor físico.

Ronald Laing en «El yo dividido» (10) describe personas que se experimentan a sí mismos como autómatas, robots o piezas de maquinaria. Estos sentimientos de irrealidad que tienen algunas personas respecto a sí mismos, el sentirse insustanciales o más muertos que vivos, son agrupados por este autor en el concepto de «inseguridad ontológica». Cuando la subjetividad de una persona ha sido drenada o no se ha desarrollado convenientemente, queda abierta la posibilidad de experimentarse a uno mismo como objeto de su experiencia. Uno se convierte, como le sucedió a Erika Kohut, en espectador de sí mismo y de su propia vida.

Jean-Paul Sartre en «El Ser y la Nada» (8) afirma que, en esas circunstancias, el acto mismo de experimentar al otro en cuanto persona es un acto suicida. Por esta razón, el alumno que quiere tener relaciones con ella (Walter Klemmer), representa

una amenaza para ella. Él encarna el mundo de los sentidos, precisamente el mundo del cual ella ha sido excluida. Se siente amenazada por la posibilidad de convertirse en no más que una cosa sin vida alguna ni para sí misma ni para otro. Como más adelante expondré, recurre a sus perversiones para intentar no ser un objeto.

Otro concepto de Laing relevante para el asunto que nos ocupa es el de «Yo-no encarnado». La persona «encarnada» está totalmente en su cuerpo. Está envuelta en los deseos, necesidades y actos de su cuerpo; está sujeta a la culpa y la angustia que penden de tales deseos. Por el contrario, las personas que tienen el «yo-no encarnado» sienten su cuerpo como un objeto entre objetos. El yo-no encarnado contempla todo lo que hace su cuerpo sin comprometerse directamente.

Los estados transitorios de disociación del yo y del cuerpo ocurren incluso en personas sin patología. La disociación es una respuesta disponible para las personas que se encuentran encerradas en una situación amenazadora de la que no hay salida posible. El único escape posible es una retirada «hacia» uno mismo y «fuera» del cuerpo. Se siente que el cuerpo obra de forma automática y la persona se transforma en un observador que contempla con pasividad lo que está haciendo su cuerpo o lo que le están haciendo.

El individuo cuyo modo de ser-en-el-mundo posea esta naturaleza dividida, se halla viviendo en un mundo que encuentra amenazante y del que no hay salida posible. El yo deja de relacionarse directamente con el mundo exterior para implicarse, como dice Kierkegaard, en «una relación que lo vincula a uno mismo consigo mismo»(11).

El divorcio del yo respecto del cuerpo es doloroso pero también su medio de defensa básico. Es como si estos pacientes tuvieran que morir emocionalmente para que los sentimientos no los maten. Por así decirlo, una herida física hace las veces de torniquete psíquico.

Sartre en «El Ser y la Nada» (8) examina diferentes formas de fingir ante uno mismo que uno no está «en» lo que está haciendo. Las personalidades «as if» de Helen Deutsch, la noción de «falso self» de Winnicott o la personalidad sobreadaptada de David Liberman serían ejemplos de esta idea apuntada por Sartre.

#### ■ CUERPO COMO MATERIA PURA

Como expuse anteriormente, algunos psicoanalistas defienden que el cuerpo es el lugar donde se unen el lenguaje y el deseo. El mayor miedo de la madre de Erika es que su hija escuche a su cuerpo. Cuando quiere castigarla verdaderamente, ni la humilla, ni la pega; simplemente la condena al silencio, deja de hablarla. De esta manera, a base de muchos minutos de silencio a lo largo de los años ha logrado que su cuerpo permanezca totalmente callado, especialmente en algunas zonas. Erika dice sentir «madera sólida en el lugar donde el carpintero hizo un orificio».

Por otra parte, su madre y su abuela la privaron del contacto con otros niños. Cuando el cuerpo se aísla del mundo exterior o se atrofia o no se desarrolla convenientemente. Como dijo Goethe «Si el ojo no participara de las características del sol nunca podría llegar a mirarlo».

No es extraño, por tanto, que aparezcan en el cuerpo de Erika zonas mudas, zonas prohibidas. El suyo es un cuerpo mudo, pétreo, inerte, materia pura. Desde este punto de vista, se dice de un toxicómano necesita inyectarse deseo. La droga libidiniza, da vida, a su cuerpo desvitalizado. De la persona que se autolesiona podría decirse que sólo logra sentirse viva desgarrándose la piel. Paradójicamente, abriéndose una herida se intenta tapar un abismo aún mayor que se entreabre de repente. «Ese pulso con el abismo en torno al cual gravita la vida psíquica de una persona», tal y como apunta Colina en «Escritos psicóticos» (12), es llevado a cabo por Erika con la cuchilla de afeitar de su padre en la mano.

Una paciente dijo algo que ilustra bien este aspecto: «Necesito sentir algo en el cuerpo, llenar el vacío, por eso me pincho o me rajo». Cuando estas personas sienten ese vacío o falta de identidad recurren a ese tipo de acciones para poder estar en el mundo, aunque ese estar en el mundo sea estar «como si».

En otro orden de cosas, Erika siente que está encerrada por mandato de su madre dentro de un cuerpo en que «la naturaleza parece no haber dejado ni una sola abertura». Sólo puede salir de allí sangrando. En la escena en que se clava un cuchillo dice: «Un vacío se abre en el hombro de Erika. El acero ha entrado, ella ha salido». La visión que tiene de su figura es similar a la que retrata el escritor francés Louis Ferdinand Céline en «Viaje al fin de la noche» (13). Siente que es un «recinto de tripas» que la encierra. En sus fantasías, como más adelante comentaré, el cuerpo inerte e informe que ella siente que es, ansía tomar forma a base de latigazos y puñetazos.

#### ■ ALEXITIMIA: SORDOMUDOS DEL AFECTO

El término fue introducido por Sifneos para referirse a la incapacidad de algunos individuos, para encontrar palabras o representaciones cognitivas que describan sus propios sentimientos (14). A estas personas, les resulta muy difícil ponerse en contacto con sus sentimientos.

Jaspers (15) habla también de un «torturante sentir un no sentir» que aparece al principio de todas las patologías y cuyo extremo es el autismo: la pérdida absoluta del contacto afectivo del paciente con el medio interno.

Joyce McDougall (9) habla de la diferente forma en que los psicóticos y los alexitímicos tratan el lenguaje: «El pensamiento del psicótico puede concebirse como una inflación delirante del uso de la palabra cuya meta es llenar espacios de un vacío aterrador; mientras que los procesos de pensamiento de los alexitímicos intentan vaciar la palabra de su significado afectivo».

Pierre Marty (16) (introdutor del término «pensamiento operativo») expone que cuando las expresiones simbólicas parecen demasiado peligrosas para el self, el lenguaje es obviado y el mensaje primitivo se expresa mediante el cuerpo. Con el acting out se trata de impedir que la representación de un acontecimiento doloroso, culpabilizante o amenazante llegue a la conciencia.

Joyce McDougall (9) denomina a estas personas «sordomudos del afecto». Ubica el origen de esta patología en la etapa preverbal en la cual habrían tenido lugar fuertes emociones. En esa obra, recoge varios casos clínicos de fusión madre-hijo, lo que ella denomina «un cuerpo para dos». En «La pianista» aparecen frases como «madre e hija unen sus cabezas, son una persona», las describe como «restos que solo pueden sentirse uno la una al lado de la otra». En esa etapa preverbal, existe una angustia arcaica ligada al temor de perder la identidad subjetiva. Ese temor es precisamente el caballo de batalla de Erika.

Respecto a la identidad, los teóricos cognitivo-conductuales actuales (17) retoman lo planteado por Skinner (18). Defienden que la identidad del yo tiene sobre todo una estructura narrativa. Destacan, por tanto, el esencial papel del lenguaje para la formación de la subjetividad. El «yo» es el sujeto en primera persona de las acciones que llevamos a cabo y de las sensaciones que nos llegan: Yo soy (fulano de tal), yo quiero (irme a mi casa), yo siento (frío, sueño...).... Recordemos que a Erika apenas se le ha permitido vivir ni en voz activa ni en primera persona. Para lograr sentir que es alguien, recurre en primer lugar a la voz reflexiva (hacerse cortes) y, por último, a la voz pasiva (ser pegada, ser violada). Ambos intentos, como luego veremos, serán en vano.

## ■ LA TRISTEZA

La tajante frase de Erika «No tengo sentimientos y, aunque los tuviera, nunca triunfarían sobre mi inteligencia» ejemplifican su tendencia a la intelectualización. Anna Freud dice que este mecanismo de defensa tiene por objeto la evitación sistemática de los afectos, mantenerlos a distancia (19). Más que no tener sentimientos, ha aprendido a no sentir para que los sentimientos no la maten. Como dice Pessoa, el poeta de la melancolía, «tuvo que olvidarse de sentir». El desgarrarse la piel actúa como el torniquete psíquico necesario para su supervivencia psicológica.

La tristeza de Erika más que expresarse con palabras, se hace carne. Su cuerpo siente que está muriendo, se siente en estado de putrefacción. En la novela las referencias al tiempo y la mella que hace en Erika son constantes. Al fin y al cabo, el cuerpo es el testigo directo de la decrepitud. Está absolutamente inmóvil, de luto por el cuerpo que un día fue.

## ■ EL MUNDO PRIVADO: ALGUNAS TEORÍAS DE LAS EMOCIONES

Llegados a este punto, parece conveniente detenerse un momento en el ámbito afectivo. Voy a hacer un breve recorrido por algunas teorías de las emociones. alguna de estas teorías explica por qué algunas personas sienten que no sienten.

Uno de los autores que más atención prestó al llamado mundo privado fue Skinner (18) que lo define como aquella parte del mundo «debajo de la piel» a la que sólo una persona tiene un acceso privilegiado. Este psicólogo enfatiza la construcción social del mundo emocional y resalta la importancia vital del lenguaje para la formación de la subjetividad.

Para este autor, la comunidad verbal de la que formamos parte configura a través del lenguaje una subjetividad interiorizada y autorreflexiva. La comunidad verbal nos enseña a observar nuestros estímulos privados mediante el reforzamiento de los enunciados que se refieren a ellos. Esos estímulos privados autoobservados constituyen la conciencia. Según Skinner, una persona criada en una comunidad que no reforzara las autodescripciones no sería consciente de nada, salvo de estar despierta. Además, lo que uno siente o debería sentir privadamente en diferentes circunstancias se define socialmente.

Parece lógico que en una persona como Erika Kohut que no ha sido estimulada por sus padres para prestar atención a sus sensaciones interiores, esta vida emocional esté infradesarrollada. Además, algunos estudios demuestran la existencia de alexitimia en los familiares de estos pacientes.

En otro orden de cosas, Marsha Linehan (20), especialista en el tratamiento de los trastornos límite, afirma que muchos de estos pacientes han crecido en ambientes en los que sus creencias sobre sí mismos han estado continuamente invalidadas, por lo que en su vida adulta presentan gran incertidumbre sobre sus sentimientos.

La teoría fenoménico-conductual de Heller (21) considera la emoción como una conducta en respuesta a una situación. En su obra «Teoría de los sentimientos», distingue entre el fondo y la figura de las emociones. Según él, el centro de la conciencia puede ocuparlo el sentimiento en sí o el objeto de dicha emoción. El sentimiento puede estar en primer plano (según esta terminología, sería la figura) o mantenerse como fondo del objeto. Por el contrario, cuando el sentimiento aparece como figura, los objetos de los sentimientos –objeto de amor, de miedo...- son relegados al fondo. Así, los sentimientos adquieren presencia y toman cuerpo, hasta el punto que se autoimponen como realidad psicológica y son corporalmente sentidos. De acuerdo con esta teoría, en las personas alexitímicas, los sentimientos permanecen en el fondo, aparecen en el foco de la conciencia con menos frecuencia que en otras personas que no presentan este rasgo.

Jean-Paul Sartre (22) considera las emociones como conductas. Según la teoría esbozada en «Bosquejo de una teoría de las emociones» se recurre a la emoción para disminuir, sustituir o rechazar una conducta que no se quiere o no se puede realizar. En este sentido, la emoción reemplaza a una conducta. Ambas son intentos de

solucionar un problema. Mediante la emoción se intenta transformar el mundo. Cuando los medios disponibles son imposibles, la conciencia intenta transformar la situación. Sartre define la emoción como «una brusca caída de la conciencia en lo mágico». Cuando es imposible modificar el mundo con nuestra conducta, la conciencia tiende a transformar esa situación mágicamente, mediante la emoción, acercándose a los estados de conciencia propios del ensueño. Las personas alexitímicas no pueden recurrir a ese mundo mágico con la facilidad de las personas que no presentan ese rasgo. Desde este punto de vista, siendo la emoción lo que reemplaza a la conducta, no es de extrañar que recurran más a la conducta que otra persona, aunque esa conducta sea normalmente ineficaz para solucionar el problema en cuestión.

Sartre prosigue: «Para comprender claramente el proceso emocional (...) es preciso recordar el doble carácter del cuerpo, que es por una parte objeto en el mundo y, por otra, lo vivido inmediato de la conciencia». Da la impresión que estos pacientes se relacionan primordialmente con su cuerpo de la primera forma, y sus repetidos intentos de acceder a la segunda son un fracaso. En el caso de la pianista, se puede afirmar que ni siquiera cuando la pegan o se corta logra sentir su cuerpo vivo. Incluso en la escena final en que se clava un cuchillo justo encima del corazón dice «Ninguno de los terribles dolores esperados a cada segundo comienza».

#### ■ EL FRENO DEL ACTING OUT

Como señala Freud, el paso a los procesos secundarios implica para el niño una reducción de la tendencia a obrar. Recordemos que los procesos secundarios están comprometidos con el principio de realidad y que este paso hace posible que la descarga de la energía pueda ser diferida.

Jean Piaget (23) señala la aparición del lenguaje como uno de los acontecimientos más importantes del desarrollo psíquico de una persona. Entre otros avances, da lugar a la interiorización de la acción. Esto hace que las conductas impulsivas del niño, se vayan sustituyendo por la conducta de reflexión. Esta conducta es el freno del acting out. Este concepto es recogido en los nuevos tratamientos del trastorno límite con el nombre de «mentalización» como el de Bateman y Fonagy (24). Con este término hacen referencia a técnicas que tratan de aumentar el insight de los pacientes.

Sin embargo, la pobreza de su mundo simbólico va más allá. En la novela apenas hay diálogos. Toda la trama se construye por medio de imágenes y fantasías de carácter predominantemente visual. De la protagonista destaca precisamente su habilidad de utilizar la mirada para escapar de la situación inmediata. No puede esconderse detrás de las palabras para ponerse a salvo.

Desde Kant, se ha conceptualizado el lenguaje como aquello que sirve para hacer del mundo un lugar habitable. Para Kant la palabra y las representaciones neutralizan la «cosa en sí», es decir aquello que es incognoscible y por tanto nos hace estremecer.

Más tarde, Schopenhauer, dotó a esa cosa en sí de un carácter más dinámico, posteriormente Lacan lo caracterizó como algo que nos acechaba y podía venir hacia nosotros en cualquier momento. Cada uno de esos autores le dio un nombre distinto: la voluntad, la pulsión de muerte, lo real... Siguiendo ese planteamiento, el lenguaje es una especie de velo o de barrera que sirve para ocultar eso horroroso y desconocido que nos acecha oculto tras la pantalla de la realidad que conocemos, la realidad construida por las palabras.

Desde una perspectiva del lenguaje bien distinta, gran parte de las teorías de la psicología del pensamiento afirman que desde pequeños aprendemos a categorizar o agrupar los estímulos para organizar nuestra percepción, a cada categoría le ponemos un nombre. Si todo ese sistema se viniera abajo, no nos resultaría difícil imaginar el caos en que quedaríamos sumidos.

#### ■ DESDE LA LINEA DE BANDA (25)

Para ilustrar este aspecto relativo al lenguaje, me voy a referir el discurso que Elfriede Jelinek preparó cuando recibió el premio Nobel. Es significativo que en una ocasión tan señalada enunciara un discurso sobre su difícil relación con el lenguaje. En ese discurso se queja de su perpetua lucha con las palabras. Dice que su lenguaje lucha por escapar de ella y, cuando se aleja, se lleva toda la realidad con él. Se lleva con él todas las representaciones de la realidad. Cuando esto ocurre, ella permanece en los márgenes, desde donde puede observar lo que sucede en la realidad. Al igual que su personaje se siente más una espectadora de su vida. Desde la línea de banda, que es precisamente el título de su discurso, observa la vida que siempre tiene lugar en otro lugar. Donde uno no está. Jelinek dice que todavía no ha muerto, pero ha traspasado ya la línea. Ella observa en soledad a los demás seres vivos desde la distancia.

Junto a ese margen en el que permanece está el vacío. Contempla a un lado la vida y a otro el vacío, sin osar adentrarse en ninguno de los dos. De esta forma tan gráfica, Jelinek ilustra la realidad existencial de muchos pacientes difíciles de encuadrar tanto dentro de la psicosis como dentro de la neurosis. Su lenguaje no se la ha roto del todo pero no la sirve para acceder a los demás (p.e cuando se corta repite sin cesar que está sola) ni tampoco para acceder a la realidad como argumenta Jelinek en su discurso. Su realidad se tambalea frecuentemente. De sus palabras se desprende que es consciente de la fragilidad de esa realidad construida por su lenguaje: «La tierra sobre la que estamos no es adecuada», «¿cómo se puede construir sobre un pozo sin fondo?»

¿Qué tiene para Jelinek de doloroso el lenguaje? Por una parte, se refiere a su necesario carácter imperfecto: siempre queda algo no dicho, algo que podría haberse dicho mejor, dice exactamente lo que habría sido mejor no decir. Como defendía Heidegger a propósito de los movimientos de avance y retroceso de la verdad, Jelinek dice que el lenguaje muestra y, a la vez, oscurece; revela y luego cubre otra vez el rastro que había dejado.

Por otra parte, hace referencia a la tiranía de un lenguaje que no es del todo el suyo. Dice que ese «perro», que es como ella llama a su lenguaje, que se supone que está ahí para protegerla, reclama su obediencia. «El lenguaje sabe lo que quiere, yo no», «se atreve a adoptar ese tono de mando conmigo»... Estas parecen palabras propias de alguien que conoce bien la naturaleza del lenguaje: «Siempre ha sabido más que yo» o «Está escuchando secretos que se supone que yo no debo saber y los transmite». Parece que hay alguien que no es del todo ella que habla a través de sus cuerdas vocales. No es totalmente dueña de sus propias palabras. Para ella «la solución sería, querido lenguaje, que escucharas antes de hablar». La solución sería que nos adueñáramos completamente de nuestras palabras, pero eso supondría sortear la división propia del ser humano y seguramente nos adentraríamos en el terreno de la psicosis. Mientras tanto, como dice Jelinek, «el lenguaje seguirá repitiendo lo que le han recitado» porque «él es nuestro carcelero».

Este discurso, aparte de ser una diatriba contra la naturaleza del lenguaje, toma un cariz más personal cuando señala directamente a un culpable de esta situación: la lengua de su madre. Dice «Desde el principio, estaba en mí, pero ningún padre estaba», «El lenguaje de mi madre se ha quedado, mi padre se ha ido». En «La pianista» es la madre la que parece hablar por boca de Erika: «No hay ninguna orden que Erika pueda dictar que no haya sido dictada ya por su madre».

El lenguaje opera como un mago, disfraza las cosas para que sean soportables. El de Jelinek no está siempre a su disposición, se va cuando quiere, dejándola en medio de las cosas. Erika Kohut trata de tapar el silencio con el lenguaje de las notas musicales pero ese lenguaje no le pertenece: repite el de otros, le ha sido impuesto. Cuando su madre quiere hacerla daño la condena al silencio. Ante la insuficiencia de su lenguaje, inventa una especie de código que escribe sobre su cuerpo, un código que sólo ella entiende. Por así decirlo, su mano inscribe sobre su cuerpo el grito que su garganta se niega a pronunciar. Algunas personas que se autolesionan llaman «amiga» a su cuchilla, dicen que la herida es un profundo secreto que sólo se atreven a contarse a sí mismas.

#### ■ LA LUCHA POR SER SUJETO

Según el filósofo Merleau-Ponty (26), el cuerpo es el único lugar donde se es sujeto y objeto a la vez. No es de extrañar que, siendo esa la lucha por excelencia de Erika, tenga lugar precisamente allí. Para Jelinek la subjetividad es un mito, una ficción. En la novela, Erika es tratada como un fetiche por su madre, como un objeto de su propiedad. En los únicos momentos en que la vemos ejercer como sujeto de la acción es cuando da rienda suelta a sus perversiones voyeuristas: cuando espía a las parejas teniendo relaciones sexuales, en las cabinas pornográficas...

Su lucha por tener una identidad subjetiva toma forma concreta en su deseo de mirar, en lugar de ser mirada. Es precisamente en esos escenarios donde tiene lugar la subversión de los roles sociales: el deseo de mirar es típicamente masculino, normalmente es la mujer la que es mirada. En el caso de Erika, el objeto que es mirado se convierte en sujeto que mira. Pero es algo más que subversión de roles sociales, es su drama personal: huir de la mirada de su madre, quien la educó para ser un objeto de exposición destinado a ser mostrado en los recitales. La mirada es una prolongación del tacto (en su caso limitado al piano). En lo que se refiere a mirar, ha llegado a la cumbre de su sensibilidad. Pero no logra escapar de la mirada de su madre: en la novela se dice que Erika mira a sus alumnos con una mirada que cortaría el cristal, igual que su madre la miró el día que falló en el recital.

También aparecen roles invertidos en sus fantasías de ser violada. Es ella la que le dicta a un hombre cómo debe ser torturada y violada, en una muestra de dominación en la sumisión. Como dice Robert Stoller (27), es el masoquista el que dicta cómo de prieta debe estar la cuerda que le ata.

Al final, fracasa en su lucha por ser sujeto, ni siquiera logra ser sujeto pasivo: se da cuenta de que todas las órdenes que le dicta a Walter le fueron dictadas a ella por su madre. Las escenas en que se describe a Erika como un objeto inerte son abundantes. Pero es sobre todo en los brazos de Walter donde Erika se muestra como un cadáver más en acto que en potencia. Cuando está con él, nota que su cuerpo ya no es carne. Algo se encierra dentro de ella, «se convierte en un tubo de metal cilíndrico». Lo mismo ocurre en el cuerpo de él, ella lo fetichiza: en el momento en que se convierte en un cuerpo para ella, un cuerpo que puede ser tocado, se vuelve completamente abstracto para ella, pierde su carne. Cada uno se convierte en un medio para el otro, no hay relación recíproca entre dos personas, sólo goce autístico. Son mutuamente extraños. En esta situación, ella quiere desaparecer en él, ser devorada por él, no ser nada, como comentaba anteriormente sobre la víctima del caníbal.

Esta tendencia del ser vivo a volver al estado inorgánico, se corresponde con la noción de pulsión de muerte del psicoanálisis clásico. Se pone de manifiesto en los fenómenos de repetición, en el sadismo y el masoquismo, en las conductas autodestructivas... La novela ofrece un amplio catálogo de estos fenómenos.

#### ■ EL ESCENARIO: LAS FANTASÍAS

Las fantasías son escenas susceptibles de ser representadas en forma casi siempre visual, el sujeto está siempre presente en ellas. En las fantasías son posibles las permutaciones de papeles, esto posibilita la identificación con el agresor frecuente en estos trastornos.

El filósofo francés Bataille dice a propósito de los personajes de Sacher-Masoch que las víctimas hablan con la hipocresía propia de un verdugo (al fin y al cabo, son verdugos de sí mismos). Por el contrario, respecto a los personajes del marqués de Sade, dice que su lenguaje es esencialmente el de una víctima, afirma «sólo las víctimas pueden describirnos las torturas» (28).

En el masoquismo las fantasías son normalmente de suspensión. Además, los rituales de suspensión física como estar colgado son habituales. En palabras del filósofo francés Gilles Deleuze (28), estas personas están suspendidas en el dolor esperando el placer. No es que encuentre placer en el dolor, sino que el dolor o la humillación son condición indispensable para obtener el placer.

Para algunos autores como Daniel Lagache (19), el sadomasoquismo no solo está ligado a la relación sexual, sino que para él la relación del tipo dominio-sumisión es la dimensión fundamental de la relación intersubjetiva e intrasubjetiva. En el caso de la relación de Erika consigo misma, podría decirse que espera que su vida comience suspendida en el dolor de ser consciente de que su cuerpo va muriendo. Como si no tuviera derecho a vivir sin provocarse dolor, sin morir un poco primero.

La función de la fantasía es poner el deseo en escena, en una escena en la que lo prohibido juega un papel protagonista. Normalmente siempre se repite la misma escena, es una escena que se para en un punto. Son escenas fijas, inacabadas: látigo que no acaba de desgarrar la piel, golpes que no acaban de llegar al estómago...

Stoller (27) afirma que las parejas sadomasoquistas fijan unas reglas de manera que puede afirmarse que se hacen menos daño que muchas parejas llamadas «normales». Erika confiesa al final que la aterra ser pegada. Cuando Walter lee la carta en que Erika especifica cómo quiere ser torturada, Walter dice que lo que se lee entre líneas es «Por favor, no me pegues». Podría ser que en su caso, la perversión cumpla una función protectora.

Dentro de la corriente psicoanalítica, algunos piensan que esta fantasía que tiende a repetirse –fantasma- siempre se para en el mismo punto debido al terror que les produce la escena que va después. La fantasía en que está encerrada en un pasillo estrecho por el que se tiene que arrastrar aparece varias veces en la novela. Ese pasillo no tiene aberturas, apenas hay espacio, no tiene puerta. Ella escucha los pasos de un hombre que se acerca cada vez más, pero no puede atraparla porque no hay puerta por la que pueda entrar al lugar donde ella está...

En cuanto al significado de las fantasías de violación, algunos autores destacan la presencia de este tipo de fantasías en personas que han sido violadas. Otros autores sugieren que son una ruta alternativa de sus supuestamente inapropiados deseos sexuales.

Al principio de la novela Erika afirma que solo en sus fantasías está a salvo de su madre. Pero cuando le desvela su secreto a Walter, le explica que su fantasía suprema es estar atada cerca de su madre, pero inaccesible para ella. Parece que la fantasía de Erika implica un deseo de castigar a su madre forzándola a presenciar su transición a la sexualidad genital, teniendo sexo con Walter. Para algunos autores de corriente psicodinámica esto puede leerse como una especie de reverso de la escena primaria.

### ■ LA REESCRITURA DEL UNIVERSO

Sartre afirmó: «El proyecto fundamental del ser humano es ser Dios». Este aspecto tiene un papel protagonista en las perversiones en que me voy a detener. Janine Chasseguet-Smirgel en «Ética y estética de las perversiones» (29) concibe las desviaciones de la conducta sexual como un intento de reescritura del universo. Así por ejemplo Stekel describe el caso de un fetichista que escribía una biblia al revés.

Las perversiones de Erika incluyen: voyeurismo, erotismo uretral (obtener placer en la micción), masoquismo y sadismo. Para Freud, el niño es un «perverso polimorfo» porque obtiene satisfacción sexual de la satisfacción de las funciones corporales no ligadas directamente con la relación sexual genital. De hecho todos sus intentos de relación genital normal fracasan.

Otro ejemplo de conducta perversa en el que se puede apreciar este «querer-ser-Dios» es por ejemplo el Calígula retratado por Albert Camus (30). Calígula sólo quería hacer posible lo imposible. Soñaba con tener la luna. Calígula pretendía destronar a Dios, se travestía de Venus. Siendo Dios podría cometer incesto con su hermana.

También en Sade puede apreciarse esta característica (29). Éste emprende una lucha contra la Naturaleza y contra Dios «por la tristeza en que nos sumió». El discurso de la naturaleza, nos advierte Sade, nos dice que nuestro padre o nuestra madre no son máspreciados a los ojos de Dios que el del último de los gusanos que se arrastra por la faz de la tierra. Por esta razón, los personajes sadianos destronan a Dios. También en «La pianista», en la escena de automutilación genital, dice que quiere separar lo que Dios o la Naturaleza ha unido.

El telón de fondo de todas las perversiones es la transformación de la realidad, en Erika se focaliza sobre todo en su lucha contra el tiempo: ella busca una vuelta hacia atrás en el tiempo, «un orden cronológico trastornado». También los personajes sadianos tratan de destruir la realidad para crear una nueva. Niegan la muerte en tanto que fin absoluto.

Freud expuso en «Neurosis y psicosis» (31) que: «en la neurosis no se niega la realidad, simplemente no se quiere saber nada de ella, en la psicosis se niega y se busca reemplazarla». La perversión se concibe como una «locura parcial», se niega parte de la realidad. El perverso encuentra la manera de escapar de los sufrimientos del neurótico sin romper los lazos con la realidad. Se crea un universo extrayendo sus materiales de elementos de su mundo interno, lo rellena con sus propias ficciones, porque las ficciones del neurótico son insuficientes para él.

### ■ TRANSGRESIÓN

El autor que más atención prestó a la transgresión fue el filósofo francés Foucault. Para algunos críticos literarios la automutilación de Erika es una muestra de lo que Foucault llamó «Contra-discurso»: un intento de forjar una subjetividad alternativa

a la propuesta por la cultura dominante. Es como si, dirigiéndose a los miembros de la sociedad patriarcal, les estuviera diciendo «¿Queréis que esté castrada? Pues aquí lo tenéis». Tras salir del cuarto de baño, su madre confunde la sangre de Erika con la menstruación, nuevamente la lectura como contradiscurso es también posible: «¿Queréis que sangre? Pues lo haré» (32).

Desde otra perspectiva, puede entenderse también como un ataque velado contra su madre. Durante toda la escena, su madre la llama para cenar. Da la impresión de que ella dirige contra sí misma los reproches que no osa dirigir contra su madre.

### ■ CRÍTICA SOCIAL: LA CARENCIA DE IDENTIDAD

Los personajes de Elfriede Jelinek reflejan la imposibilidad de la individualidad y la identidad en la sociedad contemporánea. Para la escritora austriaca, todo es repetición e imitación, todo se ha convertido en una imagen superficial, hasta el punto de afirmar que no existe nada bajo la superficie. Por eso, Erika Kohut, harta de vivir en el mundo de las apariencias, siente la necesidad de ver películas pornográficas en que se muestra lo auténtico de las personas: celulitis, granos, arrugas... Al final, triunfan las apariencias: Walter, que representa el mundo de las apariencias viola a Erika y al día siguiente, actúa con ella como si no hubiera pasado nada.

El discurso de la sociedad capitalista en que vivimos es el de la sacralización de los objetos: los objetos tiranizan a los sujetos, los cuerpos mismos entran en el mercado de los objetos. Algunas películas como «El último tango en París» (33) o «Intimidad» (34) describen las vidas de personas que se unen en un apartamento precisamente para dejar de serlo. En «El último tango en París» el personaje interpretado por Brando pone como única condición el no tener nombre. Como cité al principio a propósito del caso del canibal alemán, aunque en ese caso se llevó hasta sus últimos extremos, el sujeto se coloca en la posición de un objeto de consumo, se consumen el uno al otro. Lejos de establecer un vínculo social como en una relación afectiva, se proponen un goce autista, cada uno goza por separado.

### ■ LA FUNCIÓN DEL SÍNTOMA

Volviendo al terreno de la sintomatología, voy a dedicar unas líneas a las funciones que cumplen estos síntomas.

#### *Función de las conductas perversas*

Para Robert Stoller, las conductas sexuales perversas representarían un intento de librarse de un sentimiento de humillación experimentado en la infancia (35). En esta línea coincide con Heinz Kohut (36) quien en su análisis de las patologías narcisistas destaca la importancia de un sentimiento de humillación muy marcado en este tipo de pacientes.

Stoller (35) considera la agresión como el factor básico común a todas las perversiones, una agresión que permita al sujeto vengarse del daño sufrido en la infancia. En relación al sadomasoquismo, tal y como expone en «Dolor y pasión», algunas personas empezaron a desarrollar ese tipo de fantasías para escapar de una situación de dolor físico de la que era imposible escapar realmente. Se produce en estas personas un proceso de erotización del sufrimiento. Esto es compatible con la explicación que aportan las teorías del aprendizaje sobre las parafilias: por un proceso de condicionamiento, se produce una asociación entre el dolor y el placer sexual. En la novela, Erika dice que para ella el placer sexual está ligado al miedo, siempre que aparece uno, el otro no puede andar demasiado lejos.

Otto Kernberg (37) afirma que el afecto principal de la perversión es el odio. De esa manera, los biógrafos de Sade hablan de un intenso odio de éste a su madre, de ahí su intenso odio a los valores matriarcales. Un ejemplo de esto aparece en las palabras de una paciente que se autolesiona «Me conforta pensar que me vean muerta», de estas palabras se desprende cierto deseo de venganza subyacente.

La dinámica perversa, expone Kernberg, es circular: por una parte se busca la venganza, la destrucción del objeto; por otra, paradójicamente, ese objeto es necesitado y deseado. Esta dinámica se observa en la relación de los maltratados con su pareja.

#### *Función de las autolesiones*

Para tratar esta cuestión, hay que plantear una clasificación de los diferentes tipos de autolesiones, ya que es previsible que según el tipo cumplan una función diferente.

- Las autolesiones estereotípicas como golpes en la cabeza repetitivos se dan sobre todo en deficientes, autistas o pacientes del síndrome de Gilles de la Tourette. No hay un acuerdo unánime acerca del significado o función de estas conductas, pero muchos autores coinciden en afirmar que estos pacientes tienen un umbral sensorial más elevado, por lo que los golpes serían una forma de autoestimulación.
- La autolesión superficial o moderada: en esta categoría se incluyen cortes, quemaduras, excoriaciones en la piel, abrir viejas heridas... El efecto que refieren tener estos pacientes es un efecto calmante.
- La automutilación: es menos frecuente. En esta categoría se incluyen la castración, enucleación de los ojos, arrancamiento lingual... Aparte de algunas prácticas culturales como la ablación, esta conducta aparece en algunos pacientes psicóticos, en algunas personas con trastorno de identidad sexual y en pacientes con trastornos severos de la personalidad (especialmente el trastorno límite) al que luego volveré a referirme.

En cuanto a los pacientes psicóticos que se automutilan, algunos autores destacan el aspecto simbólico de estos actos (p.e. arrancarse los ojos para no seguir viendo). En esta línea, Bruno Bettelheim dedica su libro «Heridas simbólicas» a este tema (38).

Para Chasserget-Smirgel, el acting out tiene por objeto el evitar la elaboración psíquica de los problemas (35). Un ejemplo de esto es cuando Erika recuerda una vez en que se equivocó tocando el piano y su madre la pegó en la mano, inmediatamente, para interrumpir el recuerdo, se clava alfileres en la mano y debajo de las uñas, impidiendo que el sentimiento de culpa apareciera en el campo de la conciencia.

Dentro de la teoría cognitivo-conductual, Favazza define estas conductas autodestructivas como una forma de afrontamiento que sirve para regular el afecto, reducir tensiones o acabar con un episodio disociativo (3). Proporciona un alivio rápido, pero temporal. Así, por ejemplo, una paciente afirma que cuando no sabe cómo solucionar un problema se corta y se dice «No pasa nada, es sólo un corte, un poco de sangre».

Dentro de esta corriente otros autores destacan otras funciones: aliviar un dolor emocional intenso, escapar sentimientos de confusión o de vacío, recuperar el control sobre su cuerpo, sentir unidad, respuesta a un intenso sentimiento de culpa, evitar un dolor psicológico mayor y menos soportable...

Favazza ha elaborado la llamada «Hipótesis del escape» para tratar de explicar algunas conductas como las autodestructivas, los atracones de comida, el consumo de tóxicos y los intentos de suicidio «en cortocircuito». Según este autor, estas personas encuentran muy aversiva la conciencia de sí mismas y buscan escapar de ella. Estas conductas responderían a un deseo de escapar a la autoconciencia. Durante esos episodios se produce un salto o estrechamiento cognitivo: se focaliza la atención solo en las sensaciones corporales inmediatas, no dejando así espacio en el campo de la conciencia para pensamientos intrusivos, sentimientos de culpa...

El modelo tiene particular importancia puesto que en él se basa el único tratamiento específico que existe para estas conductas: el programa SAFE, que se aplica en Berwyn, Illinois. También han demostrado su eficacia en la reducción de este tipo de conductas autolesivas la terapia dialéctico-conductual de Marsha Linehan, Terapia focalizada en la transferencia (llevada a cabo en la Universidad de Cornell, liderada por Otto Kernberg) y la terapia que Bateman y Fonagy llevan a cabo en el Hospital de Día de Halliwick (Reino Unido).

## ■ TRASTORNOS LÍMITE

Bajo este epígrafe se incluyen algunas patologías limítrofes con la esquizofrenia.

Para Kernberg las conductas autodestructivas aparecen dentro del espectro de las patologías masoquistas. Recordemos que el masoquismo no tiene solo una connotación sexual. Así la noción freudiana de masoquismo moral se refiere a la búsqueda de algunos sujetos de la posición de víctima, debido a un sentimiento de culpabilidad inconsciente (p.e una paciente de 18 años que dice que se acuesta con personas de mucha mayor edad que la repugnan, lo que la hace sentirse culpable después). Para Kernberg, los llamados «síndromes masoquistas» pueden aparecer en el nivel neurótico

de la personalidad (p.e. enamoramiento masoquista) y, sobre todo, en el nivel límite o fronterizo de la organización de la personalidad. Esta organización o estructura de la personalidad es un concepto más amplio que el «trastorno de personalidad límite» que aparece en los manuales de clasificación diagnóstica al uso (35).

Otro autor que recoge en sus teorías algunos aspectos que han aparecido a lo largo de mi presentación es Zilboorg que acuñó el término de «esquizofrenia ambulatoria» para el diagnóstico de personas que sufrían episodios psicóticos transitorios en situaciones de gran carga emocional. Para Zilboorg, estos pacientes se caracterizaban también por tener intereses sexuales anómalos, esencialmente de naturaleza sadomasoquista. En esta línea, Helen Deutsch dentro de las personalidades «as if», incluye a aquellas personas que llevan una vida aparentemente normal, pero destacan por su aparente ausencia de sentimientos y falta de identidad. Para Deutsch estas personas tendrían características prepsicóticas. También, Hoch y Polatin incluyeron bajo el epígrafe de «Esquizofrenia pseudoneurótica» a las personas que se caracterizaban por una fuerte distorsión en el sentido del self y la imagen corporal. Por último, Sandor Rado habla del «déficit propioceptivo» de los pacientes esquizotípicos, que se caracterizan, entre otras cosas, por su conciencia distorsionada del self corporal (39).

En otro orden de cosas, Marsha Linehan (desde una aproximación cognitivo-conductual) dice a propósito de Kernberg, que para éste la ira y el odio son las principales emociones subyacentes a esta patología. Para ella estas emociones son el producto de la incapacidad de estos pacientes de aceptar la realidad tal como es. Linehan aboga por el enriquecimiento recíproco de ambas teorías, por muy diferentes que puedan parecer a simple vista.

## ■ EL CREPÚSCULO DE LA MENTE

Por último, para ilustrar la situación de este tipo de pacientes difíciles de encuadrar tanto en el terreno de la psicosis como el de la neurosis, voy a utilizar la descripción que hizo la propia Jelinek a propósito del estado mental de Erika. Ésta se identifica con los primeros momentos del declinar mental de dos figuras de la música clásica que enloquecieron: Franz Schubert y Robert Schumann. Se identifica no con el Schumann cuyos pensamientos ya le habían abandonado, sino con el Schumann justo antes de llegar a este punto. Jelinek, cuyo padre músico murió en un psiquiátrico, dice que hay muchos matices, muchos tonos intermedios entre el gris y el negro. Erika, está recorriendo lentamente esa distancia que la separa de la nada. La escritora describe a la pianista como alguien que va oscureciendo sin darse cuenta, sin llegar a la apoteosis final de la desaparición de la consciencia.

El filósofo alemán Theodore Adorno (40), llama a ese momento de la vida de Schubert «El crepúsculo de la mente». Se refiere a esa fase en la que él sabía lo terrible que sería la pérdida de sí mismo antes de ser totalmente abandonado. En esa fase se aferraba a toda costa a los restos de él mismo que se estaban desvaneciendo poco a poco.

La elección de esos dos autores no es casual. Schubert llevaba un estilo de vida que muchos calificarían de autodestructivo. Los críticos musicales dicen que hay un aspecto distintivamente mecánico o, si se prefiere inorgánico, en la repetición propia de la obra de ese autor –que es precisamente la que Erika interpreta en toda la novela-. El filósofo alemán, Adorno, destaca la trágica conciencia de la muerte en su última etapa, su obra está plagada de silencios interpolados como súbitas apariciones de una muerte inminente. Podría decirse que su obra final es un paseo por un paisaje desértico devastado por la muerte, no por su propia muerte, sino por la Muerte en sí, con mayúsculas. Es música con una conciencia de vacío. Erika deja entrever que ha contemplado ese paisaje desértico que ofrece al espectador una inusual panorámica del vacío y de la plenitud al mismo tiempo, cuando afirma que ningún crítico musical entiende realmente el Réquiem de Mozart, ya que este es un himno a lo indeterminado, a lo inefable. Algo que ella parece conocer muy de cerca.

El desierto helado aparece también en sus fantasías. Aparece un paisaje helado que crece en la distancia, un paisaje sin camino, sin castillo donde refugiarse. Esta sola y asustada en medio de esa tierra baldía... Sin embargo, surge inmediatamente la fantasía del pasillo estrecho, como si esta fantasía tuviera para ella una función protectora de la que no pudiera prescindir.

En su universo simbólico el lenguaje musical desempeña un papel protagonista. Ya hablé antes de esas cinco líneas impuestas por su madre que controlaban su vida. Aunque parezca contradictorio, solo entre esas líneas encuentra seguridad. A ella no se la ha roto el lenguaje como le ocurrió a Schumann, pero tampoco le sirve ni para acceder a los demás ni a sus propios sentimientos. Respecto a Schumann, cabe recordar que empezó escuchando el do dentro de su cabeza. Luego al do se le añadió el fa sostenido. Unos días después comenzó a escuchar una orquesta dentro de su cabeza, él creía que era Mendelsohn que le enviaba mensajes musicales. Por último, las voces angelicales que le impelían a tocar música celestial se transformaron en alaridos de hiena.

Si la comparamos con Nietzsche (41), alguien que sí se adentró en ese desierto en el que, utilizando sus propias palabras, «las piedras son más piedras que antes» vemos que Erika es una experta en detener el pensamiento ante los primeros destellos de las tinieblas (cosa que el filósofo hubiera criticado duramente) ya sea haciendo surgir una de sus fantasías o llenando su vacío con un acting out. Pasea de puntillas en el mundo de los desechos y objetos muertos, pero no acaba de dejarse deslumbrar por el brillo de la oscuridad. No llega a «morir de inmortalidad» como el filósofo, tras vanagloriarse de haberse soltado de los grilletes que le sujetaban a la realidad. Más bien su cuerpo es demasiado consciente de estar muriendo. De ahí la enorme tristeza de la pianista, que necesita escuchar sus propios estertores para sentirse viva.

Por otra parte, la ya póstuma Erika tampoco logra escapar de su cuerpo muerto como hizo el filósofo. Algunos biógrafos afirman que Nietzsche enloqueció al identificarse con Zaratustra, «al ser visitado por la sombra del superhombre», trascendien-

do así de su estatus de hombre mortal. Así, en «Así habló Zaratustra» (42) afirma: «Zaratustra ha superado la gran repugnancia por el hombre, el hombre es no-forma, materia bruta, piedra mal desbastada que espera un escultor» o «¡Y he aquí que mi martillo se desencadena cruelmente contra la prisión de esta imagen! (...) Astillas de piedra vuelan pulverizadas».

Cuando habla de la locura de Schubert o del Réquiem de Mozart, parece hablar como alguien que ha sentido sobre su piel el soplo del espacio vacío. Sin embargo, aunque intuye el abismo, logra aplazar esa visión con un trozo más de carne desgarrada. No quiere morir aplastada bajo el peso de ese infinito denominado cosa, pulsión, repetición, vacío, lo real...

Aunque no llega a ser mártir en la cruz del pensamiento –como dice Thomas Mann de Nietzsche– tampoco logra acoplarse del todo a la cruz del neurótico. Según Alfred Adler, el neurótico está clavado en la cruz de su ficción. Nuestra vida se asienta sobre una serie de ficciones. En «La filosofía del como si», Hans Vaihinger (43) explica que vivimos con la creencia de que el mundo (con nosotros y nuestros seres queridos dentro) estará aquí mañana, como si conociéramos en su totalidad lo que es bueno y malo, como si hubiera un cielo o un infierno... Todos estos supuestos sobre el futuro guían nuestro presente.

Erika no puede preocuparse por el futuro porque ni siquiera puede creer en el presente. Su auténtico drama es no poder creer en lo que ya es. Su sufrimiento guarda muchos paralelismos con el de Fernando Pessoa, el poeta de la melancolía, que definía su drama como la melancolía de no sentir, no vivir, no ser «No soy nada», «¡Si al menos enloqueciese de verdad!, pero no, es este estar entre, estar casi... Un interno en un manicomio es al menos alguien» (44)

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Andreasen, N.C.; Bardach, J., «Dysmorphobia: symptom or disease?». *Am J Psychiatry*, 1977, 134, p.p. 673-676.
2. Zlotnick, C.; Shea, M.T.; Pearlstein, T.; Simpson, E.; Costello, E.; Begin A., «The relationship between dissociative symptoms, alexithimia, impulsivity, sexual abuse and self mutilation», *Comprehensive Psychiatry*, 1966, 37 (1), p.p.12-16.
3. Favazza, A.R.; Conterio, K., «Female habitual self-mutilators», *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 1989, 79.
4. Alao, A.; Yolles J.C.; Armenta, W, «Genital self mutilation», *Psychiatr Serv*, 1999, 50, p.p.1362-1363.
5. Jelinek, E., *La pianista*. Barcelona, Mondadori, 1993.
6. Favazza, A.R., *Bodies Under Siege: Self Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*, Baltimore, John Hopkins University Press, 1987.

7. Menninger, K., *The man against himself*. New York, Harcourt, Brace and World, 1938.
8. Sartre, J.P., *El ser y la nada*. Buenos aires, Losada, 1977
9. Mc Dougall, J., *Teatros del cuerpo*. Madrid, Julián Yébenes, 1991.
10. Laing, R.D., *El yo dividido*. México DF, Fondo de Cultura Económica, 1974.
11. Kierkegaard, S., *La enfermedad mortal*, Buenos Aires, Santiago Rueda Ed., 1941
12. Colina F., *Escritos psicóticos*. Madrid, Dor, 1996.
13. Céline, L.F., *Viaje al fin de la noche*. Barcelona, Edhasa, 1995.
14. Bulbena, A., «Psicopatología de la afectividad». En: Vallejo Ruiloba, J., *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona, Masson, 1998.
15. Jaspers, K., *Psicopatología general*. México, Fondo de Cultura Económica, 1993.
16. Marty, P., *El orden psicósomático*. París, Payot, 1980.
17. Wilson K.G., Luciano M.C., *Terapia de aceptación y compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid, Pirámide, 2002.
18. Skinner, B.F. *Conducta verbal*. México, Trillas, 1981.
19. Laplanche J., Pontalis J.B., *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona, Editorial Labor, 1974
20. Linehan, M.M., *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, Guilford, 1993.
21. Heller, A., *Teoría de los sentimientos*. Madrid, Fontamara, 1987.
22. Sartre, J.P., *Bosquejo de una teoría de las emociones*. Madrid, Alianza, 1971.
23. Piaget, J., *Seis estudios de psicología*. Barcelona, Seix Barral, 1979.
24. Bateman, A.; Fonagy P., «Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: a 18 month follow-up», *Am J Psychiatry*, 2001, 158, p.p. 36-42.
25. [www.nobelprize.org/literature/laureates/2004/jelinek-lecture-e.html](http://www.nobelprize.org/literature/laureates/2004/jelinek-lecture-e.html)
26. Merleau-Ponty, M., *Fenomenología de la percepción*, Barcelona, Península, 1975.
27. Stoller, R., *Dolor y pasión*, Buenos Aires, Manantial, 1998.
28. Deleuze, G., *Presentación Sacher-Masoch*, Madrid, Taurus, 1973.
29. Chasseguet-Smirgel, J., *Ética y estética de las perversiones*. Buenos Aires, Amorrortu, 1992.
30. Camus, A., *Obras 1*. Madrid, Alianza, 1991.
31. Freud, S., *Obras Completas.*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1972-1975.
32. [www.brightlightsfilm.com/36/pianoteacher.html](http://www.brightlightsfilm.com/36/pianoteacher.html)
33. Bertolucci, B., *El último tango en París*. Madrid, MGM/UA Home vides, 1990.
34. Kureishi. H., *Intimidad*, Barcelona, Anagrama, 1999.
35. Eguíluz I., Segarra R., *Introducción a la psicopatología*. Barcelona, Grupo Ars, 2005.
36. Kohut, H., *La restauración del sí-mismo*. Barcelona, Paidós, 1980.

37. Kernberg, O., *Relaciones amorosas. Normalidad y patología*. Buenos aires: Paidós, 1995.
38. Bettelheim, B., *Symbolic Wounds*, Glencoe IL, The Free Press, 1954.
39. Martínez Rodríguez, J.M., «Evolución del concepto de trastorno límite en el presente siglo». En: *Psicosis y trastornos límites*, Valladolid, Junta de Castilla y León, 1991.
40. Adorno, T., *Quasi una Fantasia: Essays on Modern Music*, London, Verso, 1992.
41. [www.nietzscheana.com.ar](http://www.nietzscheana.com.ar)
42. Nietzsche, F., *Así habló Zaratustra*. Madrid, Alianza Editorial, 1998.
43. [www.nietzscheana.com.ar/vaihinger.htm](http://www.nietzscheana.com.ar/vaihinger.htm)
44. Pessoa., F., «Esta vieja angustia» en: *Antología de Álvaro de Campos*, Madrid, Alianza, 1987.

Rebeca García Nieto  
P.I.R. del C.S.M. «Delicias»- Valladolid  
Hospital Psiquiátrico «Doctor Villacián». Valladolid

Domicilio del centro  
Paseo Juan Carlos I, Nº 18  
47012- Valladolid  
Tel.: 983-228044  
Fax: 983-228322

Dirección personal  
C/ García Morato 29-A, 2ºT  
47007- Valladolid  
Tel.: 983-132368  
E-mail: [rebecag2001@yahoo.es](mailto:rebecag2001@yahoo.es)



*Joana Alegret, Elisenda Castanys, Susana Ochoa*

## EL TRABAJO EN RED PROFESIONAL EN SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL

OCCUPATIONAL NETWORKS FOR PROFESSIONALS INVOLVED IN CHILD AND  
ADOLESCENT MENTAL HEALTH

### RESUMEN

Las autoras exponen en este artículo los resultados de una investigación realizada en dos centros de Salud Mental Infantojuvenil de Cataluña, sobre la realización de trabajo en red profesional en las consultas ambulatorias. El estudio recoge las actuaciones efectuadas en los casos seleccionados, haciendo una distinción entre el trabajo de atención directa con el paciente y su familia y el trabajo indirecto con los profesionales. Se pretende estudiar el tipo de relación entre la cantidad de trabajo entre profesionales y el diagnóstico del paciente, la tipología familiar, el género y las características propias de cada centro de atención. Una segunda intención es conocer las características del TRP (trabajo en red profesional) en cuanto al tiempo utilizado, formas de contacto y tipos de relación entre profesionales.

Se hace una distinción conceptual sobre lo que es la coordinación y el trabajo en red profesional o trabajo indirecto, definiendo éste como la intervención que surge a consecuencia de las propias necesidades de cada caso.

### ABSTRACT

The authors will expose in this article the results of an investigation realized in two community-based child mental health centers located in Catalonia, about the achievement, of working in a net of professionals. This study collects all the professional acts concerning a number of selected cases, distinguishing between working directly with the patient and his/her family and working with other professionals. The study intends to establish the type of relationship existing between the fact of working in a net and patient's diagnosis, family pattern, gender and characteristics of each community mental health center. A second objective is to know the characteristics of the professional net work (PNW) related to consumed time, types of contact and of relationship among professionals. There is a conceptual distinction between coordination and PNW or indirect work.

The study puts a especial emphasis to remark that there is a great investment of the professional time schedule dedicated to the indirect work in child and adolescent attention, and this indirect

El estudio pone especial énfasis en resaltar cómo en la atención a niños y jóvenes existe una gran inversión del tiempo profesional dedicada al trabajo indirecto y cómo éste, en muchas ocasiones, es uno de los pilares fundamentales que permitirá el abordaje del trabajo con la familia y el paciente, facilitando una relación funcional entre servicios y familia.

*Palabras clave:* Trabajo en red profesional (TRP), coordinación, salud mental infantojuvenil, interconsulta, contextos de cooperación interprofesional.

work is one of the fundamental basis that will allow further working with the patient and his/her family, facilitating a functional relationship among services and family.

*Key words:* Professional networking, coordination, child and adolescent mental health, interconsultation, interprofessional cooperation contexts.

## ■ INTRODUCCIÓN

La peculiaridad del sujeto infantil ha sido un rasgo diferencial en el campo de la Salud Mental Infantojuvenil (SMI). Desde su origen la atención a las problemáticas de los niños/as, chicos/as ha iniciado nuevas formas técnicas que se adaptan al sujeto en crecimiento. Por ejemplo, todo lo que se desprende de las formas comunicativas específicas en las etapas evolutivas, (juego, dibujo, lectura de la expresividad psicomotriz) tuvo la necesidad de desarrollarse en relación con la atención a los problemas psicológicos de los menores.

Una característica notoria de la edad evolutiva es su dependencia del entorno. Es por ello que el trabajo con el entorno será fundamental en las respuestas que los técnicos damos cuando nos consultan por presencia o riesgo de psicopatología.

En el presente, el trabajo con las familias de los niños/as, chicos/as, está ampliamente reconocido en SMI. Esto no ha sido siempre así si se partía de determinados modelos.

Además de la familia, a menudo están implicados en la situación agentes de salud (1) ubicados en diferentes equipamientos comunitarios: colegio, servicios sociales, sanidad, etc. Es un paso necesario el pensar en las funciones que cada uno de los profesionales desarrolla respecto a la familia pues, a veces, estos suplen funciones que no se encuentran en las familias.

Tendencialmente en SMI se ha ido desarrollando la costumbre de establecer contacto entre los profesionales con motivo de un mismo caso. La primera diferenciación que hay que hacer es que los contextos de cooperación interprofesional pueden ser varios. Lamas (2) los recopila tal como se muestra en las tablas 1 y 2.

Tabla 1  
 Contextos sincrónicos de cooperación

CARACTERÍSTICAS	COLABORACIÓN	CONSULTA	FORMACIÓN	SUPERVISIÓN
Denominación de los participantes	Profesionales de la salud que trabajan en red	Consultor y consultante	Didacta y alumno	Supervisor y supervisado
Relación	Simétrica o complementaria	Complementaria no jerárquica	Complementaria jerárquica	Complementaria jerárquica
Metacontexto	Trabajo en red interinstitucional	Informal o institucional	Escuela o centro de formación	Institución
Supone	Objetivos diferentes con estrategias compatibles sobre el mismo caso	<i>Consultor:</i> Otro punto de vista <i>Consultante:</i> Confusión	<i>Didacta:</i> Conocimientos y método <i>Alumno:</i> Saber adecuar enseñanzas a su trabajo.	<i>Supervisor:</i> Conocimientos <i>Supervisado:</i> Seguir líneas maestras
Produce	Rentabilidad y eficacia	Consejos	Títulos (reconocimiento social)	Capacitación progresiva
Responsabilidad	Compartida	<i>Consultor:</i> Sobre los consejos <i>Consultante:</i> Sobre el caso	<i>Didacta:</i> Sobre el programa formativo <i>Alumno:</i> Sobre educación	Del supervisor (progresivamente más compartida con el supervisado)

### Terminología utilizada

A menudo, se utiliza la palabra «coordinación» como expresión de todo contacto interprofesional. Otros autores (3) emplean el término de forma diferente. Para el presente trabajo diferenciaremos:

- Contexto sincrónico de colaboración (primera columna de la tabla I): puede tener dos formas:
  - Coordinación: Contacto interprofesional que primordialmente tiende a organizar la colaboración mutua. Por ejemplo cómo derivar, cómo hablar de los casos compartidos, etc. La figura gráfica entre los profesionales es de simetría o sea en el mismo nivel: A B
  - Trabajo en Red Profesional (TRP): Aquel que tiene razón de ser en función de las necesidades específicas de un caso concreto. Puede o no desembocar en interconsulta (ver más adelante). Tanto sus objetivos como las figuras gráficas entre profesionales son muy variados.

- Contexto sincrónico de consulta (también llamado «interconsulta»):  
 Uno de los profesionales, solo o en equipo, solicita a otro, solo o en equipo, ayuda con la finalidad que el consultante siga trabajando mejor en el caso. La figura gráfica entre los dos profesionales es de complementariedad o sea, en niveles distintos:

Consultor A  
 Consultante B

El contexto diacrónico de derivación, explicado con más detalle en la tabla 2 (2), se engloba en nuestra investigación como una forma más del TRP.

Tabla 2  
 Contextos diacrónicos de cooperación

CARACTERÍSTICAS	DERIVACIÓN
Denominación de los participantes	Derivante y receptor
Relación	Complementaria alterna
Metacontexto	Trabajo en «cadena terapéutica»
Supone	Derivante: Limitaciones mecontextuales Receptor: Posibilidades metacontextuales
Produce	Rentabilidad y eficacia
Responsabilidad	Compartida

*Premisas de las que partimos*

El TRP a pesar de ser una parte significativa de la actividad del técnico, a nuestro parecer se encuentra, hasta el momento, en Salud Mental poco valorado. Es como si se considerara un añadido optativo, discrecional. No obstante, a nuestro entender, el TRP es tan imprescindible como la función del anestesista respecto al cirujano. ¿Se entendería hoy en día que en una intervención se omitiera la mención de tal función complementaria?

Recientemente, en algún momento el TRP es nombrado en los documentos profesionales. En el registro de actividades clínicas, a veces se contempla y otras no, y en las historias, a veces se anota otras no.

¿Qué pensaríamos de un anestesista que no dejara ningún rastro escrito de su actuación?

Partimos por tanto de una premisa basada en la práctica que las autoras desempeñan desde hace algunos años: el TRP es en algunos momentos el eje del quehacer profesional. Otras veces, puede ser complementario a otras acciones; incluso también puede ser mínimo o nulo. En la presente investigación se trata de hacer justicia a esta cenicienta de nuestra labor. Es como la urdimbre en los tapices: no se ve, y sin ella se desharía el tejido.

Las concepciones que hemos hallado entre los compañeros en relación a la conexión con otros profesionales varían. Se puede ver como una necesidad impuesta por la Administración o como un requisito de otros dispositivos. Para algunos, entre los que nos añadimos, es una necesidad clínica. La disfunción, el malestar, a menudo no residen ni se limitan a un individuo. Aun así y a pesar de que se haya segmentado la atención en muchos dispositivos dispersos, cuando aparecen los síntomas, podemos identificar a quien los detecta, quien los padece, quien se enfada, quien se preocupa, quien intenta hacer algo. También es cierto que todo lo realizado desde el pasado por parte de los profesionales ha contribuido a la construcción de la situación presente. Quien está afectado, o sistema delimitado por el problema (4), puede a la vez ser elemento de mejora. Los elementos diagnósticos y terapéuticos están dispersos como las gotas de mercurio cuando un termómetro se rompe. El motivo de conectar con otros profesionales no es la deferencia o el trámite o el protocolo; sin ellos no podremos responder de manera adecuada y económica.

Una concepción del TRP es la que ha originado ya prácticas muy interesantes. Se trata de una estructuración del encuentro de profesionales que pretende dar una respuesta integradora yendo más allá de las dependencias administrativas de aquellos. (3).

Otras aportaciones notables proceden de profesionales en contacto con la escuela. Plantean la evaluación del alumno en red (5).

La red debe permitir la construcción entre los servicios de una estructura coherente y funcional que se acople al funcionamiento familiar, con el objetivo de facilitar una relación asequible y de confianza que permita la mejora de la situación. Una red con una estructura coherente es aquella que se articula entre los profesionales de diferentes dispositivos para ampliar la visión a partir de los diversos campos de estudio e intervención. El objetivo principal es tener un mejor conocimiento de la situación para poder dibujar todas las posibilidades del trabajo desde cada lugar. Las ganancias principales son:

- Ampliar la visión entre los profesionales ofreciendo una lectura desde cada mirada.
- Aumentar las posibilidades de poder incidir en la situación.
- Crear un acompañamiento entre profesionales. Compartir e intercambiar las posibilidades y las dificultades del trabajo.

Una red es funcional cuando el trabajo de cada parte se puede diferenciar y delimitar de la otra. Así, trabajando juntos para una misma situación, existe una clara definición sobre las tareas individuales y sobre el quehacer grupal.

A veces, este tipo de encuentros no son gratificantes para los profesionales ya que no queda clara la utilidad de compartir la información. Esto sucede sobre todo cuando las posiciones de cada uno no están delimitadas en función del objetivo de su intervención, pues puede parecer que cualquiera puede hacer y saber lo mismo.

Este es uno de los peligros más grandes que desquebraja el sentido de una red. Es necesario dedicar tiempo a la construcción de la actuación ordenada de cada uno, así como a las formas de articulación entre cada servicio.

Nuestra investigación parte de otra concepción del TRP. Éste es el tejido de conexiones que se van haciendo en función de las necesidades del caso. Será diferente y adecuado a cada situación, como un traje a medida. Al mismo tiempo humilde y potente, concibe el diagnóstico y la intervención terapéutica excediendo los límites del equipo donde reside el profesional. Y se propone aunar las fuerzas dispersas entre compartimentos separados.

Consideramos que es importante pensar en los servicios de Salud Mental Infanto-juvenil como dispositivos que forman parte de un engranaje comunitario y no como centros que deben responder sólo desde sí mismos. En nuestra experiencia, a menudo las intervenciones de cambio han sido más posibles a partir de situarnos como parte de una red que haciendo únicamente un trabajo directo.

#### ■ OBJETIVOS

1. El primer objetivo de nuestra investigación es analizar con detalle aspectos pragmáticos del TRP:
  - Denominamos trabajo directo a las entrevistas o contactos con el usuario y su familia y/o redes de pertenencia no profesionales.
  - Nos referimos a trabajo indirecto cuando los interlocutores son profesionales.
  - El trabajo total de caso incluye a ambos: el directo y el indirecto.
  - Nos hemos propuesto una revisión retrospectiva del trabajo indirecto también llamado por nosotras Trabajo en Red Profesional (TRP), del que recogemos las siguientes características:
    - Quién tiene la iniciativa de contactar.
    - Cuál es la forma de contacto: presencial, a través de canales de comunicación, etc.
    - Cuando la entrevista es presencial, dónde se realiza.
    - Cuánto tiempo se emplea en estos contactos.

Una hipótesis deducida de este primer objetivo es la siguiente:

*HIPOTESIS 1: El TRP ocupará como mínimo 1/5 parte del tiempo directo del trabajo de casos.*

2. El segundo objetivo es buscar correlaciones entre el tiempo invertido en el TRP y las características de los casos.  
La experiencia nos dice que las variaciones en el TRP son debidas a las diferentes necesidades, inherentes a las características de las situaciones.

¿Qué situaciones nos hacen invertir más tiempo (variable posible de registrar)? De esta pregunta hemos deducido las siguientes hipótesis:  
*HIPOTESIS 2: Los trastornos externalizantes (6) comportarán una media del tiempo de TRP superior a la media de los otros casos.*

Los autores citados iniciaron una terminología que ha resultado muy útil en investigación y en clínica (tabla 3). Cuanto más externo es el malestar que la sintomatología origina, más contactos se necesitan entre profesionales.

Tabla 3  
 Clasificación de trastornos

INTERNALIZANTES			INTERMEDIOS			EXTERNALIZANTES	
Inhibición	Problemas somáticos	Ansiedad Depresión	Problemas sociales con los compañeros	Problemas de pensamiento	Problemas de atención	Conducta delictiva	Agresividad

*HIPOTESIS 3: La media de TRP en los casos de paciente identificado masculino será mayor que cuando es femenino.*

Nos induce a pensar esto el hecho de que el diagnóstico de TDAH y de trastornos del espectro autista es más prevalente en el género masculino. Así mismo los trastornos de conducta tal vez también sean más frecuentes.

*HIPOTESIS 4: El TRP será mayor cuando los factores de riesgo del medio cuidador sean mayores.*

Hay una relación circular entre la discapacidad parental de un medio y la necesidad de funciones protectoras y cuidadoras desde el exterior. Si aumentan los factores de riesgo, posiblemente se elevará el TRP.

3. El tercer objetivo es construir un instrumento de recogida de datos que sirva para:
  - Tener un registro de las variables de los casos que sean significativas para las hipótesis anteriores.
  - Ampliar las formas de recoger el TRP. Muchas veces este se refleja en forma de anotación marginal obviando aspectos importantes como:
    - Qué se propone un profesional al hacer un contacto con otro (objetivo focal).
    - Cuál es la figura relacional entre ambos. Entendemos por figura relacional la imagen que tiene uno de ellos de la específica posición de los dos en el contacto.

Este instrumento se recoge en el último apartado (anexo). En él, a la vez que hemos registrado los datos para la investigación, hemos recogido algunas características de los casos que pueden ser explotadas posteriormente. Por ejemplo, la forma de convivencia, el tiempo que llevan siendo atendidos y donde reside la predisposición a consultar.

## ■ METODOLOGÍA

### *Sujetos y selección de la muestra*

La investigación se ha situado en dos centros de Salud Mental Infantojuvenil de la red sanitaria pública de la Generalitat de Cataluña.

La población atendida es la de la zona geográfica delimitada. Se atienden solicitudes con motivo de personas entre 0 y 18 años. Se ha calculado la ratio de cada centro entre las primeras visitas y las consecutivas, relación que da una idea de la presión asistencial, siendo esta de 1/ 8,6 en el centro A y de 1/ 11 en el centro B en el año 2003.

Dentro de la programación habitual de visitas, se han seleccionado 50 casos al azar de los que eran atendidos por cada profesional. La forma de selección ha sido la de aprovechar la programación diaria de trabajo clínico para extraer algunos casos semanalmente.

La condición para la inclusión era que llevaran 3 meses como mínimo de atención. Como criterio de exclusión se consideraba que el caso ya hubiera sido evaluado previamente en una visita anterior.

### *Instrumentos de evaluación y variables*

Todos los casos seleccionados eran evaluados mediante una hoja de datos preparada para tal finalidad. (Ver documento anexo).

Esta hoja de recogida evaluaba el tiempo de las intervenciones directas e indirectas; quien tiene la iniciativa de contactar; qué tipo de contacto es (presencial, canales de comunicación...); si la entrevista es presencial, dónde se realiza.

Denominaremos intervenciones directas a las entrevistas o contactos con el usuario y su familia y/o redes de pertenencia no profesionales.

Nos referimos a intervenciones indirectas cuando los interlocutores son profesionales.

El trabajo total de caso incluye a ambos: el directo más el indirecto.

No se repetía la revisión de los casos.

El tiempo mínimo contabilizado para un acto de TRP ha sido 5 minutos.

Los objetivos registrados han sido los de los profesionales que cumplimentaban la hoja a pesar de que la iniciativa de contacto fuese del otro profesional.

Hemos reconvertido los diagnósticos categoriales (CIE 9) a la clasificación de segundo orden que proponen Achenbach y Edelbrock.

Hemos puesto las categorías 312 y 314 dentro de las externalizantes dado que los casos con TDAH que tenemos pertenecen todos al tipo hiperactivo, las 307 y 299 dentro de la categoría intermedia. Y las 300 y 306 dentro de las internalizantes.

Las categorías diagnósticas 309, 313, 315 y 317 las hemos clasificado según sintomatología predominante. Según nuestra experiencia, en las 313 y 309 se engloban situaciones fenomenológicamente muy diversas. Cada vez que un caso aparecía dentro de una de ellas, lo hemos reconvertido a una de las contempladas en la investigación como: 300, 307 y 312 según la sintomatología. Por ejemplo, un 313.2 se ha transformado en 300, un 309.82 en un 307. Los diagnósticos dentro de las categorías 315 y 317 habrían llegado a consulta por algún otro motivo predominante. Para estas categorías se han tomado las de, por ejemplo, : problemas de relación social de tipo inhibición (300), o bien problemas de conducta disruptiva (312), o problemas somatoformes (307).

#### *Análisis estadísticos*

Se ha utilizado estadística descriptiva par visualizar las características de la muestra. En cuanto a la comparación entre variables categóricas se ha utilizado el  $\chi^2$  (Chi cuadrado), en la relación de variables dicotómicas y cuantitativas se ha calculado el T-Student o el Anova cuando las variables tenían más de dos categorías. Por último, se ha utilizado la correlación de Pearson para la asociación de variables cuantitativas.

## ■ RESULTADOS

La media de edad de las personas seleccionadas en la muestra es de 10 años (DE= 3.6).

Aproximadamente la mitad están siendo atendidos desde hace 6 meses. El 46% de las personas de la muestra vive con su familia nuclear, un 25% convive con un único miembro de los progenitores y un 13% en familia reconstituida (progenitor con nueva pareja).

Del total de historias clínicas revisadas únicamente un 16% de los casos no han recibido ningún tipo de trabajo en red, mientras que en un 50% de los casos han tenido entre uno y dos contactos de varios profesionales.

La media de número de horas de trabajo directo es de 168 (de = 124), mientras que la media de horas de trabajo en red profesional es de 56 (de = 64).

Encontramos que el 30 % de las historias seleccionadas hacen referencia a niñas o chicas. En la tabla 4 encontramos el número de horas de trabajo directo, el número de horas de trabajo en red profesional y el número de contactos de red en relación

con el género. No existen diferencias de género en relación a la cuantía de trabajo en red profesional que se realiza; únicamente se puede observar una tendencia a que en las féminas hay un menor número de contactos realizados.

Tabla 4  
 Comparación t-Student entre género y número de contactos en red profesional,  
 el número de horas totales de trabajo directo y  
 el número de horas totales de trabajo en red profesional

	VARONES		FÉMINAS		
	N	MEDIA	N	MEDIA	VALOR P
Número de contactos en red profesional	68	2.2 (1.5)	29	1.6 (1.2)	0.08
Número de horas totales de trabajo directo	68	158 (104)	29	199 (161)	0.2
Número de horas totales de trabajo en red profesional	68	60 (65)	29	51 (61)	0.5

En la tabla 5 se muestra la relación entre el diagnóstico y el número de contactos en red, el número de horas totales de trabajo directo y el número de horas totales de trabajo en red profesional. Los trastornos internalizantes son atendidos más horas en trabajo directo que los externalizantes. También podemos observar que los trastornos externalizantes tienen una tendencia a presentar una media más elevada del número de contactos en red profesional.

Tabla 5  
 Comparación t-Student entre el diagnóstico y el número de contactos  
 en red profesional, el número de horas totales de trabajo directo y  
 el número de horas totales de trabajo en red profesional

	TRASTORNOS INTERNALIZANTES		TRASTORNOS EXTERNALIZANTES		
	N	MEDIA (DE)	N	MEDIA (DE)	VALOR P
Número de contactos en red profesional	50	1.6 (1.4)	30	2.2 (1.2)	0.06
Número de horas totales de trabajo directo	50	183 (119)	30	123 (100)	0.02
Número de horas totales de trabajo en red profesional	50	42 (59)	30	62 (66)	0.1

En la tabla 6 encontramos la comparación en cada uno de los centros del estudio en cuanto al número de contactos en red profesional, el número total de horas de trabajo directo y el número total de horas de trabajo en red profesional. Encontramos que en el centro A se realizan más horas de trabajo directo y de trabajo en red profesional.

Tabla 6  
 Comparación t-Student entre el centro y el número de contactos en red profesional, el número de horas totales de trabajo directo y el número de horas totales de trabajo en red profesional

	CSMIJ B		CSMIJ A		
	N	MEDIA (DE)	N	MEDIA (DE)	VALOR P
Número de contactos en red profesional	51	2.1 (1.7)	50	1.8 (1.1)	0.4
Número de horas totales de trabajo directo	49	84 (51)	38	259 (156)	<0.001
Número de horas totales de trabajo en red profesional	47	48 (43)	38	81 (74)	0.01

Con la finalidad de medir el trabajo en red profesional en relación con el trabajo directo se crea una variable: El índice I/D (trabajo en red profesional o trabajo Indirecto/trabajo Directo). La media de esta variable es 0.56 (de=0.66).

Tabla 7  
 Comparación t-Student del I/D en relación con el centro, sexo y diagnóstico

		Índice I/D		
		N	MEDIA (DE)	VALOR P
Centro	B	36	0.77 (0.81)	0.018
	A	47	0.40 (0.48)	
Género	Varones	57	0.63 (0.69)	0.21
	Féminas	24	0.42 (0.59)	
Diagnóstico	Externalizante	31	0.84 (0.89)	0.009
	Intermedio	11	0.55 (0.46)	
	Internalizante	41	0.36 (0.40)	
Factores de riesgo	Funcionamiento sano	23	0.31 (0.39)	<0.001
	Funcionamiento perturbado medio	37	0.44 (0.49)	
	Funcionamiento perturbado severo	12	1.30 (1.02)	

En la tabla 7 encontramos la relación entre el índice I/D y el centro, el género, el diagnóstico y los factores de riesgo.

Encontramos, por un lado, que el centro B ofrece un I/D mayor que el centro A. No existen diferencias en la priorización del tipo de atención en función del género. En cuanto al diagnóstico, vemos que las personas con un diagnóstico internalizante reciben menor cuantía de trabajo en red profesional que los trastornos externalizantes. Por último, teniendo en cuenta el medio del paciente designado, encontramos que los sujetos que tienen un medio cuyo funcionamiento está perturbado severamente reciben más trabajo en red profesional que directo y además reciben más atención en red profesional que los que viven en medios de funcionamiento medianamente perturbado o sano.

## ■ DISCUSIÓN

Una de las hipótesis planteadas es que el TRP supondría como mínimo una quinta parte del trabajo directo. Encontramos un índice mayor, lo que nos indica que el trabajo en red profesional se utiliza más de lo que inicialmente suponíamos. Estos resultados ponen en evidencia como el trabajo en red es una forma importante de abordaje y como éste funciona, en algunas ocasiones, como el eje central de la atención terapéutica.

Las personas con trastornos internalizantes son atendidas en mayor medida en trabajo directo. Cuando comparamos los diagnósticos en función del índice tipo de trabajo encontramos que, a pesar de que en ambos casos se dedican más horas al trabajo directo que al trabajo en red profesional, los casos que presentan trastornos externalizantes han ocasionado más tiempo de trabajo en red profesional. Esta diferencia nos indica la necesidad de compartir y ampliar la información cuando la conducta manifestada es más actuada y transmite un clima de mayor incertidumbre entre los profesionales. En estos casos la red puede tener dos funciones: la primera situar, organizar y distribuir el trabajo; y la segunda proporcionar un espacio de apoyo y acompañamiento entre los profesionales, que permita superar las dificultades y los sentimientos negativos. La red permite aumentar las visiones individuales y ofrecer una comprensión más amplia.

No aparecen diferencias en el tipo de atención en función del género. Por el contrario hay una relación clara entre trabajo en red y características del medio familiar. Vemos como en entornos con un funcionamiento medio o gravemente perturbado la indicación de trabajo en red profesional es indispensable ya que ésta sostiene funciones vitales familiares.

Respecto a la atención en cada uno de los CSMIJ habíamos previsto diferencias. Las hay. En el centro B, con mayor presión asistencial, la proporción entre los tipos de trabajo indirecto y directo se evidencia con un índice I/D mayor. Pareciera que cuando

hay menos tiempo para cada caso la respuesta se sesga hacia el contacto con otros profesionales. En el centro A, con más dotación proporcional por población, aparece una mayor posibilidad de ofrecer atención, directa e indirecta, para cada caso.

El trabajo en red profesional aumenta las posibilidades de incrementar respuestas orientadas hacia la salud. Las posiciones de los profesionales, organizadas como un engranaje, facilitan el acceso a los servicios y permiten una mayor oferta de abordajes en la respuesta. Cada situación exige una articulación de contactos que, como un caleidoscopio, ofrece una singularidad irrepetible.

Para concluir, en la atención a la población infanto-juvenil la relación entre servicios, entorno y familia es lo que permite la consolidación del trabajo terapéutico. Conectar supone establecer una comunicación en ambos sentidos que facilite los procesos circulares de información y el aumento de capacidades.

La relación entre cuantía y calidad del TRP y la evolución positiva de los casos es una hipótesis que excede las metodologías de investigación cuantitativa. Nosotras hemos partido de la creencia en la superioridad de la inclusión del TRP en la tarea clínica. La profundización de los aspectos iniciados en posteriores investigaciones es un reto que dejamos en manos de quien le encuentre sentido y caminos de respuesta.

#### *Agradecimientos*

- A nuestros coordinadores y equipos, que permitieron apretar la agenda para hacer posible la recogida de datos.
- A Judit Castanys, Mati Ruiz, Beatriz Lozano y Joana Navarro, que manejaron los textos con eficiencia.
- A la Fundació Sant Joan de Déu, que facilitó que nos conectáramos y casó la clínica con la metodología de análisis.
- A Interxarxes, que nos alentó a medio camino.
- A M. Jesús Álvarez, que aportó su traducción y comentarios.

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan, G., *Principios de psiquiatría preventiva*, Paidós, Buenos Aires. 1966
2. Lamas, C., *Los primeros contactos, en La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*, comp. Coletti, Linares, Paidós, Barcelona. 1997
3. Ubieto, J.R., *Inter-redes. Una experiencia de trabajo en red*. Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña, Barcelona. 2002
4. Anderson, H; Goolishian, H.; Winderman, L.: *Problem Determined Systems: Toward Transformation in Family Therapy* Journal of Strategic and Systemic Therapy 1986, 5, 1-14.
5. Huguet, T., *La evaluación psicopedagógica del alumnado y el trabajo en red*, en La evaluación psicopedagógica, coord. Sánchez-Cano, Bonals, Graó, Barcelona. 2005
6. Achenbach, T.M. Edelbrock, C.K.: «The child behaviour profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16», Journal of Consulting and Clinical Psychology 1979, 2, 223-233.

■ ANEXO

DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN DEL TRABAJO EN RED PROFESIONAL (TRP).

CASO N° _____	DIAGNÓSTICO (ICD9): _____ _____
SEXO: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	EDAD: _____ años

PREDISPOSICIÓN DE SÓLO	TIEMPO DE ATENCIÓN	TIPO DE CONVIVENCIA
<input type="checkbox"/> PI	<input type="checkbox"/> De 0 – 3 m	<input type="checkbox"/> N
<input type="checkbox"/> PI + F	<input type="checkbox"/> De 3 – 6 m	<input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> PI + F + X	<input type="checkbox"/> De 6 – 12 m	<input type="checkbox"/> REC
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> De 1 - 2 a	<input type="checkbox"/> EX
<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> De 2 – 3 a	<input type="checkbox"/> N + EX
<input type="checkbox"/> F + X	<input type="checkbox"/> De 3 – 4 a	<input type="checkbox"/> M + EX
<input type="checkbox"/> PI + X		<input type="checkbox"/> R + EX
		<input type="checkbox"/> INDIVIDUO SOLO
		<input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN
		<input type="checkbox"/> OTROS

TRABAJO EN RED DE PROFESIONALES EN EL PRESENTE	HORAS DE TRABAJO DIRECTO (D) EN LOS TRES MESES
<input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Complementario <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> 3 meses

FACTORES DE RIESGO DEL MEDIO CUIDADOR

1.	Funcionamiento sano o poco perturbado.
2.	Funcionamiento perturbado en grado medio (Ej.: patología psiquiátrica temporal en los padres; conflicto conyugal crónico...)
3.	Funcionamiento severamente perturbado (Ej.: patología psiquiátrica crónica y severa de los padres que afecta a los roles parentales; abuso o negligencia grave)

TRP durante 3 meses CON (ver código)	
Con familia presente:	
Por iniciativa nuestra:	
A través de: (ver código)	
Dónde: (ver código)	
Objetivos: (ver código)	
Figuras relacionales: (ver código)	
Periodicidad:	
Tiempo parcial:	
Tiempo total (I) (suma de los tiempos parciales) = Trabajo Directo / Trabajo Ind.	
Índice de tipo de trabajo (I/D)	

## CÓDIGOS

*TRP con:*

1. EAP
2. Profesor
3. EAIA
4. Servicios sociales
5. DAM
6. CAS
7. SMA
8. ABS
9. PSI PRIVAT
10. SATAV
11. T. F. Externa
12. Mediación separación PS
13. Juez/essa
14. Abogado/a
15. Estimulación precoz
16. Misma institución
17. Psicólogo/a colegio privado
18. Neurólogo/a
19. Hospital externo
20. Mediación cultural



21. Dietista
22. Grupos de ayuda mútua
23. Psicólogo de servicios sociales
24. Otros (especificar):

*A través de:*

1. Entrevista
2. Carta
3. Teléfono
4. Mensaje electrónico

*Dónde:*

1. CSMIJ
- 2 Sede ALIENA
3. Colegio

*Factores de riesgo del medio:*

1. Funcionamiento sano
2. Funcionamiento perturbado en grado medio
3. Funcionamiento severamente perturbado

*Objetivo focal del TRP*

1. Recoger información para el trabajo en el CSMIJ
2. Dar información para el trabajo fuera
3. 1 + 2
4. Activar la intervención fuera
  - 4.1 Somática
  - 4.2 Psicoeducativa:
    - Con PI
    - Con F
    - Con PI + F
  - 4.3 Indicación de retorno a nosotros
  - 4.4 Investigación laboral
  - 4.5 Acompañamiento
    - Terapéutico
      - Terapéutico con PI
      - Terapéutico con F
      - Terapéutico con PI + F

- Asistencial
    - Asistencial con PI
    - Asistencial con F
    - Asistencial con PI + F
  - Estratégico
    - Estratégico con PI
    - Estratégico con F
    - Estratégico con PI + F
- 4.6 Investigación escolar
  - 4.7 Reconocimiento de capacidades y dificultades de la familia
  5. 1 + 2 + 4
  6. Proponer una intervención conjunta
  7. Confirmar la llegada
  8. Hacer más funcional la relación
  9. Mostrar preocupación por la posición de la familia
    - 9.1 Si hay actitud de oposición
    - 9.2 Si hay actitud de poca colaboración
    - 9.3 Si hay actitud de demasiada dependencia
  10. Valorar la derivación a otros
  11. Preparar la derivación
  12. Aclarar malentendidos en relación con la familia
  13. Agradecer la participación tenida en el caso
  14. Pedir una exploración psicológica
  15. Proponer una reunión juntos, de explicación a la familia
  16. Pedir al colegio la observación del rendimiento cuando se ha prescrito un tratamiento farmacológico.
  17. Otros (especificar)

*Figuras relacionales entre csmij y profesionales*

1. Complementariedad excesiva
2. Simetría excesiva
3. Disonancia ideológica
4. Ambigüedad por aclarar
5. Triangulación
6. Sinergia
7. Distancia excesiva
8. Otros (especificar)

## DEFINICIÓN DE LOS APARTADOS DE LOS CÓDIGOS QUE LO PRECISEN

### *Predisposición de:*

- F: Personas que conviven o tienen una relación significativa importante y no profesional con el PI.
- PI: Aquel con motivo del cual se solicita la intervención.
- X: Profesionales que tienen relación de trabajo con la F o el PI

### *Tipo de convivencia:*

- Nuclear: La constituyen padres y hermanos del PI
- Monoparental: Cuando un sólo progenitor convive con los hijos
- Reconstituida: Cuando uno de los padres mantiene una nueva relación de pareja con o sin los hijos de ésta.
- Extensa: La constituyen abuelos, tíos y primos del PI.
- Institución: Aquella que tutela a los menores desamparados o los guarda temporalmente.

### *Trabajo en red profesional en el presente*

- Central: Es el eje central del abordaje actual del caso.  
Complementario: El TRP se desarrolla paralelamente a otras actuaciones.
- Mínimo: El TRP se realiza esporádicamente.
- Nulo: No hay TRP.

### *Objetivos focales del TRP*

4.2 Intervención psicoeducativa: Cuando solicitamos que se oriente o informe a la familia o al PI en temas que desconoce.

Ejemplo: Explicar a unos padres que los celos hacia el hermano son normales.

4.5 Acompañamiento: Cuando solicitamos un acompañamiento:

- Terapéutico: Para reorganizar las emociones.  
Ejemplo: Ayudar a elaborar una situación de duelo.
- Asistencial: Para suplir carencias materiales y relacionales.  
Ejemplo: Ofrecerse como soporte de persona aislada.
- Estratégico: Para pedir una actuación profesional con diferentes finalidades más allá de las aparentes.  
Ejemplo: Dar a una profesora la indicación explícita de que se desentienda del rendimiento escolar de un alumno.

6. Proponer intervención conjuntiva: Cuando solicitamos un acercamiento entre la familia y el colegio con motivo de que existe una relación excesivamente distante o conflictiva.

8. Hacer más funcional la relación: Cuando trabajamos para sanear nuestra relación con otro profesional, mayoritariamente de forma implícita.  
Ejemplo: Telefonar al profesional con el objetivo de mostrarle nuestro reconocimiento hacia él.
12. Aclarar malentendidos en relación con la familia: Cuando contactamos con el profesional con motivo de aclarar una derivación no pertinente tanto en las expectativas dadas como en el tipo de relación.  
Ejemplo: Cuando llega una familia obligada para seguir recibiendo la prestación económica acordada.

### *Figuras relacionales*

1. Complementariedad excesiva: Es aquella relación en la que hay mucha delegación en el otro.  
Ejemplo: Cuando el profesional deriva a un servicio y se inmoviliza esperando que el otro resuelva el problema.
2. Simetría excesiva: Es aquella relación marcada por la confrontación.  
Ejemplo: Dos profesionales que descalifican mutuamente las funciones del otro, sea implícita o explícitamente.
3. Disonancia ideológica: Cuando se dan diferentes ópticas sobre una realidad relevante de cara a la intervención en relación a cuáles pueden ser los factores de su origen o mantenimiento.  
Ejemplo: Cuando hay discrepancias sobre el abordaje de un problema a causa del modelo desde el que los profesionales leen la situación.
4. Ambigüedad por aclarar: Cuando es necesario dar mensajes que definen explícitamente la relación entre los profesionales.  
Ejemplo: Cuando aclaramos los límites de nuestro trabajo al otro profesional.
5. Triangulación: Cuando hay una relación de coalición entre dos personas en contra de una tercera.  
Ejemplo: Cuando la familia vehiculiza la solicitud de una opinión para utilizarla en contra de otro.
6. Sinergia: Funcionamiento adecuado.
7. Distancia excesiva: Cuando hasta el momento ninguno de los profesionales había conectado a pesar de que hubiera ventajas en hacerlo.

Alegret, Joana  
Psicoterapeuta, psiquiatra  
Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de la provincia de Barcelona

Castanys, Elisenda  
Psicoterapeuta  
Psicóloga del Centro de Salud Mental Infanto Juvenil del IAS  
(Institut d' Assistència Sanitària) de la provincia de Girona  
E-mail: [elicastanys@wanadoo.es](mailto:elicastanys@wanadoo.es)

Ochoa, Susana  
Psicóloga  
Fundación Investigación Sant Joan de Déu de Barcelona

*Federico Menéndez Osorio*

## VEINTE AÑOS DE LA REFORMA PSIQUIÁTRICA Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000: de un pensamiento único a otro

THE PSYCHIATRIC REFORMATION 20 YEARS LATER

Panorama of the state of Psychiatry in Spain from the 1970s to the 2000s:  
from an unique thought to another one

### RESUMEN

Pasados 20 años de la Reforma Psiquiátrica se hace un análisis de la situación de la psiquiatría en España desde los años 70 a los 2000, tomando como eje de referencia el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. De forma esquemática y resumida se divide en 3 periodos que van desde la psiquiatría en los años finales de la dictadura, pasando por lo que suponen el modelo y los cambios que introduce la reforma psiquiátrica y por último lo que desde los años 90 se va presentando como dominante en el panorama del quehacer psiquiátrico, las neurociencias. Muy sucintamente puede expresarse en la frase: de un pensamiento único a otro. Se señalan los fundamentos epistémicos y paradigmas dominantes, así como las características y las formas de expresión de este pensamiento único y los peligros que pueden aparecer de tentaciones totalitarias y fundamentalismos ideológicos y científicos, que coarten la diversidad y la libertad de pensamiento y todo progreso científico.

*Palabras clave:* 30 años de Psiquiatría, Reforma psiquiátrica, fundamentos científicos y epistémicos, Paradigmas ideológicos, Gestión económica, Neurociencias.

### ABSTRACT

20 years after the Psychiatric Reformation, the situation of Psychiatry in Spain is analysed from the seventies to the two thousands, taking as a frame the report of the Ministerial Committee for the Psychiatric Reformation. Succintly, it is divided in three periods going from the Psychiatry during the latest years of the dictatorship, through the implications of the model and changes introduced by the Psychiatric Reformation, to the field appearing as dominant in the panorama of the psychiatric practice from the nineties: the neurosciences. It could be very briefly expressed with a sentence: from an unique thought to another one. The prevailing epistemic basis and paradigms are outlined, as well as the characteristics and forms of expression of this unique thought, and the potential risks of totalitarian temptations, scientific and ideological fundamentalisms, restricting the diversity and freedom of thinking and the scientific progress at all.

*Key words:* 30 years of Psychiatry, Psychiatric Reformation, epistemic and scientific basis, Ideological Paradigms, Economic Administration, Neurosciences.

No corren buenos tiempos para las ideologías, la reflexión y el espíritu crítico, los debates abiertos y las divergencias... no obstante, voy a intentar una reflexión al respecto del título anteriormente enunciado, de forma resumida y esquemática. No es mi intención el hacer un estudio histórico de la psiquiatría de ese tiempo, que para ello doctores tiene la Historia de la Psiquiatría, quienes lo harán de forma mas rigurosa en fechas, datos y análisis. Simplemente quiero plasmar algunas vivencias y referencias de las que he sido testigo y de las que fui partícipe, en tanto testimonio de la andadura de estos 30 años, que puedan servir para debates y análisis mas amplios y rigurosos.

Con el fin de enmarcar la reflexión que tiene como eje de referencia la reforma Psiquiátrica del 85, voy a dividir mi exposición en 3 períodos, para recoger de forma resumida y esquemática un panorama del antes de dicha Reforma y en lo que esta derivó hasta la actualidad, o lo que podría resumirse en la frase: de un pensamiento único a otro.

### *1<sup>er</sup> PERIODO*

El franquismo. Dominado por el pensamiento único del nacional-catolicismo y el fascismo. La psiquiatría oficial era subsidiaria de tal ideario dominante basada en una aplicación de la psiquiatría biológica y con una concepción moralizante y adaptativa a los valores franquistas y de la ideología imperante. (1,2)

La Psiquiatría manicomial venía a ser el modelo asistencial y el lugar de encierro de la locura, siendo vetadas, marginadas, excluidas o prohibidas todo otro tipo de corrientes que no fuesen las oficiales, que quedaban reducidas a pequeños grupos semiclandestinos.

La formación y las cátedras estaban dominadas por el filtro ideológico franquista, salvo contadas excepciones en algunas facultades o escuelas, o centros asistenciales que sobrevivían e intentaban ser referentes y realizar una labor coherente y digna dentro del panorama existente.

Asimismo y paralelamente, el triunfo del fascismo en España, supuso que psiquiatras de renombre tuviesen que exiliarse y fuesen referentes de la psiquiatría en otros países, este es el caso por ejemplo, de Tosquelles en Francia, padre de la psiquiatría del sector y de la psicoterapia institucional; Ajuriaguerra en Suiza; Letemendia en Inglaterra y otros en diversos lugares y países que aportaron sus conocimientos y experiencias allí donde tuvieron que exiliarse.

Frente a esta psiquiatría oficial se iba abriendo paso, y es lo que me interesa subrayar en tanto embrión del 2º período, una corriente de psiquiatras y trabajadores de la salud mental que tenían en común como referentes ideológicos y prácticos:

- La lucha por las libertades democráticas.
- La liberación y la dignificación del enfermo mental, terminando con los manicmios como lugar de encierro y de marginación.

- Fundamentos teóricos psiquiátricos diversos: desde la psiquiatría biológica y la fenomenología, hasta la psiquiatría social; el conductismo; el psicoanálisis; las terapias sistémicas, etc, etc.
- La alternativa asistencial se basaba en los principios de la psiquiatría de sector recogido del modelo francés y comunitaria del modelo inglés y en otras experiencias como la de Basaglia en Italia, etc.
- La subordinación de la teorización que sostienen la práctica y el quehacer de cada uno, así como las formulaciones acerca de la enfermedad mental, por lo que se entendía entonces como prioritario y fundamental: la lucha por las libertades y la transformación de la psiquiatría, abarcando todo ello un amplio espectro ideológico y político muy diverso.

### *2º PERIODO*

De las consecuencias del cambio ante la llegada de la democracia, entramos en el periodo cuyo eje articulador está en torno a la Reforma Psiquiátrica en el año 1985 y que irá de finales de los años 70 hasta los principios de los 90, aproximadamente.

Toda una corriente psiquiátrica anteriormente descrita, accede en algunos lugares a tomar las riendas de un cierto poder respecto a la gestión de la planificación en Salud Mental, tanto en el Ministerio de Sanidad como en algunas comunidades autónomas.

Se pone así en marcha y se plantan los pilares de lo que serán las bases asistenciales y la planificación en salud mental, dentro de la Ley General de Sanidad. Todo ello se plasmará en el Informe de la comisión ministerial para la reforma psiquiátrica (abril 1985).(3)

Enumero y resumo muy esquemáticamente alguno de los principales puntos de este documento, que servirán de base de referencia de la planificación asistencial en materia de salud mental a nivel del estado español:

- Integración de la psiquiatría y la salud mental dentro del marco sanitario.
- Planificación basada en los postulados de la psiquiatría de sector y comunitaria.
- Concepción bio-psico-social del enfermar.
- Equipos interdisciplinarios en Salud Mental.
- La base de la asistencia ha de ser ambulatoria.
- La hospitalización psiquiátrica se hará en los hospitales generales.
- Garantizar los derechos civiles de los enfermos mentales..

Durante todo este periodo –con sus limitaciones y contradicciones– se había desarrollado, –además de la creación de dispositivos y centros o unidades de Salud Mental, tanto ambulatorios como hospitalarios–, un clima de debates y aperturas a planteamientos, que iban, desde lo asambleario y rupturista, hasta lo asimilacionista y gestores del cambio(4). Posicionamientos ideológicos y concepciones diversas de lo que suponía el campo de la salud mental, se debatían y se planteaban abiertamente, con una rica producción y discusiones, que suponían aire fresco después de los pasados años de obscurantismo.

Pero esta riqueza de debates y posiciones, fueron dando paso a formulaciones y cortapisas de todo tipo, a medida que se iba imponiendo, «por la fuerza de los hechos» y «la realidad» gestora, unas líneas programáticas en base al dicho Informe ministerial de la reforma psiquiátrica, en muchos casos vaciado de contenido, completado o descompletado, no se sabe muy bien, por otros planes de reforma en las C.C. A.A. (5) que, por lo general, iban podando, limitando, desvirtuando o no dotando de medios y personal, lo más o menos positivo y válido que como un instrumento de puesta en marcha del campo de la Salud Mental, podría suponer dicho informe ministerial. (6,7,8)

De un lado, se iban agotando, limando, reduciendo, despreciando y anatematizando los debates ideológicos y consecuentemente las diversas formas de desarrollo y gestión en salud mental (desde la participación de los distintos trabajadores y profesionales y afectados, hasta las formas de articulación y de desarrollo de los programas; de la evaluación; de la planificación, etc).

De otro lado, la riqueza y diversidad de espacios teóricos, de formulaciones acerca de los conocimientos en Salud Mental de las distintas técnicas y prácticas asistenciales (psiquiatría social, psicoanálisis, cognitivismo, biológico, sistémico, etc), se iban igualmente cercenando, bien por imposición del «mando», o bien porque iban reduciéndose a capillas, campos y espacios cerrados, escuelas y feudos propios, donde los debates abiertos y el contraste de técnicas o saberes y aplicaciones prácticas se limaban, por comodidad, ignorancia, dejación, desinterés, o simplemente para tener otros cotos –aunque fuesen pequeños– de poder y de realización.

Mientras tanto, en el campo de la planificación y gestión, así como en el de las formulaciones teórico-prácticas en salud mental, iba imponiéndose el pensamiento único: en la gestión, las formas neoliberales y pragmáticas; y en la formulación técnica, las neurociencias.

El resto iba quedando relegado al baúl de la antigüalla e inservible, etiquetado como algo anecdótico e histórico, romántico e idealista, epítetos al uso de los cuales mas tarde daremos cuenta del interés en su utilización y etiquetación.

El llegar a este marco de referencia que supone la reforma psiquiátrica y tener las bases de la planificación asistencial, va a hacer colocarse a cada uno en su sitio respecto a los fundamentos teóricos de su práctica y a decantarse las distintas concepciones en salud mental, lo cual se había supeditado a los objetivos prioritarios y básicos de la lucha por los derechos y las libertades elementales.

Van a evidenciarse y decantarse los posicionamientos ideológicos y las concepciones diferentes acerca de lo que se entiende por la enfermedad mental y las alternativas asistenciales al respecto. Asimismo aparecen nuevas formas de poder y de exclusión, de deslegitimización y de cotos científicos y de validación, no ya emanados de una represión burda política, sino de algo mas sutil y refinado como serán las categorías de lo «científico», lo «médico biológico», lo «objetivo», lo operativo y realista, etc.

### 3<sup>er</sup> PERIODO

Años 90 hasta la actualidad. El comienzo de la imposición del nuevo/viejo pensamiento único.

Los paradigmas ideológicos con que se nos van a envasar hoy este pensamiento único vienen enlatados de :

- Positivismo y empirismo bajo las formas mas burdas.
- Eclecticismo de intencionalidad definida, al servicio de lo que sirve para quienes miden lo útil y sus propios intereses.
- Lo operativo, lo realista, lo útil y lo pragmático basado en un cientismo calco de la bastarda aplicación de las ciencias «duras». Como diría P. Virilio, «estamos en un momento de integrismo técnico, tecnoculto, de exaltación sin crítica de cuanto procede de lo que se considera gratuitamente científico». (9)
- Mimetismo del modelo médico biológico al cual se ha vaciado de sentido y falseado sus presupuestos elementales de rigor y cientificidad.

En definitiva, se intenta ofrecernos una desideologización, en tanto que la única ideología válida es lo dado, es decir: lo útil, lo pragmático, lo racional, lo eficiente, rentable, operativo y obvio, lo realista..., sin que nadie se plantee qué es esto y por qué... «La realidad es así: una fórmula que, meditada un segundo, no significa absolutamente nada, pero que se ha convertido en la justificación universal a la que todos recurren» (10). Nada se cuestiona, ni se debate sobre dichos principios que parecen eternos e inmutables... toda crítica es considerada como ideología (con desprecio de tal término), elucubraciones, no realista, ni práctico, anecdótica e improductiva, y se despachan como utopías, devaneos intelectuales, especulaciones, etc. con el fin de deslegitimar, descalificar y desprestigiar todo cuestionamiento y debate.

Permítaseme una digresión al respecto: para imponerse el pensamiento único, no se llevan ni son necesarias hoy las formas burdas y groseras de represión y vieja dictadura, -aunque ya veremos hasta donde llegan ciertos amos si lo precisan- ,que galopaban a lomos del nacional catolicismo y del imperio. Hay formas mas sutiles y no menos operativas, para imponer este pensamiento único bajo maneras nuevas y mas «limpias» cabalgando, por ejemplo, a lomos del cientifismo y otros ismos que se nos envasan como dogmas dominantes y obvios, utilizados al servicio de los propios intereses.

La traducción de esta ideología antes descrita, en la práctica psiquiátrica, podemos resumirlo, en cómo se fundamenta hoy una cierta visión de la enfermedad mental:

- Paradigmas del modelo médico biológico mecanicista.
- Las neurociencias como única referencia.
- Las lesiones cerebrales como etiología. Lo objetivable, medible y parametrable en tanto ciencias físicas y falso mimetismo médico.
- Desconocimiento de la interdisciplinariedad en el avance y motor de los conocimientos y de los campos científicos.

- Abandono, en la práctica, del enfoque biopsicosocial del enfermar.
- Borramiento del sujeto y de lo sociológico e intersubjetivo.
- Farmacología como única terapia (adobada con algo de modificación de conducta).
- Modelo mimetizador médico, instrumentalizando y vaciando de sentido lo que en la propia medicina no se queda en «caza-síntomas» y tiende a dar cuenta de la estructura de la enfermedad.
- Protocolización y estandarización de actuaciones como método de rigor científico y objetivable (y de defensa jurídica).
- El DSM IV como biblia y manual de la psicopatología y del saber psiquiátrico. La clínica se recorta y queda reducida a una serie de ítems y síntomas consensuados, que definen un trastorno y al cual se aplicarán tratamientos protocolizados, que en principio salen ya prefabricados, con unas aplicaciones a las que se adaptarán los diagnósticos, que tomarán carta de científicidad.
- La investigación y la formación están acaparadas y dirigidas por las industrias farmacéuticas que son quienes pautan y subvencionan los «descubrimientos» y las líneas directrices de la psicopatología y del enfermar, reducidas a la genética, neurotransmisores, áreas cerebrales, etc. (11)

Donde este deslizamiento e imposición del pensamiento único adquiere su expresión mas notable es en la «buena nueva» de las neurociencias, quienes abren un debate y una línea de conocimientos y desarrollo científico importante y sin lugar a dudas necesario, que nadie creo sea capaz de cuestionar. Pero de aquí a convertirlo en el fundamentalismo psiquiátrico como algunos -no todos- lo quieren convertir, hay todo un largo trecho que por su importancia y repercusiones, es necesario, cuando menos, reflexionar sobre ello.

La psiquiatría, como la medicina y demás ciencias, no es ajena al desarrollo científico y a los avatares y avances técnicos de todo campo de conocimiento, por lo tanto, va a experimentar igualmente y reflejar el debate y las imposiciones ideológicas y científicas del resto de los campos del saber y de la técnica, siendo así, que lo que hoy se lleva e impone en lo científico, es la vertiente de las ciencias «duras» o naturales.

Esto es de lo que las neurociencias vienen a reclamarse y tomar como banderín de enganche, emulando y trasladando al campo psiquiátrico, lo que creen que le confiere carta de científicidad y estatuto de ciencia equiparable a esos otros campos.

Las neurociencias aspiran a querer ser la expresión actual de lo «científico» aplicado al campo de la psiquiatría, la psicología y de la salud mental. No estará de mas saber de donde les viene tal pretensión y de que fuentes proceden, así como algunas de las características y de los paradigmas en que se sostienen.

Este artículo no es el lugar, ni tiene la pretensión de abordar el tema específico de las neurociencias en su profundidad y rigurosidad. Hay otros artículos que mas extensa y específicamente han tratado el tema, incluso alguno de ellos en este revista, a los

cuales remito para mayor información y rigor (12,13). Valga simplemente permitirme, -por el lugar y la importancia que ocupa la reflexión que vengo desarrollando y en tanto atañe al panorama que intento exponer de la actualidad del campo psiquiátrico-, de forma resumida y esquemática, resaltar algunos puntos, para emplazar la significación y el espacio que desde mi criterio suponen las neurociencias.

Para ello voy a enmarcarlo en 4 puntos o campos de referencia que puedan dar cuenta de los fundamentos epistémicos de las neurociencias:

A. Desarrollo científico-técnico

Las neurociencias intentan buscar una base orgánica, material, objetivable, y cuantificable de lo que es la enfermedad mental, intentando superar y romper con las visiones espiritualistas, metafísicas, duales y especulativas.

Con esta loable intención y necesaria realización, toman el relevo de toda una tradición psiquiátrica que en siglos pasados y desde el comienzo de la andadura psiquiátrica reclamaron otros autores y escuelas en la misma dirección. En cada momento histórico y en base a los conocimientos y avances técnicos propios de cada época se intentó dar una explicación «orgánica» de los procesos mentales y de la enfermedad. Hoy las neurociencias toman este relevo en el campo psiquiátrico, utilizando los conocimientos y técnicas actuales y mimetizando el modelo biológico-médico.

Hasta aquí sería una opción que ocuparía el lugar propio de lo que en el campo del saber psiquiátrico corresponde a una elección que se reclama de unos presupuestos epistemológicos concretos.

La cuestión está precisamente en esto y es el de poder dar cuenta: ¿de qué modelo parte?, ¿de qué campo científico y con que paradigmas de científicidad opera?; ¿de qué rigor y de qué ciencias extrae su saber y operatividad?; ¿qué escotomiza e ignora de los saberes y conocimientos que le son propios y específicos de la psicopatología y los fenómenos mentales? ... En una palabra, de qué aplicación y qué fundamentos le son de validación científica y no mime-tizadores, ni mecanicista o excluyentes y hasta donde el desarrollo del método científico y fundamentos epistémicos en el campo de la salud mental que se les presupone, responde a los principios de científicidad y experimentación correctos y mensurables (14, 15).

B. La integración e interdisciplinariedad de los conocimientos

Epistemologicamente las neurociencias como tal campo supuestamente científico es hija de la interdisciplinariedad e integración de los saberes, en tanto su estatus emerge, como todo nuevo saber, de la encrucijada de otros conocimientos previos y del proceso de desarrollo de los saberes y de la técnica.

En la medicina casi todas las más modernas especialidades: biología molecular, genética, inmunología, etc, aparecen al igual que los nuevos descubrimientos

y avances, como resultado de la intersección e integración de otros campos de conocimientos y del progreso de las técnicas, produciéndose así nuevos saberes. Un tanto por ciento elevado de las investigaciones médicas más avanzadas en USA y en el mundo, se realizan por equipos interdisciplinarios de profesionales no solo médicos (físicos, biólogos, matemáticos, etc) (16).

Esta filiación de las neurociencias, que le viene dada por su interdisciplinariedad, es rechazada y no parece reconocerse en su paternidad natural y de origen, desliziándose hacia una procedencia única, -¿buscando una pureza étnica científica?-, reclamándose de las ciencias duras y quedándose huérfana o desconociendo la paternidad que le corresponde por su propio origen multidisciplinar.

### C. Fundamentos epistémicos y científicos

El reclamarse de las ciencias duras reduce el fenómeno mental a este campo de análisis y de saber. Se borra así de un plumazo, en este acercamiento a la neurología y a la base orgánica biológica y genética, toda la pluridisciplinariedad que conllevan la psicopatología y los fenómenos mentales resumidos en la ya clásica formulación bio-psico-social.

La parcelación y el reduccionismo en este sentido del campo de lo psíquico por el lado de lo «bio», conlleva a tomar la parte por el todo y a uno de los elementos o variables y factores, por el conjunto del campo del saber psiquiátrico, además de eludir otros presupuestos de rigor científico, que habría que dilucidar en la aplicación y en la evaluación de lo propiamente «bio» y que en la metodología de toda investigación se viene planteando y debatiendo.

Quedan así excluidos, porque se ignoran, o no interesan, o se desprecian, otros campos de conocimiento y otros aspectos no menos científicos, que interactúan y son parte fundamental del fenómeno psíquico y en cierta medida, elementos fundamentales de la Hª Clínica, la anamnesis y la exploración y terapia, como es por ejemplo, por no citar más que uno: la lingüística.

Redundando en esta dimensión de la necesidad de tener en cuenta la integración de los saberes en todo proceso que se reclama científico, recogemos las afirmaciones del premio Nóbel de Medicina E. Kandel, que señala la necesidad de que en el marco científico de la psiquiatría, deban integrarse otros conocimientos y puedan desarrollarse estudios interdisciplinarios, que permitan dar razón de los mecanismos cerebrales y de las modificaciones que se producen, «...en la medida en que nuestras palabras producen cambios en la mente de nuestros pacientes es probable que estas intervenciones psicoterapéuticas produzcan cambios en su cerebro. Desde esta perspectiva la aproximación biológica y la sociopsicológica se acercan...»(17)

Recientemente C. Paniagua en «Convergencias actuales entre la neurociencia y el psicoanálisis» (18) muestra las investigaciones actuales de convergencia entre conocimientos de diversos campos sobre todo neurociencia y psicoanálisis; o sobre

las conexiones asociativas y la percepción inconsciente a la luz de la neurobiología; o el cómo se modifican y qué cambios neurobioquímicos se producen en las áreas cerebrales con los efectos de la psicoterapia, etc, etc. Y recoge las declaraciones de A. Damasio en *La Vanguardia* (16-12-2002): ...» a medida que pasan los años y acumulamos más datos sobre el funcionamiento del cerebro, la gente cada vez se dará más cuenta de que la neurología confirma muchas de las ideas de Freud ...» Véanse igualmente en el mismo sentido de la apertura y necesidad de la integración de los conocimientos en el campo de la enfermedad mental y los fenómenos psíquicos, los recientes posicionamientos de autores como Ramachandran, Llinás, Libet o los ya citados Kandel y Damasio (19).

Esto que referimos de la articulación de los conocimientos de la neurobiología o neurociencias y psicoanálisis lo podemos hacer extensible a otros campos de lo «psi», o de lo «socio», por no hablar de lo propio «bio», que excluidos o ignorados están formando parte de la articulación e integración de saberes del campo psiquiátrico, dando cuenta de la conducta y de la psicopatología y que constituyen igualmente lo científico, tanto epistémica como metodológicamente, aunque vengan dadas por las ciencias que no son «duras» o naturales, y no por ello menos ciencias, ni menos científicas. (20, 21)

#### D. Fundamentos ideológicos

Las neurociencias toman sus fundamentos filosóficos, por lo general, del campo del empirismo, del positivismo y del pragmatismo, ideologías que como toda toma de posición responde a la elección que cada uno hace; al fundamento en que basa sus convicciones y su esquema de pensamiento y creencias; y a los intereses en que consciente o inconscientemente se sustenten.

Como toda ideología, ni es dogma de fe única y verdadera, ni supone una absoluta certeza científica. Hay en este sentido toda una abundante bibliografía sobre Filosofía de la Ciencia, a la cual remito, que nos aporta sobrada reflexión acerca del tema ideológico y las distintas escuelas o referentes en el campo de la ciencia. (Lakatos, Popper, Kunh, Bunge, Feyerabend, Moulines ...)

Que esta fundamentación ideológica antes referida de las neurociencias sea una posición respetable, lleva aparejado, el que deba dar cuenta de sus principios, conceptos, métodos y categorías, así como que puedan ser cuestionados sus postulados y mostrar asimismo los errores e intereses ideológicos que puedan existir.

Asimismo espero que para evitar las tentaciones totalitarias e impositivas, no se reduzca lo científico a una ideología única deslegitimando a priori toda otra ideología o práctica como no científica, e imponiéndonos un pensamiento único de la ciencia.

El debate y la diversidad de posicionamientos y experiencias, sin que tenga que ser el vale todo o edecticismos al uso, son necesarios para permitir un avance de los conocimientos y un saber crítico, sin reduccionismos, prejuicios, cortapisas

e intereses condicionados por fundamentalismos ideológicos sean del tipo que sean. Es preciso evitar toda metafísica y elucubraciones, que nos hagan caer en obscurantismos, recubiertos de ciencia y progreso técnico, que en el fondo encubren ideologías de las cuales, cuando menos, habrá que saber sus fundamentos e intereses, así como su validación y criterios.

De aquí que no estará de más seguir en la línea que ya en el nº 0 de la Rev. Esp. de Neuropsiquiatría nos proponía su entonces director M. Desviat: «No hay un saber. Hay saberes parciales, andamiajes conceptuales que nos permiten aproximaciones al conocimiento de las cosas... Una multiplicidad de determinaciones dan cuenta del hecho psíquico, del sufrimiento psicológico y del entramado social que constituye en cada época las Instituciones de la Salud Mental ... No es un eclécticismo... De ahí la necesidad de un espacio, de unas páginas abiertas al debate, a la producción teórica, a la reflexión sobre la práctica ...» (22)

Si hasta ahora hemos dado cuenta de cómo los paradigmas ideológicos se reproducen y plasman en la visión de la enfermedad mental, veamos que modelos económicos dominantes se van a reflejar en la gestión económica de los servicios sanitarios, que podemos resumirlo en:

- un modelo economicista, mercantilista y privatizador
- política de recortes y control de la distribución y reparto, pero no de las fuentes de producción, ni de los beneficios y ganancias concertadas (industria farmacéutica y química y de aparatos; servicios concertados, ...).
- en síntesis, retomando la exposición que el prof. Álvarez Corbacho (23) hace del modelo económico de la gestión sanitaria en Galicia que, –con matices y variantes y salvo excepciones–, podemos hacerlo extensible, como línea dominante, al resto del estado, lo resumimos en:
  - a) austeridad retributiva y precariedad laboral (contratos temporales; salarios que aumentan por debajo de la inflación)
  - b) creciente externalización de servicios (gestionados por empresas y hospitales privados)
  - c) financiación insuficiente (gasto sanitario no contabilizado; gasto farmacéutico desbocado...)
  - d) notables incumplimientos normativos y débil control interno ... El resultado final es obvio: deterioro creciente del sector público...»

«Todo ello se refleja, por poner un ejemplo en el gasto del presupuesto del periodo 1996-2002 en Galicia donde el gasto en farmacia fue del 14,4% ... Mientras los trabajadores de la S.S. que son el principal activo del sistema, apenas mantienen el poder adquisitivo y están sometidos a fuertes procesos de precarización y externalización de servicios (fundaciones, conciertos privados ...), aumentan por

el contrario el beneficio que reciben la industria farmacéutica y otras empresas ligadas al presupuesto (mantenimiento, vigilancia, constructoras, concertados, etc)»...

Estas líneas ideológicas económicas, se van a reflejar en los modelos de gestión en psiquiatría como:

- Recortes de las partidas y de las necesidades.
- Fragmentación y desmantelamiento de recursos y dispositivos.
- Recortes de asignaciones y provisiones
- Incumplimiento de los planes y decretos. El principal y mas sangrante, es el vaciar y no llevar a efecto sus propios programas y leyes, como ocurre con la propia reforma psiquiátrica y los planes de salud mental de ciertas CC. AA.
- Eliminación de todo tipo de evaluaciones que no sean meramente cuantitativas y de rentabilidad para el sistema burocrático (véanse las cifras y baremos del funcionamiento de las unidades y centros de salud mental y de los servicios asistenciales, donde se valoran los registros de casos nuevos, revisiones, etc, sin tener en cuenta ni recoger criterios cualitativos, actuaciones comunitarias, tipos de intervención, articulación con la atención primaria, etc).

En resumen: de las neurociencias en lo técnico, al economicismo en la gestión, basadas las primeras en un positivismo ramplón y en los modelos antes expuestos y el economicismo, en los principios de la economía de mercado y ultraliberal (despreciando otros modelos propios del mismo capitalismo), se nos intenta vender todo ello como única, objetiva y posible ciencia de la salud mental, de la gestión y de la economía.

Todo apunta, de un lado, al borramiento del sujeto y a la uniformización de las formas de satisfacción, de otro, a instrumentalizar la razón, dando cuenta de que no hay más ideología que la dominante, es decir, la aparente racionalización técnica del operativismo, pragmatismo y lo obvio, acusando de especulación y despreciando todo lo que no sea rentabilidad inmediata y utilidad práctica, por ejemplo, -el furor sanandi - en lo sanitario. Utilidad, eficacia y rentabilidad -y aquí está el solapamiento- que vienen previamente marcados y dados por los intereses de quienes miden esos parámetros y los imponen como dominantes y a su servicio.

Un cierto fundamentalismo científico, de forma inquisitorial, blandiendo y haciendo patrimonio suyo el saber y lo científico, intenta dictar sus criterios excluyentes e interesados, en la dirección de imponer un pensamiento único y su poder.

Permitaseme terminar con un apunte: subyace y pelagra en todo ello la libertad de pensamiento, el derecho a la diversidad y al debate ideológico y científico serio y sin cortapisas ni mediaciones bastardas.

## ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Gonzalez Duro E. *Psiquiatría y Sociedad autoritaria en España 1939-1975*, Madrid Akal 1978.
2. Cascos Solís J.- *Autarquía y nacional catolicismo. En Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría. Un siglo de psiquiatría en España*. Dr. Caetan del Clerambault. Madrid. Extra Editorial 1995.
3. *Informe Ministerial para la reforma psiquiátrica Mº de Sanidad y Consumo*. Madrid. 1985
4. Rendueles G. De la coordinadora psiquiátrica a la A.E.N.: de conspiradores a burócratas. En Aparicio V. *Orígenes y fundamentos de la Psiquiatría en España*. Madrid. ELA, 1997
5. González, O. *Sobre la reforma psiquiátrica en Andalucía*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría 1988, VIII, 26; 515-522
6. Espino A. *Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 2002; XXII, 81; 39-61
7. Aparicio V. *Apuntes sobre la reforma psiquiátrica*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría 1988; VIII, 26; 523-527
8. Menéndez. F.- *Informe de la situación actual de la atención en Salud Mental del Insalud ... a los dos años del plan de la reforma Psiquiátrica*. Rev. Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría 1987, VII, 23; 665-670
9. Virilio. P. Entrevista. El País 12-XI-1994
10. Argullol, El País 25-9-2004
11. Ortiz A.: de la Mata I.- *La industria farmacéutica y psiquiatría*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría 2003, 86; 49-71
12. Avendaño C., *Neurociencia, neurología y psiquiatría: un encuentro inevitable*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 2002, XX11, 83; 65-89.
13. Tizón J.L., ¿ *Por qué neurociencias y no psicociencias?* Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría 2002, XXII, 84; 67-117.
14. Canguilhem, G., *El conocimiento de la vida*. Barcelona. Ed. Anagrama, 1976.
15. Desviat, M. *Epistemología y práctica psiquiátrica*. Madrid, Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría, 1990.
16. Menéndez F.- *Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en Salud Mental*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría 1998, XVIII, 65; 145-150
17. Kandel E. *Biology and the future of. Psychoanalysis: Anew intellectual frame work for psychiatry revisited*. Am. J. Of Psychiatry 1999, 156; 505-524
18. Paniagua C, *Convergencias actuales entre neurociencias y el Psicoanálisis*. Ars Medica 2004, 2; 194-211.
19. Lamas S., reseña del libro *Clinical Studies in neuropsychology*. *Introduction to a depth neuropsychology Karen Kaplan-Solms*, Siso Saude 2004, 41; 147-154

20. Díez Patricio A. Editorial, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría 2000, XX, 76; 3-4
21. Castilla del Pino C. Epistemología de la Psico (pato)logía: la conducta relación sujeto/objeto. En Desviat M (coord.) *Epistemología y practica psiquiátrica*. Madrid, Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría 1990.
22. Desviat M., Editorial, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría, 1981, 0; 3-4
23. Álvarez Corbacho X. Voz de Galicia 6-7-2004 y 20-7-2004

Federico Menéndez Osorio  
Psiquiatra Infantil  
Unidad Salud Mental Infantil  
C.H.U. Juan Canalejo  
A Coruña



SECCIÓN



DEBATES





*Antonio Escudero Nafs, Cristina Polo Usaola, Marisa López Gironés, Lola Aguilar Redo*

## LA PERSUASIÓN COERCITIVA, MODELO EXPLICATIVO DEL MANTENIMIENTO DE LAS MUJERES EN UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO I: Las estrategias de la violencia

THE COERCIVE PERSUASION, AN EXPLANATORY MODEL OF THE STAY OF WOMEN IN A SITUATION OF GENDER-BASED VIOLENCE. I: VIOLENCE STRATEGIES.

### RESUMEN

En este estudio investigamos las condiciones que influyen en la prolongación o permanencia de las mujeres víctimas de violencia de género en la relación con el maltratador. Se diseñó un estudio cualitativo basado en el análisis de grupos de discusión con mujeres víctimas de maltrato en la relación de pareja. Se utilizaron para el análisis los presupuestos de la Teoría Emergente (The Grounded Theory). De los distintos modelos principales propuestos en la literatura: aplicación del concepto de masoquismo en la mujer, la indefensión aprendida, variaciones del «síndrome de Estocolmo», el «ciclo de la violencia» o la persuasión coercitiva, sólo los dos últimos pudieron dar coherencia a los distintos temas que emergieron en los grupos del estudio. El modelo que desarrollamos establece que en la violencia de género se producen una serie definida de estrategias de persuasión coercitiva cuya finalidad es perpetuar el control del maltratador sobre la víctima. Estas estrategias generan un progresivo estado de confusión de emociones, distorsión de pensamientos y paralización que dificultan que la mujer abandone la relación establecida por el sujeto maltratador.

*Palabras clave:* violencia de género, persuasión coercitiva, lavado de cerebro, estrategias de violencia.

### ABSTRACT

In this research we investigated the conditions that influence in the prolongation or permanence of the women who are victims of violence in the relation with the abuser. We designed a qualitative study based on the analysis of group discussions with these women. The «Grounded Theory» for the analysis of the data was used. Different models proposed in Literature are reviewed: application of the concept of masochism in the woman, the learned helplessness, «syndrome of Stockholm», the «cycle of the violence» or the coercive persuasion. Only both last models offered a coherent explanation to the set of the different subjects that emerged in the groups of the study. The model that we developed establishes that in the gender violence a defined series of strategies of coercive persuasion takes place. The purpose of these strategies is to perpetuate the control of the abuser. So the coercive persuasion generates a progressive state of emotional confusion, distortions of thoughts and paralysis that make difficult that the woman can leave the relation.

*Key words:* gender-based violence, coercive persuasion, brainwashing, violence strategies.

## ■ INTRODUCCIÓN

Según Rhodes y Baranoff McKenzie (1), la pregunta ¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de maltrato?, constituye la cuestión más frecuente respecto a las mujeres que sufren violencia por sus parejas.

Desde la investigación clínica y social se han formulado diversos modelos explicativos. El que tuvo un origen más temprano, manteniéndose todavía vigente, buscó la causa en una condición masoquista de la mujer. La violencia ejercería el papel de un mediador en el equilibrio, tanto de la relación de pareja, como de las necesidades individuales de sus miembros. Según autores como Snell, Rosenwall, y Robey (2), los periodos de conducta violenta «liberaban» al hombre de su angustia por su inoperancia como tal, al tiempo que permitían a la mujer obtener una satisfacción masoquista; esta última «ayudaba» a la mujer a manejar «su culpa» derivada de su propia «hostilidad expresada en su conducta controladora y castradora». La explicación masoquista es formulada también a partir del concepto del «mecanismo de compulsión a la repetición» (3). Desde dicho presupuesto teórico, se formulan propuestas terapéuticas dirigidas a tratar en las mujeres estos supuestos mecanismos inconscientes. Otros autores psicoanalistas como Bleichmar (4) e Hirigoyen (5), han advertido sobre lo que puede ser un uso abusivo y mal comprendido del concepto.

El modelo de «indefensión aprendida» fue propuesto por Walker en 1979 (6) aplicando las investigaciones de Seligman (7). Según este modelo, una mujer sometida a acontecimientos incontrolables, en este caso actos violentos, generará un estado psicológico donde la respuesta de reacción o huida queda bloqueada. Propuesto como alternativa científica frente a la teoría del masoquismo femenino, fue no obstante posteriormente criticado desde el análisis feminista por el énfasis que ponía sobre una actitud pasiva en la mujer. Al igual que el modelo del masoquismo, sigue teniendo una presencia actual dentro de las teorías explicativas. Para La Violette y Barnett (8), la imposibilidad de controlar la agresión generará en la víctima una afectación motivacional y pasividad consiguiente, dificultades para la resolución de problemas, y por tanto la confrontación con la situación, al tiempo que un trauma emocional que se manifiesta en forma de indefensión, incompetencia, frustración y depresión.

Walker (6), conceptualizó también el «ciclo de la violencia» el cual ha alcanzado amplia difusión. Este modelo suelen comprender tres fases: La fase de acumulación o de generación de tensión; en ella la mujer actuaría con un comportamiento pasivo como medio de protección. La fase de agresión o descarga de la tensión, en la cual la mujer intenta calmar al agresor. Y tras el ataque, la fase de arrepentimiento del maltratador que generará una ficción de reencuentro llamada «luna de miel», hasta el inicio del nuevo ciclo.

Los antecedentes de violencia sufrida en etapas tempranas de la biografía de la víctima han constituido un modelo explicativo basado en el aprendizaje de pautas de maltrato y victimización (9).

La Teoría del aprendizaje social, hará hincapié en una transmisión de pautas agresivas a partir del mensaje, según el cual el ejercicio de la violencia comprende consecuencias positivas (o ventajosas) para el agresor. No obstante, según un meta-análisis realizado por la ONU, una familia de origen violento constituye sólo una variable más que hay que considerar en la etiología de la violencia contra la mujer (10).

De forma más reciente se están aplicando elementos del modelo de identificación con el agresor correspondientes al llamado Síndrome de Estocolmo. Autores como Graham y Rawlings (11) lo describen como un estado disociativo en la víctima por el que se niega la violencia del agresor, al tiempo que se desarrolla un vínculo con el lado que percibe más positivo de aquel. Para ello, la víctima ha de ignorar sus propias necesidades mientras desarrolla una actitud hipervigilante ante las de su agresor.

Graciela Ferreira (12) estableció una similitud con los prisioneros de guerra o las víctimas de los secuestros. El síndrome de Estocolmo se establecería a través de un estrés postraumático e integración del trauma.

En nuestro medio, Montero (13,14) ha descrito el denominado Síndrome de Estocolmo Doméstico (SIES-d). Según el modelo, se constituye una fase adaptativa-cognitiva que culmina un proceso reactivo de una víctima aislada en un entorno traumático. El principal propósito de la fase podría ser obtener un mejor nivel de ajuste de la víctima al entorno amenazante sobre el que ejerce nulo control. A partir de aquí el síndrome es definido como un vínculo interpersonal de protección construido entre la víctima y el agresor, dentro de un ambiente aislado de estímulos, a través de la inducción de un modelo mental de naturaleza cognitiva dirigido a la recuperación del equilibrio fisiológico y conductual de la víctima y la protección de la integridad psicológica.

La persuasión coercitiva como modelo explicativo del mantenimiento de la mujer en una situación de maltrato tiene una representación dispar en la bibliografía revisada. Su mención o no, es pareja al concepto de «lavado de cerebro».

Miller (15) aplica a su desarrollo sobre los abusos psicológicos el concepto de «lavado de cerebro». El mismo se realizaría a través de: La cautividad (que establece como sinónimo de contexto de indefensión aprendida); el deterioro de la salud; el aislamiento; la propaganda (descalificaciones continuas); y la ansiedad (por medio de conductas cambiantes y de las amenazas). Miller hablará de los efectos de los «juegos mentales» como resultado de la pérdida de la identidad original de la víctima. Otros autores mencionarán el lavado de cerebro como un efecto de la cautividad, y causa, junto al síndrome de Estocolmo, de identificación con el agresor (8).

La aplicación más completa del concepto de «control mental» o «persuasión psicológica» a la violencia de género, lo hemos encontrado en un trabajo de Boulette y Andersen de 1985 (16). Estas autoras describen una serie de estrategias coercitivas aplicadas en sectas como «una variación en el fenómeno del maltrato el cual fue inicialmente observado entre mujeres de bajos ingresos económicos».

No obstante, la persuasión coercitiva, según el análisis de distintos autores, es más amplio que el concepto de «lavado de cerebro». Así, Rodríguez Carballeira (17) en su amplia monografía los titula como sinónimos al tiempo que hace esta ampliación del concepto. En las próximas líneas hacemos una breve revisión de ambos conceptos.

El concepto de persuasión coercitiva se desarrolla a partir de las investigaciones psicosociales descritas por Schein, Schneider y Barker en 1961 (18, 19) sobre las transformaciones a las que fueron sometidos prisioneros de guerra norteamericanos tras ser capturados por los combatientes comunistas chinos en la Guerra de Corea. En una acepción amplia, la persuasión coercitiva se distingue de otras formas de influencia, en que en la primera la persona destinataria es física o psicológicamente sometida a continuas situaciones de presión para su «desocialización».

La representación de la reforma del pensamiento a través de términos como lavado de cerebro y persuasión coercitiva se encontraban ya en los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales (DSM), desde su versión DSM-II hasta el actual DSM-IV-TR (20). El lavado de cerebro, si bien marginalmente, se encuentra representado dentro de la categoría de Trastorno disociativo no especificado del DSM-IV (300.15) y del DSM-IV-TR, y a su vez dentro de éste, como una forma de persuasión coercitiva: «3. Estados disociativos que pueden presentarse en individuos que han estado sometidos a períodos de prolongada e intensa persuasión coercitiva (p. ej., lavados de cerebro, modificación del pensamiento o inductrinamiento en sujetos cautivos)».

Loewenstein y Putnam (18) refieren que individuos sometidos a técnicas de extrema coerción tienen riesgos de sufrir una despersonalización persistente y posiblemente otros síntomas disociativos (amnesias, comportamientos similares al trance, y entumecimiento emocional). Pueden exhibir flexibilidad cognitiva reducida, regresiones conductuales y profundos cambios de valores, actitudes, creencias y sentido del sí-mismo.

Es difícil determinar un consenso para el propio concepto de persuasión coercitiva. Rodríguez Carballeira opta por la definición de J.W. Vander Zander (17) quien entiende la persuasión como «el ejercicio deliberado de una persona o grupo de influir en las actividades o conductas de otros, con el objeto de alcanzar algún fin preestablecido». Se sobrentiende por tanto que la persona persuadida, mientras actúa dicho proceso, es ajena a la modificación intencionada que se pretende ejercer sobre ella.

El segundo elemento: «coercitivo», que diferencia de otras persuasiones sin este adjetivo, implica: «el ejercicio de una presión intensa sobre el sujeto, limitando su libertad de elección, para dar así potencialmente más probabilidades a la obtención de la persuasión deseada». La coerción, en su doble acepción coerción/coacción es definida como «el uso de la fuerza para impedir u obligar a alguien a hacer algo».

Para Rodríguez Carballeira, el uso más adecuado del concepto «fuerza» permite su comprensión bajo su sentido más amplio, en tanto que abarca sus diversas formas: física, psíquica o social, directa o indirecta, expresa o amenazante, etc.

Boulette y Andersen (16) describen varias «estrategias coercitivas» en la violencia contra la mujer:

Dominación desde las primeras fases de la relación por el hombre a través de actos psíquicos y físicos, malinterpretados por la mujer bajo la representación de «hombre con carácter». Aislamiento/aprisionamiento. Escalada en el miedo y mantenimiento de éste. Inducción de culpa. Expresión contingente de «amor». Lealtad al agresor y autodenuncia, lo cual las autoras lo asemejan al Síndrome de Estocolmo. Promoción del sentimiento de incapacidad e indefensión (relacionado con la indefensión aprendida de Seligman). Expresión patológica de celos. Reforzamientos intermitentes a través de comportamientos que generan esperanza. Y exigencia de secreto.

De igual forma, el concepto de «lavado de cerebro» tiene un reconocimiento científico ambiguo.

Según Virginia A. Sadock (21): «El lavado de cerebro se apoya tanto en la coerción física como mental. Todas las personas son vulnerables al lavado de cerebro si son expuestas durante un tiempo suficiente, si están solas y sin apoyos, y si se encuentran sin esperanza de escapar de la situación».

El término fue acuñado en 1951 por Hunter, un periodista identificado más tarde como agente de la Central Intelligence Agency [CIA] (18,19). Para Loewenstein y Putnam (18), «un legado del miedo la lavado de cerebro comunista fue el desafortunado mal uso de la psiquiatría y la psicología por la CIA y otras agencias gubernamentales de Estados Unidos desde finales de los cuarenta en adelante para desarrollar métodos de control de la conducta». Su uso en estos medios, en alegaciones de lavados de cerebro en el contexto de movimientos religiosos a finales de los años sesenta y setenta, o su discusión en famosos juicios con gran implicación mediática, determinaron que el término fuese evitado en medios académicos en la última década. Actualmente se encuentra, junto con el trastorno por trance disociativo (incluidos trastornos culturales como el amok, latah, etc), o el Síndrome de Ganser, dentro de los llamados «trastornos disociativos de otra manera no especificados (NOS)» incluidos en el DSM-IV-TR (20). Esto, más que dar cuenta de un fenómeno, lo elude al tiempo que lo contempla.

Esta devaluación académica del concepto de lavado de cerebro y su confusión como sinónimo del concepto de persuasión coercitiva, ha podido determinar que ambos términos -salvo en el trabajo citado de Boulette y Andersen (17)- no hayan sido estudiados en profundidad como un modelo explicativo del mantenimiento de la situación de maltrato.

## ■ PARTICIPANTES Y MÉTODO

Nuestro estudio (22) se enfocó como una opción estratégica de investigación de las experiencias y los sistemas creenciales de las propias mujeres víctimas de situación de maltrato. Las mujeres participantes fueron seleccionadas según lo que en investigación cualitativa se denomina muestreo «teorético». Este constituye un tipo específico de muestreo no probabilístico en el cual el objetivo de la teoría en desarrollo guía el proceso de muestreo y colección de datos (23).

El propósito de dicho muestreo según Mays y Pope (24) es «identificar grupos específicos de personas quienes ya poseen esas características o viven en circunstancias relevantes para el fenómeno que está siendo estudiado».

### *Generación de datos: Los grupos de discusión como herramienta cualitativa*

Como técnica cualitativa para la obtención de información (o datos) optamos por los grupos de discusión. La investigación a través de los grupos de discusión ha tenido un profundo desarrollo en España, fundamentalmente a través de los trabajos de Ibáñez (25, 26, 27, 28, 29). Hemos seguido en este trabajo los presupuestos de Canales y Peinado (27) basados en el trabajo de Ibáñez. Los enumeramos de forma muy esquemática de la siguiente forma:

1. La conversación de cada grupo debe entenderse como una totalidad.
2. El papel del moderador será dinamizar el grupo permitiendo que el discurso fluya entre los participantes.
3. Cada interlocutor no es considerado como una entidad, sino como parte de un proceso.
4. Por proceso entendemos que las partes que lo componen cambian en el transcurso de la conversación en la misma medida en que se va organizando y cambiando el todo.

Los grupos de discusión, tal como se describen aquí, es el instrumento a través del cual se intenta que la voz de las personas tenga un espacio. Esta técnica, en tanto que la persona se siente amparada en un grupo, puede permitir, estimulada por el discurso inmediatamente anterior, que se genere una cadena de significaciones. Esta cadena de significaciones cobran sentido en tanto se entiende que es la producción de un grupo, y no la suma de discursos independientes (individuales), la que se va a analizar.

### *Configuración de los grupos*

En nuestro estudio participaron 43 mujeres que se distribuyeron en 9 grupos de discusión. La muestra se obtuvo de dos dispositivos asistenciales: Un Centro de Salud Mental (Grupos: GD1 a GD5), y el CARRMM: «Centro de Atención, Recuperación y Reinserción de Mujeres Maltratadas» (GD6 a GD9).

El «Centro de Atención, Recuperación y Reinserción de Mujeres Maltratadas» (CARRMM) es un recurso inaugurado en 1991 por la «Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas» para mujeres y niños/as víctimas de la violencia de género que orienta

sus objetivos a la intervención integral. Proporciona, además del acogimiento, un programa estructurado en cinco áreas de trabajo: jurídica, psicológica, formativa, trabajo social y convivencia. Asimismo se realiza apoyo a sus hijos, con el doble objetivo de realizar atención directa a las secuelas del maltrato y prevenir el aprendizaje imitativo de los roles maltratador/víctima. El recurso funciona en régimen de residencia. El periodo de estancia en este recurso puede prolongarse hasta 18 meses.

Las mujeres que habían acudido al Centro de Salud Mental lo habían hecho por motivos diferentes a los malos tratos, habiéndose detectado la presencia de los mismos (físicos) en una investigación previa de Polo Usaola (30).

Los criterios de inclusión de las participantes en los grupos cuya muestra se obtuvo del CSM fueron:

- Mayores de 18 años. Casadas o que hubieran estado casadas, que convivieran o hubieran convivido en pareja.
- Se incluyeron todos los diagnósticos de la clasificación CIE-10, excepto los señalados como criterios de exclusión.
- Que hubieran presentado signos de maltrato físico después de haber realizado escalas específicas de detección (31, 32).

Los criterios de inclusión de las mujeres que residían en el CARRMM fueron los mismos salvo que no era preciso el uso de una escala de detección pues eran mujeres ya residentes en un recurso específico.

Los criterios de exclusión eran diagnósticos e iguales para todos los grupos. Se excluyeron aquellas mujeres que presentaban según la CIE-10 diagnósticos de trastorno mental orgánico (F00-09); Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno por ideas delirantes (F20-F29); Episodio depresivo grave con y sin síntomas psicóticos (F31.4, F31.5, F32.2, F33.2, F33.3) y Episodio maniaco (F30, F31.0, F31.1, F31.2, F31.6).

La elección y conformación de estos grupos buscaba una alta representatividad de las experiencias. Ciertamente en los grupos predominaban mujeres que estaban separadas o en proceso. Aunque había grupos de mujeres que convivían con un maltratador –dos grupos–, buscábamos la creación de una teoría, y pensábamos que la perspectiva de la distancia podía constituir un factor clave que podía ayudar, desde la comprensión del proceso en distintos momentos existenciales, la construcción de las narrativas de las participantes. De ahí que el factor: intervalo tiempo de la convivencia (incluyendo convivencia y ruptura), como puede observarse en el diseño de los grupos, fuese la dimensión principal utilizada para su configuración. Aspectos como la edad o el nivel económico no eran necesarios para el diseño cualitativo de este estudio, pues como tal primaban la experiencia y la capacidad de expresarla.

Finalmente los nueve grupos participantes tenían las siguientes características:

- Grupo 1 (GD1): Compuesto por 6 mujeres, separadas hacía más de un año.

- Grupo 2 (GD2): Formado por 5 mujeres que convivían con su pareja y habían sufrido maltrato físico en el último año.
- Grupo 3 (GD3): Compuesto por 4 mujeres que convivían con su pareja pero el último episodio de maltrato físico había ocurrido hacía más de un año.
- Grupo 4 (GD4): Formado por 3 mujeres separadas hacía menos de un año.
- Grupo 5 (GD5): Compuesto por 5 mujeres separadas hacía más de un año.
- Grupo 6 (GD6): Formado por 4 mujeres que habían residido en el CARRMM hacía más de un año y habían completado el proceso individualizado de tratamiento.
- Grupo 7 (GD7): Compuesto por 6 mujeres residentes en dicho dispositivo y que llevaban en el mismo un periodo de tiempo comprendido entre 4 y 6 meses.
- Grupo 8 (GD8): Formado por 4 mujeres que llevaban un periodo de estancia y tratamiento en el Centro entre 7 y 12 meses.
- Grupo 9 (GD9): Formado por 6 mujeres residentes en el Centro de Recuperación Integral por un periodo entre 13 y 18 meses.

Salvo las mujeres incluidas en los grupos GD2 y GD3, las participantes estaban separadas legalmente. Todas las mujeres, excepto dos pertenecientes a los grupos 1 y 9, tenían hijos. La media fue de 1,9 hijos por mujer participante. Todas las mujeres fueron informadas del estudio y se les pidió consentimiento verbal para el mismo. El proceso de información de la naturaleza del estudio se registró en las grabaciones y fue transcrito.

El número final de grupos se determinó cuando la información obtenida por esta herramienta comenzó a alcanzar para nuestro propósito de investigación la llamada «saturación teórica» (33). Se habla de ello, cuando la incorporación de nuevos datos o de nuevos participantes no aporta más información a un tema que ha llegado a la máxima capacidad de exploración con la metodología elegida.

Tras configurar el posible grupo, contactábamos con las personas propuestas. Si bien no se explicitaba el objetivo concreto de la investigación (mantenimiento en una situación de maltrato), sí les exponíamos que tenía que ver con el estudio de la violencia de género. De las 29 mujeres en total contactadas para la participación en los distintos grupos provenientes del Centro de Salud Mental, siete, no acudieron, disculpándose el mismo día.

Tras acordar una cita y llamar el día anterior para recordarla, quedábamos emplazados con las participantes en un lugar lo más «neutro» posible. Así con los grupos que provenían del Centro de Salud Mental, el lugar convenido era un dispositivo perteneciente al servicio, pero ubicado en otro lugar del distrito. Este era un centro de Día de Rehabilitación que no estaba operativo por la tarde cuando realizábamos las entrevistas.

Para los grupos provenientes del Centro de Atención, Recuperación y Reinserción de Mujeres Maltratadas CARRMM, se convino un local en el centro de Madrid, alejado del Centro de Atención de origen. Algunas mujeres sólo habían acudido ocasionalmente a este espacio, pero no era éste el lugar donde hacían gestiones de tipo legal o se hacían entrevistas preliminares para entrar en el CARRMM.

Uno de los miembros del equipo investigador ejercía la función de moderador. Una serie de temas, convenidos previamente, o que eran sugeridos durante la entrevista, eran propuestos en una forma abierta, en el sentido de no inducir ningún tipo de respuesta. Estas intervenciones intentaban ser lo menos numerosas posibles para no interrumpir la espontaneidad y fluidez del discurso. Posteriormente a la finalización de los grupos, los investigadores continuaban reunidos comentando el curso de la entrevista y compartiendo notas tomadas durante el desarrollo de la misma. Esto servía de retroalimentación para el desarrollo y gestión del siguiente grupo.

Se obtuvieron cerca de 17 horas totales de entrevistas que fueron transcritas literalmente.

Se utilizó para la codificación el programa ATLAS.ti (Visual Qualitative Data Analysis Management Model Building) en su versión Win 4.2. (34). Este programa creado por Thomas Muhr, un psiquiatra volcado en la aplicación de la investigación cualitativa a todos los campos de conocimiento, diseñó un programa que facilitaba la interpretación de los textos, las imágenes y el material en audio. Este programa había sido diseñado inspirado en el modelo de la «teoría emergente». Siguiendo la clasificación de Miles y Huberman (35), este programa se puede incluir dentro de los llamados «constructores de redes conceptuales», ya que ayuda a verificar teorías a través de redes gráficas que vinculan conceptos entre sí por medio de relaciones del tipo «pertenece a», «conduce a», «es un elemento de», «contradice a», etc, u otros sistemas de relaciones que el propio investigador puede crear, como en nuestro caso «se atribuye a», o «favorece a», etc. Sea cual sea la completud del programa empleado, la selección, nominación y relación de códigos y categorías siempre se establece por el investigador.

*Análisis de los datos: uso de los presupuestos de la Teoría Emergente (Grounded Theory) de Glaser y Strauss (23) para el desarrollo de una teoría del objeto de investigación.*

Desde el trabajo original de 1967 han surgido variaciones de enfoque que no han debilitado su esencia; para Charmaz y Mitchel (36), todas las variantes de la teoría emergente incluyen las siguientes estrategias:

1. Colección de datos y su análisis simultáneo.
2. Búsqueda de temas emergentes desde los primeros datos analizados.
3. Descubrir procesos básicos sociales dentro de los datos.

4. Construcción inductiva de categorías abstractas que expliquen y sintetizen estos procesos.
5. Integración de las categorías dentro de un armazón teórico que especifique causas, condiciones y consecuencias del (los) proceso/s.

Fases de la investigación y participación de los investigadores.

1. Diseño de grupos de discusión y desarrollo de los mismos. Participación en el diseño de todos los investigadores.
2. Transcripción.
3. Codificación y categorización según la teoría emergente (grounded theory) por el investigador principal.
4. Revisión continua y consenso de los códigos y categorías por el equipo de investigadores.
6. Generación de propuestas teóricas por el investigador principal.
7. Revisión y consenso de las propuestas teóricas entre los investigadores y formulación teórica final.

## ■ RESULTADOS

- *La puesta en práctica por el maltratador de una serie de estrategias coercitivas sobre la víctima.*

El concepto de «estrategias» ha sido empleado por otros autores, Inmaculada Monzón (37) afirma: «El agresor que niega su responsabilidad en la violencia que ejerce contra su mujer no está en condiciones de modificar el tipo de interacción que tiene con ella pero, por la función que ésta cumple en su vida, no se puede permitir perderla, de modo que va a desarrollar todo tipo de estrategias para someterla, diezmando sus capacidades para romper la relación y conduciéndola hacia estrategias defensivas de permanencia de ella, a la vez que él adquiere mayor control y poder».

Según la R.A.E. (38), la estrategia es un proceso regulable, conjunto de las reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento. Esta definición significa la posibilidad de cambios entre diversas estrategias, determinando siempre la más idónea para alcanzar el mismo objetivo. Así, la violencia física se puede transformar en descalificaciones o en amenazas veladas, desconcertando siempre a la mujer, quien sólo ve distintos comportamientos (físicos, verbales), pero no el mismo objetivo que comparten.

1. Sobre la «intencionalidad» del maltratador

Proponer la existencia de estrategias implica hablar sobre la intencionalidad del maltratador. Entendemos que el maltrato es intencional en tanto se dirige a un objetivo: sometimiento de la víctima. Necesariamente, el maltratador no despliega el conjunto de estrategias como un proceso aprendido de antemano.

Por ello, desde un primer momento, son los distintos actos violentos los que van a conformar el resto del proceso. Las secuencias temporal (proceso reiterativo e impredecible) y espacial (progresivo aislamiento sociofamiliar) son impuestas por las necesidades del agresor y modulan su desarrollo siguiente.

A partir de aquí, a modo de un proceso de perfeccionamiento, se produce lo que Lorente (39) describe en los siguientes términos: «(...) el agresor, en muchos casos, necesita un tiempo para encontrar lo que podríamos considerar «su forma de agredir»; aquella en la que él percibe que se ha alcanzado el equilibrio de efectividad, eficacia y seguridad».

## 2. Sobre la «necesidad» del maltratador

Autores como Dutton y Golant (40), basándose en las teorías de las relaciones objetales y las teorías del vínculo proponen que los hombres violentos presentarían el mismo perfil de las conductas de niños que no han alcanzado adecuadamente la cuarta fase de Margaret Mahler (41,42).

Para estos autores, estos hombres violentos buscan así mujeres a quienes puedan dominar, sobre todo en el sentido de decidir la distancia emocional en la relación. Esto podría tratarse de un medio de manejar el trauma original de un acercamiento fallido. Pero a su vez, este intento de dominio generaría ansiedad e ira. Si el control se ve amenazado, la ansiedad y la ira hasta entonces ocultas aflorarían a la superficie.

Jukes (43) propone la teoría de la «burbuja», según la cual el maltratador vive en un «self privado»: «La cualidad esencial de esto es que el hombre tiene una vida mental privada la cual nunca comparte con otros».

La burbuja se formula como una encapsulación defensiva del sí mismo, que permite mantener a la realidad y a las personas lejos sin sentirse amenazado por percepciones que contradigan las estructuras cognitivas, las actitudes, creencias y valores propios. Así, «no existe realidad analizándose en la burbuja, sólo hostilidad».

Para Jukes, en general, los maltratadores, interpretan su propio comportamiento como pasivo, más que como una respuesta a la forma en que los demás le tratan a él.

Según este autor, el origen de la burbuja en la que vive el maltratador, es un proceso que se generó en las fases más tempranas de la infancia. Se basa para ello en los trabajos de Balint (44):

«Es en definitiva una relación entre dos personas en las cuales, sin embargo, sólo uno de los miembros importa; sus deseos y necesidades son las únicas que se tienen en cuenta y que deben ser atendidas; el otro miembro de la pareja, aunque sentido como un ser inmensamente poderoso, importa sólo en la medida

en que está dispuesto a gratificar las necesidades o deseos del primero o decide frustrarlas; más allá de esto sus intereses personales, necesidades, deseos ilusiones, etc, simplemente no existen».

Para Jukes (36), la «falta básica» es una condición esencial o necesaria para el abuso de las mujeres por los hombres, pero no suficiente. La cuestión no es ya si ella le frustra o no a él. Lo importante es la percepción que él tiene desde su burbuja, y a la cual, como los demás ella no tiene acceso. Así, basta que ella tenga una necesidad, ilusión o deseo para ser percibida como amenazadora de su integridad.

3. La dependencia del maltratador se materializa como control sobre la víctima  
La permanencia del control del maltratador se mantiene a lo largo de todo el proceso. Llorente (32) afirma: ««En el caso de los maltratadores, todos necesitan el control de la mujer (...). El agresor que agrede a la mujer da muestras de tener una conducta perfectamente definida y destinada a la consecución de un objetivo concreto, y por ello se aprecia que en todo momento es consciente de lo que está haciendo, sabe por qué y para qué lo hace y siempre manteniendo el control de la situación (...)».

Este control del maltratador se realiza a través de la repetición de las estrategias coercitivas. Por medio de este comportamiento de acoso, el maltratador «se» hace presente a la víctima a través del tiempo. Este control permanente sobre la víctima, sugiere una dependencia del maltratador «de» su víctima.

- *Yo pienso que son muy inteligentes. En mi caso yo lo digo y al hablar con las compañeras eran maquiavélicos, o sea, es todo planeado, es planeado para que nunca te vayas de su lado, o sea, para tenerte ahí y para que dependas de ellos, porque si te pierden, pierden el control (GD7)*
- *y yo también he pensado que nos retenían, a mí personalmente, nos retenían porque te necesitaban, te necesitaban en el sentido de... - Porque son inútiles. - ... en el sentido en que..., es que ellos sin ti, como te machacaban, se sentían poderosos o superiores, podían contigo. (GD7)*

4. Control del maltratador y comportamientos celotípicos.

Este rasgo celotípico se encuentra en muchas de las tipologías de maltratadores (40, 45, 46, 47).

Sin embargo, más que el clásico delirio celotípico de infidelidad, en nuestros datos abundan las descripciones de manifestaciones celotípicas que parecen aludir a la no aceptación de la presencia de una tercera persona. Este «tercero» es vivido por el maltratador como una amenaza a la relación dual y exclusiva que establece con su pareja. Este riesgo de ruptura de la relación diádica puede hacer emerger sentimientos ontológicos de inseguridad.

*O sea, tenía celos de que no le quisiera sólo a él... (GD1)*

*... yo lo de celos con otros hombres, no,... que se metía conmigo y que era tonta y todo eso... Pero en el fondo era como... ahora lo veo... como los niños pequeños, que le has dejado de hacer caso a él y le has destronado porque han venido... ha venido otro. O sea, te llevas muy bien, nos casamos y nada mas tal... estábamos embobados, cuando... yo también le aparté un poco porque empecé a tener hijos. Lo veo ahora...es que no tenía otra... (GD1)*

Esta tercera persona que irrumpe, significa un riesgo para la relación de dominación y aleja la atención de la víctima de él.

*... -Tenía celos de mis nietos, de mis hijos, de mis hermanos, hasta de las vecinas que he saludado... -No eran celos porque fuera por otro hombre, ni porque tuviera celos del vecino, del carnicero... (...)... celos horribles de mi familia, sobre todo de mi hermano. (GD1)*

La no aceptación de «un tercero» podría ayudar a explicar por otra parte, el elevado número de descripciones que fueron recogidas en nuestro estudio –fenómeno ya descrito cuantitativamente en investigaciones previas- sobre el inicio de acciones violentas cuando la mujer se encontraba embarazada (48, 49, 50, 51, 52).

*(...) cambió casi de la noche a la mañana después de tener el niño, o sea, que... fue algo terrible. Moderador: ¿Qué pasó? - Pues sí, al mes de tener el niño, la primera bofetada, o sea, que fue un cambio..., hasta entonces, pues normal (entre comillas). - Sí, yo fue al quedarme embarazada cuando empezó. Moderador: ¿Al quedarte embarazada también? - Al quedarme embarazada fue cuando yo empecé a percibir que algo había cambiado (...) y empezó, pues eso, a salir, a no venir o a aparecer con los amigos sin avisar, a decir «es que tú eres un rollo, porque no puedes beber, o no quieres salir a bailar porque tu ropa no te cabe», empezó eso ya cuando me quedé embarazada la primera vez...(GD6)*

*Pero las agresiones fuertes han sido ya de casados, con críos, con el primer embarazo empezaron las agresiones fuertes. (GD7)*

- *Estrategias de control*

Las estrategias de control o de coerción actúan entre sí de una forma sinérgica. El modelo coercitivo en la violencia de género se iniciaba según nuestros datos a partir de tres estrategias básicas:

- Actos violentos. Definen la relación. Las formas de manifestarse la violencia se relacionan entre sí, concurren y/o se alternan. Así, es imposible concebir actos de violencia «puros», sin implicación emocional. De ahí que la distinción entre maltrato físico y emocional sea un tanto artificial. La presencia de actos violentos son obligatorios para definir la relación de violencia de género, pero no suficientes para comprender el proceso.

· Modulación del tiempo en el que se ejercen los actos violentos: La segunda estrategia, por la cual el maltratador actúa según sus necesidades o frustraciones, es la modulación del tiempo. La víctima así es sometida a un proceso continuo de violencia, pero en el que irrumpen agresiones impredecibles, o fases de recrudescimiento que crean la ficción de «ciclos» en los que la «calma» y la violencia se alternan.

· Aislamiento: El aislamiento, aunque nos evoca formas físicas en la cual la persona no tiene acceso a otras personas o a recursos propios, ha de comprenderse también como aislamiento en tanto imposibilidad de comunicar vivencias y emociones. La vergüenza y el sentimiento de culpa favorecen que la víctima oculte el maltrato al que está siendo sometida.

Esta modulación de «tiempo y espacio» genera confusión en la víctima. Sin embargo, para entender bien el proceso de la violencia es necesario comprender que realmente el control sobre el tiempo y el espacio se hacen continua y simultáneamente. Realmente no existe periodo sin efecto de la violencia. Dado el gran impacto que genera la agresión física, esto puede determinar que la mujer entienda periodos de descalificaciones sin presencia de acciones físicas o accesos de cólera verbal, como ausencia de agresividad. En fases más avanzadas puede haber periodos de «silencio» (se ha alcanzado una economía de la violencia por el agresor), el maltrato impredecible ha facilitado este efecto de incertidumbre constante.

## 1. Actos violentos

### a) Categorización de los actos violentos

Utilizamos la denominación de «actos violentos» para esta categoría, dada la ambigüedad de otros conceptos como «agresivo», «violento» y «hostil» (53).

Las subcategorías que componen este grupo fueron denominadas: «acto violento físico (con contacto)», «descalificación y desvalorización», «amenaza» y «violación de la pareja». Mientras el primero y el último son lo suficientemente explícitos y con elementos diferenciables (54,55), los códigos correspondientes a la desvalorización y la amenaza, son identificados muchas veces de forma conjunta como maltratos psíquicos (56).

En nuestro estudio, las amenazas mostraron una capacidad fundamental para generar emociones tendentes a la paralización de la víctima, y con ello disuadir a la mujer de abandonar la relación, lo que las configuraban como una subcategoría específica dentro de los actos violentos.

- Propiedades diferenciales de las amenazas de otros actos violentos
  - Suspensión –latencia- en el tiempo con capacidad de proyectarse al futuro.

- La amenaza remite fundamentalmente a un acto corporal, lo cual la aproxima al acto físico de violencia; de hecho, podríamos definir la amenaza como un «acto físico (virtual) de violencia».
- Se construyen como formas de violencia eidéticas. Ello hace referencia a la tendencia a convertir el pensamiento en imágenes. De esta forma la amenaza puede ser reproducida en y por el imaginario de la mujer, pudiendo adoptar la forma de pensamientos intrusivos durante la vigilia y el sueño.  
*Incluso muchas veces he soñado y de esto que estás sentada, o sea, que tú estás como pensativa, me he visto muerta, aunque sea muy fuerte decirlo es así, yo lo he sentido. Y en sueños me he visto que me mataba. Y un sueño incluso fue tan real que yo, o sea, me veía ya morir, sin fuerzas, no sé a lo mejor es que mi mente me ha jugado una mala pasada por todo esto que he pasado, pero yo me he sentido morir en sueños. Y de estar pensando y pensar que me lo puedo encontrar en un parque y verme muerta en ese parque, ver cómo me mata. (GD8)*
- Pueden utilizar cualquier medio de comunicación con la víctima. La amenaza es fácilmente reconocible por la víctima, ya que emplea un lenguaje universal (así, pasar un dedo por el propio cuello, remite a la «imagen» de muerte, de igual forma que apuntar con el dedo índice «reproduce» un arma de fuego).
- Niegan que con la separación finalice el maltrato. La amenaza consigue este efecto gracias a su proyección –posibilidad de materialización– a través del tiempo.
- *Yo tengo miedo a que nunca va a acabar, porque él me tiene amenazada (...) (GD7).*
- Gran parte del poder disuasor de la amenaza estriba en que es difícil aceptar el riesgo de comprobar si quien la emite puede cumplirla.
- La amenaza en la violencia de género tiene mayor riesgo de materializarse cuando su función principal se concentra en disuadir a la víctima de abandonar la relación. La multitud de veces en que las amenazas son cumplidas y se muestran los femicidios en los medios de comunicación, manifiesta su capacidad para convertirse en una posibilidad contrastada por la realidad, perdiendo así su carácter ilusorio.
- En nuestro estudio, las amenazas generalmente eran vagas, expresando un daño en el futuro que no se detallaba, salvo en dos expresiones concretas: amenazas de muerte y amenazas de quedarse él en «posesión» de los hijos. De los once fragmentos en los que detectamos que claramente el objetivo de la amenaza era disuadir a la mujer de

separarse, salvo en uno de ellos, en todos el maltratador utilizó como amenaza quedarse con los niños (ocho), la posibilidad de matarlo (uno) o infringirle un daño indefinido (uno).

*Ellos creen que como a ellos, o sea, es cierto que un padre te diga: «Pues como venga la policía y me lo quiera quitar, lo tiro por la ventana», o sea, eso a él, bueno, quiero decir cómo puede entrar en la cabeza de estas personas, pero, o sea, yo la manera de verlo es que no me lo explico, no es la capacidad de decir que la madre..., tú no lo vas a permitir porque eres su madre, porque lo quieres, pero a él le da igual decirlo, y si lo dice es porque lo va a hacer. (GD6)*

b) La alternancia entre los actos de violencia.

Todas las formas de actos violentos suelen combinarse. Los actos violentos físicos acontecen en un contexto de amenazas y desvalorizaciones; las violaciones intramaritales se realizan bajo formas de coacción, amenazas y muchas veces como forma de humillación; o, pueden existir desvalorizaciones continuas sin actos violentos físicos, si bien suelen combinarse con amenazas. *...aparte de las palizas y de los tratos violentos, eso ya como que, bueno, si pasaban más de dos semanas sin eso decía: «Bueno, se ha pasado». O sea, vamos a ver, vives en otro mundo, pero vives así, una de cal... - En una montaña rusa. - ... exacto, y otra de arena, si pasaba una semana o dos semanas sin violencia física, pero no pasaba la violencia psicológica, porque yo seguía siendo una inútil, una madre que no sabía nada, que no sabía comprar, que tú compras con los ojos, o sea, yo no sabía..., era una maleducada venida del este que no sabía ni cocinar, bueno, o sea, pero era espantoso, y eso pues oírlo más o menos de diferentes maneras, pues no sé, quizá es imposible que te hagas una idea, y entonces vivir en esta balanza. (GD6)*

La constancia o interrupción de una forma de violencia en el tiempo es una propiedad inherente al propio acto; así, mientras malos tratos de carácter físico sin interrupción en el tiempo son incompatibles con la supervivencia, las descalificaciones y desvalorizaciones pueden mantenerse a lo largo de todo el proceso. Las amenazas, para conservar su eficacia suelen ser racionadas en su uso.

2. Estrategias derivadas del predominio de la modulación del tiempo en la aparición de los actos violentos.

Como haremos hincapié en otros apartados, los actos de violencia físicos requieren por su propia naturaleza una distribución en el tiempo, so pena de destruir definitivamente a la víctima. Realmente el control de él y la violencia que lo acompaña son continuos en todo el proceso. Podemos decir que sobre dicho «ruido

de fondo» (violencia de fondo), surgen exacerbaciones de actos violentos verbales y físicos que no pueden ser anticipados por la mujer, y fases de mayor violencia que generan la ilusión de ciclos definidos que se alternan con (supuestos) periodos de calma. La violencia física también se desarrollará en el aislamiento del hogar, pero su efecto más intenso lo obtendrá de la imposibilidad de su predicción por la víctima.

a) La estrategia del maltrato impredecible y su percepción como «comportamiento caótico»

La capacidad de predecir los sucesos es inherente al desarrollo cultural humano, y en gran medida se ha comprendido como un factor de supervivencia. La imposibilidad de predecir un acontecimiento traumático que se repite con frecuencia en el tiempo genera un fuerte sentimiento de vulnerabilidad. El maltrato impredecible activa un estado de alerta y de estrés constante en la víctima. Según la teoría de la «indefensión aprendida» formulada por Leonore Walker (6), basada a su vez en el concepto de Seligman (7), el comportamiento violento impredecible generaba un estado de pasividad que imposibilitaba escapar a la mujer de la relación. Nuestros datos arrojan correcciones a esta teoría que explicaremos más adelante. Esta imposibilidad de anticipación y control sobre la violencia fue codificada por nosotros como «maltrato impredecible».

Esta impredecibilidad, hace percibir a la mujer el comportamiento de él como «caótico». Esto genera un estado de sorpresa; estado que se aplica no sólo a los episodios agresivos, sino a los cambios de carácter y de humor, o ante una sorpresiva mala contestación. La mujer todavía no percibe que esos «pequeños gestos» son ya «signos» de una violencia global. En las primeras etapas de la relación, la mujer experimenta estos conatos agresivos de su pareja como episodios aislados, desconectados de otros momentos de violencia. El código «comportamiento caótico» fue utilizado para catalogar todas esas experiencias de asombro y de confusión que se desencadenan en la víctima. Digamos que el maltrato impredecible, se presenta ante la mujer como comportamiento caótico, y ello, no le permite ver el hecho irreductible del acto violento que está detrás.

Esto lo consideramos clave, pues supone una dilatación en el tiempo de la confusión antes de que la mujer pueda percibir que existe un franco maltrato. Ello facilita que otras estrategias se vayan instalando y definiendo en la relación violenta.

Durante las primeras etapas de la relación, la mujer intenta comprender estos cambios de humor o respuestas intempestivas (justificándolas en numerosas ocasiones). En fases posteriores, intentará determinar un patrón predictivo

o un catálogo de conflictos que permitan identificar el riesgo de la agresión. De esta forma, el asombro desaparecerá conforme se desarrolle la emoción del miedo.

La descripción de las mujeres de sus reacciones de asombro ante las conductas «caóticas» permite formular una secuencia en el tiempo de búsqueda (y fracaso) de un sentido a las mismas.

- Experiencia de asombro (o sorpresa)  
*... Yo como tengo un carácter totalmente distinto al suyo él empezaba a gritarme y yo... a mí me resultaba sorprendente ... porque no estaba acostumbrada a que él me gritara ... bueno, pues, yo iba callando pero eso iba cada vez a más, cada vez a más... (GD2)*  
 Esta experiencia con sus efectos es muy similar a la descrita por Sluzki (57) como «disonancia cognitiva». Esta ocurriría en una situación de violencia de baja intensidad, como parece que se produce al inicio de la relación: «la reacción que se produce es de sorpresa, de imposibilidad de integrar este hecho en la experiencia. Se produce una autoprotección y se trata de sobrevivir al suceso. Es frecuente que aparezcan reacciones de shock, negación, confusión, abatimiento, aturdimiento y temor».
- Búsqueda de una explicación  
*Pero, al principio, me volvía loca pensando, ¿que será?, ¿qué... qué es lo que sucede? (GD2)*
- Fracaso en la búsqueda.  
*Yo me decía... yo no puedo aguantar lo suficiente... o estar a la altura suya o porque yo... en fin. Y era tan, tan, que era por todo... y... y... yo me desorientaba porque decía señor si yo intento hacer lo mejor posible, si yo quiero... (GD1)*  
 A veces esta ansiedad se percibe como más dañina que el propio acto violento, provocando un estado de hipervigilancia:  
 A mí me pasa igual que a ella, que más que los tratos, los malos tratos físicos, las dos ó tres bofetadas, (es) el estrés de estar pensando «y como vendrá y como no vendrá, si me tocará hoy, no me tocará». (GD5)
- Intento de acierto por azar. Ante la imposibilidad de acierto, al no poderse encontrar un patrón de conductas, o indicios que predigan el maltrato, se renuncia a la búsqueda de sentido. Se intentan ya distintas conductas (sin una teoría de la víctima que las sustenten y que eviten la agresión).  
*Si es que no das una... hagas lo que hagas no das una... (GD1)*

b) El maltrato impredecible y la indefensión aprendida

Inicialmente, consideramos ambos términos como equivalentes. El modelo de indefensión aprendida, tal como lo aplicó Walker, establecía una relación directa entre el «maltrato impredecible» y la «inmovilización y paralización».

Conforme avanzábamos en el análisis, encontramos lo que se antojaba como una contradicción a dicha asociación lineal: mientras en nuestros datos se apreciaban relaciones directas entre el «maltrato impredecible» y el miedo, y entre esta misma emoción y la «inmovilización y paralización», el «maltrato impredecible» y la «inmovilización / paralización» no parecían relacionarse directamente entre sí. Lo que encontramos realmente, fue que una emoción, el miedo, se encontraba entre el «maltrato impredecible» y la «inmovilización / paralización».

«Maltrato impredecible» → «MIEDO (terror)» → «Inmovilización-Paralización»

- Miedo y maltrato impredecible:

*Y después cuando llegaba a casa pues ya eran broncas por todo, y venga a decir «que de donde venía, que donde había estado, que si el autobús había tardado, que si el autobús...». Siempre pues claro, cosas que, que, y con miedos y yo en el autobús decía, «que, cómo llego, cuando llegue, cuando llegue cómo me lo encontraré hoy, cómo, ¿lo encontraré de buen humor o no lo encontraré de buen humor?», y yo iba siempre muy nerviosa. (GD5)*

- Miedo e inmovilización/paralización:

*- Ya no es el miedo, el pánico que le llegas a tener a esa persona, porque yo recuerdo una vez que estaba yo con el niño en la calle, y pasaba gente al lado, pero yo era como un..., que no tienes vida, como que sólo le oyes a él. O sea, que tú quieres..., en tu casa te pasan un montón de cosas, es decir, pues qué hago de esto, y si me voy para allí, y si corro, pero no lo haces, o sea, estás todo el rato pensando, pero de ahí no sales... (GD6)*

Una posible respuesta a esta contradicción con la teoría original de Walker la encontramos en Peterson, Maier y el propio Seligman (58) cuando, años después de la monografía del último autor, revisaron el impacto de la teoría de la indefensión aprendida, incluida su vinculación con el síndrome de la mujer maltratada. Para estos autores, la aplicación al maltrato de la indefensión aprendida que Walker había hecho era incorrecta, y sólo daba cuenta parcialmente del fenómeno.

Consideraban que la pasividad que se describía entre víctimas de la violencia doméstica podía tratarse más bien de un efecto instrumental. Las cogniciones de indefensión estarían presentes como corresponde a un contexto incontrolable, pero podían deberse también a una historia de reforzamiento explícito de la pasividad.

Por otra parte, a diferencia del escaso peso que había tenido el miedo en la monografía original de Seligman, esta emoción cobraba ahora un papel preponderante en la revisión del concepto. De hecho sería el miedo lo que era generado por la indefensión aprendida. Por otra parte, la paralización podría ser efecto de numerosos elementos cognitivos, no de la indefensión aprendida. Estas discrepancias con el modelo de Walker eran coincidentes con nuestros datos y nos ofertaban una nueva forma de comprenderlos. La propuesta sería entonces que el maltrato impredecible generaba miedo, el cual actuaba junto con otros elementos (de forma parecida a como lo expresaban Peterson, Maier y Seligman) para provocar un efecto de inmovilización. En esto nos basamos para considerar que el concepto de «indefensión aprendida» no tiene la capacidad explicativa que en un momento le otorgamos, más aun cuando el propio concepto de inmovilización en la mujer como sinónimo de pasividad, debe revisarse.

c) El «ciclo de la violencia» y el «maltrato impredecible»

Leonore Walker (6, 59, 60, 61) desarrolló la idea de que el maltrato hacia las mujeres tenía un carácter cíclico.

Los ciclos de violencia son asimismo impredecibles, pues aunque la mujer perciba el aumento del nivel de tensión, no ha podido prevenir la aparición de dicho ciclo, y tampoco podrá prevenir dentro del mismo el inicio del ataque. Realmente, el ciclo de la violencia es una forma de maltrato impredecible. Es la presencia o no de la estrategia del arrepentimiento, intercalada entre los episodios de agresión la que genera la ilusión de una periodicidad. Pero el inicio de la fase de tensión, el momento de su descarga en forma de violencia, y la declaración de arrepentimiento, son iniciadas siempre por el maltratador y nunca pueden predecirse por la víctima. Conforme se consoliden las distintas estrategias de maltrato, la estrategia de arrepentimiento escaseará cada vez más y los ciclos de violencia irán perdiendo presencia.

Siendo un concepto ampliamente desarrollado en nuestro trabajo pero con numerosos referentes en la literatura, destacaremos aquí sólo una estrategia vinculada a nuestro objeto de investigación: la que hemos denominado «estrategia del arrepentimiento».

· La «estrategia del arrepentimiento»

El arrepentimiento que oferta el agresor, hace abrigar a la mujer la esperanza de que su proyecto de una relación de pareja pueda sobrevivir. (Sin embargo, esto otorgará de nuevo tiempo para que el proceso de maltrato se vaya consolidando). Este arrepentimiento confluye con la negación o la justificación de las conductas de él que realiza la mujer, siendo estos mecanismos desarrollados por ella para preservar la «ilusión» de que la

relación, sin violencia, puede existir como proyecto vital. Desarrollaremos en mayor extensión esta estrategia y los mecanismos cognitivos y emociones implicadas en el segundo artículo que completa este estudio.

### 3. Aislamiento

Como seres eminentemente sociales, los humanos percibimos que todo aislamiento ambiental implica un aislamiento emocional. Según el Diccionario de la R.A.E. (38), aislamiento en su sentido figurado significa incomunicación y desamparo.

#### a) El aislamiento como estrategia

Cuando hablamos de aislamiento en violencia lo hacemos en alusión al espacio psíquico. El aislamiento físico es una instrumentalización cuyo fin último es el confinamiento mental, esto es, la separación de la mujer de cualquier otro referente externo al propio maltratador. Los celos ejercen este efecto, de igual forma que lo hace el aislamiento físico. El aislamiento constituye la estrategia más comúnmente recogida en toda la literatura. Funciona como el crisol en el cual, perdidos para la víctima los referentes externos, el maltratador actuará libre de cualquier injerencia y materializará su deseo de una relación dual exclusiva (62).

Sin embargo, en las primeras fases de la violencia, la mujer percibe que sufre un aislamiento fundamentalmente físico. La víctima no ha desarrollado todavía una deconstrucción de su identidad que se generará en fases más avanzadas.

- Así, el aislamiento se inicia desde las primeras fases de la relación.  
*En mi caso fue con el noviazgo, ya empezó a apartarme, de amigos sobre todo, y luego ya de la familia, a nivel de descalificar a mis amigos, descalificar a mi familia, sentirse celoso de amigos ( ). (GD9)*
- Al principio el aislamiento parece formar parte del mismo juego de seducción que establece el maltratador al inicio de la relación, «valorándola» o halagándola:  
*... - Muy sutil. - ¿Qué dónde vas a ir tú? - Que esos amigos no son para ti. - Esas amigas, ésas son unas putas, y entonces... - Sí, más o menos. - O la familia. - No, pero todo por miedo. O sea, que cómo te vas a hablar con esa gente, tú mereces otra calidad de vida, ya te presento a mis amigos... - Exacto. - ... valorándote a ti, o sea, rechazaba a los otros, pero diciendo: yo quiero algo para ti, para tu bien... - Exacto. ¡Ay, cómo vas a aceptar ese trabajo! Y me decía: ay, si tú eres... - Claro. O sea, todo, te valoraba en el fondo y decía: hombre, si lo hace por mí. (GD6)*

Bajo este supuesto halago, existe una descalificación sobre otras personas y sobre ella misma: estás con «putas» o con mala gente. Esta afirmación busca confundirla y al mismo tiempo aislarla.

- Un elemento clave del aislamiento es desposeerla de medios económicos. *Luego también se crea la dependencia económica, porque uno de los factores que se encargan de manipularlo muy bien es el que te quedes sin defensa, sin defensas emocionales y también físicas. Una de las defensas físicas es el dinero. Entonces, en muchos casos, incluido el mío, te pide que dejes el trabajo, si trabajabas, entonces una vez que dejas el trabajo te quedas sin sustento económico, con lo cual pasas a pertenecer y a depender prácticamente de él. (GD9)*
- La distancia física y el idioma pueden ser factores importantes de aislamiento. *Él piensa que es mejor llevar al niño a vivir a su país para que aprenda el idioma. Él no me enseñó el idioma, la culpa la he tenido yo, porque yo no sabía hablar el árabe. (GD7)*  
*... me llevaron a (un pueblo de la serranía de Madrid) y me soltaron en una urbanización... (GD1)*
- El maltratador intenta apartar a la víctima de su familia al tiempo que intenta introducirla en su entorno. *Yo solamente a su familia, ni a amigas, a nadie, a nadie; a mi gente, a mi familia, todo lo contrario, siempre disculpándole. Mis padres: es el cumpleaños, ¿venís este domingo? Pues como el día anterior sabía que íbamos a ir o que..., claro, como sabía que era el cumpleaños de mi padre, pues ya me liaba una terrible: «Y en tu casa...» y llamaba a mi madre y decía: «ay, mamá, resulta que ha venido Luisa, mi amiga, y tiene un examen el lunes y no podemos ir», eso les decía yo a mis padres, y es por la que había tenido, insultaba a mis padres, me insultaba a mí. Y mintiendo, yo a mis padres siempre mintiéndoles, y a mi hermana. (GD7)*

En este fragmento, la mujer maltratada, inadvertidamente había estado fortaleciendo el aislamiento. Intentando minimizar la confrontación que él busca con la familia de ella, le justifica y realiza también un ocultamiento de su actitud. Finalmente para evitar esta confrontación, se aísla junto al maltratador apartándose de su propia familia.

El hogar, donde ella es recluida, se convierte en un lugar hostil

El «hogar» no es el lugar cálido, donde la mujer se protege del exterior. A veces la violencia es silente, y los propios vecinos muestran un gran asombro cuando un día el horror atraviesa las paredes.

*Pero ya, claro, cada vez callaba más, callaba más y en mi casa era como si fuéramos mudos, ya últimamente se me estaba negando a hablar ( ) porque*

*sabías que si ibas a hablar algo, porque estaba la televisión puesta y quería oír algo «psss, psss», siempre era montar pelea por todo, bien porque iba a oír la televisión, o porque estaba leyendo el periódico o simplemente porque le apetecía estar en silencio. (GD8)*

*Y además las cartas que recibía de mis padres y mis amigas, yo no tenía la llave del buzón. Él cogía mis cartas y yo ( ) mis amigas y mis padres que pasaba algo raro, porque yo nunca recibo nada, qué raro. Y yo encontré muchas veces mis cartas en sus abrigos, muchas veces. (GD9)*

En un sentido similar Miller (15) hace referencia al aislamiento al que está sometido la mujer como una prisión.

- b) El aislamiento psíquico y la deconstrucción de la identidad: la estrategia de la «luz de gas»

Conforme la suma de estrategias va generando un estado de confusión de pensamientos y emociones, el aislamiento psíquico induce una debilitación cognitiva en la víctima.

En un primer momento, el concepto de «lavado de cerebro» nos permitía describir una estrategia que generaba un estado disociativo. En el mismo, la víctima dudaba y rechazaba sus propios sistemas de creencias, adoptando los que sobre ella imponía el maltratador. No obstante, a medida que iba cobrando fuerza la capacidad explicativa de la persuasión coercitiva como generadora de estrategias, ello nos planteaba un problema: la equivalencia que se había establecido por muchos autores entre lavado de cerebro y persuasión coercitiva. Esto se puede explicar por el hecho de que el concepto de persuasión coercitiva se ha utilizado frecuentemente en las investigaciones sobre movimientos sectarios, donde, habitualmente, la violencia física o la descalificación explícita tienen escasa o nula preeminencia. Al igual que en las definiciones antes establecidas entendemos que el lavado de cerebro, tal como lo hemos descrito, es una estrategia más dentro de la persuasión coercitiva. No obstante, con el objetivo de evitar confusiones, aludiremos a los códigos que marcaban estas descripciones con la etiqueta: «luz de gas», título de una conocida película de 1944, dirigida por George Cukor, que relataba perfectamente dicho mecanismo.

El aislamiento busca la anulación de cualquier otro referente que apoye la percepción de ella y cuestione la de él. Como referimos antes, si el sistema de creencias del maltratador es compartido por la familia del mismo, la víctima es «integrada» en dicho entorno. Las descalificaciones, carentes de la intensidad de la violencia física y su imprevisibilidad, requieren de su reiteración en un medio de aislamiento social para alcanzar la capacidad de distorsionar el propio sistema de creencias de la víctima.

Añadido a esto, por medio de la estrategia de «luz de gas» (lavado de cerebro), el maltratador reinterpreta el origen de la violencia. Así, el «maltrato impredecible» no será a partir de entonces tal, sino la respuesta «apropiada» a la «provocación» de la víctima. La confusión de pensamientos y emociones que por sí genera la estrategia del «maltrato impredecible», es moldeada por el maltratador en el crisol del aislamiento, convirtiéndose la víctima para sí misma en la verdadera culpable de la situación.

- La constante desvalorización de la víctima

La desvalorización se puede permitir algo que sin embargo es incompatible con la violencia física, ser constante. El concepto de mujer, y las distintas asociaciones que tantos estudios han establecido entre el lenguaje y el prejuicio sexista, encuentran dos de sus máximas expresiones en los insultos (descalificaciones) de las mujeres como «putas» o como «locas» (63). Son precisamente estas dos descalificaciones las que con mayor frecuencia son descritas por las participantes en nuestro estudio. La consideración de la mujer como «puta», le otorga al maltratador un argumento de género inscrito en la cultura justificativo para desplegar la agresividad.

*Aquí ya sí empiezan mucho más, empieza a tirarme del pelo, a darme patadas, a insultarme cosas de todo tipo, desde que eres una hija de puta, eres una puta, eres una zorra, y bueno aquí ya empieza mucho más. (GD8)*

El maltratador puede llegar a denominar a su mujer como prostituta ante terceras personas al tiempo que él se proclama como víctima. Puede no experimentar vergüenza por expresarlo ante otros si siente que un gran sector social comparte esta creencia despectiva contra las mujeres. La calificación, expresada por el abusador ante los demás, tiene por otra parte el efecto de aislar a la víctima. Así, ella, acusada y enfrentada a esa connivencia social, se aparta, avergonzada.

*Moderadora: ¿Habéis sentido vergüenza? - A mí si me salían por las ventanas los chillidos, o sea, que lo sabían de sobra. - No, yo mentía siempre. - Era porque él me decía a gritos que yo era una puta, que el niño no era suyo, que yo era..., bueno, cosas horribles, y tenía vergüenza de salir de casa y cruzarme con los vecinos, eso sí. (GD7)*

Por otra parte, el uso de la palabra «loca» constituye la descalificación total. «Loca», es popularmente aquella persona cuyo discurso no tiene sentido. Cuatro letras bastan para negar a la aludida toda posibilidad de réplica y argumentación. Es un enunciado además con una característica de trampa, pues la víctima antes de poder abordar el origen de la disputa, tiene que, o cree que debe, alegar su cordura. El conflicto pues, como parece habitual se coloca en otro lugar.

*Y era una persona, jamás se me olvidará, para él estaba loca. O sea, siempre que me ponía a lo mejor a discutir con él era que yo estaba loca. Y yo creo que llegó un momento en el que me creía que realmente estaba loca. Que me inventaba las cosas. Llegué a planteármelo que si realmente estaba loca. (GD1)*

• Lavado de cerebro y culpa

Si bien la culpa, recibirá una atención especial dentro de un próximo artículo sobre las emociones, es importante su mención aquí, pues nos da idea de en qué forma el maltrato distorsiona las emociones y cogniciones, y las hace retornar «contra» la propia víctima.

El proceso reiterado del «castigo» (violencia) fuerza en la víctima la internalización de:

- Acusaciones sobre conductas no realizadas, pero reprobables desde una percepción y atribución moral del agresor (Ej.: infidelidad).
- La atribución y permutación del acto violento como «acto justo». Este acto violento puede pasar de ser una agresión, a un castigo justificado primero por el agresor (ahora ejecutor), y luego por la propia víctima. ... *saben... te están pegando y al final... este tío inteligente no... crees que te lo estás mereciendo... yo me he sentido culpable... a mí una torta y otra... y este tío ¿no? Y a lo mejor tú empiezas a pensar y dices, no es que a lo mejor he hecho esto mal y me lo merezco, o sea, al final terminas creyéndote que te estás mereciendo lo que te está ocurriendo. (GD1)*

Castigo, o merecimiento remiten a culpa, y a expiación. La duda: ¿por qué me pega?, se transforma en una duda paralizante: ¿soy o no soy culpable? La duda, la pregunta sobre el proceso al cual está siendo sometida se desliza desde una cuestión clave que contempla el papel de él (¿por qué me pega?), a cuestionamientos que sólo remiten a ella (¿puedo ser yo la culpable?).

*...y la mañana la pasaba sin poder pararme a pensar, como si tuviera una tormenta de pensamientos, una sensación de... -Sí, porque se rompen los circuitos normales que... no me puedo parar. Y una sensación de no entiendo nada la tenía mucho, no sé qué pasa, y no era capaz de focalizarlo en él, él tiene la culpa, no. O sea, a mí me pasa algo y no sé qué es y no ponerle nombre. (GD6)*

La víctima se siente por tanto atrapada en una cadena de preguntas sobre sí misma (no ya sobre el agresor), que dificultan que pueda cuestionarse su situación de maltrato.

*Yo... es que... he dado mucho al... coco ... para tratar un poco de... de verme cómo... estaba yo frente a esa situación... o sea que... he tratado de analizarme... emm... yo mucho... los primeros tiempos*

*yo... decía voy a anotar a ver por qué empieza la discusión, a ver... emm... qué es lo que tengo yo culpa para poderlo remediar... y veía que ... que era imposible, porque era cualquier tontería... si estaba la comida caliente... él no podía soplar... si se quemaba, pues yo tenía la culpa... si estaba fría, estaba fría... (...)... Eran muchas cosas... emm... también... sentía algo como que me trataba de volver loca... él.... Pero decía digo sí... si estoy un poco... porque vi la película que no me acuerdo cómo era pero... se llamaba «Luz de gas»... y yo... veía... que escenas y eso me estaban pasando que era... era... como que estaba tratando de... de volverme loca ¿eh? Entonces, por eso de analizarlo y he dado veinte mil vueltas al... al asunto y he comprendido... un montón de cosas... a base de... de pensar en ello... (GD2)*

La mujer queda cautiva en un proceso de confusión donde la autoinculpación aparece como resultado de un proceso de distorsión de la realidad.

## ■ CONCLUSIONES

Las explicaciones sobre las causas de los malos tratos conyugales han sido abordadas desde rasgos psicológicos de ambos géneros, estudios de socialización, modelos explicativos psicoanalíticos, sistémicos y cognitivos, sociológicos como las aportaciones feministas y modelos explicativos biológicos y evolutivos (30). No obstante, para Rhodes y Baranoff McKenzie (1), citados al inicio: «Ninguna teoría de forma única es capaz de aportar el grado de comprensión que buscamos».

Entre los modelos propuestos en la revisión teórica, sólo la formulación de «ciclo de la violencia», y el concepto de «persuasión coercitiva», permitieron una aplicación comprensiva de todos los códigos y categorías que fueron emergiendo en el análisis cualitativo. Mantenemos abierta la consideración sobre si el «ciclo de la violencia» debiera incluirse en el segundo concepto.

El desarrollo teórico fue inductivo. Progresivamente las conductas del maltratador y los efectos sobre las víctimas nos fueron mostrando que se trataban de estrategias dentro de un proceso de coerción. Para valorar la validez de este modelo aplicamos a dichos datos dos clasificaciones de estrategias de persuasión coercitiva: el esquema de coerción de Biderman (64) ya utilizado por algunos autores (15, 54) y la clasificación de Rodríguez Carballeira (17) (Tablas 1 y 2). Para nuestro propósito, no consideramos en esta última aquellas técnicas que se trataban claramente de mecanismos específicos en su empleo por sectas (ej. manipulación de las emociones para generar un sentimiento de pertenencia al grupo).

Tabla 1  
Esquema de coerción de Biderman\* (64)

MÉTODOS GENERALES	EFFECTOS (PROPÓSITOS)
Aislamiento	Privar a la víctima de todos los soportes sociales debilitando su habilidad para resistir Generar en ella un intenso interés por él Hacer a la víctima dependiente del interrogador
Monopolización de la percepción	Fijar la atención sobre situaciones inmediatas; promover la introspección Eliminar estímulos que compitan con los controlados por el captor Frustrar todas las acciones que no estén de acuerdo con la sumisión
Debilidad inducida; agotamiento	Debilitar la habilidad física y mental para resistir
Amenazas	Cultivar la ansiedad y la desesperación
Indulgencias ocasionales	Proveer motivaciones positivas para la sumisión Impedir adaptaciones a la privación
Demostración de «omnipotencia»	Sugerir la futilidad de la resistencia
Degradación	Hacer que el precio de la resistencia parezca más dañino a la autoestima que la capitulación Reducir al prisionero a preocupaciones a un «nivel animal»
Imponer demandas triviales	Desarrollar hábitos de sumisión

\* Amnesty Internacional (1975) report on torture

Tabla 2  
Técnicas coercitivas de la clasificación de Rodríguez Carballeira (17)  
aplicables a la violencia de género.

1. Técnicas de tipo ambiental:	. aislamiento o separación de la red de soporte social . control de la información . creación de un estado de dependencia existencial . debilitamiento psicofísico.
2. Técnicas de tipo emocional:	. activación emocional del miedo, la culpa y la ansiedad con la aplicación selectiva de premios y castigos . denigración del pensamiento crítico.

Tras aplicar ambos esquemas a nuestros datos, encontramos numerosos fragmentos a los que se podía asignar alguna de las estrategias enumeradas. Ningún fragmento de las transcripciones contradecía cualquiera de dichas estrategias. Esto nos daba un mayor apoyo para continuar analizando los datos bajo los presupuestos de la existencia de un modelo de persuasión coercitiva en la violencia de género.

En el momento de la investigación, no habíamos hallado todavía pese a la búsqueda intensiva durante el estudio, la referencia del artículo de Boulette y Andersen de 1985, por lo cual no pudimos aplicarlo. Consideramos dicho artículo esencial. De hecho nuestro trabajo confirma y apoya desarrollos ya planteados en el mismo.

Si bien en investigación cualitativa se prefiere hablar de «informe» reservando el concepto de «conclusiones» a investigaciones de carácter cuantitativo, presentamos a modo de estas últimas las consideraciones que consideramos más relevantes de nuestra investigación.

1. El mantenimiento o prolongación de la mujer en una relación de violencia de género puede ser comprendida entendiendo esta violencia como una forma de persuasión coercitiva.
2. Las distintas formas de violencia buscan el control constante de la víctima por parte del maltratador, cuya relación, bajo sus términos, él necesita. El aislamiento junto al control en el tiempo del ejercicio de los actos violentos modulan el proceso.
3. Al igual que en los movimientos sectarios organizados que practican la coerción se añade alguna estrategia específica para conseguir su fin (como generar un sentimiento de felicidad por la pertenencia y reconocimiento por el resto del grupo y especialmente del líder), la violencia de género tiene también técnicas particulares adaptativas para mantener su fin (éste es el caso de la técnica de arrepentimiento del ciclo de la violencia).
4. El modelo de persuasión coercitiva, no pretende dar cuenta de las motivaciones profundas individuales del maltratador, ni del contexto cultural o social que lo promueve o silencia. Expresado de otra forma, la violencia de género utiliza la persuasión coercitiva como único medio posible para conseguir que la víctima permanezca en la relación, pero la violencia de género es en sí un fenómeno aún mucho más complejo.
5. Comparado con otros modelos propuestos: aplicación del concepto de masoquismo, el modelo de indefensión aprendida o el trastorno por estrés postraumático, el modelo de persuasión coercitiva presenta una ventaja fundamental: permite integrar estrategias que actúan a distintos niveles (cognitivo, emocional y, social) sobre las víctimas.
6. La aplicación de este modelo, conserva algunas similitudes con la del «síndrome de Estocolmo» adaptado a la violencia de género, en el sentido de que no describe a la mujer como un agente meramente pasivo sin capacidad de respuesta ante la violencia.

7. Uno de los hallazgos que consideramos fundamentales en nuestra investigación y ha sido escasamente desarrollado en otros modelos, es el papel que juegan las emociones como elementos que favorecen el mantenimiento del maltrato. Así, la emoción del miedo iría dirigida a generar paralización en la víctima; la culpa impuesta por la propia persuasión vincularía a la víctima al maltratador por su función reparadora, mientras que la vergüenza favorecería el retraimiento social de la víctima y la ocultación de su situación, completando con ello el aislamiento social. El estudio de estas y otras emociones es crucial para comprender el alcance y la efectividad de la persuasión coercitiva y serán abordadas en un segundo artículo que completa a esta primera parte.

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Rhodes, N.; Baranoff McKenzie, E., «Why do battered women stay? Three decades of research», *Aggression and Violent Behavior*, 1998, 3, 4, pp. 391-406
2. Snell, J.E.; Rosenwald, R.J.; Robey, A., «The wife-beater's wife: A study of family interaction». *Arch Gen Psychiatry*, 1964, 11, pp. 107-113
3. Orengo, F., «Sobre la cuestión de la compulsión a la repetición en la psicoterapia grupal de mujeres afectadas por violencia doméstica o de género». *Psiquis*, 2002, 23, 5, pp. 178-184
4. Bleichmar, H., *Avances en psicoterapia psicoanalítica*, Barcelona, Paidós, 1997.
5. Hirigoyen, M.F., *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*, Barcelona, Paidós, 1999.
6. Walker, L.E., *The battered women*. New York, Harper and Row; 1979.
7. Seligman, MEP., *Indefensión*. Debate. Madrid; 1981
8. LaViolette, A.; Barnett O., *It could happen to anyone. Why battered women stay*, 2nd ed., Thousand Oaks, California, Sage Publications, 2000.
9. Gelles, R.J.; Straus, M., «Determinants of violence in the family», en: Burr, WR.; Hill, R.; Nye, F.I.; Reiss, I.L., Ed: *Contemporary Theories about the Family*, New York, Free Press, York, 1979.
10. ONU, Informe de la ONU, n° ST/CSDHA/2, 1989.
11. Graham, D.L.; Rawling, E.L., «Bonding with abusive dating partners: dynamics of Stockholm syndrome», en: Levy, B. (ed), *Dating Violence, Women in Danger*, Seattle, WA, Seal Press, 1991.
12. Ferreira, G.; *Hombres violentos, mujeres maltratadas*, 2ª ed., Buenos Aires, Ed. Sudamericana, 1995.
13. Montero, A., «Shaping the etiology of the Stockholm Syndrome: hypothesis of the Induced Mental Model». *IberPsicología*, 1999, 5, 1.
14. Montero, A., «Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica», *Clínica y Salud*, 2001, 12, 1, pp. 5-31

15. Miller, M.S., *No visible wounds*, New York, Fawcett Books, 1995.
16. Boulette, T.S., Andersen, S.M., «Mind control and the battering of women», *Community Ment Health J.*, 1985, 21, 2, pp. 109-18. También en: *Cultic Studies Journal*, 1986, 3, 1.
17. Rodríguez Carballeira, A. *El lavado de cerebro. Psicología de la persuasión coercitiva*, Barcelona, Editorial Boixareu Universitaria, 1992.
18. Loewenstein, R.J.; Putnam, F.W., «Dissociative Disorders», en: Sadock, B.J.; Sadock, V.A., *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th ed, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkin, 2005.
19. Singer, M.T., Lalich, J., *Las sectas entre nosotros*, 2ª ed., Barcelona, Gedisa, 2003.
20. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed., Text rev. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
21. Sadock, V.A., «Other additional conditions that may be a focus of clinical attention», en: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (editors). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI, 6th ed., Baltimore, Maryland, Williams & Wilkins, 1995.
22. Escudero, A., *Factores que influyen en la prolongación de una situación de maltrato a la mujer: un análisis cualitativo*, [Tesis Doctoral], Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid, 2004.
23. Glaser, B.G.; Strauss, A.L., *The discovery of grounded theory*, Chicago, Aldine, 1967.
24. Mays, N.; Pope, C., «Qualitative research: rigour and qualitative research», *BMJ*, 1995, 311, pp. 109-112.
25. Ibáñez, J., *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y Crítica*, 4ª ed., Madrid, Siglo XXI de España Editores, 2000.
26. Ibáñez, J., *Las ciencias sociales en España: historia inmediata, crítica y perspectiva*, Madrid, Universidad Complutense, 1992.
27. Canales, M.; Peinado, A., «Grupos de Discusión», en: Delgado, J.M.; Gutierrez, J. (Cor.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, Madrid, Editorial Síntesis, 1994.
28. Valles, M.S., *Técnicas cualitativas de investigación social*, Madrid, Editorial Síntesis, 1997.
29. Callejo, J., *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*, Barcelona, Ariel, 2001.
30. Polo, C., *Maltrato a la mujer en relación de pareja. Factores relacionales implicados*, [Tesis Doctoral], Departamento de Especialidades Médicas, Universidad de Alcalá, 2001.
31. Straus, M.A., «Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics scales», *J Marriage Fam*, 1979, 41, pp.75-88.

32. Shepard, M., Campbell, J. «The Abusive Behavior Inventory: a measure of psychological and physical abuse», *Journal of Interpersonal Violence*, 1992, 7, 3, pp. 291-305.
33. Pandit, N.R., «The creation of theory: a recent application of the Grounded Theory method», *The Qualitative Report*, 1996, 2, 4.
34. Muhr T. ATLAS.ti. Visual qualitative data análisis management model building. Versión Win 4.2. Berlin: Scientific Software Development; 2004.
35. Miles, M., Huberman, M., *Qualitative Data Analysis*. 2ª Ed., London, SAGE Publications, 1994.
36. Charmaz, K.; Mitchel, R.G., «Grounded Theory and Ethnography», en: Atkinson, P.; Coffey, A.; Delamont, S.; Lofland, J.; Lofland, L., eds: *Handbook of Ethnography*, London, Sage, 2001.
37. Monzón, I. «La violencia doméstica desde una perspectiva ecológica», en: Corsi, J., *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*, Buenos Aires, Paidós, 2003.
38. Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, 22ª ed., Madrid, Espasa Calpe, 2001.
39. Lorente, M., *El rompecabezas. Anatomía del maltratador*, Barcelona, Ares y Mares, 2004.
40. Dutton, D.G.; Golant, S.K., *El golpeador. Un perfil psicológico*, Buenos Aires, Paidós, 1997.
41. Mahler, M.; Pine, F.; Bergman, A., *El nacimiento psicológico del infante humano*, Buenos Aires, Marymar Ediciones, 1977.
42. Mahler, M., *Estudios 2. Separación-individuación*, Buenos Aires, Paidós, 1984.
43. Jukes, A.E., *Men who batter women*, Londres-Nueva York, Routledge, 1999.
44. Balint, M. *The basic fault*. London, Tavistock, 1967.
45. Faulk, M., «Men who assault their wives», *Medicine Science and the Law*, 1974, 14, pp. 180-183.
46. Saunders, D.G., «A typology of men who batter: three types derived from cluster analysis», *Am J Orthopsychiatry*, 1992, 62, 2, pp. 264-275.
47. Jacobson, N.; Gottman, J., *Hombres que agreden a sus mujeres. Cómo poner fin a las relaciones abusivas*, Barcelona, Paidós, 2001.
48. Straus, M.A.; Gelles, R.J.; Steinmetz, S.K., *Behind closed doors: Violence in the American Family*. Garden City, New York, Anchor Press/Doubleday, 1980.
49. Larrain, S., *Violencia puertas adentro. La mujer golpeada*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1994.
50. Campbell, J.C., «Abuse during pregnancy: A quintessential threat to maternal and child health -- so when do we start to act? », *Can Med Assoc J*, 2001, 164, 11, pp. 1578-1580.
51. Entel, R., *Mujeres en situación de violencia familiar*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 2002.

52. Castro, R.; Peek-Asa, C.; Ruíz, A., «Violence against women in Mexico: A study of abuse before and during pregnancy», *Am J Public Health*, 2003, 93, 7, pp. 1110-1116
53. García de Keltai, I., «Discusión acerca de los determinantes de la agresividad y la violencia», en: Corsi, J. (ed), *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*, Buenos Aires, Paidós, 2003.
54. Russell, D.E.H., *Rape in Marriage (Expanded and revised edition; originally published in 1982)*, Bloomington and Indianapolis, Indiana University Press, 1990.
55. Finkelhor, D.; Yllo, K., *License to rape. Sexual abuse of wives*, New York, Holt, Rinehart and Winston, 1985.
56. Follingstad, D. y otros., «The role of emotional abuse in phisical abusive relationships», *Journal of Family Violence*, 1990, 5, 2, pp. 107-120.
57. Sluzki, C., «Violencia familiar y violencia política», en: Fried Schnitman, D. (compilador), *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*, Buenos Aires, Paidós, 1994.
58. Peterson, Ch.; Maier, S.F.; Seligman, M.E.P., *Learned helplessness. A theory fot the age of personal control*, New York, Oxford University Press, 1993.
59. Walker, L.E., «The battered Woman Syndrome Study», en: Finkelhor, D.; Gelles, R.J.; Hotaling, G.T.; Straus, M. (ed), *The Dark Side of families*, California, Sage Publications, 1983.
60. Walker, L.E., *Battered woman syndrome*, New York, Ed. Springer, 1984.
61. Walker, L.E., «El perfil de la mujer víctima de la violencia», en: Sanmartín, J., (ed), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*, Barcelona, Ariel, 2004.
62. Bancroft, L., *Why does he do that? Inside the minds of angry and controlling men*, New York, Berkeley Books, 2003.
63. Iturralde, C., *Familia y pareja: comunicación, conflicto y violencia*, en: Corsi, J., (ed), *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*, Buenos Aires, Paidós, 2003.
64. Amnesty Internacional, *Report on torture*, London: Gerald Duckworth & Co. 1975.

Antonio Escudero Nafs

Psiquiatra

Servicios de Salud Mental de Majadahonda (Madrid). SERMAS

Cristina Polo Usaola

Psiquiatra, jefa de Distrito

Servicios de Salud Mental de Hortaleza (Madrid). SERMAS

Marisa López Gironés

Psicóloga clínica

Servicios de Salud Mental de Hortaleza (Madrid). SERMAS

Lola Aguilar Redo  
Pediatra  
SESCAM (Guadalajara)

Correspondencia:  
Antonio Escudero Nafs  
Psiquiatra  
Servicios de Salud Mental de Majadahonda (Madrid)  
SERMAS  
Avda de España, nº7, 28220, Majadahonda, Madrid  
anescuderonafs@telefonica.net



SECCIÓN



HISTORIA





*Antonio Sánchez-Barranco Ruiz, Reyes Vallejo Orellana*

## ORTEGA Y GASSET, LA PSICOLOGÍA Y EL PSICOANÁLISIS

ORTEGA Y GASSET, THE PSYCHOLOGY AND THE PSYCHOANALYSIS

### RESUMEN

Ortega y Gasset no llegó a establecer un compromiso profundo con la psicología, manteniendo dos posturas a lo largo de su vida, primero un acercamiento fenomenológico y después una visión existencialista, sin que ninguna de ellas influyeran mucho entre sus coetáneos. Respecto al psicoanálisis adoptó una actitud ambivalente, disgustándole sus contenidos sexuales y sus debilidades científicas, aunque favoreciendo la traducción de las obras completas de Freud, al que una y otra vez alabó.

*Palabras claves:* Ortega y Gasset, Freud, psicología, psicoanálisis.

### ABSTRACT

Throughout his life, Ortega y Gasset did not ever seem deeply committed to Psychology, a field that he approached in a two fold manner: phenomenological at first and, later on, with an existentialist conception. Nevertheless, neither of these views had much influence among the philosopher's contemporaries. With regard to psychoanalysis, Ortega displayed also a rather ambivalent attitude and, while disliking its sexual contents or lack of scientific strength, he praised the figure of Freud occasionally, promoting the Spanish translation of Vienna genius complete works as well.

*Keywords:* Ortega y Gasset, Freud, Psychology, Psychoanalysis.

## ■ INTRODUCCIÓN

Como afirma Carpintero (1), la obra de Ortega constituye una de las máximas cimas de la cultura de nuestro tiempo, opinión que compartimos muchos, aunque a lo largo de los años de la pasada Dictadura se hiciera todo lo posible por sepultar su presencia, como lo prueba el que, con ocasión de su muerte, se limitara en la prensa la extensión de sus necrológicas y se prohibiera toda referencia a su maestrazgo (2) y que germinara a partir de los inicios de 1960 en el cuerpo intelectual español la decisión de desentenderse de Ortega, tras la utilización que se hizo de él en los años inmediatos a su desaparición (3). Ahora bien, aunque la citada afirmación de Carpintero es asumible por parte de los que pertenecemos a las generaciones nacidas entre los años diez y cincuenta del pasado siglo, Ortega es un gran desconocido para los jóvenes y menos jóvenes actuales o si acaso una mera referencia histórica de un personaje interesante, aunque es cierto que tras el advenimiento de la Democracia a nuestro país están surgiendo voces en el campo universitario que han hecho renacer las aportaciones orteguianas.

En todo caso, ha de subrayarse que Ortega y Gasset supuso para nuestro país la posibilidad de ser culturizado por los saberes europeos más avanzados de la época, siguiendo la línea emprendida por los seguidores del krausismo y por los pertenecientes a la Institución Libre de Enseñanza (4), además de haber sido el creador de un original y valioso sistema filosófico. Su influencia, además, no sólo afectó a España, sino también a Alemania y a algunos países sudamericanos, especialmente Argentina. Entre los filósofos españoles influidos por Ortega hay que mencionar a Manuel García Morente, Xavier Xubiri, Joaquín Xirau, José Gaos, Julián Marías, Luis Recaséns, María Zambrano, Pedro Laín Entralgo, José Luis Aranguren, Paulino Garagorri, Manuel Grancel y José Ferrater Mora, entre otros.

Ortega no sólo fue un gran filósofo, sino también un intelectual que se ocupó de profundizar en muy variados campos del saber, en unos con más acierto que en otros. En lo que toca a la psicología, nuestra tesis es que las posturas que Ortega asumió apenas arraigaron entre sus contemporáneos españoles: ni su psicología derivada de la fenomenología de Husserl ni la conectada con la filosofía existencialista de Jaspers y Heidegger pasaron a integrar al saber normal de su época. Si acaso, algunas de sus últimas reflexiones se dejaron notar entre algunos psiquiatras de los años cuarenta y cincuenta, como fue el caso de Luis Martín-Santos. En cuanto al psicoanálisis, Ortega le hizo un precoz ataque epistemológico, mostrándose después muy ambivalente, existiendo datos que nos permiten afirmar que no tenía del mismo un adecuado conocimiento y sí claros prejuicios por su contenido sexual, lo que quizás vino influido por Gregorio Marañón y por el primer editor gerente de la Revista de Occidente, Manuel García Morente (5).

En este trabajo, nos proponemos abordar separadamente las ideas orteguianas en el terreno de la psicología, por un lado, y del psicoanálisis, por otro, dejando prácticamente de lado sus aportaciones en otros terrenos, aunque sea obligado referirse

a ellas en algún momento. Pero antes de adentrarnos en la mencionada tarea, nos parece obligado hacer una somera contextualización impresionista de la vida y la obra orteguiana, señalando los eventos familiares, históricos y culturales que rodearon su quehacer profesional, algunos de los cuales le obligaron a unos compromisos políticos que hubo de pagar con el exilio, tras el advenimiento del régimen franquista.

#### ■ ESBOZO DE LA VIDA Y LA OBRA DE ORTEGA Y GASSET

Un acercamiento superficial a la vida de Ortega puede hacer creer que sus circunstancias familiares fueron extremadamente favorables y que gracias a ellas pudo desarrollar con facilidad un perfil de intelectual de élite. Sin embargo, como ha escrito Cacho (6), tales circunstancias no fueron tan fáciles como cabría suponer, dado que su entorno familiar inmediato, siendo rico en afecto, sólo estaba dotado de un pasable bienestar económico a expensas del trabajo periodístico del padre.

José Ortega y Gasset nació en Madrid el 9 de mayo de 1883, en el seno de una familia muy conectada con el periodismo, tanto por vía paterna como materna, pues la madre era hija del fundador y propietario del diario liberal *El Imparcial* y el padre era responsable de la sección literaria de ese periódico, siendo su director desde 1900 a 1906 (7).

Ortega estudió el bachillerato en el colegio de los jesuitas de Málaga, para cursar después un programa combinado de Derecho y Filosofía en la Universidad de Deusto, de lo que se examinó en Salamanca, estando Unamuno en el tribunal. Se trasladó el año siguiente a la Universidad Central de Madrid, donde se licenció en Filosofía Letras en 1902, doctorándose en 1904 con la tesis *Los terrores del año Mil: crítica de una leyenda* (8). Tras doctorarse viajó a Alemania, donde residió desde 1905 hasta finales de 1907, estudiando en las Universidades de Léipzig, Núremberg, Múnich, Colonia, Berlín y sobre todo Marburgo, siendo discípulo de Hermann Cohen y Paul Natorp, dos neokantianos (5).

Regresa a Madrid a finales de 1907 y comienza a escribir en el periódico familiar *El Imparcial*, donde ya había publicado algunos artículos con anterioridad. En junio del año siguiente es nombrado profesor de Psicología, Lógica y Ética en la Escuela Superior de Magisterio de Madrid, institución de la que había sido cofundador. En 1910, oposita a la cátedra de Metafísica de la Universidad Central de Madrid, superando con éxito los ejercicios, de modo que alcanza el máximo rango de la docencia universitaria a los 27 años. Poco después contrae matrimonio con Rosa Spottorno y viaja de nuevo a Marburgo en enero de 1911, becado por el Ministerio de Instrucción Pública. Allí es padre por vez primera (tendría tres hijos en total, Miguel Germán, Soledad y José), retornando a Madrid a finales de 1911 para tomar posesión de su cátedra. Desde este instante, hasta el estallido de nuestra Guerra Civil, sólo hizo algunos viajes a Argentina (en 1916 y 1928) y a Alemania en 1934.

Durante el tiempo transcurrido entre 1912 y 1936, Ortega desarrolla su docencia e investigación en la cátedra y continúa escribiendo artículos para *El Imparcial* y a partir de 1917 para *El Sol*, ambos periódicos de corte liberal. En 1916, inicia la publicación de *El espectador*, del que saldrían ocho volúmenes. En 1919, colabora en la fundación de la editorial Calpe (luego Espasa-Calpe); en 1923, funda y dirige la *Revista de Occidente* y en 1924 la editorial de este nombre, donde se publican traducciones de las obras europeas más prestigiosas sobre ciencia, filosofía, historia y psicología. En este intervalo de tiempo ven la luz sus obras más conocidas, como *Meditación del Quijote* (1914), *Personas, obras, cosas* (1916), *España invertebrada* (1921), *El tema de nuestro tiempo* (1923), *La rebelión de las masas* (1930) y *En torno a Galileo* (1933).

A finales de 1931, tras la caída de la Dictadura de Primo de Rivera y la marcha de Alfonso XIII, Ortega lleva a cabo un fuerte compromiso con la política, fundando, junto a Gregorio Marañón y Ramón Pérez de Ayala, la Agrupación al Servicio de la República, siendo nombrado diputado del Congreso de las Cortes Constituyentes de la Segunda República, accediendo a su escaño como representante de los profesionales e intelectuales liberales de clase media, puesto que ostentó hasta 1932 (5). Decepcionado de la política, aunque continuando con su apoyo a la República, vuelve al ejercicio de su profesión docente y periodística.

El 30 de agosto de 1936, tras el inicio de nuestra Guerra Civil, y coincidiendo con graves problemas de salud, abandona Madrid y se dirige a París, donde reside hasta principios de 1939, momento en que se traslada a Portugal para recuperarse de una delicada intervención quirúrgica, tras lo que retorna a París en primavera. Los acontecimientos bélicos que se avecinaban, lo deciden en agosto a trasladarse a Argentina, nación que tan bien lo había acogido en años pasados. Aquí vive durante más de dos años, junto a su mujer y su hija Soledad, en un amargo aislamiento y con serias dificultades económicas, teniendo incluso que aceptar pronunciar charlas radiofónicas patrocinadas por una marca de cerveza. Todo ello lo hace sucumbir en un estado depresivo, del que poco a poco se recupera. En la primavera de 1942, retorna a Portugal, abriendo casa en Estoril. Viaja a Madrid en 1945 y desde entonces alterna sus estancias entre la capital de España y Estoril, llegando a fundar, junto a Julián Marías, el Instituto de Humanidades, pero sin lograr recuperar la audiencia y el prestigio que anteriormente había tenido. A pesar de ello, en 1949 es invitado por vez primera a Estados Unidos para participar en el bicentenario del nacimiento de Goethe que tuvo lugar en Aspen (Colorado), siendo éste también el motivo de la invitación que recibió desde Hamburgo en agosto de ese año, lo que propició que dictase poco tiempo después una serie de cursos y seminarios en Alemania.

Durante el verano de 1955, su salud se quiebra definitivamente, siendo diagnosticado en septiembre de un avanzado cáncer de estómago y de hígado, falleciendo el 18 de octubre en su última residencia madrileña, la calle Monte Esquinza, número

28. En torno a su muerte se desarrollan por parte de ciertas comidillas una serie de rumores relacionados con su vuelta al catolicismo, pero la reconstrucción histórica de los hechos sólo permiten asegurar que, en estado comatoso, su mujer llamó a un sacerdote para que asistiera a sus momentos finales, decidiendo su familia (aunque días antes Ortega había expresado su deseo de ser enterrado en el cementerio civil), que sus restos fueran inhumados en el cementerio católico de Madrid (5).

#### ■ SEMBLANZA CONTEXTUALIZADA DE LA OBRA ORTEGUIANA

En cuanto a la formación personal, Ortega no se vio influido por las enseñanzas de los jesuitas, con los que cursó el bachillerato, como antes hemos referido, adoptando precozmente, por sus lecturas de Renan y Nietzsche, una actitud escéptica ante el catolicismo. En el terreno político, sus cartas de juventud (6, 9), señalan su pronta adscripción al socialismo, y, en lo que se refiere al campo filosófico, aunque inicialmente estuvo inserto en el ambiente neokantiano de Marburgo, muy pronto se despega de tales posicionamientos, apostando por una filosofía acorde con el *Zeitgeist* de su época, que lo empuja hacia propuestas innovadoras que permitieran salir de la crisis en que se encontraba inmersa su generación, optando primero por la fenomenología y con posterioridad por el existencialismo.

En efecto, Ortega vive su juventud y el inicio de su madurez en un entorno cultural donde prima la conciencia de una crisis en las creencias, valores e ideas que hasta entonces sostenían la cosmovisión del mundo occidental. Es una época en que se vislumbran cambios revolucionarios que no sólo tratan de dar fin a los inveterados abusos establecidos, sino que suponen la puesta a punto de nuevos y frescos usos: se entiende que en tal contexto pudieran nacer perspectivas filosóficas, científicas, literarias y artísticas que diesen al traste con las tradicionales visiones idealistas, trascendentalistas y universalistas, bajo las que subyacían pretendidas verdades absolutas e inmutables dadas por un idealismo desfasado. Así, la generación de 1914, a la que Ortega pertenece, tiene la oportunidad de dar un lugar para expresarse a los Husserl, Freud, Einstein y Dalí.

Tal proceso de cambio, que empieza a germinar a finales del siglo XIX, vino a acelerarse por los estragos de la Primera Guerra Mundial (lo que en nuestro país se sumó a la actitud de pesimismo derrotista que había traído consigo la pérdida de las últimas colonias americanas). Sin embargo, a pesar de su horror, aquella tragedia fue cantada por algunos como una necesidad expiatoria y unos hechos capaces de dar definitivamente por destruido el ineficaz pasado, gracias a lo que poder renacer de las cenizas y remontar el vuelo, entrando en un nuevo espacio y tiempo en el que pudiera construirse el ansiado progreso, preñado de justicia y de libertad.

Estos supuestos fueron prontamente captados por la fina sensibilidad de Ortega, que asumirá la misión de introducir en nuestro país los innovadores aires europeos, impulsando la limpieza de un viejo terruño donde el provincialismo y el derrotismo eran

las grandes referencias, alimentadas por algunos de los pertenecientes a la generación del 98, que a veces parecían animales heridos lamiéndose compasivamente sus llagas, pero impidiendo cualquier acercamiento que facilitase un cambio reparador.

Es preciso referir, sin embargo, que en el compromiso de impulsar a España allende los Pirineos, Ortega cayó en los primeros momentos en una excesiva crítica a lo hispano, atacando particularmente la narcisista mística unamuniana y la aparente ignorancia barojiana. Pronto comprendió, sin embargo, que había que contar con nuestra idiosincrasia y con el trasfondo de nuestra cultura, apostando por un fértil diálogo entre aquello que consideraba lo mejor de Europa y lo mejor de España, evitando cuidadosamente dar un lugar a nuestras habituales fantasías de grandeza alimentadas por un lejano pasado (de lo que Ramiro de Maeztu era un buen ejemplo). En el ámbito instrumental, ello supuso la utilización de un estilo de lenguaje que permitiera acercarse al pueblo, lo que llevó muchas veces a Ortega a una desmedida preocupación por métodos y tribunas que facilitasen la atracción de un público amplio, enfatizando el estilo verbal por encima de la profundidad y seriedad de los temas, mostrándose muchas veces más como un periodista culto que como un filósofo profundo. Así mismo, se ubicó en ocasiones en un excesivo madrileñismo o castellanismo (o si se quiere, centralismo), con olvido de la cultura gallega, vasca o catalana, y algo menos de la andaluza.

Sea como fuere, Ortega intentó ilusionar al escéptico y cansado español, instaurándose en un educador de masas, aun a sabiendas de que sus lectores y discípulos no terminaban de entender todo lo que expresaba, a causa de nuestra inveterada superficialidad, tendente a resbalar por el significado meramente impresionista de las palabras y las frases (10). Según se justificó, esta limitación fue la que le convenció en la necesidad de valerse de una tribuna y un estilo que permitieran ser medianamente entendido, como era el artículo periodístico. Al respecto, afirmará con quejumbrosa resignación, en un Prólogo a sus obras, que redactó en 1932, lo siguiente (11):

*En nuestro país, ni la cátedra ni el libro tenían eficiencia social. Nuestro pueblo no admite lo distanciado y solemne. Reina en él puramente lo cotidiano y vulgar. Las formas del aristocratismo aparte han sido siempre estériles en esta península. Quien quiera crear algo -y todavía creación es aristocracia- tiene que acertar a ser aristócrata en la plazuela. He aquí por qué, dócil a la circunstancia, he hecho que mi obra brote en la plazuela intelectual que es el periódico. No es necesario decir que se me ha censurado constantemente por ello.*

La adscripción que Ortega hizo a la política también pudo tener como última motivación, a nuestro modo de ver, el compromiso de participar en el cambio cultural de la España de su tiempo, ayudando a superar la Dictadura y la caduca Monarquía que por los años veinte y treinta imperaban entre nosotros, así como evitar la instauración

de los inestables anarquismos y por supuesto cualquier dictadura. Esto, junto a su declarado acatolicismo, lo pagaría con fuertes intereses tras el advenimiento del régimen franquista, que obligará a Ortega a exiliarse durante una década, careciendo del adecuado espacio a su vuelta.

La Guerra Civil, además, puso fin a los intentos de regeneración cultural en que Ortega se había empeñado, hecho que después se trató de ocultar, aunque ya con anterioridad él mismo se había quejado amargamente de que en España nadie le reconocía sus méritos. En efecto, en el Prólogo para alemanes, redactado en 1934 para acompañar una reedición de *El tema de nuestro tiempo*, pero que no vio la luz por los acontecimientos que entonces tuvieron lugar en Alemania, y que publicó *Taurus* en 1958 por vez primera, afirma (12):

*Algunas cosas que durante veinte años he silenciado -inclusive en la conversación privada- van a salir ahora audazmente de mi pluma. La primera, ésta: Alemania no sabe que yo, y en lo esencial yo solo, he conquistado para ella, para sus ideas, para sus modos, el entusiasmo de los españoles. Y algo más. De paso, he inficionado a toda Sudamérica de germanismo.*

Y es que Ortega (12) fue consciente de que España, después de la Contrarreforma, perdió el contacto cultural con Alemania, alimentándose de Francia y algo de Inglaterra, situación que persistía cuando él llega a Berlín, Léipzig y Marburgo. Por entonces se impone la tarea de traspasar a los españoles las ideas germanas que iba adquiriendo, dado que, de Alemania, aquí sólo se conocía a Krause, pero un Krause aislado, sin precedentes, sin consecuentes, sin concomitantes, lo que era una escena sobremanera cómica. El vuelo rapaz que nuestro Ortega emprendió sobre el territorio cultural alemán produjo su efecto, impregnándose España, a una velocidad increíble, de ideas centroeuropeas, poniéndose en marcha una saludable regeneración de su tejido cultural.

La propuesta orteguiana consistió en mentalizar a los españoles en que había que vivir a la altura de los tiempos, concepto que aparece en *El tema de nuestro tiempo* (1923) (13) y que quedó bien afianzado en *La rebelión de las masas* (1930) (14), implicando la necesidad de abandonar viejas y caducas perspectivas, para optar por la modernidad de la época, impulsando una genuina revolución cultural, esto es, la implantación de nuevos usos (normas, costumbres, leyes, etcétera) y no una mera lucha contra los abusos.

Para cumplir con su misión, Ortega instaura una auténtica pedagogía social, proponiendo no sólo las ideas que asimilaba de los más ilustres alemanes, sino que va creando un sistema filosófico original, donde la razón vital y luego la razón histórica vendrán a sustituir los viejos idealismos sostenidos por la razón espiritual o por la razón física. Aunque hasta 1910 Ortega expresa una tendencia excesivamente objetivista, llegando a afirmar la primacía de las cosas y de las ideas sobre las personas,

ya en *Meditaciones del Quijote* (1914), su primer libro, y aún más claramente en *Personas, obras, cosas* (1916), su pensamiento se orienta hacia el perspectivismo, cuyo desarrollo abocó en el raciovitalismo, siendo *El tema de nuestro tiempo* (1923) la obra que marca la profundización en tal posicionamiento que queda resumido en su famosa tesis: *Yo soy yo y mi circunstancia* (15).

El perspectivismo, cuyas últimas raíces proceden de Leibniz, supone la posibilidad de considerar el mundo desde diversos puntos de vista, todos ellos justificados, y cada uno de los cuales ofrece una visión única e indispensable acerca del universo (12). El sistema orteguiano sumó a tal elemento el sentido histórico y el fenomenológico, el último de los cuales fue más tarde sustituido por el existencial, tratando así de dar cuenta de la vida humana entendiéndola como un drama que se experimenta en el quehacer cotidiano, del que sólo es posible alcanzar su comprensión a través de la narración histórica y nunca por medio de un trabajo analítico. Las influencias de Nietzsche y de Kierkegaard, y sobre todo de Heidegger y Sartre, se iban dejando notar en la doctrina orteguiana, sin que por ello perdiera su originalidad.

Pero la implantación del nazismo en Alemania y la dictadura en España, frenaron toda posibilidad de que los enfoques humanísticos orteguianos siguieran creciendo. Cuando las cosas se serenaron, habían pasado ya muchos años y Ortega era más conocido en Argentina o Alemania que en nuestro país, perdiéndose la oportunidad de la continuidad de su magisterio.

#### ■ ORTEGA Y LA PSICOLOGÍA

Ortega nunca llegó a establecer un compromiso profundo con la psicología, aunque le parecía un saber valioso. En efecto, en una nota a pie de página, que aparece en el trabajo póstumo *Origen y epílogo de la filosofía* (editado en 1960 por Fondo de Cultura Económica y en 1962 en el tomo IX de sus *Obras Completas*, pero que había ido tomando cuerpo a lo largo de una década, desde 1943 a 1953), al referirse a la psicología señala que es (16):

*... una disciplina fabulosamente interesante, a la cual debían las gentes aficionarse más, porque es asequible, bastante rigurosa y sobremanera divertida. Con preparación muy modesta se puede trabajar en ella con resultados positivos y de propia creación. Va para diez años que tuve el propósito de iniciar en España una campaña pro Psicología, aprovechando el entusiasmo y las excepcionales dotes de organizador que el Dr. Germain posee. Yo no soy psicólogo ni hubiera podido dedicarme a ello, pero he sido aficionado, y esto me hubiera permitido despertar curiosidades, suscitar vocaciones y promover grupos de estudiosos y curiosos en la materia en torno a las personas que ya de antemano, denodadamente y sin apoyo se ocupaban de esta ciencia, sobre todo en Barcelona y Madrid.*

Por otro lado, pueden encontrarse en sus escritos abundantes referencias a distintos autores y obras de la psicología de su tiempo, como Wundt, Brentano, Husserl, Dilthey, Stumpf, Baldwin, Koffka, Köhler, Spranger, Klages, y, por supuesto, Freud.

Las primeras ideas psicológicas en las que Ortega va más allá de lo que le habían enseñado sus maestros, datan de la segunda década del siglo XX (17). Con ocasión de un curso que dictó en el Centro de Estudios Históricos, que dirigía Menéndez Pidal, desde octubre de 1915 hasta marzo de 1916 (y que este último año repitió en Buenos Aires), cuyo contenido vio por vez primera la imprenta en 1979 bajo el título de Investigaciones psicológicas, Ortega (18) puso sobre el tapete una serie de reflexiones de tipo epistemológico en torno a lo que debía ser la psicología, oponiéndose radicalmente a la propuesta wundtiana que aparecía en los Principios de psicología fisiológica (Wundt, 1873-1874), obra que calificó como un confuso contubernio. Como genuina alternativa psicológica oferta una psicología fenomenológica, con ingredientes de Brentano, de Husserl y de algunos miembros de la escuela austriaca. Paradójicamente, Ortega se manifiesta por entonces en favor de una psicología como ciencia natural (otra cosa dirá cuando posteriormente se adscriba al posicionamiento de Dilthey, Jaspers y Heidegger), subrayando al respecto (18):

*Pues bien, si llamamos naturaleza al conjunto de realidades, la psicología que buscamos es, sin reservas, una ciencia natural.*

Para mantenerse dentro de una perspectiva coherente con su expresado rechazo del fisiologismo, Ortega considera bajo el término de realidad no sólo aquello que tenga como atributo esencial la espacialidad, sino también lo que posea como rasgo característico la intencionalidad, no en el sentido de propósito, sino como un atributo cuya esencia está en el sentir, de forma que la psicología sería la ciencia de la naturaleza que siente (15). De esta forma, puede excluir de la psicología tanto la física y la fisiología como la metafísica, aunque insiste en que apuesta por una psicología empírica que se ocupe de la conciencia. Ésta la delimita a partir de dos propiedades: como una actitud o un acto de un sujeto y como un algo al cual se dirige ese acto, esto es, un acto de referirse a y aquello a que me refiero (18), conceptos en los que están presentes Franz Brentano y sobre todo Edmund Husserl, con sus respectivas propuestas de intencionalidad y de intención significativa. Tal modo de entender la psicología se vio reflejado en los artículos que aparecían en la Revista de Occidente, donde abundan los trabajos orientados fenomenológicamente sobre los sentimientos, la caracterología, etcétera (19).

La cuestión a responder ahora es la siguiente: ¿Esta primera psicología que Ortega preconizaba influyó en sus contemporáneos? Si uno revisa, aunque sea muy superficialmente, la obra de Lafora, Turró, Pi Sunyer o Mira, e incluso la que puede considerarse algo más cercana, la de Viqueira, nada permite vislumbrar que la pro-

puesta orteguiana tuviera algún eco, pues la mayoría de tales figuras se adhirieron a un posicionamiento fisiologista, cercano a lo wundtiano, el cual estaba explícitamente descartado por Ortega, pero no por Unamuno.

Dando un salto en el tiempo, y enfocando las definitivas reflexiones de Ortega sobre la psicología, nos vamos a encontrar con resultados semejantes, aunque en este caso se podrá ver una cierta influencia en el terreno psicopatológico, donde algunos psiquiatras habían introducido la perspectiva de Jaspers. Pero ello no fue, estimamos, influencia directa de Ortega, sino de otras figuras entre las que hay que recordar a Luis Martín-Santos, tanto en su caminar por la fenomenología jaspersiana como por las ideas existencialistas sartrianas y heideggerianas y el análisis existencial de Binswanger.

Pero veamos las nuevas ideas de Ortega tomando como punto de partida el contenido de *¿Qué es la filosofía?*, curso que empezó a dictar en febrero de 1929 en su cátedra de Metafísica y que continuó en la Sala Rex y luego en el Teatro Infanta Beatriz, ambos en Madrid, porque la Universidad fue cerrada por orden del dictador Primo de Rivera, ante la huelga de estudiantes y las dimisiones de algunos catedráticos (entre ellos el propio Ortega, que sería restituido en su puesto en febrero de 1930), por el decreto que autorizaba el impartir enseñanza oficial en las instituciones confesionales de Deusto (jesuitas) y El Escorial (agustinos).

En tal atípico curso (editado por vez primera en *Revista de Occidente*, en 1957, y que se encuentra en el tomo VII de las *Obras Completas*) (20) se recoge por primera vez el viraje de Ortega hacia el existencialismo de Heidegger, que había publicado en 1927 su *Ser y tiempo*, texto que aquél había leído inmediatamente después de aparecer. Los conceptos claves del sistema orteguiano (ser, vivir, vida, mundo y razón vital) sufren una profundización semántica en la línea de la ontología heideggeriana, culminando en cuatro nuevas categorías de la existencia humana: la vida como encuentro con la propia existencia, la vida como encuentro con el mundo, la vida como decisión y la vida como fruto de la presión de las propias circunstancias. Tal marco metafísico determinará un nuevo entendimiento de la psicología, como se verifica en el artículo intitolado *Historia como sistema* (1935 y tomo VI de las *Obras Completas*) (21), donde su razón histórica ya ha sido sustituida por la razón vital, mostrando con ello su impregnación de la filosofía existencialista de Jaspers y Heidegger.

En esta segunda época, Ortega sigue mostrando una escasa fe en la psicología fisiologista, expresando en la obra anteriormente citada duras críticas ante los reduccionismos fisicalistas y biologists, llegando a hablar del terrorismo de los laboratorios o del simplismo de Loeb. En relación con una idea de éste, que afirmó que en el tropismo estaría el fundamento de la conducta moral humana, dice Ortega (21):

*De modo -pensaba yo- que un concepto como el tropismo, capaz apenas de penetrar en el secreto de fenómenos tan sencillos como los brincos de los infusorios, puede bastar, en un vago futuro, para explicar cosa tan misteriosa y compleja como los actos éticos del hombre. ¿Qué sentido tiene esto?*

El fracaso explicativo que trae consigo lo que Ortega denomina razón física, abre el camino para la instauración de su razón vital o histórica, el meollo de su sistema filosófico. Por ello, en contra de lo que había afirmado dos décadas antes, e influido sin duda por Dilthey, Ortega resalta que cuando se aborda lo psíquico desde la perspectiva de la ciencia natural, nada se aclara de lo que sentimos como más estrictamente humano (21):

*El prodigio que la ciencia natural representa como conocimiento de cosas contrasta brutalmente con el fracaso de esa ciencia natural ante lo propiamente humano. Lo humano se escapa a la razón físico-matemática como el agua por una canastilla.*

Para Ortega, la razón física es ajena a la psicología del hombre, porque éste no es una cosa, no pudiendo ser abordado, por tanto, con los conceptos que nos esclarecen los fenómenos de la materia, sino con conceptos radicalmente distintos. No asume Ortega, sin embargo, la propuesta de Dilthey de ciencia del espíritu para encuadrar el saber psicológico, pues a su entender tal perspectiva persigue un objetivo similar al de las ciencias de la naturaleza: el estudio de una sustancia. Por ello, da el salto hacia la perspectiva existencialista, negando que la psicología sea tanto una ciencia de la naturaleza como una ciencia del espíritu, para optar por una ciencia de la existencia, esto es, de la vida como drama.

Profundiza Ortega (21) manteniendo que el hombre no es una cosa, porque su esencia es la indigencia, mientras que la cosa es suficiente: el hombre ha de hacerse a sí mismo, ha de decidir lo que va a hacer o ser, contando con sus peculiares circunstancias, estando obligado a elegir entre las posibilidades que se le presentan ante sí. Ortega se adscribe, pues, además de al Dasein heideggeriano, al concepto sartriano de obligado ejercicio de la libertad: el ser humano, quiera o no, tiene que elegir lo que va a hacer y ser, contando no sólo con las circunstancias personales presentes, sino también con las pretéritas, pues todo ello actúa necesariamente sobre lo que podemos ser. Ahora bien, en el encuadre existencialista, manifiesta Ortega (21), que si hay pasado, lo habrá como presente, actuando en nuestro ahora, de forma que el hombre continuamente va siendo en cada momento esto o lo otro, o, mejor, va viviendo o existiendo.

La explicación de la vida del hombre la busca Ortega, pues, en la razón histórica y la razón vital y no en razones fiscalista, fisiológica o biológica o en la razón espiritualista, ni tampoco en lo que podríamos llamar la razón asociacionista, por su mecanicismo. Para Ortega, lo humano sólo se torna algo transparente a partir de la consideración de su historia vital. Y, si el hombre es historia, no existe ninguna posibilidad de predicción, sino sólo de retrodicción, puesto que la razón histórica aparece a posteriori. Pero algo puede ser previsto, pues hay un determinante vital que es conocido, el propio pasado. Todos estos supuestos alejaban a Ortega de todas las psicologías por entonces imperantes.

Pues bien, esta segunda propuesta orteguiana tampoco recibió mucha acogida entre nosotros, pues, por estos años, estábamos ante los prolegómenos de nuestra Guerra Civil, lo que no propiciaba el enraizamiento de las ideas existencialistas. Y, tras la victoria franquista, en nuestras cátedras se desarrolló, siguiendo el modelo germánico, una fenomenología idealista y de sillón, expresamente denostada por Ortega, y, junto a ella, una psicología aplicada que procuraba desmarcarse de los compromisos ideológicos, lo cual auspiciaba Germain y el grupo de pioneros que se agrupó en su entorno. Tendrían que pasar muchos años para el despegue de nuestra disciplina, y, por entonces, tomó la vía conductista y después la cognitiva, dejando la propuesta existencialista para algunos literatos o artistas o para algún psicopatólogo marginado por la Academia, tal como el anteriormente citado Martín-Santos y algunos de los que lo rodeaban, al que se le cerró, junto a Castilla, la entrada en las cátedras psiquiátricas, por la indigna actuación de López Ibor y sus seguidores, impregnados hasta lo indecible del nacional-catolicismo.

#### ■ ORTEGA Y EL PSICOANÁLISIS

Ortega se refiere al psicoanálisis en varias ocasiones a lo largo de su obra, observándose una postura dubitativa a su respecto, particularmente en lo que tenía que ver con la sexualidad y en relación con las pretensiones freudianas de cientificidad de sus teorías.

La primera expresión pública de Ortega que conocemos de este tema, es la contenida en el artículo que redactó para la revista argentina *La Lectura* y que data de 1911 (véase tomo I de *Obras Completas*) (22). El trabajo apareció bajo el título *La psicoanálisis, ciencia problemática*. En él, tras llevar a cabo una serie de consideraciones para diferenciar la ciencia del mito, opta Ortega por incluir al psicoanálisis en esta última categoría. El mito fue así definido por él (22):

*... contenido mental indiferenciado que aspira a ejercer la función de concepto o explicación teórica de un problema, pero que no se ha libertado suficientemente del empirismo sensitivo ni de la tonalidad afectiva y sentimental de todo lo que en nosotros es espontáneo.*

Para llegar a la idea de que el psicoanálisis es un mito, Ortega se apoya básicamente en el análisis de las conferencias que Freud impartió en 1909 en la Clark University bajo el título de *Cinco conferencias sobre psicoanálisis* y en la *Psicopatología de la vida cotidiana*, extractando algunos trozos de una y otra obra, a partir de lo cual va llegando a una serie de conclusiones: así, que la esencia terapéutica del psicoanálisis está en una catarsis semejante a la de la confesión religiosa, junto a la posibilidad de realizar el deseo en conflicto (si es éticamente aceptable), o ayudar a una sublimación del mismo por medio de oportunas sugerencias, o bien, si nada de ello es factible, facilitando una nueva y definitiva represión.

Si lo anterior ya indica que Ortega no había llegado a captar la esencia de la terapéutica psicoanalítica, que Freud ya había esclarecido, la cuestión aún se torna más decepcionante cuando nos acercamos a sus reflexiones respecto a cómo entiende que el psicoanálisis no es explicativo ni por tanto científico: el argumento que Ortega esgrime es que los hallazgos de Freud no dan realmente cuenta de las causas que sostienen los diversos hechos psíquicos que aborda, dado que no hay una conexión necesaria o exacta entre los fenómenos observables y los que la investigación psicoanalítica evidencia, razonamiento típicamente positivista-causalista que repugna a la epistemología del psicoanálisis. Empleando un estilo lingüístico orteguiano, podríamos decir que no es la razón causalista la adecuada para dar cuenta de las propuestas freudianas, sino la razón hermenéutica, buscando no causas, sino significados a la luz de la dinámica inconsciente. Que esto se enmarque o no dentro de los saberes científicos es otra cuestión.

Pero Ortega, por entonces, estaba apegado a un modelo de ciencia natural (al que, es verdad, también Freud aspiraba) y al entender que el psicoanálisis no era sino una psicofisiología, su forma de razonar tenía una cierta lógica, pero sin duda no acertada para una crítica científica al psicoanálisis.

Ahora bien, a pesar de lo anterior, Ortega no duda en recomendar a José Ruiz-Castillo, el editor de Biblioteca Nueva, en 1917, que traduzca al castellano las obras completas de Freud, llegando a prologar en 1922 el primero de sus volúmenes. En este prólogo, dice Ortega (23):

*La empresa me parece sobremanera acertada y contribuirá enérgicamente a atraer la atención de un público amplio sobre los asuntos psicológicos. Han sido, en efecto, las ideas de Freud la creación más original y sugestiva que en los últimos veinte años ha cruzado el horizonte de la psiquiatría.*

*Algo más adelante, añade:*

*De tal propósito [la cura del trastorno mental] surgió para Freud la necesidad de elaborar todo un sistema psicológico, construir con observaciones auténticas y arriesgadas hipótesis. No hay duda de que algunas de estas invenciones -como la represión- quedarán afincadas en la ciencia. Otras parecen un poco excesivas y, sobre todo, un bastante caprichosas. Pero todas son de sin par agudeza y originalidad. Lo más problemático en la obra de Freud es, a la vez, lo más provechoso. Me refiero a la atención central que dedica a los fenómenos de la sexualidad.*

Como puede inferirse, Ortega no terminaba de fijar cuál era su auténtica actitud ante el psicoanálisis, aunque se deja entrever que no le agradaba el papel que se le concedía a la sexualidad. Sea como fuere, mostró la suficiente honestidad como para promover el conocimiento de Freud en nuestro país, que, si consideramos el éxito de venta que las obras completas de éste tuvo (15.000 ejemplares hasta 1936), debió ver cumplidos los anhelos de Ortega. En ello sí que puede asumirse que Ortega tuvo

un importante papel en la psiquiatría española (que no en la psicología), ya que la influencia psicoanalítica se deja ver en la obra de José Sanchís Banús, Gonzalo R. Lafora, César Juarros, José María Sacristán, Emilio Mira y sobre todo Ángel Garma. Otros, como Gregorio Marañón, aunque se sintió al principio igualmente atraído, por sus prejuicios religiosos y su conservadurismo moral, no pudo asumir de igual forma la doctrina freudiana, apostando por Carl G. Jung, dado su alejamiento de la sexualidad y su interés por las tipologías, tan gustadas por Marañón. En tal sentido, es verdaderamente curioso que, cuando en 1948 Biblioteca Nueva vuelve a publicar las obras de Freud, se retira el prólogo de Ortega y se sustituye por una presentación del editor Ruiz-Castillo (24), que apoyándose en la autoridad del padre Gemelli y del padre Moore, manifiesta que el psicoanálisis debe ser interpretado con un sentido cristiano. Ya en 1972, en la tercera edición, reaparece el prólogo de Ortega, junto al de Ruiz-Castillo y otras presentaciones.

Pero volvamos un poco atrás, y veamos lo que Ortega escribía en 1920 en relación con el psicoanálisis, en sus Ensayos filosóficos. Biología y pedagogía (recogidos en el tomo II de las Obras Completas) (25):

*El genial psiquiatra Freud descubre la génesis de muchas enfermedades mentales y de ciertas formas de histerismo en la explosión anómala que hace dentro del hombre adulto su niñez maltratada. Fue acaso una escena violenta presenciada en los primeros años, una cruda negativa de los padres a satisfacer un enérgico deseo del niño; el choque afectivo experimentado entonces forma a modo de un quiste o tumor psíquico que acompaña al alma en su crecimiento, deformándola hasta el día en que explota como una carga de espiritual dinamita. ¡Cuántas veces, al mirar los ojos de un hombre maduro, vemos deslizarse por el fondo de ellos su niñez inicial, que se arrastra, todavía doliente, con un plomo en el ala!*

Consciente Ortega, quizás tras su lectura de repaso o influido por algún comentario ajeno, de que estaba considerando las primitivas teorías traumáticas de Breuer y Freud, ya superadas, añade al anterior párrafo la siguiente nota a pie de página (25):

*Esta es la idea inicial de Freud, que considero digna de no ser abandonada. Luego tomó su teoría un sesgo extravagante, concretando el origen de la psicosis en perturbaciones sexuales de la primera edad.*

Como puede inferirse, tampoco con este añadido terminó de acoger lo que, en 1920, era el psicoanálisis: una doctrina que había dejado completamente de lado la teoría traumática inespecífica y la teoría de la seducción, en favor de la teoría del conflicto inconsciente del deseo prohibido.

Para dar fin a los acercamientos de Ortega al psicoanálisis, podemos referir otro de sus típicos posicionamientos al respecto, donde, a nuestro entender, se ve aún con mayor claridad que no llegó a entender la esencia del mismo. Para ello recupe-

remos un contenido de Vitalidad, alma, espíritu, escrito en 1924 (26), donde trata de esclarecer un malentendido de una crónica sobre una de sus conferencias, pues teme ser inscrito en la hueste freudiana:

*...Creo que en el sistema de Freud hay algunas ideas útiles y claras; pero su conjunto me es poco afín. Para no hablar de cuestiones particulares, indicaré sólo que la psicología de Freud tiende a hacer la vida psíquica un proceso mecánico, bien que de un mecanismo mental y no físico. Ahora bien: yo creo superada en principio por la ciencia actual esa pretensión mecanicista y me parece más fecunda una teoría psicológica que no atomiza la conciencia explicándola como un mero resultado de asociaciones y disociaciones entre elementos sueltos.*

*Vamos, en psicología, como en biología general, a intentar un ensayo opuesto: partir del todo psíquico para explicar sus partes. No son las sensaciones -los átomos psíquicos- quienes pueden aclarar la estructura de la persona, sino viceversa: cada sensación es una especificación del Todo psíquico. Mi distancia de Freud es, pues, radical y previa a la cuestión ya más concreta de la importancia que pueda tener la sexualidad en la arquitectura mental. Casi podría decir que soy muy anti-freudiano, a no ser por dos razones: la primera, porque ello me situaría entre gentes de mala catadura; la segunda y decisiva, que en esta época donde todo el mundo es anti, yo aspiro a ser y a no anti-ser.*

Si uno se detiene, aunque sea someramente, en la argumentación que utiliza Ortega para desmarcarse de la doctrina freudiana, nos da la impresión de que se está atacando una especie de psicología wundtiana, en su versión titcheneriana, lo que no tiene nada que ver con el freudismo. Estimamos que Ortega abordó un terreno que sólo conocía muy someramente, permitiéndose llegar a unas conclusiones sorprendentes. Y lo triste es que, en tiempos presentes, algunos recurren al magisterio de Ortega para fundamentar sus críticas al psicoanálisis.

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Carpintero, H. *Historia de la psicología en España*, Madrid, Eudema, 1994.
2. López Frías F. *Ética y política: en torno al pensamiento político de J. Ortega y Gasset*, Barcelona, Promociones y Publicaciones Universitarias, 1985.
3. Marías, J. Prólogo. En Ortega I. *Circunstancia y vocación*, 2ª ed., Madrid, Revista de Occidente, 1973.
4. Martínez Gómez, L. Apéndice: Síntesis de la historia de la filosofía española, 1954. En J. Hirschberger, *Historia de la Filosofía*, 2 tomos, Barcelona, Herder, 1994, tomo II, 449-523.
5. Gray, R. *José Ortega y Gasset. El imperativo de la modernidad*, Madrid, Espasa-Calpe, 1994.

6. Maharg, J., *José Ortega y Gasset*, Madrid, Ediciones de Cultura Hispánica, 1961.
7. Marías, J., *Ortega I. Circunstancia y vocación*, Madrid, Revista de Occidente, 1960.
8. Cacho, V. El joven Ortega. En J. Ortega y Gasset, *Cartas de un joven español*, Madrid, El Arquero, 1989, 15-38.
9. Ortega y Gasset, J. *Epistolario*, Madrid, Revista de Occidente, 1974.
10. Ortega y Gasset, J. ¿Qué es la filosofía?, 1929, *Obras Completas, VII*, Madrid, Revista de Occidente, 1961, 275-438.
11. Ortega y Gasset, J. Prólogo a una edición de sus Obras, 1932, *Obras Completas, VI*, Madrid, Revista de Occidente, 1947, 342-354.
12. Ortega y Gasset, J. Prólogo para alemanes, 1934, *Obras Completas, VIII*, Madrid, Revista de Occidente, 1962, 15-58.
13. Ortega Y Gasset, J., El tema de nuestro tiempo, 1923, *Obras Completas, III*, Madrid, Revista de Occidente, 1962, 143-202.
14. Ortega y Gasset, J., La rebelión de las masas, 1930, *Obras Completas, IV*, Madrid, Revista de Occidente, 1966, 113-285.
15. Ferrater Mora, J. *Diccionario de Filosofía*, 3, Madrid, Alianza, 1984.
16. Ortega y Gasset, J. Origen y epílogo de la filosofía, 1960, *Obras Completas, IX*, Madrid, Revista de Occidente, 1962, 349-434.
17. Orringer, N.R. *Ortega y sus fuentes germánicas*. Madrid: Gredos, 1979.
18. Ortega y Gasset, J. *Investigaciones psicológicas*, Madrid, Revista de Occidente y Alianza Editorial, 1979.
19. López-Campillo, E. *La «Revista de Occidente» y la formación de minorías: 1923-36*, Madrid, Taurus, 1972.
20. Ortega y Gasset, J. ¿Qué es filosofía?, 1957, *Obras Completas, VII*, Madrid, Revista de Occidente, 1961, 277-438.
21. Ortega y Gasset, J. Historia como sistema, 1935, *Obras Completas, VI*, Madrid, Revista de Occidente, 1947, 13-50.
22. Ortega y Gasset, J. Psicoanálisis, ciencia problemática, 1911, *Obras Completas, I*, Madrid, Revista de Occidente, 1946, 216-237.
23. Ortega y Gasset, J. Prólogo a las «Obras Completas» de Sigmundo Freud, 1922. *Obras Completas, VI*, Madrid, Revista de Occidente, 1947, 301-303.
24. Ruiz-Castillo, J. Prólogo. En S. Freud, *Obras Completas, I*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1948, 11-15.
25. Ortega y Gasset, J. Ensayos filosóficos. Biología y pedagogía, 1920, *Obras Completas, II*, Madrid, Revista de Occidente, 1946, 273-313.
26. Ortega y Gasset, J. Vitalidad, alma, espíritu, 1924, *Obras Completas, II*, Madrid, Revista de Occidente, 1946, 451-480.

Antonio Sánchez-Barranco Ruiz  
Psiquiatra  
Departamento de Psicología Experimental, Universidad de Sevilla

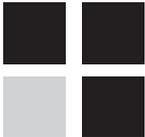
Reyes Vallejo Orellana  
Psicóloga  
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Sevilla

Correspondencia:  
Antonio Sánchez-Barranco Ruiz  
Pza. Dr. González Gramage, 2-1º B  
41005 Sevilla  
asbruiz@yahoo.com



SECCIÓN

INFORMES





*Encarnación Mollejo Aparicio*

## PSICOFÁRMACOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: REVISIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL

PSYCHOTROPICS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS:  
REVISION AND STATE OF THE ART

### ■ RESUMEN

En 2004 la Agencia Española de Medicamentos (AEMPS) recomendaba no utilizar ISRS en niños y adolescentes deprimidos por falta de eficacia, y por aumentar el riesgo de conductas suicidas. Además nos recordaba que ninguno de los ISRS tienen la indicación aprobada para la depresión en este grupo de población.

He revisado que otros psicofármacos empleados habitualmente en niños y adolescentes no tienen una indicación autorizada en su ficha técnica y me pregunto cuál sería la vía legal que se debe utilizar cuando consideramos que un fármaco es necesario y no está autorizado.

*Palabras clave:* psicofármacos, niños y adolescentes, uso compasivo

### ■ ABSTRACT

In 2004 the Spanish Drug Agency (AEMPS) suggested not using ISRS in depressed children and adolescents due to its lack of efficacy, and to an increase in the risk of suicidal behaviour. Moreover it reminded us that none of the ISRS has been approved indication for depression in this population group.

I have reviewed articles where other psychotropics habitually used in children and adolescents do not have authorized approval on their technical registration form, and what should be the legal way to use when we consider that a drug is necessary and it is not authorized.

*Key words:* psychotropics, children and adolescents, compassionate use.

## ■ INTRODUCCIÓN

A partir de las notas informativas enviadas en 2004 por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) a los Centros de Salud Mental, y las noticias aparecidas en la prensa respecto al tratamiento con antidepresivos ISRS en niños y adolescentes, y la alarma social creada, he intentado revisar cual es la situación actual del tratamiento con psicofármacos en niños y adolescentes, y cuáles de ellos tienen una indicación aprobada para este grupo de edad.

En el Reino Unido, Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency (MHRA), después de revisar 13 ensayos clínicos con fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram, venlafaxina y mirtazapina, concluyó que no existía evidencia de eficacia de los antidepresivos evaluados comparados con placebo, (excepto fluoxetina) en menores de 18 años con depresión mayor. Constataban un aumento de pensamientos e ideas suicidas en los tratados con estos antidepresivos respecto al placebo (1).

En 2004 la Food and Drug Administration (FDA) alertaba sobre la prescripción de antidepresivos ISRS en niños y adolescentes (2).

El 29 de junio de 2004, la AEMPS emitía una nota informativa relativa al uso de ISRS en el tratamiento de trastornos depresivos en niños y adolescentes (3). En ella se recordaba que ninguno de los ISRS tiene la indicación autorizada en España para el tratamiento de la depresión en este grupo de población, y por tanto no recomendaban su uso.

Ante el conocimiento de casos de ideación suicida en niños y adolescentes con depresión, tratados con paroxetina, el Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos, ha revisado la eficacia y seguridad de la paroxetina para este grupo de población (4). Concluye que la relación beneficio-riesgo de paroxetina era desfavorable para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, ya que los datos de los ensayos clínicos no demuestran eficacia, y sugieren un aumento del riesgo de ideación y comportamiento suicida.

En un metaanálisis publicado en la revista *The Lancet* (5), en el que se analizan los datos procedentes de 11 ensayos clínicos (5 publicados y 6 no publicados) que evaluaron la eficacia de los ISRS (citalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina) y venlafaxina en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, indican que citalopran, paroxetina y sertralina no presentan una eficacia diferente al placebo y pueden aumentar el riesgo de ideación o comportamiento suicida. Fluoxetina sí ha demostrado una eficacia ligeramente superior al placebo, sin que se encontraran diferencias en el riesgo de ideación o comportamiento suicida, pero se precisa de más información para establecer una conclusión definitiva acerca de su relación riesgo-beneficio.

El 17 de diciembre de 2004 la AEMPS (6) emitió otra nota informativa sobre las conclusiones de la última revisión realizada por el Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos (EMA), res-

pecto al uso de antidepresivos ISRS y otros antidepresivos afines en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes. Corroboran la información difundida por la AEMPS el 6 de junio e insisten en los siguientes aspectos:

Los ISRS no están autorizados para el tratamiento de la depresión o de los trastornos de angustia en niños y adolescentes, y no deben ser utilizados en este grupo de edad por su riesgo de comportamiento suicida. Esta recomendación se hace extensiva a venlafaxina y mirtazapina.

En los casos excepcionales en los que debido a una necesidad clínica se llegue a establecer este tipo de tratamiento en un niño o adolescente, deberá de realizarse un seguimiento estrecho ante la posible aparición de comportamiento suicida, autolesión u hostilidad, especialmente durante el comienzo del tratamiento.

El médico debe informar al paciente o sus familiares, que no debe interrumpirse el tratamiento sin su asesoramiento, debido al riesgo de aparición de síntomas de retirada si la suspensión es brusca.

Respecto a la eficacia, fluoxetina es el único principio activo que hasta la fecha ha demostrado una eficacia moderada en dos ensayos clínicos comparativos frente al placebo. No obstante todavía no tiene aprobada la indicación (6). Se están evaluando todos los datos disponibles de fluoxetina acerca de su relación riesgo-beneficio y su posible indicación en este grupo de población.

La última nota informativa de la AEMPS, el 26 de abril de 2005 sobre la revisión realizada por el Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), acerca del balance beneficio-riesgo del uso de ISRS y otros antidepresivos, en niños y adolescentes, corrobora la información difundida en las notas anteriores de junio y diciembre de 2004.

De los antidepresivos revisados citalopram, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, mianserina, mirtazapina, reboxetina y venlafaxina; sólo la fluoxetina ha demostrado una eficacia antidepresiva moderada en ensayos clínicos controlados, pero sigue sin tener autorizada dicha indicación terapéutica (7).

Para emplear medicamentos en indicaciones no autorizadas el procedimiento legal previsto es el uso compasivo (7).

La AEMPS va a actualizar las fichas técnicas de los ISRS, incluyendo información sobre el riesgo de ideación o comportamiento suicida en niños y adolescentes, haciendo énfasis en que no recomienda el uso de ISRS en el tratamiento de la depresión en este grupo de población.

La Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil (AEPIJ), en octubre de 2004 emitía un comunicado oficial sobre el tratamiento con antidepresivos de los niños y adolescentes que sufren depresión, indicando que el concepto de «suicidalidad» o «conductas suicidas» no está bien definido y suele interpretarse de modo distinto en investigaciones distintas, no existen diferencias estadísticamente significativas respecto a las conductas suicidas en los menores depresivos tratados con ISRS o

placebo, y ninguno de los niños tratados con antidepresivos falleció por suicidio durante el tratamiento. Además realiza unas reflexiones sobre la eficacia de los ISRS, y unas recomendaciones entre las que señala que el beneficio del tratamiento con antidepresivos, en niños y adolescentes, es superior al riesgo de no aplicarlo (8).

#### ■ PSICOFÁRMACOS AUTORIZADOS EN MENORES DE 18 AÑOS.

Para saber si un medicamento que se desea prescribir está aprobado para una indicación determinada o grupo de edad, se debe consultar la ficha técnica del producto, la cual se puede conseguir a través del laboratorio fabricante, que está obligado por ley a facilitarla, o en internet en la página web de la AEMPS (9).

La ficha técnica es el documento oficial del medicamento destinado para el médico, (el prospecto lo es para el paciente), en ambos casos su texto es sometido previamente a aprobación por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS), y de acuerdo con la Ley del Medicamento artículo 19, contiene el resumen de las características del producto, sobre todo lo que se refiere a indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos y precauciones. Este documento puede tener valor de referencia ante los tribunales de justicia (10).

La mayoría de los nuevos psicofármacos no tienen una indicación autorizada en menores de 18 años, por falta de ensayos clínicos que demuestren su eficacia, pues la ley del medicamento de 1990 en el artículo 13, establece que la eficacia de los medicamentos para cada una de sus indicaciones deberá establecerse de un modo adecuado, mediante la realización previa de ensayos clínicos controlados por personas suficientemente calificadas.

La siguiente información la he obtenido al revisar la ficha técnica y el prospecto de los medicamentos que se citan, con el fin de saber qué indicaciones están autorizadas en niños y adolescentes.

#### 1. Antidepresivos

- A) Los siguientes tricíclicos están autorizados en el tratamiento de la depresión de niños y adolescentes: imipramina (no especifica a partir de qué edad se debe utilizar), amitriptilina en > 12 años, clomipramina en > de 10 años con depresión (9).

En una revisión reciente de la evidencia científica disponible, los antidepresivos tricíclicos no han demostrado una eficacia mayor que placebo en el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes (11, 12, 13).

Está autorizado e indicado el empleo de tricíclicos: imipramina, clomipramina y amitriptilina en > de 5 años para el tratamiento de la enuresis (9).

- B) Ninguno de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS tienen una indicación autorizada en España para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, según consta en su ficha técnica (9).

La AEMPS recomendaba en caso de utilizarlos por considerarlos clínicamente necesarios, realizar un control estrecho sobre todo al inicio del tratamiento por la posible aparición de conductas suicidas, y socilitar el uso compasivo (6, 7).

En 3 revisiones sistemáticas que evaluaron el uso de ISRS y nuevos antidepresivos en niños y adolescentes con depresión mayor, no demostraron eficacia frente al placebo, salvo la fluoxetina (5, 14, 15).

De los ISRS, solo la fluoxetina tiene aprobada la indicación en EE.UU. para el tratamiento de la depresión en niños y adolescentes, debido a la existencia de ensayos clínicos que demuestran su eficacia respecto al placebo (16, 17, 18, 19).

Los únicos ISRS con indicación aprobada para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo en niños de 6 a 17 años son la sertralina (9, 20) y la fluvoxamina a partir de los 8 años (9).

- C) Otros antidepresivos como venlafaxina, mirtazapina, reboxetina, moclobemida, mianserina, nefazodona, trazodona, tranilcipromina, viloxacina, tampoco están indicados ni autorizados en la depresión de niños y adolescentes (9). Maprotilina está indicada en el tratamiento de la depresión y distimia en niños y adolescentes, aunque recomiendan realizar un especial control clínico durante el tratamiento (9).

## 2. Neurolépticos

Haloperidol está indicado incluso en niños menores de 5 años con esquizofrenia, psicosis, delirio, manía, agitación psicomotora, tics y S. de Gilles de la Tourette. (9).

Pimozida está indicada en niños > de 3 años con trastornos de ansiedad (9).

Clorpromazina está indicada en niños mayores de 1 año con psicosis, manía y crisis de agitación. (9).

Periciazina está indicada en niños mayores de 1 año, con trastornos del carácter y del comportamiento (9).

Trifluoperacina está indicada en niños mayores de 6 años con esquizofrenia, psicosis, delirio, manía y ansiedad (9).

Tioridazina tiene anulada la autorización para su comercialización desde el 30 de junio de 2005 (21).

Los neurolépticos atípicos: zipraxidona, olanzapina, quetiapina, clozapina, zuclopentixol, no están autorizados en niños ni adolescentes (9). Acaba de aprobarse la indicación de risperidona para el tratamiento de los problemas de comportamiento asociados al autismo (agresividad, hiperactividad y comportamiento estereotipado), en niños mayores de 5 años.

### 3. Psicoestimulantes

El clorhidrato de metilfenidato y el metilfenidato hidrocloreto están indicados a partir de los 6 años en el tratamiento del trastorno de hiperactividad y déficit de atención TDAH (9).

### 4. Benzodiazepinas

A) No se recomienda el empleo de las siguientes BZD en menores de 18 años: ketazolam, halazepam, alprazolam, clonazepam (9).

B) Sí está autorizado el empleo de estas BZD:

Clorazepato dipotásico en niños mayores de 30 meses para las siguientes indicaciones: trastornos de ansiedad, fobias, alteraciones del sueño (insomnio, terrores nocturnos), alteraciones del carácter (irritabilidad, agresividad, etc.), anorexia, tartamudez, tics, enuresis y encopresis (9).

Diazepam en niños mayores de 6 meses con ansiedad y alteraciones del sueño (terror nocturno, sonambulismo) (9).

Clobazam en niños a partir de los 3 años con trastornos de ansiedad (9).

Bromazepam en el prospecto y ficha técnica dice: no está indicado en niños, pero si el médico lo considera esencial, deberá ajustar la dosis al bajo peso corporal de estos pacientes. Estudios en 200 niños y adolescentes de 4 a 21 años con ansiedad han dado buenos resultados (9).

Lorazepam sólo se debe utilizar si se considera estrictamente necesario, y siempre a partir de los 6 años (9).

### 5. Antiepilépticos

Los nuevos antiepilépticos gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina, tiagabina, topiramato, se han empezado a utilizar en Psiquiatría para el tratamiento del trastorno bipolar, prevención de episodios depresivos y en pacientes con descontrol de impulsos, sin embargo según consta en su ficha técnica (9), ninguno de estos fármacos tiene una indicación autorizada en menores de 18 años para estos trastornos. Solamente está autorizada lamotrigina en adultos para el trastorno bipolar y prevención de episodios depresivos (22)

#### ■ LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS EN INDICACIONES NO AUTORIZADAS.

Se puede definir como la prescripción de un medicamento para una enfermedad, síntoma y/o subgrupo de edad que no figura expresamente incluido en la ficha técnica del producto, en el apartado de indicaciones.

La utilización de un medicamento en condiciones diferentes a las especificadas en su ficha técnica, constituye una actuación irregular (23). En los casos en que el médico considere adecuado utilizar un medicamento para indicaciones no autorizadas debería solicitar el uso compasivo.

El uso compasivo se regula en España actualmente a través del RD 223/2004, definiéndose en el artículo 28 como «la utilización en pacientes aislados y al margen de un ensayo clínico de medicamentos en investigación, incluidas especialidades farmacéuticas para indicaciones o condiciones de uso distintas de las autorizadas, cuando el médico bajo su exclusiva responsabilidad, considere indispensable su utilización» (24). Es decir, todo uso de un medicamento fuera de las indicaciones aprobadas en su ficha técnica en un paciente individual constituye un uso compasivo.

La autorización para solicitar el uso compasivo de un medicamento, se realiza a través de los servicios de farmacia de los hospitales, que disponen de los formularios para rellenar, a los que debe añadirse el consentimiento informado del paciente o de su representante legal (los padres en los menores de edad), un informe clínico justificando la elección del tratamiento (acompañando referencia bibliográfica del mismo), y la autorización y firma del director del centro donde se vaya a aplicar el tratamiento. Todo esto se envía desde el servicio de farmacia a la AEMPS, que será quien autorice su uso.

El médico responsable debe comunicar a la AEMPS los resultados del tratamiento, así como las sospechas de reacciones adversas que puedan ser debidas al fármaco al Centro Autonómico de Farmacovigilancia correspondiente (25).

La autorización de la dirección médica supone que el centro se hace cargo del tratamiento y será el responsable de financiarlo, con la excepción de que el laboratorio fabricante lo aporte de manera gratuita (26).

El consentimiento informado se regula en el RD 223/2004 artículo 7, según el cual el sujeto deberá otorgar su consentimiento para el empleo de medicamentos de uso compasivo, después de haber entendido en la entrevista previa con el médico, los posibles beneficios, riesgos e inconvenientes del uso de la medicación, así como las alternativas existentes y después de haber sido informado de su derecho a renunciar al tratamiento en cualquier momento sin que ello le ocasione perjuicio alguno.

El consentimiento se documentará mediante una hoja de información para el sujeto que contendrá únicamente aquellos datos relevantes, expresados en términos claros y comprensibles, y redactada en la lengua propia del sujeto, y el documento de consentimiento (24).

Se otorgará el consentimiento por representación, cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance del tratamiento. Si el paciente tiene 12 años cumplidos, se escuchará su opinión. Cuando se trata de menores no incapaces, ni incapacitados pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación (24).

La situación actual es que los trámites administrativos establecidos para la utilización de medicamentos en indicaciones no autorizadas, son omitidos en múltiples ocasiones, sobre todo en el caso de los medicamentos que ya están comercializados con otra indicación o grupo de edad diferente al que se va a emplear. Sin embargo

conviene recordar que la utilización de fármacos no indicados, está definida como uno de los tipos de errores de prescripción según la Taxonomía de los Errores de Medicación realizada por el grupo Ruiz-Jarabo a partir de la adaptación de la taxonomía del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) (27)

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. MHRA. Report of the CSM Expert Working Group on the safety of selective serotonin reuptake inhibitors antidepressants. 6 december 2004. Disponible en URL: <http://medicines.mhra.gov.uk/ourwork/monitorsafequalmed/safetymessages/SSRIfinal.pdf>
2. FDA Public Health Advisory. Suicidality in children and adolescents being treated with antidepressant medications. October 15, 2004. Disponible en URL: <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIPHA200410.htm>.
3. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Uso de medicamentos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en el tratamiento de trastornos depresivos en niños y adolescentes. Ref: 2004/06. 29 junio de 2004.
4. <http://www.emea.eu.int/htms/human/referral/list.htm>.
5. Whittington C.J., et al. «Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data». *Lancet*. 2004, 363, pp.1341-1345.
6. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Uso de medicamentos inhibidores selectivos de la recaptación serotonina (ISRS) en el tratamiento de trastornos depresivos en niños y adolescentes. Ref: 2004/14. 17 de diciembre de 2004.
7. Agencia Española de Medicamentos y Productos sanitarios. Uso de medicamentos inhibidores selectivos de la recaptación serotonina (ISRS) en el tratamiento de trastornos depresivos en niños y adolescentes. Ref: 2005/09. 26 de abril de 2005.
8. Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. «Comunicado oficial sobre el tratamiento con antidepressivos de los niños y adolescentes que sufren depresión». *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 2004; 21 (3), pp. 147-148.
9. Ficha técnica accesible en [http://sinaem.agemed.es:83/presentación\\_principal.asp](http://sinaem.agemed.es:83/presentación_principal.asp)
10. Anónimo. «Ficha técnica: ¿Qué es y qué implicaciones tiene?». *Infac*, 2002, 10, pp. 19-21.
11. Hazell P., et al. «Fármacos tricíclicos para la depresión en niños y adolescentes» (revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005, Número 1. Oxford: Update SoftwareLtd. Disponible en: [www.update-software.com](http://www.update-software.com). (Traducida de *The Cochrane Library*, 2005 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).

12. Updated information and advice about the use of antidepressant medicines. *Prescriber Update* 2004, 25, 2, p. 25.
13. Recomendaciones farmacoterapéuticas en Salud Mental. Recomendaciones para el manejo de los trastornos depresivos y de ansiedad en atención primaria. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid. nº 2 noviembre 2004, p. 11.
14. Jueidini J.N., et al., «Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents». *BMJ*. 2004, 328, pp. 879-883.
15. Courtney D.B., «Selective serotonin reuptake inhibitor and venlafaxine use in children and adolescents with major depressive disorder: asystematic review of published randomized controlled trials». *Can J Psychiatry*, 2004, 49, 8, pp: 557-563.
16. March J., et al., «Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With depression Study (TADS) randomized controlled trial». *JAMA*, 2004, 292, 7, pp: 807-820.
17. Emslie G.J., et al. «A double-blind randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression». *Arch Gen Psychiatry*, 1997, 54, 11, pp: 1031-1037.
18. Emslie G.J., et al. «Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo-controlled, randomized clinical trial». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2002, 41, pp:1205-1215.
19. Emslie G.J., et al. «Fluoxetine treatment for prevention of relapse of depression in children and adolescents: a double-blind, placebo-controlled study». *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004, 43, 11, pp:1397-1405.
20. Boletín Informativo del Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid. Vol. 10, nº 3, diciembre 2003, p.1
21. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Suspensión de comercialización de la especialidad farmacéutica Meleril (Tioridazina). Ref: 2005/01. 18 de enero de 2005.
22. Boletín informativo del centro de farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid. Vol. 11, nº 2, de septiembre de 2004. p.2.
23. «Utilització de medicaments en indicacions no autoritzades». *Butlletí d'informació terapèutica* 2004, 16, pp:15-18. Accesible en [www.gencat.net/sanitat](http://www.gencat.net/sanitat) (Salut - Farmacia-Medicaments).
24. BOE nº 33 de 7 febrero de 2004. Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.
25. [http://www.agemed.es/directorio/pdf/dir\\_sevf\\_100204.pdf](http://www.agemed.es/directorio/pdf/dir_sevf_100204.pdf).
26. Sotoca J.M., y otros, «Uso compasivo en la atención primaria». *Aten Primaria*, 2004, 34, 2, pp: 65-67.
27. Otero M.J., y otros, «Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación». *Farmacia Hospitalaria*, 2003, 27, pp:137-149.



Encarnación Mollejo Aparicio  
Psiquiatra  
Jefe del Distrito de Salud Mental de Arganda del Rey. (Madrid)

Correspondencia:  
Centro de Salud Mental de Arganda del Rey  
C/ Juan de la Cierva nº 20  
28500 Arganda del Rey . Madrid  
[encarnamollejo@wanadoo.es](mailto:encarnamollejo@wanadoo.es)

*Pilar Sánchez del Hoyo, Luis Javier Sanz Rodríguez*

## ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO EN HIJOS DE PADRES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES: A PROPÓSITO DE UN CASO

PSYCHOTHERAPY APPROACH FOR CHILDREN OF PARENTS WITH SERIOUS MENTAL DISORDERS:  
A CASE HISTORY

### RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo profundizar en el estudio de los efectos que producen en el desarrollo infantil, la existencia de patología psiquiátrica en uno o ambos padres a través del recorrido de un caso clínico. Se presenta un caso de una menor de seis años que está siendo atendida en un Centro de Salud Mental, cuya madre padece un trastorno mental grave. Se defiende también la importancia de un abordaje o tratamiento preventivo que incida en el hijo y en el entorno familiar.

*Palabras clave:* Padres psicóticos, intervención familiar, desarrollo infantil, enfermedad mental grave.

### ABSTRACT

This work aims to reflect in depth on the study of the influence of psychotic parents on child development through a review of a clinical study. We present the case of a six year old girl who is being treated in a Mental Health Center, whose mother suffers from a severe mental illness. We also defend the importance of a preventive approach or treatment that impinges on the child and family environment.

*Key-words:* Psychotic parents, family treatment, child development, severe mental illness.

## ■ INTRODUCCIÓN

En diferentes publicaciones y estudios se ha mostrado que la existencia de trastornos psiquiátricos graves en los padres supone un riesgo en el desarrollo de los hijos y es más frecuente la existencia de patología mental en ellos que en la población infantil general (1).

La enfermedad mental severa está a menudo marcada por una incapacidad del sujeto para proveer del medio adecuado para el desarrollo del niño. Los niños que viven con madres esquizofrénicas o con trastornos afectivos mayores están en mayor riesgo de crianza inadecuada, patrones pobres de comunicación y caos ambiental (2).

D. W. Winnicott señala la importancia de la estabilidad y continuidad del medio, en sus aspectos físicos y emocionales, como necesarios para el desarrollo del niño y la etapa en la que se encuentra el menor, cuando aparece un factor traumático, para considerar el efecto de los padres psicóticos en los hijos (3). Spitz destaca la importancia de la relación madre-hijo. Las experiencias afectivas canalizan el curso del desarrollo de la personalidad y hacen posible la integración del proceso de maduración del infante. Las perturbaciones en la personalidad maternal reflejarán perturbaciones en el infante (4).

J. Bowlby, en su teoría del apego, destaca la importancia de la relación madre-hijo para el desarrollo del menor. El apego se identifica con un interés insistente en mantener proximidad con una o unas pocas personas seleccionadas, la tendencia a usar a estos individuos como una base segura desde la cual explorar los entornos desconocidos y con la huida hacia esta figura de apego como refugio de seguridad en momentos de alarma. Para Bowlby el estado de seguridad, ansiedad o zozobra de un niño es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de apego. Cuando existen separaciones prolongadas o repetidas, los niños atraviesan tres etapas de respuesta progresivamente más desfavorables, protesta, desesperación y finalmente, desconexión. La presencia de un familiar o figura sustituta estable, mitiga la inquietud, temor y el dolor provocado por la separación. Esto es muy importante en menores con uno o los dos progenitores con enfermedad mental, ya que en muchos casos existen otros familiares (abuelos, tíos, etc.) que colaboran en el cuidado y crianza del menor (5).

Mary Ainsworth clasifica la organización del apego en el niño hacia su padre/madre como seguro, evitativo y resistente/ambivalente. La organización segura está relacionada con la sensibilidad de la madre a las señales y comunicaciones del hijo, a la tendencia de ser rápida y reconfortante al responder al malestar y a una forma tierna y cuidadosa en el contacto físico con él. Estos niños suelen tener relaciones favorables con sus iguales y muestran escasa ansiedad en situaciones estresantes (6).

Según Ainsworth, algunos de los factores que influyen en la respuesta parental y que se observan en las madres de los niños con apego evitativo son la enfermedad familiar grave, relaciones infelices con el marido y presiones laborales abrumadoras.

La evitación del niño está asociada al rechazo de la madre, tanto expresada indirectamente con comentarios indicando fastidio, como observada directamente en su aversión al contacto físico. Estos niños responden a las situaciones estresantes reprimiendo las expresiones de ansiedad y enfado.

La conducta ambivalente/resistente en el menor se relaciona con la insensibilidad materna hacia las señales del niño y, sobretodo a la impredecibilidad de respuesta, pero no con el rechazo de la madre. En situaciones estresantes son niños preocupados por la madre ante su ausencia y sin embargo, demasiado enfadados o angustiados como para reconfortarse con la vuelta de ésta.

Las madres con enfermedades mentales graves pueden tener dificultad en proporcionar los cuidados y apoyos necesarios y, sobretodo, en mantener la continuidad de dichos cuidados en momentos de crisis, pueden mostrarse rechazantes con sus hijos o con conductas impredecibles. Esto repercute en el desarrollo emocional de los niños, en sus patrones de comunicación y relación con los demás.

No obstante, algunos autores como Ainsworth o el propio Bowlby otorgan mucha importancia a la posibilidad de cambio en las relaciones tempranas y su efecto en el menor. Niños con un apego inseguro tienen el potencial de hacerse seguros cuando la relación con su madre mejora. Al mismo tiempo, algunos niños que están seguros durante su infancia tienen el riesgo de ser inseguros más adelante (7).

Existen numerosas publicaciones sobre el riesgo que corren los hijos de padres con trastornos mentales graves y su vulnerabilidad. Sin embargo, es difícil llegar a acuerdos en relación a las repercusiones, situaciones de riesgo y modelos de intervención. En el presente trabajo se presenta un caso que está siendo atendido en el Programa Infanto-juvenil de un Centro de Salud Mental, se trata de un menor cuya madre padece un trastorno mental grave.

#### ■ PRESENTACIÓN DEL CASO

N es una niña de 5 años y 6 meses de edad que acude a consulta derivada por la psiquiatra que atiende a su madre, para valoración de tratamiento psicológico.

La primera entrevista se realiza con los padres. El padre no está muy de acuerdo con acudir a Salud Mental, no ve problemas en su hija, pero a medida que avanza la entrevista expresa que su hija tiene celos de la hermana, sabe que la madre está «malita» y cuando N se enfada se encierra en la habitación o dice que se va de casa. A la madre le preocupa que N no se interese por ciertas actividades en el colegio, se niega a hacer ciertas tareas, cuando ve mal o triste a su madre, le repite que la quiere mucho, dice también que son malos padres, se hace más pequeña y se encierra en su habitación durante horas, dice que ve monstruos y repite cosas que dice la madre.

## ■ EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

1. *Historia clínica*

## 1.1. Antecedentes personales y familiares

N no tiene antecedentes psiquiátricos ni psicológicos. La madre está en tratamiento psiquiátrico desde hace cinco años, al 4º mes de edad de N, «empecé a ver uñas y dientes en el bebé, pensaba que me intentaba matar, le he hecho daño, no creo que se acuerde», dice la madre. Es diagnosticada de trastorno de personalidad borderline con descompensaciones psicóticas.

Los padres han recibido apoyo en Servicios Sociales, en el programa específico de Familia e Infancia, durante tres años. El tratamiento se ha interrumpido hace tres meses, con el nacimiento de su 2ª hija.

El padre consume alcohol en cantidades elevadas de forma esporádica y relacionada con etapas críticas o sentimientos de impotencia y soledad.

## 1.2. Genograma

El padre tiene 34 años, trabaja en una empresa desde hace 14 años. Está descontento con su trabajo, le exigen mucho y discute con sus jefes. La madre es ama de casa y tiene 35 años. Están casados hace 8 años. Para el padre es difícil entender la enfermedad de su mujer, a veces se pone furioso y discuten delante de la paciente. Tienen dos hijas de cinco y dos meses de edad respectivamente. La abuela materna vive largas temporadas con esta familia y ha sido una figura de apoyo importante, aunque la madre manifiesta ambivalencia afectiva hacia su propia madre y sentimientos de odio y dependencia.

El abuelo materno vive temporadas en el pueblo. Ha sido diagnosticado de cáncer de piel y le han intervenido quirúrgicamente en tres ocasiones. Tiene problemas bronquiales y es fumador y bebedor excesivo. De él dice la madre de N: «es irritable, se mete conmigo y con la educación de la niña. Nunca me ha tocado... ha pegado palizas tremendas a mi madre».

La abuela materna trabajó en un servicio de lavandería, donde sufrió una descarga eléctrica que le produjo quemaduras importantes cuando la madre de N era pequeña. Tuvo varios abortos, posiblemente provocados por el maltrato del marido. Actualmente su salud es muy precaria por un proceso de fibrosis pulmonar que padece. La madre de N la define como un poco insoportable.

La madre de N es la más pequeña de 8 hermanos. Mantiene buena relación con algunos de ellos. La 4ª hermana es la que cuidó de N. De ella dice: «le gusta jugar y beber en exceso, las dos cosas... se funde el dinero y nunca tiene un duro. Es con la que mejor relación tengo, le cuento las cosas que siento y que veo, y ella viene y me ayuda».

### 1.3. Datos evolutivos

El embarazo fue deseado, el parto con cesárea, aspiró meconio y se realizaron dos lavados gástricos. Hubo lactancia materna en los primeros cuatro meses, vividos por la madre con gran temor a ser dañada por su propia hija: «a los pocos días de estar en casa, yo veía en la niña uñas largas y dientes, pensaba que me iba a hacer daño. Yo le daba el pecho, pero con miedo... yo me sentía sola... era como si lo rechazara y lo negaba... lo negaba, lo negaba... a veces temblaba mientras le daba el pecho... no dormía yo... como tenía uñas y dientes, estaba todo el rato mirando para que no me atacara... pensaba que era por venganza, por haber abortado cinco veces antes».

La madre acude al Servicio de Salud Mental al 4º mes de edad de N y en un período de dos años tiene varios ingresos psiquiátricos, no puede ocuparse de la niña y esta labor de cuidados maternos la realizan una tía y la abuela materna hasta hace un año. El padre tampoco desempeña su función paterna. Por este motivo es difícil recoger información sobre el desarrollo de N.

Una hermana de la madre se hace cargo del bebé hasta los dos años de edad. La madre dice: «se preocupaba por ella, le daba masajes, la bañaba...». Luego es la abuela materna quien se ocupa de N hasta los 4 años de edad. Existe desacuerdo entre los padres y la abuela en relación a las pautas de educación hacia N. La abuela no respeta lo que ellos dicen. La madre comenta: «la consiente demasiado, le pone telenovelas...».

En relación a la alimentación, tuvo cólicos del lactante. Actualmente come en el colegio por corregir ciertos hábitos caprichosos. No ha dormido sola en la habitación nunca, duerme en la misma habitación que la abuela, tiene dificultades para conciliar el sueño y precisa de la compañía de la abuela durante horas o de los padres. Le acuesta a las nueve de la noche y hay días que a las doce, la abuela todavía está contando cuentos. A la madre le cuesta abrazar o besar a su hija.

El inicio de deambulación es a los once meses de edad. Tiene un lenguaje claro a los dos años, controla esfínteres a los dos años también. Ha tenido un episodio de encopresis a los cinco años y cuando nació su hermana presentó enuresis 2ª nocturna durante dos meses, que remitió espontáneamente. No ha padecido ninguna enfermedad importante.

Acudió a la guardería a los 4 meses de edad. La madre comenta que les dijeron que era una niña triste. Se escolarizó a los cuatro años y estudia 2º de Educación Infantil y tiene dificultades con la lectura.

Sólo tiene una amiga en el colegio, no juega con otros niños, no les saluda cuando les encuentra en la calle y rehuye las relaciones, como lo hace su madre. Nunca ha jugado con muñecas ni otros juegos, solo escribe letras y palabras. No baja al parque a jugar.

El padre de N no ha ejercido la función de cuidador ni de figura de apego, no entendía la enfermedad de su mujer y delegaba dicha función en la abuela o tía materna.

Los comentarios de la madre acerca de su relación con N son: «ella ve más allá de la imagen que yo quiero dar... me siento muy unida a N, porque tenemos cosas muy parecidas... pero veo en ella también las cosas malas que yo tengo... ella me pide que

mejore... a gritos... pienso que no le hago el caso suficiente o la agobio, la persigo... estoy distanciada con ella, llevo mucho tiempo sin contarle cuentos... no la saco, no salgo a la calle, no salimos al parque... me encierro en la habitación todo el día...».

## 2. *Proceso de evaluación*

### 2.1. Entrevistas individuales

A N no le cuesta separarse de su madre y acepta bien los límites que se le ponen. En la primera entrevista se muestra nerviosa al principio, habla de forma desordenada, llena de palabras la entrevista sin responder a las preguntas que se le hacen, sabe que viene al médico. Se refiere a su hermana como la bebé, la pequeña. Algunos contenidos expresados son los siguientes: «lloro a veces cuando me pasa algo malo, me regañan y yo no he hecho nada... mamá a veces no se cómo se porta, eso no se cómo decírtelo... no se cómo se porta... a veces está bien... cuando tenía el bebé pequeñito en la tripa... antes lloraba más... hay cosas que es difícil decirlas». Se evade con otros contenidos y no quiere continuar hablando de lo que le preocupa.

Cuando finalizan las entrevistas, quiere llevarse los dibujos que hace, pero permite que los fotocopie. En sus relatos, en el juego o en sus dibujos aparecen contenidos relacionados con la muerte, (los padres están muertos, muere el abuelo o un pez que dibuja), le cuesta poner nombre a las princesas que dibuja (Figura 1), quizás porque pueden morir también, y aparecen mecanismos de negación de la angustia y la tristeza, sobre todo en las primeras citas.

Figura 1  
Dibujo de una princesa realizado por N.



En el juego, le gusta jugar a las casas, coloca y organiza los cacharros, presenta cierto grado de perfeccionismo e insistencia en el orden. Posteriormente va introduciendo al terapeuta en el juego adjudicándole el papel de la madre a la que ella cuida, prepara la comida y hace regalos, buscando siempre el reconocimiento y la gratitud y ocupar un lugar privilegiado y único para la madre. Cuida también a la hermana menor.

## 2.2. Instrumentos de evaluación.

Se ha aplicado la prueba del dibujo de la familia y el test de apercepción temática para niños (C.A.T.) (8, 9, 10). Respecto a esta segunda prueba, las historias revelan a una niña de inteligencia sobre el promedio y verbalmente dotada, que muestra una adecuación a las percepciones típicas de las láminas, tanto con respecto a las personas, como a los otros elementos vistos. Los datos obtenidos por las respuestas de la paciente se hallan resumidos en la Tabla 1.

Tabla 1. Resumen de los resultados del CAT obtenidos por N.

LÁMINA	1	2	3	4	5
Tema principal	Sometimiento a figuras de autoridad	Competencia	Agresión inintencionada al padre	Justificación del error	Sumisión a la autoridad paternal
Héroe principal	Niño	Niño pequeño compitiendo con 2 niños mayores	Niño	Madre	Niños
Necesidades e impulsos del héroe	Abatimiento, Conflicto, niño que tiene que obedecer y hacer algo que no le gusta	Disputa (agresión emocional) Dependencia (recibe la ayuda del adulto)	Abatimiento, Intraagresión (culpa)	Evitación de culpa	Abatimiento
Concepto del medio	Inducción (dominancia), evitación de culpa	Prohibición (dominancia), Alguien le ayuda (modales)	Rechazo, Agresión social	Agresión social	Modales
Figura de los padres (masculina)	Autoridad, amistosa	Protectora	Le rechaza	Le culpa	Autoridad, amistosa
Naturaleza de las ansiedades	Desaprobación	De carencia	De castigo	Desaprobación	De ser dominado
Mecanismos de defensa	Racionalización	Formación reactiva	Represión y negación	Represión y negación	Aislamiento
Adecuación del superyó (a través del castigo)	Apropiado	Apropiado	Demasiado severo	Inconsistente	Apropiado
Integración del Yo (a través del argumento y el final)	Incompleto	Feliz	Infeliz	Incompleto	Realista
Inteligencia	Sobre el promedio				
Nivel de maduración	Adecuado				

LÁMINA	6	7	8	9	10
Tema principal	Deprivación	Agresión del medio	Ayuda de un niño con problemas	Necesidad económica	Necesidad económica
Héroe principal	Niños	Niño	Niño	Niño	Niño
Necesidades e impulsos del héroe	Dependencia	Dependencia	Dependencia	Rendimiento	Rendimiento
Concepto del medio	Modales (el adulto le ayuda)	Peligro físico y los padres le salvan	Modales (alguien le protege)	Inducción (dominancia)	Rechazo
Figura de los padres (masculina)	Protectora	Protectora	Comprensiva	Autoridad, amistosa	Le rechaza
Naturaleza de las ansiedades	De carencia	De daño físico	De ser dominado o indefenso	De desaprobación	
Mecanismos de defensa	Simbolización	Temor y ansiedad	Proyección e introyección	Proyección e introyección	Aislamiento
Adecuación del superyó (a través del castigo)	Apropiado	Apropiado	Apropiado	Apropiado	Apropiado
Integración del Yo (a través del argumento y el final)	Feliz	Feliz	Feliz	Feliz	Feliz

Inteligencia	Sobre el promedio
Nivel de maduración	Adecuado

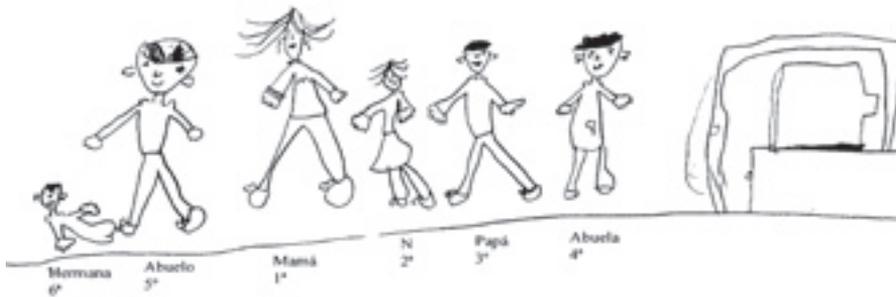
En general, la percepción del estímulo es buena, no apareciendo alteraciones importantes. Tampoco aparece una alteración formal del pensamiento. El lenguaje empleado es adecuado a la edad, bastante rico y exacto en cuanto a sus términos.

De acuerdo con la recurrencia temática se plantean en orden de importancia las siguientes problemáticas: manejo de la agresión y la actitud hacia la figura de los padres y la manera en que estas figuras son apercibidas.

En cuanto a las soluciones planteadas ante estas dos problemáticas se encuentran dos posibilidades. En primer lugar, destaca el empleo de mecanismos de proyección e introyección, que se ponen de manifiesto con la aparición de conductas agresivas por parte del niño hacia el adulto. Finalmente, también se halla la represión y negación como mecanismos de defensa en situaciones en las que la agresión de la figura infantil reacciona con sumisión y aprende.

Respecto a la prueba del dibujo de la familia (Figura 2), se siguieron las pautas de aplicación e interpretación propuestas por Corman (11). En primer lugar, en cuanto al plano gráfico hay que destacar que N emplea un trazo fuerte y líneas amplias que ocupan buena parte de la página, lo que revela una gran expansión vital y una fácil extraversión de las tendencias.

Figura 2  
Dibujo de la familia realizado por N.



En segundo lugar, en el plano de las estructuras formales, el grado de perfección de las figuras señala una buena construcción de su propio esquema corporal para su edad, y la estructura del grupo resulta intermedia, con características sensoriales y racionales al mismo tiempo.

Finalmente, en el plano del contenido, surgen tendencias de amor y agresividad que se pueden ordenar mediante el conflicto infantil dominante en el dibujo de N, la rivalidad fraterna. Aunque en su dibujo se expresa de forma indirecta cierto grado de agresividad hacia su hermana (siendo dibujada en último lugar y en un plano inferior al resto de los miembros de la familia), parece que esta rivalidad opera de manera natural y que el medio familiar es aparentemente armónico.

Hay una respuesta emocional de bloqueo cuando expresa quien es el menos feliz en esa familia. La menos feliz es ella y dice: «yo no soy feliz, porque me pasan muchas cosas raras». No accede a expresar qué cosas raras le ocurren.

## ■ JUICIO CLÍNICO

Es una niña en situación de riesgo, su madre presenta una patología psiquiátrica que en períodos críticos le ha impedido acercarse afectivamente a su hija y ocuparse de ella. Teme ser agredida por su hija o que ésta haga daño a la hermana. El padre no ha realizado la labor de apoyo a la madre ni su función paterna adecuadamente, alejándose por su dificultad para comprender la enfermedad de su mujer y depositando en la tía y abuela maternas el lugar de figuras de apego.

N percibe el estado emocional de su madre, reaccionando ante ello. En el primer dibujo casi podríamos afirmar que dibuja el delirio de su madre, una princesa con uñas y dientes y en el juego, el contenido que repite es cuidar a la madre y la hermana y ofrecer una imagen buena de ella. Ella misma está incluida en el delirio de su madre en algunos momentos.

Presenta tristeza, preocupación, apatía, problemas de sueño, retraimiento y empobrecimiento en las relaciones sociales, no juega con otros niños salvo con una amiga y tampoco en su casa, no utiliza los juguetes que tiene, sólo pinta letras.

Se diagnostica como Trastorno de Vinculación en la infancia reactivo. F 94.1 C.I.E. 10 (12).

## ■ TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

Esta familia está siendo atendida por los equipos de Salud Mental y Servicios Sociales. Existe coordinación entre ambos por ser una familia de riesgo y contar con ayuda domiciliaria.

Desde Salud Mental, la madre recibe tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico y es apoyada por la trabajadora social, que la recibe, a veces, con su madre.

Se realiza tratamiento psicológico con la niña a través del juego y dibujo y entrevistas con los padres. Estos últimos tienen una actitud colaboradora que va posibilitando cambios en la dinámica familiar. El padre participa más en el cuidado de las niñas, va asumiendo su función paterna. La madre es más afectiva con las hijas, se ocupa de ellas, aunque depende de su estado clínico, es capaz de besarlas y abrazarlas, facilita la relación con los iguales y la socialización y ejerce su papel de madre. Están empezando a jugar en la casa.

N ha normalizado sus conductas en el sueño, no necesita la presencia del adulto, come mejor y es más autónoma para vestirse, peinarse y comer. Reclama la atención de los padres como figuras de afecto y de referencia, no tanto a la abuela, aunque la presencia de ésta continúa siendo necesaria en los periodos críticos de la madre.

Se está trabajando para favorecer la socialización de las niñas, sobre todo de N que es más mayor, que acudan a ludotecas, asociaciones, actividades deportivas, etc., depositando en el padre la función de cuidado y facilitador de dichas actividades, implicándolo en el cuidado de las niñas.

N utiliza el espacio terapéutico de juego como lugar donde reaparecen los conflictos afectivos y puede buscar la compensación de necesidades no satisfechas. No obstante, es una niña en situación de riesgo. Las etapas críticas de la madre influyen en la relación que establece con las hijas, sobre todo con la paciente, a la que percibe como mala y capaz de hacer daño. La afectividad de la madre se encuentra limitada así como su capacidad de realizar la función de cuidado, por lo que se hace necesario el apoyo del padre y la abuela materna. El padre tampoco es constante en el cuidado y afecto con las hijas.

Se mantiene el tratamiento de la madre, de la niña y con ambos padres, así como el seguimiento por parte de la trabajadora social.

## ■ DISCUSIÓN

Cuando se estudian los factores de riesgo para padecer problemas de salud mental en la infancia, los antecedentes familiares y sobretodo la existencia en uno o los dos progenitores de patología mental del tipo esquizofrenia u otras psicosis adquieren gran importancia (13).

Otro factor de riesgo es la existencia de funciones parentales empobrecidas, cuando padres y madres no pueden cuidar y educar a sus hijos con todas sus potencialidades debido a que se ven afectados por situaciones de trastorno mental, estrés, enfermedad física grave, marginación, ausencia, distancia emocional, etc. (14).

Winnicott destaca la importancia de la relación madre-hijo, que se inicia en los primeros momentos de la vida del niño, y diferencia los efectos de la psicosis en el padre y en la madre. Cuando se da en el padre, afecta menos en la temprana infancia de los hijos. La vida de estos se ve más alterada cuando la madre se encuentra en un estado caótico, el verdadero self no llega a formarse, se crea un falso self que intenta adaptarse a las dificultades con la que se encuentra. Estos niños pueden percibir el estado de ánimo de sus padres. Lo que les resulta más traumático es la imposibilidad de predecir cuál será la reacción de aquellos (15).

En muchos casos es el progenitor sano el que se aleja de los hijos, por proteger su propia cordura, por no entender la enfermedad o cómo poder afrontarla, y la responsabilidad recae en el progenitor enfermo. No es poco frecuente que en las separaciones de pareja, sea la madre, aún enferma, quien asuma el cuidado de los hijos y que sean ellas quienes soliciten ayuda para sus hijos y puedan colaborar, al menos en parte, en el tratamiento (16).

E. J. Anthony estudió el impacto en la vida familiar y las consecuencias en los hijos de la enfermedad grave en un progenitor. Los hijos pueden entender la enfermedad como una desorganización importante, como una crisis, como negligencia o como un reto en su vida. Es durante la adolescencia, especialmente, cuando pueden ir verbalizando sus sentimientos de angustia, culpa, vergüenza y lealtad (17).

Dentro del programa de tratamiento con los menores que propone Anthony, son las intervenciones destinadas a desarrollar los recursos yoicos, a través de asociaciones, actividades lúdicas y deportivas, excursiones, etc. y las intervenciones en las fases agudas o recaídas de los padres, donde el menor puede hablar acerca de su experiencia de la enfermedad y de los sentimientos que le provoca, las que nos parecen más necesarias y útiles.

Por otro lado, para Rutter el daño proviene de la carencia o distorsión del cuidado, más que de la pérdida. Los trastornos mentales tienen un impacto mayor en el niño cuando este está incluido en la enfermedad del padre/madre, cuando es víctima de agresiones o está incluido en el delirio. La hostilidad, irritabilidad, las agresiones y violencia de los padres constituyen factores de riesgo más importantes que las manifestaciones psicóticas o los síntomas afectivos (18).

Para P. Bourdier, en el menor existe una necesidad de encontrar una explicación al comportamiento extraño del padre o madre. Lo esencial para la evolución del niño es la posibilidad que le ofrece o le niega la estructura familiar de tomar distancia con los trastornos del padre enfermo y de identificarse con imágenes sustitutorias positivas para él. Este autor describe a estos niños con apariencia de bien adaptados, hipermaduros. Sin embargo, esto no significa normalidad sino precocidad, sobreadaptación, hipercontrol, etc., lo que nos lleva a pensar en mecanismos de identificaciones masivas (19).

Lebovici destaca la importancia del desarrollo de programas preventivos, de trabajar con el progenitor enfermo, el menor y también con la familia. La madre psicótica puede dar a sus pequeños un afecto cálido pero irregular. En algunos casos la comunicación puede estar muy perturbada o el apoyo familiar no ser muy adecuado, de ahí la necesidad de servicios o programas que ayuden a la madre y a las familias (20).

Otra idea de partida es la que plantean White y cols. al plantear que los hijos que viven con madres con esquizofrenia o trastornos afectivos mayores tienen un mayor riesgo de vivir situaciones ambientales caóticas, patrones pobres de comunicación y crianza inadecuada. Proponen como aspectos fundamentales a tener en cuenta en el abordaje terapéutico: la información a la familia sobre la enfermedad y sus manifestaciones, mejorar los patrones de comunicación, disminuir el caos familiar y potenciar la competencia personal y social en los hijos (2).

Por último, es de reseñar el trabajo realizado por Dunn en el que recoge los recuerdos de la infancia de sujetos que crecieron con una madre psicótica. Estos niños han vivido experiencias de aislamiento en relación a sus iguales, su familia y la propia comunidad. La atención recibida por ambos padres es percibida como poco consistente, los padres son vistos como no disponibles ni física ni emocionalmente por ellos. En muchos casos acaban convirtiéndose en cuidadores de sus madres y hermanos pequeños, sin embargo nadie les habla de la enfermedad de sus madres

y tienen sentimientos de culpa, fidelidad y lealtad hacia ellas, lo que dificulta su autonomía e independencia. Esta es una realidad muy frecuente cuando llegan a la adolescencia y juventud (21).

Sienten también humillación, vergüenza y confusión, al confrontarse con dos mundos diferentes, su realidad familiar y la realidad que viven en el entorno escolar y social. Estos menores buscan apoyo social, en muchos casos no dentro de la familia, sino en profesores, entrenadores, amigos de la familia, etc. ven a estas personas como elementos de seguridad y con disponibilidad para ellos, pero raramente les hablan de su situación familiar.

Finalmente, los contactos con Salud Mental en la infancia son vividos como evocadores de culpa y negativos, aunque en la edad adulta valoran la psicoterapia que reciben como positiva, en la que pueden verbalizar los miedos sobre su propia salud mental, explorar las relaciones con sus propias madres y establecer límites tanto físicos como afectivos con ellas.

Ante todas estas aportaciones queda claro que las necesidades de las figuras parentales con enfermedades mentales graves tienen mucho en común con las de otros padres. No obstante, existen una serie de áreas particulares que requieren cierta atención específica. En este trabajo se ha tratado de describir la problemática de los hijos de padres psicóticos, así como las implicaciones para la intervención en este campo, a través de un caso clínico. A lo largo del recorrido de este caso nos hemos encontrado con que las características específicas de esta población requieren tener en cuenta toda una serie de consideraciones preventivas, de apoyo y terapéuticas (22). A modo de conclusiones queremos destacar:

- La importancia de mantener la estabilidad y continuidad de los cuidados en la familia como situación favorable para el desarrollo del niño.
- La necesidad de tomar medidas preventivas en los casos donde hay un progenitor con una enfermedad grave.
- La conveniencia de proporcionar al niño información sobre la enfermedad de sus padres apropiada a su edad, para poder comprenderla como una realidad diferente a ellos, de la que no son causantes ni culpables.
- La necesidad de apoyo, soporte y tratamiento para los hijos destinado a desarrollar los recursos propios, a reforzar la confianza en sí mismos y proporcionar relaciones estables que permitan identificarse con imágenes sustitutivas positivas.
- La necesidad de incorporar al padre sano en el tratamiento y cuidado de sus hijos.
- La importancia del apoyo social y de otras figuras familiares y cercanas, contemplados como elementos de seguridad, atención y cuidado.
- La necesidad de desarrollar y utilizar servicios y recursos que ayuden a los padres psicóticos con sus hijos, tales como hospitales de día, guarderías especializadas y ayudas domiciliarias.

## ■ BIBLIOGRAFIA

1. Bolívar Perálvarez, M., Vivas Guisado, J., Sanz de la Garza, C. «Hijos de padres con trastorno psiquiátrico». En: Gutiérrez Casares, J.R., y Rey Sánchez, F. (Eds.); *Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente*. Madrid, SmithKline Beecham, 2000.
2. White, C. I., Nicholson, J., Sher, W. H., Geller, J. I. «Mothers with Severe mental Illness caring for Children». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995, 33, pp. 398-403.
3. Winnicott, D.W. *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona, Laia, 1981.
4. Spitz, R. *El primer año de vida del niño*. Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1969.
5. Bowlby, J. *La separación afectiva*. Barcelona, Paidós, 1985.
6. Ainsworth, M. D. S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, Erlbaum, 1978.
7. Fonagy, P. *Teoría del Apego y Psicoanálisis*. Barcelona, Espaxs, 2004.
8. Murray H. A., y Bellak, L. TAT, CAT-A y CAT-H. *Tests de Apercepción Temática*. Madrid, TEA Ediciones, 2001.
9. Bellak, L. *El uso clínico de las pruebas psicológicas del T.A.T., C.A.T. y S.A.T*. México D.F., Editorial El Manual Moderno, 1975.
10. Baringoltz, S. «Pautas de interpretación de apercepción infantil de L. Bellak». En: M. L. Siquier, M. E. García, y E. Grassano (eds.); *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1987.
11. Corman, L. *El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica*. Buenos Aires, Kapelusz, 1992.
12. C.I.E. 10. *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, Meditor, 1992.
13. Jablenski, A. «Prevalence and incidence of schizophrenia spectrum disorders: implications for prevention». *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 2000, 34 (Suppl.), pp. S26-S34.
14. Artigue, J. y otros. «Una aproximación a la detección de los trastornos mentales graves». *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y el adolescente*, 2004, 4, pp. 51-67.
15. Winnicott, D.W. *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires, Ed. Hormé, 1980.
16. Hearly, J., y McGrath, J. «Motherhood and schizophrenia». En: D. J. Castle, J. McGrath, y J. Kulkarni (eds.); *Women and schizophrenia*. Cambridge, Cambridge University Press, 2000.
17. Anthony, E.J., Chiland, C. y Koupernik, C. *L'enfant à haut risque psychiatrique. L'enfant dans sa famille*. París, PUF, 1980.

18. Rutter, M. «Maternal Deprivation Reconsidered». *Journal of Psychosomatic Research*, 1972, 16, pp. 241-250.
19. Bourdier, P. «L'hypermaduration des enfants de parents de malades mentaux». *Rev. Franc. Psychan*, 1972, 1, pp. 19-42.
20. Lebovici, S., Rabain-Lebovici, M. «Los niños de familias psicóticas». En: *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Tomo VI*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1989.
21. Dunn, B. «Growing up with a psychotic mother». A retrospective study. *American Journal of Orthopsychiatric*, 1993, 63, pp. 177-189.
22. Sánchez del Hoyo, P. y Sanz Rodríguez, L. J. «Hijos de padres psicóticos. Revisión bibliográfica: implicaciones preventivas, de apoyo y terapéuticas». *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y el adolescente*, 2004, 4, pp. 99-107.

Pilar Sánchez del Hoyo  
Psicóloga Clínica  
Servicios de Salud Mental Parla (Madrid)

Luis Javier Sanz Rodríguez  
Psicólogo Clínico  
Servicios de Salud Mental del Área 10. Getafe y Parla (Madrid)

Servicios de Salud Mental de Parla (Madrid)

Correspondencia:  
Luis Javier Sanz Rodríguez  
C/Mayor, 23 2ºA  
28891 Madrid



*Victor Aparicio Basauri, Alfonso Gonzalez Mateos*

## JOSE LUIS MONTOYA RICO (1932-2005) UN PIONERO DE LA PSIQUIATRIA COMUNITARIA JOSE LUIS MONTOYA RICO (1932-2005). A PIONEER OF COMMUNITY PSYCHIATRY

Nuestro compañero y amigo Jose Luis Montoya Rico ,considerado uno de los pioneros de la psiquiatria comunitaria en España , fallecia el 20 de agosto , a los 73 años , en su ciudad natal de Alicante .

En 1963 desembarcaba en Oviedo ,junto a otros profesionales procedentes de EEUU y Canada ,después de haber trabajado en Pittsburg (EEUU) para incorporarse al proyecto de modernizacion de la sanidad asturiana que lideraba Lopez Muñiz , Presidente de la Diputación Provincial de Oviedo .Previamente a su estancia en EEUU habia tenido una formación como internista en la Clínica de la Concepción de Madrid.

Cuando llega a Asturias se encuentra en una región en pleno apogeo industrial ,que bajo la batuta de Lopez Muñiz promueve un proceso de modernización de sus infraestructuras y servicios En el ámbito sanitario, este proyecto supuso un cambio en los modos de gestion y funcionamiento del Hospital General de Asturias y del Hospital Psiquiatrico Regional de Oviedo («La Cadellada») ,colocando a ambos entre los hospitales mas innovadores de España.Junto al cambio en el modelo de gestión ,ambos hospitales incorporaron un nuevo sistema de formación que fue la base del actual MIR para la formación de especialistas médicos, que posteriormente se generalizo por todo el pais.

Jose Luis Montoya compartio con Medina Gil el liderazgo de la considerada «primera reforma psiquiátrica» de España al transformar el hospital psiquiatrico de Oviedo en una institución moderna ,con la introducción de programas psicoterapeuticos y de rehabilitación ,un sistema de gestión con participación de los profesionales y a la vez un desarrollo de dispensarios de salud mental repartidos por toda la provincia mediante un plan de sectorización siguiendo el modelo frances .La experiencia , con su sistema de gestión y participación , comenzó a tener dificultades en el contexto de la dictadura.Era una época en la que el pais se encontraba sumergido en un ambiente cada vez mas complicado, por las dificultades del propio regimen para avanzar hacia formas mas flexibles de gobierno ,y por otra parte por los movimientos sociales y políticos clandestinos que iban consiguiendo mas protagonismo y exigiendo la caida del régimen .La experiencia finalizó en 1972 tras el despido de unos 100 profesiona-

les y fue un ejemplo de las dificultades de evolución hacia la democracia que tenía el país. J.L. Montoya, con varios de los despedidos, inició una nueva reforma en el Sanatorio de Conxo (Santiago de Compostela) dependiente de la Diputación de A Coruña, que volvió a ser referente para la psiquiatría comunitaria del país. La historia volvía a repetirse y esta experiencia quedaba yugulada en 1975. En ese momento ya se vislumbra una fractura entre los sectores que propugnaban la reforma psiquiátrica; aquellos más posibilistas, entre los que se encontraba J.L. Montoya Rico y los más rupturistas<sup>1</sup> que posteriormente tuvieron un papel hegemónico en la AEN.

Durante la transición volvió a tener un papel relevante como asesor en varios procesos de reforma (Albacete, Jaén, Logroño, Huelva, ...) y como impulsor de los Encuentros del Pazo de Mariñán (A Coruña) dedicados a la psiquiatría comunitaria, donde consiguió reunir a profesionales de distintas experiencias novedosas. Siempre apoyo los procesos de reforma que se iban abriendo camino en nuestra deficiente realidad asistencial. Un ejemplo, fue su apoyo denodado a uno de los primeros servicios de psiquiatría comunitarios integrado en un hospital general (la experiencia del Centro Nacional de Demostración sanitaria de Talavera de la Reina-Toledo), cuando a finales de la década de los setenta la dirección del hospital<sup>2</sup> propuso la desaparición del servicio de psiquiatría hospitalario con el fin de convertir aquel centro en exclusivo para acciones de salud pública. Al final, la dirección entendió las razones sólidas de J.L. Montoya y mantuvo el servicio.

En 1982 regresó a su tierra natal (Alicante) como Director de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación, cargo que compatibilizó con su dedicación a la docencia en la Facultad de Medicina. También en Alicante en la década de los 80 tuvo que volver a defender, junto a un grupo de profesionales, el modelo de psiquiatría comunitaria, pero esta vez pidió la intervención y apoyo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Junto con el Dr. Pérez Sanfeliu, fue ponente para la redacción del Plan de Salud Mental de la Comunidad Valenciana de 1991, que recogía el espíritu del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica.

Últimamente, ya jubilado, había comenzado a tener el reconocimiento de su profesión. Dos asociaciones autonómicas, la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental (2000) y la Asociación Valenciana de Salud Mental (2005), ambas pertenecientes a la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Profesionales de Salud Mental) le habían nombrado miembro de honor.

Su huella ha quedado plasmada en la Historia de la Psiquiatría Española como un pionero y un hombre comprometido con la psiquiatría comunitaria

1. El movimiento más rupturista estaba organizado, desde la crisis del Hospital Psiquiátrico de Oviedo, en una «Coordinadora psiquiátrica» que agrupaba a psiquiatras y MIR de distintos hospitales del país.
2. En septiembre, un mes después del fallecimiento de J.L. Montoya, falleció el ex director del Centro Nacional de Demostración Sanitaria de Talavera de la Reina, José María Francia Viña, que fue su interlocutor en aquel encuentro.

Victor Aparicio Basauri  
Presidente Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Alfonso Gonzalez Mateos  
Presidente Asociación Valenciana de Salud Mental



SECCIÓN



LIBROS





David Healy  
**LET THEM EAT PROZAC. THE UNHEALTHY RELATIONSHIP  
BETWEEN THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY AND DEPRESSION.**

Editorial: New York University Press.

New York and London 2004

Idioma: inglés

350 páginas.

David Healy, Profesor de Psicología Médica en e la Universidad de Gales y antiguo Secretario de la Asociación Británica para la Psicofarmacología es un controvertido y prolífico autor muy conocido no solo en los círculos académicos o psiquiátricos sino que sus libros han tenido cierta repercusión mediática (en nuestro país fue entrevistado en el diario El País el año pasado) pero que lamentablemente no han sido traducidos. Psiquiatra, psicofarmacólogo, historiador de la Psicofarmacología, consultor de algunas multinacionales farmacéuticas y testigo-experto de la acusación en varios casos legales contra compañías farmacéuticas su obra no es fácil de clasificar.

En sus anteriores libros *The antidepressant era*<sup>1</sup> y *The creation of psychopharmacology*<sup>2</sup> su pretensión de escribir una historia crítica del llamado «desarrollo racional de la farmacología en psiquiatría» se ve desdibujada o superada convirtiéndose en libros que basándose en un impresionante conocimiento del desarrollo histórico de la Psicofarmacología intenta explicarnos (y transformar) el presente (las prácticas de prescripción de los psiquiatras y médicos). Es decir desde un punto de vista académico son ensayos a caballo entre la historia de la medicina, la sociología, la antropología, la Psicofarmacología o la economía política, escritos de forma provocativa en una mezcla de estilo científico, periodístico y político. El valor de estos libros es doble: la calidad de sus fuentes es magnífica, y la historia de la Psicofarmacología que nos cuenta está cultural y socialmente contextualizada.

La idea central de estos libros, que también preside el último *Let them eat Prozac*, es una crítica de cómo las actuales teorías neurocientíficas sobre las enfermedades mentales han triunfado sobre otras competidoras en base a su capacidad de poder crear mercados rentables para la industria farmacéutica. Healy es psicofarmacólogo, no lo olvidemos. Lo que quiere decir es que el poder económico de la industria farmacéutica es capaz de favorecer determinadas líneas de investigación psicofarmacológica y no otras según eso convenga a sus beneficios. No ha sido un desarrollo racional el de la Psicofarmacología, al menos no guiado por la razón de la ciencia sino por la razón del mercado. No es el único factor que menciona como necesario para que el desarrollo de la Psicofarmacología fuera de esta manera y no de otra. Las directrices de los organismos reguladores de los medicamentos como la FDA para aprobar un



medicamento, la historia cercenada de los Institutos de investigación públicos, la necesidad de legitimación de la psiquiatría frente a los ataques del movimiento antipsiquiátrico en los años setenta son también elementos claves.

Pero Healy va más allá de la pura Psicofarmacología como he mencionado. Explora como esta investigación dirigida al mercado moldea también los conceptos y conocimientos de psiquiátricos poniéndolos al servicio de una nueva Psiquiatría Corporativa dirigida por la industria farmacéutica. Por ejemplo las hipótesis de receptores monoaminérgicos en las enfermedades mentales han sido de gran utilidad para la lógica de «píldora mágica» (categoría de enfermedad = tratamiento específico) de la acción de los psicofármacos, que en manos del marketing ayudan a generar las metáforas culturas dominantes sobre las enfermedades mentales (esto es: deme algo para subirme la serotonina que tengo depresión). Para Healy estas teorías son meras hipótesis cuya validez científica no es mayor que las teorías alternativas sobre la enfermedad mental pero que actúan como poderosas metáforas culturales en lo que el llama la cultura del «biomedical self.»

Las posturas de Healy sobre la industria farmacéutica se han ido volviendo más firmes y menos exculpatorias a lo largo de su obra. Motivos no le han faltado. Desde que en 1997 escribiera *The antidepressant* era hasta la actualidad la conciencia que empieza a haber entre los médicos y los ciudadanos del conflicto de intereses entre la salud como bien común y la industria farmacéutica ha incrementado. El conocimiento de las dudosas prácticas éticas de investigación y publicación por parte de numerosas compañías han puesto en la picota a este sector, uno de los que más beneficios obtiene del conjunto de las industrias. Pero además Healy fue noticia hace unos años por haber sido vetado por varias multinacionales farmacéuticas cuando iba a firmar un contrato como profesor para la Universidad de Toronto tras pronunciar una conferencia en que de nuevo mencionó de pasada la relación entre los ISRS y el aumento de la conductas suicidas o pensamientos suicidas debido a un estado de agitación o acatisia que se produce en los primeros días de tratamiento.

De esto último trata su último libro *Let them eat Prozac: The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. En él explora la historia de los ISRS y en concreto la relación de la Fluoxetina con el suicidio o con el incremento del riesgo suicida. Aparentemente este es el tema del libro, profundizando en argumentos que ya expone en anteriores libros, aunque esta vez parece dirigido a un público menos especializado (el propio título recuerda al best seller *Listening to Prozac*). Decía que aparentemente porque su interés radica menos en la discusión científica sobre la relación entre los ISRS y el incremento del riesgo suicida (conviene leerlos no obstante porque en este país este tema se ha pasado por alto con demasiada ligereza), sino en contarnos Healy su historia como testigo privilegiado y víctima de la industria farmacéutica. El libro se puede leer como una novela en la que nuestro héroe comienza a investigar de forma un tanto ingenua (a modo del antropólogo

inocente) los efectos secundarios que observa en los pacientes a los que empieza a darles Prozac a finales de los años ochenta y acaba de experto en juicios contra Lilly sobre la responsabilidad del Prozac en determinados actos violentos, juicios que por supuesto se realizan en los Estados Unidos y en los que realmente se deciden las cuestiones científicas (es decir finalmente si el Prozac incrementa el riesgo suicida en las primeras semanas de tratamiento lo decide un tribunal de Kentucky y no la Comunidad científica). El libro tiene los mejores ingredientes de una novela de John Le Carré con abogados sin escrúpulos, ejecutivos invisibles que manejan lo hilos, sistemas judiciales corruptos, abogados de la Iglesia de la Cienciología. Burócratas ineptos de la FDA e investigadores mediocres comprados. Incluso uno puede dudar de si el protagonista no esta algo paranoico y le van a dar Olanzapina porque uno preferiría que estuviera loco y ser un delirio lo que con él se comparte.

Epilogo: Finalmente David Healy recurrió a los tribunales por su contrato en la Universidad de Toronto consiguiendo que le ofrecieran una plaza como profesor visitante. Las reglas de la Universidad en relación con las donaciones de la industria farmacéutica se han revisado para que exista mayor transparencia. David Healy no toma Olanzapina que sepamos. Lean cualquiera de sus libros.

Iván de la Mata Ruiz

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Davis Healy. The Antidepressant Era. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts, and london, England. 1997.
2. David Healy. The creation of Psychopharmacology. Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts, and london, England. 2002.



Christopher Dowrick

## BEYOND DEPRESSION

Oxford University Press, Oxford, 2004

Christopher Dowrick es un médico general, profesor de la Universidad de Liverpool que ha publicado numerosos artículos en revistas de prestigio sobre salud mental y atención primaria en general y sobre la depresión en particular. En este libro cuestiona el concepto de depresión como una condición médica y propone un marco de trabajo alternativo.

Dowrick comienza cuestionando la validez y la utilidad del concepto de depresión y para ello realiza una exhaustiva revisión de las pruebas que lo respaldan. Desde ahí, concluye que las bases biológicas o genéticas de la depresión no son nada definitivas y que el valor de la medicación antidepresiva, incluso en el tratamiento de la depresión mayor, sigue siendo incierto y equívoco. Argumenta que los intentos de mejorar el tratamiento y el diagnóstico en atención primaria han tenido poco éxito y, si han aumentado ambos en número, tiene que ver con la aparición de remedios simples como los nuevos antidepresivos que nos tientan a meter con calzador dentro de formulaciones muy simples a problemas complejos.

Dowrick también se detiene a analizar detenidamente los intereses que sostienen el concepto de depresión como una entidad médica. Intereses comerciales por supuesto, pero también profesionales ya sean de psiquiatras, médicos generales, profesores universitarios o gestores de servicios. Todos se benefician de esta perspectiva aunque no sea la más idónea para los pacientes en la práctica diaria. Esta popularidad del concepto tiene que ver entonces más con los sistemas de valores que con que tenga un contenido científico intrínseco. Por este motivo, entiende que la depresión tiene graves problemas de aplicabilidad intercultural debido a las profundas diferencias sociales, lingüísticas y culturales. Para ilustrar estas ideas, expone otros marcos alternativos de orden filosófico, religioso o lingüístico con los que comprender esa constelación de emociones, pensamientos y conductas que en occidente hemos decidido, por el momento, llamarla depresión.

La propuesta de Dowrick es una perspectiva de la depresión como un problema que tiene que ver esencialmente con un fallo en el sentido del significado y del propósito del individuo en tanto que este es una entidad coherente, vinculada a un particular espacio geográfico y social y con capacidad para contar historias. La capacidad del sujeto para conducir su vida y la narrativa que cuenta al respecto son los elementos básicos sobre los que Dowrick desarrolla su modelo. Propugna un encuentro con los pacientes con menos diagnóstico y prescripciones y más comprensión y escucha, un encuentro en el que las metáforas médicas que son estáticas, pasivas y restringidas se cambien por metáforas psicosociales, dinámicas, temporales, activas que proporcionan un sentido y una esperanza.

Alberto Ortiz Lobo



SECCIÓN



PÁGINAS DE LA ASOCIACIÓN





## INFORME SOBRE LA JORNADA, LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA Y EL OBSERVATORIO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA: BALANCE Y PERSPECTIVAS



El 18 de octubre de 2005 se celebró en el salón de actos del Ministerio de Sanidad y Consumo, la jornada de presentación del Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). La presentación del Observatorio y sus datos, así como posibilitar un espacio de debate sobre los mismos, fue el objetivo de esta jornada. Para la organización se contó con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo, y en ella participaron la práctica totalidad de responsables de salud mental autonómicos. El acto inaugural estuvo a cargo de D. Enrique Terol (en representación del Secretario General del Ministerio) y D. Francisco Chicharro (Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría).

Tras las intervenciones de D. Manuel Gómez Beneyto (Coordinador del Grupo de Trabajo Estrategia en Salud Mental del MSC), y de Dña. Isabel Salvador (Coordinadora del Observatorio de la AEN), se dio paso a las mesas estructuradas de la siguiente forma:

- Análisis de la Organización de la red de atención a la Salud Mental
  - D. Alberto Fernández Liria (AEN)
  - Dña. Cristina Molina. Responsable de Salud Mental de Cataluña
  - D. J. Manuel Martínez Rodríguez. Responsable de Salud Mental de Castilla-León
  - D. José Domingo Cabrera Ortega. Responsable de Salud Mental de Navarra
  - D. Carlos Giribert. Responsable de Salud Mental de Murcia
- Modelo Comunitario en el Estado Español
  - D. Mariano Hernández Monsalve (AEN)
  - D. Álvaro Iruín. Responsable de Salud Mental del País Vasco
  - D. Rafael del Pino López. Responsable de Salud Mental de Andalucía
  - D. Francisco Ferré Navarrete. Responsable de Salud Mental de Madrid
  - D. Miguel Echevarría. Responsable de Salud Mental de Islas Baleares
- Los Programas Específicos: Salud Mental Infanto-Juvenil, Drogodependencias, Psicogeriatría
  - D. Fermín Pérez (AEN)
  - D. Antonio Sánchez Padilla. Responsable de Salud Mental de Canarias
  - D. Fernando Marquez. Responsable de Salud Mental de Galicia
  - D. Fernando Quintana. Responsable de Salud Mental de Cantabria
- La atención al Trastorno Mental Grave y a los Trastornos Mentales Comunes
  - D. José J. Uriarte (AEN)
  - D. Jose Fernández Díaz. Responsable de Salud Mental de Asturias
  - Dña. Carmen Blasco Silvestre. Representante de Salud Mental de Valencia
  - D. Jaime Domper. Responsable de Salud Mental de Castilla-La Mancha
  - D. Miguel Simón. Responsable de Salud Mental de Extremadura

Se presenta el contenido de las conclusiones extraídas del observatorio de la AEN y de la propuesta de las recomendaciones expuestas por cada uno de los moderadores de las mesas, así como el debate posterior.

## 1. ANÁLISIS DE LA ORGANIZACIÓN DE LA RED DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

D. Alberto Fernández Liria, en nombre de la AEN, presentó la siguiente propuesta de conclusiones y recomendaciones a partir de los datos del Observatorio:

### 1.1 Conclusiones

1. La organización de la atención a la salud mental aunque responde a un modelo general establecido en la Ley General de Sanidad, presenta diferencias crecientes entre las diferentes comunidades autónomas.



2. Estas diferencias, legítimas en el marco del Estado de las Autonomías, lógicas porque se trata de responder a situaciones realmente diferentes y saludables porque deberían permitirnos aprender de la diversidad, pueden, sin embargo con comprometer la equidad y dar lugar a situaciones de insolidaridad e injusticia.
3. La atención a la salud mental se sitúa en todas las comunidades autónomas en la atención especializada, en segunda línea respecto a la atención primaria y, en todas, atienden tanto los trastornos mentales graves como los trastornos mentales comunes y reacciones de adaptación. Como consecuencia de la falta de definición de las carteras de servicios, en ninguna de las comunidades existe una definición clara de cuáles son las condiciones que tienen derecho a la atención y el que una sea atendida o no y el grado en el que lo sea depende, en muy buena medida, de la actitud y la voluntad del clínico.
4. En todas las comunidades autónomas los sistemas de atención a la salud mental integran dispositivos de muy diferente naturaleza que supuestamente deberían configurar redes de atención.
5. Sin embargo es poco frecuente que estén claramente establecidos mecanismos que garanticen el funcionamiento sinérgico de los dispositivos que deberían configurar la red a nivel autonómico o local.
6. El tipo de prestaciones que son consideradas sanitarias y las que son consideradas de otro orden es diferente en distintas comunidades autónomas lo que puede comprometer, por ejemplo, la gratuidad de algunas prestaciones, como la rehabilitación, y hacer más compleja la planificación integral y la coordinación entre los dispositivos, poniendo en peligro la continuidad de la atención.
7. En todas las comunidades autónomas se ha avanzado en la integración del sistema de atención a los problemas de salud mental en el sistema de atención a la salud en general.
8. Sin embargo muy frecuentemente la integración no ha sido completa y persiste la separación entre fragmentos de la red que proceden de diferentes instituciones de las que eran responsables de la atención psiquiátrica antes de la reforma, a las que se han añadido las procedentes de ensayos de nuevos modelos de gestión y de la participación de servicios sociales.
9. Esta integración ha supuesto indiscutibles beneficios, pero implica riesgos que se han traducido en inconvenientes y en medidas para sortearlos diferentes en las distintas comunidades autónomas:
  - a. Se ha incrementado el riesgo de que la atención a la salud mental sea relegada respecto a otras necesidades sanitarias, haciéndose necesaria alguna forma de promover una discriminación positiva.
  - b. Se ha incrementado el riesgo de que un sistema general que se ha conformado sin considerar algunas especificidades de la atención a la salud mental, no tenga ni la capacidad de adaptarse para asumirlas ni la sensibilidad para detectar que son necesarias.

- c. Se ha incrementado el riesgo de que la atención ofertada en cada área sanitaria dependa sobre todo de la sensibilidad ante el tema del gerente de turno estableciéndose situaciones de inequidad incluso dentro de cada comunidad autónoma, de cada provincia y de cada ciudad.
  - d. Se ha incrementado el riesgo de que los aspectos más psicosociales de la atención a la salud mental sean relegados frente a los más acordes con el modelo médico tradicional.
10. Para afrontar estos riesgos se han articulado diversos procedimientos en las distintas comunidades autónomas.
- a. En casi todas se han aprobado documentos llamados planes de salud mental, aunque, estos rara vez han sido más que declaraciones de intenciones o recomendaciones, casi nunca han comprometido un presupuesto y no siempre han sido integrales.
  - b. En todas las autonomías existe una instancia, de diferente rango en cada una, que se ocupa de la atención a la salud mental, aunque su capacidad ejecutiva es variable y, muy frecuentemente, su relación con las instancias financiadoras, planificadoras y gestoras, es confusa.
  - c. No se han consolidado procedimientos que garanticen la necesaria discriminación positiva de la atención a la salud mental.
11. En general, se ha optado por modelos de financiación que hacen que el presupuesto destinado a la atención a la salud mental llegue a su destino a través de los mecanismos territorializados de la atención sanitaria general. No se han provisto procedimiento para conocer qué presupuesto es destinado a este fin, y, de hecho sólo hemos podido obtener el dato del gasto destinado a la salud mental en 6 comunidades autónomas.
12. Los sistemas de información de las diferentes comunidades autónomas son muy diferentes y no existe un sistema que permita obtener de ellos un mínimo de datos comparables.
- a. No hay un acuerdo en la definición de los conceptos sobre los que se pretende obtener información, ni siquiera en lo que se refiere a indicadores de estructura y proceso.
  - b. Los datos recogidos son diferentes en distintos dispositivos incluso dentro de cada comunidad.
  - c. No hay un acuerdo en la definición de indicadores relevantes.
  - d. Donde existen sistemas de información en salud mental frecuentemente son incompatibles con los del sistema de atención general a la salud en los que se integra esta atención.

## 1.2 Recomendaciones derivadas de estas conclusiones

1. Es preciso definir indicadores que permitan detectar situaciones de falta de equidad en la atención a la salud mental en el territorio del Estado.
2. Es preciso definir cuáles son las condiciones susceptibles de atención en el sistema público de atención a la salud mental.
3. Es preciso definir cuales son las prestaciones sanitarias que se ofertan para atender a los problemas de salud mental. Es particularmente importante señalar que la rehabilitación es una prestación tan sanitaria para los trastornos mentales como para el resto de los trastornos.
4. Es preciso integrar efectivamente en una red única los recursos históricamente procedentes de distintas instituciones con responsabilidad en la atención a la salud mental y los surgidos al amparo de los nuevos modelos de gestión.
5. La integración de la atención a la salud mental en la atención sanitaria general no puede darse hoy por hoy, sin garantizar algunos aspectos de discriminación positiva y de contemplar algunas especificidades.
6. Si bien la idea de un presupuesto específico gestionado específicamente para la atención a la salud mental (a través de un organismo específico) puede ser contradictoria con la integración de la atención a la salud mental en la atención sanitaria general, lo que sí es imprescindible es hacer visible el gasto realizado en la atención a la salud mental (como debería serlo el referente a cualquier otro aspecto de la salud).

## 1.3 Debate

- Dña. Cristina Molina. Responsable de Salud Mental de Cataluña
- D. J. Manuel Martínez Rodríguez. Responsable de Salud Mental de Castilla-León
- D. José Domingo Cabrera Ortega. Responsable de Salud Mental de Navarra
- D. Carlos Giribert. Responsable de Salud Mental de Murcia

A continuación, la responsable de la Salud Mental en Cataluña, Dña. Cristina Molina comentó que, a su modo de ver, y aunque el Observatorio supone un aporte muy importante, existen aspectos no bien reflejados en el documento (en el caso de Cataluña se han contabilizado, por ejemplo, como centros definidos por proporcionar actividades de ocio y tiempo libre, centros de rehabilitación). Afirmó que hacer visible el gasto es difícil, porque implicaría imputar, por ejemplo, una parte del gasto de primaria, etc. Que habría que definir muy bien qué gasto es el que se quiere hacer visible para que todos habláramos de lo mismo. Dijo también que lo que le parece imprescindible es definir una Cartera de Servicios y que en esa cartera hay que incluir lo que atención primaria hace en este campo. En Cataluña se va a definir una

cartera de servicios de salud mental proporcionados por atención primaria. También dijo que estaba de acuerdo en la necesidad de discriminación positiva y que, además existían los compromisos de Helsinki y el Interterritorial y que es muy importante que la estrategia de MSC sea concreta. Para ella, lo clave sería: 1) Priorizar la salud mental y 2) Potenciar la relación con otros departamentos como Servicios Sociales y Trabajo. Esto llevaría a Planes Integrales que incluyeran diversos departamentos. Hizo hincapié en la importancia y la disparidad en materia de financiación entre las distintas comunidades autónomas

El responsable de Castilla-León, D. José Manuel Rodríguez, planteó que la variabilidad entre las comunidades debía ser contemplada como un hecho positivo, que las redes son muy complejas y que la salud mental ha sido pionera en el enfoque comunitario. Se refirió a las dificultades derivadas de la existencia de distintos tipos de profesionales y del peso del personal en la atención a la salud mental (que no utiliza otras tecnologías). En su opinión no está comprometida la equidad y que las tasas (que pueden ser diferentes, a veces pueden no reflejar diferencias en las prestaciones ofertadas. Propone construir indicadores de proceso y, sobre todo, de resultados, que enriquezcan la información del observatorio. Insiste en la idea expuesta por Dña. Cristina Molina de la necesidad de definir la Cartera de Servicios.

El responsable de la Comunidad Foral de Navarra, D. José Domingo Cabrera Ortega, manifestó su idea de que la actividad de sus recursos de rehabilitación no están bien reflejados en el Observatorio. Insiste en lo anteriormente dicho sobre la Cartera de Servicios. Cree que parte de las dificultades se deben a la dificultad de definir claramente los trastornos mentales y los problemas de salud mental. En Navarra, de momento se abordan sólo los trastornos propiamente dichos. Subrayó la importancia de las organizaciones civiles (familiares, defensor del pueblo...) en la provisión de atención. Afirmó que, en Navarra, el sistema de información es bueno y pueden definir incluso costes por paciente. El Servicio Navarro de Salud ha priorizado la Salud Mental en 14 patologías prioritarias.

D. Carlos Giribert, responsable de la salud Mental en Murcia, insistió en la necesidad de buscar indicadores de proceso y resultados y de construir un glosario. También insistió en la oportunidad de consultar con los responsables autonómicos los datos del observatorio y su disconformidad con el modo en el que se reflejan los datos de Murcia. Expresó su convencimiento de que son necesarios servicios «centrales» de salud mental y en la importancia de la falta de recursos humanos.

## 2. MODELO COMUNITARIO EN EL ESTADO ESPAÑOL

D. Mariano Hernández Monsalve, en nombre de la AEN presentó la siguiente propuesta de conclusiones y recomendaciones a partir de los datos del Observatorio:

## 2.1 Conclusiones

1. La transición desde el antiguo modelo institucional hacia el modelo comunitario, y el despliegue de nuevos servicios comunitarios, ha seguido ritmos y pautas distintas en las CCAA, con importantes oscilaciones en la velocidad y claridad de los procesos, y con énfasis variables en sus distintos aspectos (lo desinstitucionalizador vs creación de nuevos dispositivos; la integración en el Sistema Nacional de Salud; lo social y lo sanitario; la planificación ó la gestión). Son reconocibles aspectos comunes e importantes diferencias entre las distintas Comunidades Autónomas:

Entre los aspectos comunes cabe destacar

- Acceso a los servicios, y canalización de las demandas, mayoritariamente desde la atención primaria.
- Generalización de centros de salud mental multidisciplinarios
- Creación de las unidades de hospitalización en hospitales generales, existentes en todas las CCAA
- Despliegue de dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial.
- Inicio de trabajo en red, con actividades, o programas, de coordinación interinstitucional, y entre los dispositivos de la red de servicios de salud mental.

Y diferencias importantes:

- En la dotación y tipo de recursos.
- En la intensidad y actividad de los nuevos dispositivos, particularmente de los centros/unidades/servicios de salud mental y de los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial.
- En los programas de coordinación y en la marcada desigualdad a la hora de garantizar la continuidad de cuidados.
- Es también muy llamativa la desigual presencia del hospital psiquiátrico y el que no siempre exista paralelismo entre despliegue comunitario y repliegue institucional (de las viejas instituciones)
- En la intensidad y continuidad de las intervenciones, con grandes variaciones en la proporción segundas/primeras consultas,
- En las actividades y programas específicos, pues en más de la mitad de los casos no se cuenta con atención domiciliaria.
- Y en cuanto a otras actividades y programas, relevantes en el modelo comunitario, (por ejemplo, actividades de intervención comunitaria, atención domiciliaria, atención específica a pacientes psicóticos, programa de psicoeducación de familias, o la coordinación con atención primaria) distan de estar implantadas de forma generalizada.
- Como ejemplo de las diferencias importantes en los recursos disponibles en la red asistencial, llama la atención el que, según datos del Observatorio,

- 5 Comunidades no dispongan de hospital de día, y otras 9 Comunidades no disponen de unidades hospitalarias con programas «activos» de rehabilitación.
- En la hospitalización, aún cuando en todas la CCAA se disponen de unidades de hospitalización psiquiátrica en hospital general, en 8 de ellas se siguen produciendo ingresos en unidades de hospitales psiquiátricos.
2. Los antiguos hospitales psiquiátricos han corrido una suerte desigual, distinguiéndose las siguientes situaciones:
- Totalmente sustituidos por nueva red (Andalucía y Asturias)
- Las antiguas instalaciones y personal han sido reconvertidos en nuevos dispositivos, desarrollando nuevas actividades/programas, generalmente de rehabilitación.
  - Mera reducción de tamaño y/o de intensidad de actividad. Mejorado su «hostelería», con escasa dotación de personal, mantienen actividad similar a la tradicional, asilar: bajo el formato de «Unidades de Media o larga estancia», con escasa dotación de personal, sin programas ni objetivos rehabilitadores. Distinguiendo dos tipos de circunstancias:
    - En comunidades con menor desarrollo de servicios comunitarios su persistencia indica lentitud-retraso en los procesos de reforma
    - En alguna otra comunidad coexisten amplia presencia del viejo hospital psiquiátrico con nueva red de servicios comunitarios.
3. En cuanto a recursos residenciales y laborales (rehabilitación, inserción, trabajos protegidos), es muy llamativa la escasez en ambos. Son las carencias más fuerte, los puntos negros de la reforma. Salvo Andalucía (que, a través de la Fundación FAISEM, ha generado un número de plazas residenciales y laborales importantes,) en el resto de CA, menos del 10% de los pacientes que previsiblemente lo necesitan, tienen acceso a estos recursos.
4. Valoración global
- Una valoración global de los nuevos servicios de salud mental permite apreciar su dimensión comunitaria, en la medida en que cumplen los criterios de:
- Proximidad (los centros salud mental accesibles),
  - Normalización (hospitalización en hospitales generales; la mayor parte de los centros de salud mental en espacios sanitarios)
  - Y una cierta diversificación (dispositivos y programas para distintas necesidades clínicas de los pacientes, según edad, tipo de problemas, gravedad, momento evolutivo, contexto)

Sin embargo, se cumplen en mucha menor medida otros criterios importantes desde el punto de vista de la atención comunitaria:

- Ausencia de programas de intervención comunitaria dirigidos a grupos de población más vulnerable,

- Escasez de programas de intervención en domicilio (ya en situaciones de crisis, ya formando parte de programas de seguimiento o de tratamiento asertivo)
- Precaria capacidad de respuesta a necesidades de normalización de la vida diaria de los pacientes afectados por problemas de cronicidad y marginación o exclusión (trabajo, formación, alojamiento, red social-convivencia, ocio).
- Otros criterios de mayor rango comunitario como la participación, o los programas compartidos «transversales»
- No se asegura la coordinación interinstitucional (con servicios sociales generales, departamentos de educación, justicia, etc.) ni tampoco de forma clara la coordinación entre dispositivos de la propia red de salud mental

## 2.2 Recomendaciones

Para mejorar la dimensión comunitaria:

1. Garantizar los programas de coordinación interinstitucional, y los programas transversales. Y formalizar, incluyendo criterios de evaluación, la coordinación entre los dispositivos de la red de salud mental, especialmente entre los dispositivos sociales y sanitarios
2. Mejorar la conexión y cooperación entre sistema de atención formal (los servicios específicos y otros) e informal ( familia, amistades, redes sociales) y con las entidades ciudadanas, implicando en la medida necesaria a los medios de comunicación
3. Aumentar el énfasis en los procesos de participación (en consejos de salud, en comisiones y grupos de trabajo de planificación y de evaluación, tanto a nivel autonómico como de área sanitaria)
4. Dedicar esfuerzos, organizativos y de financiación, al desarrollo de programas de atención en domicilio, para las dos circunstancias en que son más necesarios:
  - Continuidad de cuidados/programas de tratamiento asertivo comunitario a pacientes con situación de gravedad/cronicidad
  - Intervención domiciliaria en situaciones agudas-intervención en crisis

Para considerar en el observatorio

1. Recabar información básica sobre la morbilidad psiquiátrica y situación psicosocial de población en circunstancias de marginación, exclusión, o institucionalización tales como población sin hogar, inmigrantes, población penitenciaria (y las correspondientes a población infantil, adolescentes, ancianos)

2. Incorporar indicadores de actividad de los servicios
3. Incorporar información de actividades de coordinación interinstitucional y de coordinación entre dispositivos de la red de salud mental.

### 2.3 Debate

- D. Álvaro Iruin. Responsable de Salud Mental del País Vasco
- D. Rafael del Pino López. Responsable de Salud Mental de Andalucía
- D. Francisco Ferré Navarrete. Responsable de Salud Mental de Madrid
- D. Miguel Echevarría. Responsable de Salud Mental de Islas Baleares

El responsable de Salud Mental del País Vasco, D. Álvaro Iruin, destacó en su intervención el que los servicios están centrados en intentar dar respuesta a los problemas (a la demanda) sin desarrollar programas de promoción - prevención, el que se atiende a las demandas más frecuentes, pero no siempre a las más relevantes, además de los frecuentes problemas en asegurar una buena coordinación, e insistió en la necesidad de establecer prioridad para casos graves.

Respecto a la propuesta de conclusiones presentada, comenta sus dudas acerca de algunos de los aspectos que asume, tales como el que el despliegue comunitario deba coincidir con un repliegue institucional, o el que en todos los casos las unidades de hospital general deban sustituir totalmente a las de los hospitales monográficos, pues estos pueden seguir jugando un papel en el nuevo escenario asistencial. Y advierte acerca del valor indicador de la proporción entre sucesivas y primeras consultas, pues esto depende de grupos diagnósticos

D. Rafael del Pino, coordinador de salud mental de Andalucía, señaló los problemas en la accesibilidad de la atención no programada y demoras en la atención programada, y parcelación de servicios en la red con insuficiente coordinación. Propone considerar cuatro escalones: servicios-redes-niveles y sectores; aplicar la gestión clínica y programas transversales para la reorientación de los nuevos dispositivos; cartera de servicios con implicaciones en los distintos niveles y trabajar con indicadores de red; considerar programas de promoción y prevención desde modelo de salud pública. Entre otras sugerencias concretas: implicar a atención primaria en la atención al trastorno mental grave, promover enfermería de enlace para proporcionar cuidados de salud mental en enfermería del hospital general, a aplicar en interconsulta y urgencias; potenciar la atención domiciliaria; y aplicar criterios de discriminación positiva, según circunstancias de gravedad y vulnerabilidad. Y propuso como estrategias principales: comunicación, gestión, formación e investigación

D. Francisco Ferre, responsable de salud mental de Madrid, presentó una síntesis de los cambios que podíamos apreciar entre el periodo anterior a la reforma psiquiátrica y de los servicios de salud mental, durante la reforma, y la situación actual (tras la mayor parte de la reforma), referidos a: «las enfermedades» (las nuevas demandas), los profesionales, el estilo de trabajo, las técnicas terapéuticas

y las instituciones. La situación actual caracterizada por nuevas demandas, trabajo en equipos interdisciplinarios, tratamientos integradores de psicofármacos y soporte psicosocial, y nuevos escenarios asistenciales que requieren nuevos tipos de cooperación interinstitucional

Por su parte, D. Miguel Echeverría, responsable de salud mental de Baleares, señaló entre las tareas más importantes a las que dedicar particular atención: el trabajo por programas, definiendo programas de intervención específicos, desarrollo de equipos de intervención en crisis, mejorar la atención a las familias, definir cartera de servicios, y una especial atención a promover la participación.

### 3. LOS PROGRAMAS ESPECÍFICOS: SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL, DROGODEPENDENCIAS, PSICOGERIATRÍA

D. Fermín Pérez, en nombre de la AEN, presentó la siguiente propuesta de conclusiones y recomendaciones a partir de los datos del Observatorio:

#### 3.1. Conclusiones

##### *Salud Mental Infanto-Juvenil*

1. En la Ley General de Sanidad, la atención a la salud mental de la población Infanto- Juvenil se plantea como un programa particular, junto a Psicogeriatría. Sin embargo, varias CC.AA. han elaborado un Plan de Salud Mental específico para esta población (Andalucía, Murcia y Castilla la Mancha; en ésta última incluido en el general)
2. Los datos del OBSERVATORIO revelan la escasez de recursos tanto estructurales como de profesionales en todas las CCAA. Respecto al número de profesionales necesarios para una población de 100.000 habitantes, el Cuaderno Técnico de la AEN (7, Pág. 59) expresa que, como mínimo son necesarios un total de 4 profesionales y, en la actualidad, la media de todas las CCAA (excepto Canarias, Cantabria y Cataluña) se sitúa en un 1,75.
3. Existe mucha diversidad respecto al rango de edad de la población atendida que va desde los 0 hasta los 14, 15, 16, 17 y 18 años. Tampoco existe una afinidad respecto al nivel de atención; en unas CCAA pueden derivar directamente desde Atención Primaria de Salud y en otras desde las Unidades/Centros de adultos. En Andalucía, las Unidades son también Hospital de Día.
4. El sistema de registro e información también es escaso por lo que no tenemos datos de la actividad asistencial (primeras, sucesivas y total consultas) en seis CCAA (Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla León, Cataluña y Extremadura)

Destacamos los Programas Específicos de:

- Trastornos Generalizados del Desarrollo que se aplican en Andalucía, Castilla la Mancha, Euskadi, Melilla y La Rioja.

- Programa de Coordinación con los Recursos Comunitarios (Educación, Servicios Sociales, Justicia, Protección de Menores, etc.): se aplican en todas las CCAA excepto en Canarias, Castilla León, Murcia y Valencia.
- Otros Programas son: Trastornos de la Conducta Alimentaria en Melilla; Trastornos Disociales en Andalucía; Acogida en Euskadi, y Prevención en Galicia.

#### *Hospitalización Breve Infanto-Juvenil:*

- Sólo existe este recurso en las CCAA de Andalucía, Cataluña, Euskadi, Madrid y Valencia, por lo que no puede realizarse un análisis comparativo, dato ya significativo en sí mismo.
- Hemos de reseñar que en varias CCAA (Andalucía y Castilla León), en el Servicio de Pediatría hay camas asignadas para la población Infanto-Juvenil con trastornos de Salud Mental. Solamente Cataluña cuenta con una Unidad de Crisis para adolescentes.

#### *Hospitalización Parcial (Día) Infanto-Juvenil*

- Aunque es un dispositivo muy necesario para dar asistencia a niños y adolescentes con una patología grave, es casi inexistente en todo el Estado. Solamente tienen este recurso las CCAA de Andalucía (son también Unidades de Salud Mental), Aragón (sólo para Trastornos de la Conducta Alimentaria), Canarias, Castilla la Mancha, Cataluña, Euskadi, Madrid y Navarra. En todas ellas, excepto en Cataluña y en Madrid, sólo hay un dispositivo.
- En Euskadi y Navarra, el dispositivo se ha creado mediante un convenio de colaboración entre Sanidad y Educación.
- Respecto al número de profesionales necesarios para una población de 100.000 habitantes, el Cuaderno Técnico de la AEN (7, Pág. 59) expresa que, como mínimo son necesarios un total de 4 profesionales y, en la actualidad, la media de todas las CCAA (excepto Canarias, Cantabria y Cataluña) se sitúa en un 1,75.
- Existen Unidades para los Trastornos de la Conducta Alimentaria en: Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla la Mancha, Castilla León, Cataluña, Galicia y Madrid.

#### *Atención a las Drogodependencias*

Los datos que aporta el Observatorio AEN se refieren a:

- Programas de Atención a Toxicomanías en Unidades de S.M. Adultos, que se contienen en 7 CC.AA.: Asturias, las 2 Castillas, Euskadi, Murcia, Navarra y La Rioja.

- Unidades Específicas en Hospitalización Breve de Adultos:
  - Desintoxicación: En Asturias, Baleares y Euskadi.
  - Alcoholismo: En Cataluña, Extremadura, Galicia y Madrid.
  - Patología Dual: Cantabria y Cataluña.
  
- 1. Desde S.M. entendemos la Patología Dual como un Programa (y no Unidad Específica) de Intervención en pacientes afectos de Trastornos Psicóticos primarios de curso crónico y que presentan de forma concurrente abuso significativo de sustancias (alcohol y drogas) que interfieren de forma significativa con la evolución clínica de su trastorno y con la capacidad de adaptación social.
- 2. Este concepto se debe diferenciar claramente de otro referido a individuos afectos o no de un Trastorno de Personalidad y que tras el abuso de sustancias, de forma episódica o continuada, sufren trastornos de carácter psicótico (delirante, alucinatorio, deficitarios).
- 3. Es preciso ofrecer una actuación conjunta, en una sola Red, Salud Mental y Drogodependencias.
- 4. Donde no existe una Red única surgen inevitables problemas de coordinación y Protocolos de actuación insuficientes

#### *Psicogeriatría*

1. A pesar de que en la Ley General de Sanidad se especificó la necesidad de ofrecer esta prestación, la mayoría de las CCAA, veinte años después, no la ofrecen y, en algunas es una prestación social, no sanitaria (Extremadura, Madrid y Murcia)
2. Un problema a señalar es una polisemia encubierta en algunas CC.AA. donde Unidades de Geriatría, de Psicogeriatría, de Larga Estancia se confunden, siendo al fin lo mismo con distinto nombre y en otras ocasiones comprenden a una población residual de los Hospitales Psiquiátricos o Manicomios (maquillaje, cosmética)
3. Se hace necesario y urgente adecuar una respuesta asistencial también a los trastornos Psicogeriátricos, cada vez más prevalentes.
4. Las previsiones y líneas de futuro deben enunciarse y planificarse de acuerdo a las tendencias reguladoras (Ley General de Discapacidad).

### 3.2. Recomendaciones derivadas de estas conclusiones

#### *Salud Mental Infanto-Juvenil*

1. Es recomendable implantar actuaciones en Prevención y Promoción de la S.M.I.J. (existen Programas Europeos para la Prevención y Promoción de la S.M.I.J.)

2. Es preciso limar las disonancias con la Ley de Responsabilidad Penal del Menor (ingresos, recursos específicos para el menor...), que vienen a mostrar aún más las carencias estructurales y de recursos
3. Es necesario clarificar la actuación con respecto a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, estableciéndose PROGRAMAS de abordaje antes que Unidades Específicas
4. La escasez de formación y de especialistas de Salud Mental Infantil exige un Programa de Formación permanente en A.P.S. y Equipos de S.M.
5. Un acuerdo generalizado en cuanto a la organización de la Atención a S.M.I.J. debe contener:
  - Programa Específico de S.M.I.J.
  - Unidades, Equipos de Atención situados en un 2º ó 3º nivel de atención, para un rango de edad de 0-18 años.
  - Cartera de Servicios Mínimos: Programas Básicos de Atención, como Prevención, Evaluación, Tratamiento Individual, Grupal y Familiar y Programas Específicos de Trastornos Generales del Desarrollo, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastornos Disociales, Apoyo a A.P.S., Coordinación con Recursos Comunitarios...
  - Unidad de Hospitalización Breve Unidad de Hospitalización Parcial, Hospital de Día, Centro de Día.
  - Recursos Humanos de al menos 4 profesionales (Psiquiatra, Psicólogo Clínico, Enfermería, Terapia Ocupacional).
  - Coordinación Intersectorial (Educación, Servicios Sociales, Justicia, protección de Menores, Trabajo...)
  - Un Sistema de Registro eficaz en cuanto al análisis de los resultados

### 3.3 Debate

- D. Antonio Sánchez Padilla. Responsable de Salud Mental de Canarias
- D. Fernando Marquez. Responsable de Salud Mental de Galicia
- D. Fernando Quintana. Responsable de Salud Mental de Cantabria

El Responsable de Salud Mental de Canarias, D. J.A. Sánchez Padilla hace referencia a la situación de la S.M. Infantil en las Islas, enmarcada dentro de la S.M. de Adultos y con escasos recursos intermedios (2 Hospitales de Día). Recomienda superar la oposición Programas versus Unidades con una apuesta firme por la puesta en marcha de la Atención en S.M. Infantil, la gran olvidada, como luego coincidirán los otros Responsables.

Respecto a Psicogeriatría defiende su desarrollo dentro de la Ley- Programa de Atención a las Discapacidades. Señala que la atención en su Comunidad Autónoma



es dispersa, donde Sanidad proporciona Psicólogos y DUEs, los Servicios Sociales los Monitores y Auxiliares y la Atención Psicogeriatrica, sin definir claramente, reside en los Cabildos y la Rehabilitación Psicosocial en el Consejo Insular.

La Atención a Drogodependencias y S.M. conforman redes separadas, aunque dependen las dos de Sanidad y existan Unidades de Deshabitación en Hospitales Generales. Comenta una experiencia de unificación de las dos redes en la Isla de La Gomera y aboga por la unificación en general.

Recomienda con respecto al Observatorio AEN la necesidad de afinar más la colaboración entre éste y los Responsables de S.M. Cree conveniente también la determinación de un Glosario de términos.

D.Fernando Márquez, Responsable de S.M. de Galicia aporta un análisis de nuestra ubicación actual y el necesario papel de liderazgo a ejercer por el Ministerio de Sanidad. Considera que estamos inmersos en un escenario legislativo importante (Ley de Cohesión, Calidad, etc.) y que el Ministerio debiera liderar estrategias y en lo concreto de hoy, el desafío y la competencia de un Observatorio como el que se presenta. Aboga también por una coordinación de la transversalidad actual y de propiciar las sinergias, algo de lo que también debe encargarse.

En lo concreto de los tres temas tratados aboga por una superación de la dicotomía Programas versus Unidades, por un desarrollo de la Psicogeriatría, incardinada en la Ley de la Discapacidad y determinada por lo comunitario y la atención en Equipos Ambulatorios. Asimismo cree imprescindible un Plan de Drogodependencias integrado.

#### 4. LA ATENCIÓN AL TRASTORNO MENTAL GRAVE Y A LOS TRASTORNOS MENTALES COMUNES

D. Jose Juan Uriarte, en nombre de la AEN, presentó la siguiente propuesta de conclusiones y recomendaciones a partir de los datos del Observatorio:

##### 4.1 Conclusiones

La asistencia sanitaria de los trastornos mentales graves, y de los problemas de salud mental en general ha sufrido importantes y positivos cambios en los últimos años en el estado español, entre los que cabe señalar:

1. Se ha avanzado de forma muy importante en la integración y normalización de la asistencia psiquiátrica en el marco global de la asistencia sanitaria. La mayoría de las comunidades disponen de políticas asistenciales específicas de salud mental, y en algunos casos de planes específicos para la asistencia de los pacientes más graves.
2. Se han impulsado procesos de reforma, creado dispositivos asistenciales sanitarios y sociosanitarios e incrementado de forma muy sustancial los recursos humanos y materiales dedicados a la salud mental.

3. Se han creado un importante número de camas hospitalarias de agudos en hospitales generales, y el número de camas de larga estancia y de dispositivos asistenciales monográficos hospitalarios en general se ha reducido de forma importante.
4. Algunas comunidades han desarrollado programas comunitarios para pacientes con enfermedades mentales graves acordes con las recomendaciones derivadas de la evidencia científica, como los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario.
5. La mayoría de las comunidades han desarrollado recursos comunitarios de rehabilitación, con profesionales altamente cualificados
6. Algunas comunidades han desarrollado dispositivos sociosanitarios para afrontar necesidades que permitan la integración de las personas con trastornos mentales graves, incluyendo el respaldo económico, fundaciones tutelares, recursos de alojamiento, ocupacionales y de integración laboral, etc.
7. El uso de servicios de salud mental por parte de la población general se ha incrementado de forma muy importante en los últimos 15 años, con servicios accesibles y eficaces que permiten el tratamiento de muchos pacientes previamente no diagnosticados ni tratados.
8. Se han producido avances en la integración social y en la lucha contra el estigma, promoviéndose campañas activas a niveles local y estatal
9. Se ha avanzado en la participación y colaboración de las asociaciones de familiares y usuarios con las organizaciones asistenciales.
10. Se han ido introduciendo nuevos modelos de gestión y de calidad asistencial, que redundan en una mejora en la asistencia.

Sin embargo es posible señalar también que el desarrollo de estos servicios y recursos adolece de insuficiencias, entre las que pueden señalarse:

1. En lo que se refiere a la asistencia a los pacientes graves y de curso crónico el desarrollo de los recursos comunitarios ha sido a menudo anárquico y en ocasiones sin formar parte del Sistema Sanitario Público. Además, las desigualdades en el desarrollo de los servicios de salud mental, han imposibilitado la accesibilidad y la equidad para una parte importante de la población.
2. No se ha evaluado el impacto en la evolución de los pacientes de los cambios producidos (¿facilitados?) por las Reformas Psiquiátricas en la distribución de las camas de hospitalización (apertura de unidades en hospitales generales, reducción de los tiempos de hospitalización, creación de unidades de media estancia, cierre o modificación de las camas de larga estancia, etc.)
3. La respuesta asistencial a las personas que padecen un Trastorno Mental Grave, es dispar y en líneas generales insuficiente., especialmente a los que siguen un curso crónico y sufren discapacidades persistentes. Existe una escasa

implementación de tratamientos psicosociales y programas para situaciones clínicas de elevada prevalencia e importante impacto en la evolución clínica, como la presentación simultánea de trastornos mentales y dependencia a sustancias, con dificultades en los servicios para proporcionar de forma generalizada prestaciones fundamentales, como las intervenciones psicosociales, la atención domiciliaria o el apoyo a las familias.

4. Los llamados recursos intermedios, centros y hospitales de día, constituyen un conjunto heterogéneo de servicios sanitarios y sociosanitarios que van desde la organización vital y ocupacional, a servicios cercanos a modelos asertivos comunitarios. En muchas ocasiones tienen financiaciones diferentes (sanitarias y sociosanitarias), lo que condiciona su forma de actuar. Nuestro sistema carece, en líneas generales, de recursos de tratamiento comunitario de alta intensidad para los pacientes más graves, cuya única alternativa sigue siendo la hospitalización reiterada y/o continuada.
5. Existe una disparidad en el acceso a fármacos antipsicóticos de segunda generación. La aplicación del visado es distinta en la comunidad andaluza, donde se aplica a la totalidad de los antipsicóticos atípicos, que en el resto del estado español. Parece difícil justificar esta disparidad desde un punto de vista técnico, y afecta a la accesibilidad a dichos tratamientos por parte de los usuarios.
6. El desarrollo de servicios de seguimiento comunitario de suficiente intensidad para los pacientes más graves, así como la disponibilidad de recursos sociosanitarios de apoyo, especialmente alternativas de alojamiento y de integración laboral, son especialmente escasos en algunas comunidades.
7. El nuevo paradigma sociosanitario puede conllevar el riesgo de encajar en el sistema de asistencia social a los pacientes más graves, cuya cronicidad y secuelas son fácilmente transformables en «problemas sociales», abaratando así el costo asistencial e introduciendo de hecho un sistema encubierto de copago de prestaciones que debieran ser asumidas por el sistema sanitario.
8. La mejora en la disponibilidad y accesibilidad a los recursos asistenciales y su éxito en la población general ha llevado, en algunos lugares y contextos, a una sobrecarga de los servicios comunitarios de salud mental, con una demanda en crecimiento constante e indiscriminado. En ocasiones, esta situación conlleva un desplazamiento en la atención de los pacientes más graves. Este problema se agrava la coordinación con atención primaria es inexistente o poco eficaz.
9. Carecemos de instrumentos que permitan evaluar los resultados obtenidos, el impacto de los cambios en la política asistencial, la introducción de nuevos recursos o técnicas terapéuticas, etc. Esto dificulta la toma de decisiones en

- cuanto al desarrollo de nuevos recursos o la introducción y priorización de técnicas asistenciales más eficaces, farmacológicas, psicológicas y/o psicosociales. No se dispone de un sistema generalizado de evaluación de servicios asistenciales que permitan comparaciones.
10. Aunque se han tomado iniciativas para la lucha contra el estigma y la discriminación que sufren especialmente los pacientes más graves, persisten de forma generalizada actitudes de rechazo y discriminación tanto por parte de la población general, como en algunos casos del propio sistema sanitario. Esta situación sigue suponiendo una barrera para el desarrollo de recurso comunitarios y para el acceso a la asistencia de estos pacientes.
  11. La participación de familiares y usuarios en ámbitos de decisión en los temas que les afectan sigue siendo dificultoso.

#### 4.2.Recomendaciones derivadas de estas conclusiones

El tratamiento adecuado de las enfermedades mentales graves y de curso crónico, como la esquizofrenia, requiere asegurar la adecuada provisión de servicios capaces de afrontar tanto los síntomas agudos como los persistentes, así como las discapacidades derivadas. Para ello, y tal y como señala la Organización Mundial de la Salud (Informe sobre la Salud Mental en el mundo OMS 2001), es necesario garantizar el acceso tanto a un uso racional de medicación como a las intervenciones psicológicas y psicosociales. La rehabilitación psicosocial es un elemento clave de cualquier sistema asistencial para personas con enfermedades mentales severas que aspire a un modelo comunitario, normalizado, e integrador.

1. Debieran establecerse mecanismos de coordinación con atención primaria que permitieran regular el acceso a la atención especializada, de manera que los pacientes más graves puedan recibir la atención que precisan y no competir por la atención en servicios sobrecargados por la atención a patología relativamente menor.
2. Debe garantizarse el acceso a la hospitalización cuando sea preciso, y el tiempo de hospitalización necesario, sin que la escasez de camas y la presión asistencial provoque situaciones sostenidas de altas tempranas y de espera para ingreso injustificables.
3. En las comunidades donde aún persisten, los recursos hospitalarios de larga estancia deben redimensionarse, con una tendencia a su desaparición y transformación en recursos comunitarios. Es necesario garantizar que dicho proceso se acompaña de un desarrollo de alternativas residenciales para los pacientes más cronificados, y el sistema debe absorber y dar alternativas comunitarias o de dispositivos sanitarios de media estancia, pero orientados a la comunidad, a los pacientes más jóvenes y conductualmente más problemáticos.



4. Deben generalizarse los recursos específicos para el seguimiento intensivo a largo plazo de los pacientes más graves y con mayor tendencia a perder contacto con los servicios y a protagonizar situaciones de riesgo, marginalidad, etc. Los equipos de tratamiento asertivo comunitario, adaptados a la realidad asistencial de nuestro entorno, son la alternativa con mayor soporte en evidencia y experiencia en entornos de alto nivel de recursos.
5. En el caso de las patologías más graves, especialmente esquizofrenia, debiera prestarse una atención especial al abordaje de los primeros episodios psicóticos, garantizando una adecuada gestión de cada caso y un acceso precoz a tratamientos psicosociales que se estimen necesarios, además del tratamiento farmacológico enérgico. Parecen existir datos que avalan que el tratamiento precoz y enérgico de los primeros episodios mejora la evolución a largo plazo.
6. Es necesario conseguir que los diferentes dispositivos asistenciales puedan ofrecer un abordaje integral con una combinación de tratamiento farmacológico y psicosocial. Es preciso que las intervenciones terapéuticas se ajusten a las necesidades de los nuevos pacientes (por ejemplo, abordaje de los pacientes que padecen Esquizofrenia y adicción a sustancias). Existen datos que avalan que el tratamiento integrado mejora la evolución, reduce las recaídas y las hospitalizaciones.
7. Deben establecerse sistemas de coordinación sociosanitarios para ofrecer los recursos necesarios para la rehabilitación e integración social, incluyendo centros de día, alojamiento tutelado, ocupación y trabajo, incapacitación y tutela, recursos económicos y apoyo a la red social natural (especialmente a las familias). Estos recursos no constituyen la rehabilitación en sí misma, responsabilidad del sistema sanitario, sino que la apoyan y hacen posible su traducción en una verdadera integración social.
8. Deben establecerse alianzas con organizaciones de usuarios y familiares. Se ha de impulsar de forma más decidida su participación en el desarrollo de las políticas asistenciales y en la evaluación y mejora de los servicios. Sin embargo, su papel como proveedores de servicios debe ser reevaluado y limitado a recursos de apoyo a la integración social y autoayuda. No deben constituir una alternativa asistencial, posible ante la dejación de responsabilidades por parte de la sanidad pública.
9. Debe impulsarse una política sociosanitaria de lucha contra el estigma, en coordinación con las asociaciones profesionales y de usuarios y familiares, que incluya información al público y compromiso de las fuerzas políticas con el modelo comunitario y la integración social de las personas afectadas.

#### 4.3. Debate

- D. Jose Fernández Díaz. Responsable de Salud Mental de Asturias
- Dña .Carmen Blasco Silvestre. Representante de Salud Mental de Valencia
- D. Jaime Domper. Responsable de Salud Mental de Castilla-La Mancha
- D. Miguel Simón. Responsable de Salud Mental de Extremadura

Las intervenciones de los responsables de salud mental de dichas comunidades se centran en aspectos como la coordinación con atención primaria, y de la escasa operatividad en la expectativa de que ésta se comporte como una barrera de contención que así solucione el exceso de demanda en los centros de salud mental. Se aboga por la mejora en la formación en salud mental de los médicos de familia y en el papel de las enfermeras comunitarias y se enumeran otros problemas ya señalados, como la disponibilidad de camas hospitalarias (todo tiende a llenarse), la atención en la urgencia, las dificultades para la evaluación de resultados y para el necesario desarrollo de una cartera de servicios de salud mental.

Se aboga también por un adecuado desarrollo del modelo comunitario, empezando por la adecuada dotación de recursos. En ese sentido parece importante desarrollar modelos de gestión y sistemas de información capaces de dar soporte a la planificación del desarrollo de los nuevos recursos y servicios y a la pelea por la parte del pastel sanitario por parte de la salud mental. Hace también hincapié en la necesidad de desarrollar la cartera de servicios, y en el papel fundamental del liderazgo.

Se hace también referencia a las dificultades que existen para la provisión de recursos y de la necesidad de favorecer un entendimiento entre los proveedores sociales y sanitarios, una de las claves para avanzar en la atención a esta población.

Han elaborado el informe:

D. Francisco Chicharro Lezcano, D. Alberto Fernández Liria, D. Mariano Hernández Monsalve, D. Fermín Pérez Pérez y D. José Juan Uriarte Uriarte.

Sobre datos del Observatorio de la AEN (2003) en el que participaron:

Dña Isabel Salvador Sánchez (coordinadora), Dña Rosa Clarés, Dña Belén Díaz Mújica, Dña Laura de la Fuente, Dña Cristina Gisbert, D. Manuel Gómez Beneyto, D. Cecilio Hernández de Sotomayor, D. Joaquín López de Guevara, D. Fernando Márquez, D. Iván de la Mata, Dña Carmen Merina, D. Álvaro Monzón, D. Mikel Munárriz, D. Fermín Pérez, D. Ander Retolaza, D. César Sanz de la Garza, Dña. Margarita Silvestre, Dña. Maria del Mar Soler, Dña. Marisa Terradillos, D. Oscar Vallina y Dña. Pilar de la Viña.



## VIII CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE NEUROPSIQUIATRÍA. SALUD MENTAL E INMIGRACIÓN

Almería, 20, 21 y 22 de octubre de 2005

La población inmigrante en Andalucía es cada día más numerosa. Por las características sociales (condiciones de vida de los «sin papeles», rechazo social, la escasez de recursos sociales....) las diferencias culturales y la nostalgia de sus países, les configura como una población de riesgo para la conservación de su salud mental. De otra parte los profesionales de la salud mental, adolecemos también de instrumentos eficaces y de conocimientos, para abordar sus Trastornos Mentales, cuando se producen dado que, la forma en que se presenta la enfermedad mental, está relacionada con las condiciones vitales actuales, y con el bagaje cultural, personal y social, que las personas vivimos desde nuestro nacimiento. La falta de preparación de los profesionales, condiciona de hecho que la población inmigrante sea peor diagnosticada y tratada en Sistema Sanitario Público de Andalucía, sin equidad.

De la conciencia de estas dificultades, nació hace cuatro años el Grupo de Salud Mental Transcultural de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría y el Proyecto de realizar el VIII Congreso sobre la Salud Mental y la inmigración, con los objetivos de tener más conocimientos sobre las características globales de la población inmigrante y su situación en España, la demanda de los inmigrantes, la asistencia que se les presta y los puntos de mejora de la atención en salud mental de ésta población.

En base a esto, buscamos la participación de las personas más expertas sobre éste tema, desde un punto de vista multidisciplinar. Así en el Congreso participaron Antropólogos, Sociólogos, Psicólogos Clínicos, Psiquiatras, un Profesor de Derecho Constitucional, Doctores con especial interés en la Inmigración, (entre otros los Dres. Kopelowicz y Zárate, profesores de la Universidad de California, en Los Ángeles EEUU), una Enfermera, una trabajadora Social, un Médico de AP representante del Grupo de Atención al Inmigrante de la SAMFYC y una Psicóloga Clínica representante del Grupo de Salud Mental Transcultural de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría.

La Conferencia Inaugural fue impartida por la Excm. Sra. Dña. Consuelo Rumí Secretaria de Estado de Inmigración y Emigración del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que nos ilustró sobre el Estado Actual de la Inmigración en España, y de las líneas políticas del Gobierno español sobre inmigración, que podíamos resumir en tres puntos: lucha contra las mafias y la inmigración ilegal, protección efectiva de los inmigrantes «con papeles» y cooperación internacional, para que aumente el PIB per cápita y haga innecesaria la inmigración.

La Conferencia de Clausura la realizó el Dr. D. Jorge Tizón, que dio un espléndido colofón al Congreso, por sus aportaciones desde el punto de vista psicosocial, urbano y de duelo de los inmigrantes.

## CONCLUSIONES

### 1. Estado general y causas de la Inmigración

- El PIB per cápita de España, multiplica por 15 al de Marruecos, cuando el de Estados Unidos multiplica solo por 6 al de Méjico (Dr. González)
- Cerca de 175 millones de personas (el 2,9% de la población mundial) vive fuera de su población de origen. De ellos casi cinco millones habitan en países del sur de Europa, como España. (Dr. D. Antonio Mendoza). Entre el 25 y el 28% de los habitantes de la Comarca del Poniente son inmigrantes (Dña Alma Martínez de Salazar Grupo de Salud Mental Transcultural de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría)
- La esperanza de vida en años oscila entre los 80 de la CEE, hasta menos de los 50 en la África Subsahariana.
- En base a eso, los flujos migratorios son inevitables. Ningún muro, ni ningún tipo de política policial puede pararlos, porque es el efecto de una situación estructural injusta, de una distribución injusta de la riqueza, de los recursos y de las personas (Dr. González).
- No hay otra alternativa que la cooperación internacional basada en normas para frenar el movimiento migratorio (Dr. González)

### 2. Situación de la atención a la salud mental en el mundo

- Setenta y cinco países no tienen sistema de atención en salud mental. Treinta y seis no tienen legislación sobre salud mental. (D. Ángel Martínez Hernández)
- En sesenta y siete países los pacientes no tienen acceso a los psicofármacos (D. Ángel Martínez Hernández)

### 3. Interés y problemas de los profesionales sanitarios por la psiquiatría transcultural:

- Características de la psiquiatría transcultural:
  - Cuestiona la validez de los Instrumentos diagnósticos
  - Afirma que existe diversidad sintomatológica, que es obviada por la orientación biomédica
  - Amplia el horizonte teórico, incluyendo a las Ciencias Sociales. (Dr. Comelles y Dña. Mariola Bernal)
- La Reforma psiquiátrica y de salud, se centra la discusión sobre los dispositivos asistenciales, la organización de redes de atención y el derecho de todos a la salud, obviando aspectos clínicos, como la atención a la inmigración. (Dr. Comelles y Dña. Mariola Bernal)
- Hasta los años 90, no comienza el interés específico por los efectos de la diversidad cultural, reflejado en algunas investigaciones. (Dr. Comelles y Dña. Mariola Bernal)
- Posteriormente, dado el aumento de los inmigrantes, se agudiza el interés de los profesionales por los problemas que los inmigrantes plantean en su consulta diaria, por lo que éstos comienzan a tener «visibilidad» (Dr. Come-

- lles y Dña. Mariola Bernal). En el Poniente Almeriense, comarca con 213.000 habitantes han aumentado de 72 primeras consultas en el año 2.000 a 143 en el 2004 (Dña Alma Martínez de Salazar Grupo de Salud Mental Transcultural de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría)
- Los profesionales tienen problemas y errores en la atención a los inmigrantes: El desconocimiento del idioma y de la cultura dificultan a los profesionales comprender las dificultades de adaptación de los inmigrantes y producen en los profesionales desde posturas racistas, o paternalistas o posturas culpables por la frustración y sentimientos de incapacidad, al no poder proporcionar un tratamiento efectivo. Existe una interpretación de la realidad distinta, un desconocimiento del sistema de valores que dificulta la contextualización sociocultural de los problemas de salud, de la búsqueda de soluciones y de la aceptación de las mismas, y una red de apoyo sociofamiliar deficitaria o inexistente. por lo que están infradiagnosticados e infratratados (Dr. Ruiz Ramos; Dr. Vázquez; (Dña Alma Martínez de Salazar)
  - En los adolescentes hay un incremento creciente, y en ocasiones, en los profesionales, una discriminación subliminal, lo que implica un estereotipo despersonalizador, que aumenta la problemática propia de ésta etapa de la vida, actuando como un importante estresor.
4. Características de la salud mental y sus trastornos en la población inmigrante:
- La población inmigrada posee un doble riesgo: La inmigración como acontecimiento vital estresante y ser un colectivo en riesgo de exclusión social (Dr. Vázquez)
  - La migración no es causa de enfermedad mental, pero si es un factor de riesgo si el inmigrante no está sano o padece discapacidades, si el medio de acogida es hostil o si se dan ambas condiciones. (Dr. Achotegui)
  - El duelo es una característica esencial del cambio migratorio. Es de dos tipos: Los vínculos que se dejan atrás (s. depresivos) y en relación a la adaptación (síndrome de ansiedad y confusionales), y responde a 7 causas: la familia y los seres queridos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo de pertenencia y los riesgos físicos. (Dr. Achotegui)
  - Existen en los lugares de origen de los inmigrantes, enfermedades mentales prácticamente desconocidas en la práctica clínica (Koro, Dhat etc.). Estos síndromes ligados a la cultura, es decir con diversidad sintomatológica según la cultura del paciente, hacen difícil el diagnóstico diferencial, a pesar de que en nuestro medio, pueden darse, incluso con más frecuencia que en sus países de origen éstas enfermedades por el estrés que padecen los inmigrantes, por la existencia de problemas en la comunicación clínica y por la ausencia de experiencia de los profesionales en éstos síndromes, lo que implica una alta probabilidad de realizar un mal diagnóstico. (D. Ángel Martínez Hernández)

- Los inmigrantes tienen baja utilización de los Servicios de Salud Mental, por falta de accesibilidad, porque el trabajo (que les permite mandarles dinero a su familia) es su prioridad y no la salud y por su concepción de la salud, de la enfermedad mental y de que en su resolución deben intervenir otros actores distintos del médico (Dr. Kopelowitz, Dr. Vázquez; Dr. Mendoza)
  - En los inmigrantes que padecen una Psicosis también se da ésta baja utilización.. para que exista continuidad y adherencia al tratamiento, es preciso implicar a la familia, si la hay. (Dr. Kopelowitz, EEUU).
  - Existe la misma prevalencia de enfermedad mental que en nuestra sociedad; Sin embargo se les oferta, tanto en Atención Primaria, como en la Atención especializada en Salud Mental peor calidad de atención de salud mental. Tienen menos accesibilidad a los servicios médicos; Poseen mayores porcentajes de somatización y depresión; Están infratratados y probablemente infradiagnosticados. (Dr. Vázquez, representante del Grupo De la SAMFYC; Dña Alma Martínez de Salazar representante del Grupo de Salud Mental Transcultural de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría)
  - La causa de los Trastornos Mentales en inmigrantes es social. No es un estrés coyuntural sino estructural. (Dr. Achotegui).
5. Prevención, Diagnóstico diferencial y Tratamientos
- Es más importante la traducción cultural que la traducción idiomática (Martínez Hernáiz).
  - Prevención: Educación Sanitaria incluida la Psicoeducación para prevenir que el trastorno no se complique (adicciones, psicopatía, psicosis) (Dr. Achotegui)
  - Diagnosticar adecuadamente, lo que solo se puede hacer con conocimientos transculturales. Como ha mencionado el Dr. Martínez Henáez, no se debe confundir el diagnóstico, sin haber descartado previamente síntomas y enfermedades específicos ligados a la cultura, y que ya hemos mencionado (diagnóstico diferencial) con la Depresión o con la Psicosis. (Dr. Achotegui). Deben explorarse los siguientes aspectos: autoestima; capacidad de adaptación; personalidad del sujeto; capacidad de resolución de problemas; la existencia o no de sentimientos de rechazo, ira o aislamiento; Apoyo familiar; Posible marginación y/o incomunicación; historia relacional anterior y actual (Dr. Vázquez: Protocolo de Valoración inicial del inmigrante en Atención Primaria); Adaptar los instrumentos diagnósticos para que sean sensibles a las particularidades culturales que se expresan en los patrones de consulta y en los modos de expresión de los síntomas, explorando si la persona proviene de una situación de opresión, desarrollando la confianza ayudando a normalizar la situación de malestar, ser cognitiva y emocionalmente empático, tener en cuenta las diferencias de lenguaje atendiendo especialmente al lenguaje

- no verbal, comprender las diferencias de valores y conocer sus definiciones de salud y de enfermedad (Dña Alma Martínez de Salazar representante del Grupo de Salud Mental Transcultural de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría).
- Tratamiento: Es necesaria la acogida: Acoger es dar seguridad, no solamente con palabras, sino ofreciendo al que llega un marco material de vida y de trabajo y facilitando las relaciones sociales removiendo lo que les impida falsee o perturbe (Dr. González). En los menores hay además que facilitarles hallar un lugar porque el que tienen es de tránsito y trabajar con la familia, proporcionándoles pautas educativas, terapéuticas y farmacológicas, dialogando con ambos sobre su choque y conflictos culturales y proporcionándoles apoyo para la adaptación a la cultura huésped y conservación de la propia. Coordinación con Servicios Sociales y de educación para favorecer la adaptación y la integración mutuas (Dr. Ruiz Ramos)
  - Tratamiento: Contención emocional, elaborando la contratransferencia de impotencia. Intervención cognitiva; Tto farmacológico, teniendo en cuenta que existen diferencias en la metabolización del citocromo p-450; Intervención psicosocial; (Dr. Achotegui)
6. Sectores de población inmigrante con mayor riesgo: Mujeres y menores
- En las mujeres:*
- La discriminación de género, la ruptura con su medio y redes de apoyo, la separación de sus hijos, parejas y familiares y el acceso limitado al mercado laboral. En el servicio doméstico, no existe generalmente cotización a la SS. Además ese trabajo les produce invisibilidad, vulnerabilidad, miedo, aislamiento y ausencia de relaciones socioculturales, lo que les desencadena sentimientos de frustración y baja autoestima. Los trabajos más comunes entre las mujeres inmigrantes, además del servicio doméstico, son el cuidado de personas, la hostelería y la restauración, el comercio callejero y la prostitución (Dña. María Jose Ríos)
  - La desigualdad en la asignación del poder, las condiciones derivadas del trabajo reproductivo y productivo, los riesgos de la reproducción y la falta de autonomía en la sexualidad, afectan la identidad y la salud de las mujeres que lo padecen. Además en las mujeres inmigrantes la educación, las condiciones laborales y el proceso de integración y síntesis entre el allí y el aquí, y la sobrecarga emocional y física por el alejamiento de sus hijos y/o familiares cercanos, afectan a su salud, fundamentalmente a su salud mental, sexual y reproductiva y las hace más vulnerables a padecer violencia de género (Dña. Lucía Mazarrosa)
  - Lo más frecuente son los Trastornos Depresivos, de Ansiedad y Somatizaciones. (Dr. Vázquez. Dña Alma Martínez de Salazar; Dña Lucía Mazarrosa). Sin embargo la percepción de éstas es que se está mal, pero no enfermo «porque no me

duele nada». Las mujeres inmigrantes, tienen la percepción de no haber sido entendido por el médico. (Dr. Mendoza Pino). El padecimiento de las emociones se expresa a través del cuerpo (Dr. Mendoza Pino)

- Con mucha frecuencia se produce sentimiento de culpa por haber «abandonado» a sus hijos, que es entendida como «natural». (Dr. Mendoza Pino)

*En los Menores:*

- Existen rupturas y reencuentros en la crianza.
- Puede haber conflicto para el desarrollo de la identidad cultural del menor y/o con las expectativas de los padres
- Si la adolescencia supone un trastocamiento brutal y una desorganización del equilibrio conseguido hasta entonces, en los adolescentes inmigrantes, que tienen que hacer un doble proceso de adaptación, se aumentan los factores de riesgo inherentes a la población inmigrante, teniendo los inmigrantes adolescentes una mayor vulnerabilidad. (Dr. Ruiz Ramos)
- La organización actual de nuestra sociedad, donde importa más el «tener» que el «ser», apuntalada por la publicidad, frustra a los adolescentes al no poder conseguir «ya» los deseos fomentados desde el exterior, corriendo el riesgo de caer en la delincuencia, toxicomanías etc. (Dr. Ruiz Ramos)
- En muchas ocasiones existe una diferencia cultural entre su cultura familiar y de origen, aunque el conflicto cultural no parece suponer un riesgo en los menores inmigrantes, incluso cuando la mentalidad de la familia se mantiene vinculada a la cultura de origen y rechaza la huésped, porque los adolescentes inmigrantes se adaptan con bastante éxito a las dos culturas y tienden a desarrollar múltiples identidades externas según los contextos, lo que hace preguntarse si existe una adaptación bicultural o un conflicto (Dr. Ruiz Ramos)
- El choque cultural puede suponer un riesgo de primer orden pero la capacidad de asimilarlo depende de factores individuales de adaptación, pautas personales y familiares de convivencia con la cultura huésped, experiencia personales y de los amigos ante conflictos interculturales y formas de resolución de éstos y de la existencia de recursos institucionales y sociales de adaptación y compensación de los desfases (académicos, adversidades psicosociales, grupos de iguales) (Dr. Ruiz Ramos)
- El retraso académico, las humillaciones públicas y las discriminaciones vecinales, la persecución o discriminación negativa en el colegio o en actividades de ocio, la familia sin apoyos sociales o las precarias condiciones de vida, los configuran como una sector con especial riesgo dentro de la población inmigrante, produciéndoles en una edad muy temprana pérdida de la autoestima



## 7. Estrategias de Solución

- Disponibilidad de mediadores culturales en el mundo sanitario.
- Utilización de interpretes
- Traducción de documentos a los idiomas de origen
- Mejorar la accesibilidad de los inmigrantes al sistema sanitario, mediante la Formación Sanitaria, los documentos informativos, el acceso al aprendizaje del idioma, facilitación del acceso a los servicios sanitarios, aplicación de la legislación en materia de educación y laboral; favorecer la reagrupación familiar y crear grupos específicos de apoyo, para lo que sería preciso la reorganización de los Equipos
- Mejorar la Formación del personal sanitario, tanto en Atención Primaria como especializada, es decir la competencia cultural en teorías sociales y culturales y en la atención específica a los Inmigrantes, Introducir en las Historias Clínicas la variable inmigración
- Crear Protocolos y Guías de Actuación en la Atención a los Inmigrantes, tanto en AP como en AE, que presten atención a las diferencias culturales, a la situación de inmigración y aumenten el tiempo de atención
- Evaluar la calidad de la atención ofertada y realizar estudios de investigación epidemiológica y médico-antropológico
- Implicación de otras organizaciones e instituciones que provean de recursos compensatorios: ayuda lingüística, adversidades psicosociales etc.
- Incorporar perspectiva de género y etnia en la clínica y en la investigación
- Añadir en las clasificaciones internacionales (CIE 10, DSM IV) un eje que contemple el Transplante, la Identidad y los conflictos culturales, adaptado tanto a menores como a adultos.
- Realización por los Gobiernos de los países desarrollados políticas de colaboración y desarrollo con los países pobres y en vías de desarrollo.

En éste Congreso, también se renovó la Junta Directiva de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría, que está formada por:

Presidente: Fermín Pérez Pérez  
Vicep.and. occid.: Antonio García López  
Vicep.And. Orient.: Nabil Sayed-Ahmad Beiruti  
Secretario: Pablo Lorenzo Herrero  
Tesorero: Ginés Palenciano Herrerías  
Publicaciones: Juan A. Fernández Sanabria  
Vocal almería: Eva Peñín Fernández  
Vocal Cádiz: Eneka Sagastagoitia Ruiz  
Vocal Córdoba: Mercedes Castro García



Vocal Granada: Juan Carlos Maestro Barón

Vocal Jaén: Antonio M. Quesada Portero

Vocal Huelva: Ernesto Feria Martín

Vocal Málaga: José M. Reguero Saez

Vocal Sevilla: Carmen Jiménez Casado



## ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

La Asociación ha solicitado al Consejero de Salud que se nombre un dispositivo de salud mental con el nombre de Jose Luis Montoya Rico, pionero de la psiquiatría comunitaria, que lidero la primera reforma psiquiátrica entre 1965 y 1972 en el Hospital Psiquiátrico de Oviedo

Con motivo del Día Mundial de la Salud Mental; la asociación ha pedido al Consejero de Salud la toma de dos medidas que supongan un paso adelante en el funcionamiento de los Servicios de Salud Mental: Elevar la edad para los programas de atención infanto-juvenil de 15 a 18 años y que no se realicen ingresos de niños y adolescentes en las unidades de hospitalización de adultos.

El 10 de Octubre, la asociación se sumo al Homenaje que UGT y el Gobierno del Principado realizaron a los 17 trabajadores de salud mental que descansan en la fosa de Valdedios (Villaviciosa) y que habian sido fusilados en Octubre de 1937.





## ACTIVIDADES ASOCIACIÓN MURCIANA DE SALUD MENTAL DESDE MAYO 2005 HASTA NOVIEMBRE DEL 2005

### 1. Actividades Institucionales

#### 1.1. Firma del Convenio con la Agrupación para el desarrollo IBN ARABI en el Ayuntamiento de Molina (Murcia), el 6 de Julio 2005.

Esta entidad se compone de una serie de socios: Servicio Murciano de Salud, Asociación Murciana de Rehabilitación Psicosocial, Unión de Cooperativas de Trabajo Asociado Región de Murcia (UCOMUR), Asociación de Familiares de enfermos mentales de Molina (AFESMO), Fomento Universitario de Cartagena, Ayuntamiento de Molina de Segura. Los objetivos son gestionar Fondos Sociales Europeos, a través de los cuales, se ponga en marcha servicios de rehabilitación socio laboral de enfermos mentales, (también para otros colectivos) La Asociación Murciana de Salud Mental participa como asesora, supervisora metodológica, difusora de las acciones que se realicen, y no maneja fondos. Esta colaboración durará 25 meses.

#### 1.2. Participación en la Plataforma para la defensa de la psicología Clínica.

La AMUSM(AEN), junto con representantes del colectivo de psicólogos de la red de salud mental, una representante de la Asociación de Psicología Clínica y Psicopatología y un representante de los Psicólogos Internos Residentes formaron la Plataforma para la defensa de la Psicología Clínica; El objetivo de esta Plataforma es la reconversión de las plazas de psicólogos generales a psicólogos clínicos en la red de Salud Mental del Servicio Murciano de Salud. Se han mantenido a lo largo de los meses de Junio y Julio reuniones con la Consejera de Sanidad y con el Secretario de la Consejería de Sanidad, así como con sindicatos.

Por fin en el mes de Septiembre se ha decidido reconvertir las plazas de manera temporal para su posterior racionalización y reconversión definitiva.

### 2. Actividades de formación

#### 2.1. Preparación del III Congreso de la AMUSM dedicado a las Psicoterapias en los servicios públicos a celebrar en Marzo de 2006 los días 29,30 y 31

#### 2.2. Participación en las Jornadas Europeas sobre Salud Mental, Drogodependencias e inserción laboral, celebradas en Murcia los días 15 y 16 de Septiembre 2005.





## ACTIVIDADES DURANTE AÑO 2005 OME-AEN

### ORGANIZACION Y COLABORACION EN ENCUENTROS CIENTIFICOS

- 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).
- Conferencia «La homosexualidad masculina». Por Lucía D'Angelo. Organizado en colaboración con el Seminario del Campo Freudiano en Bilbao. (Bilbao, 8 abril 2005).
- Colaboración con la Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial, en la organización de VII Jornada Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial. (Bilbao, 9 junio 2005).
- Colaboración con el Hospital Psiquiátrico de Zamudio en VIII Jornadas de Rehabilitación. Bilbao, 13 y 14 de octubre de 2005.
- XII Jornadas OME. Conferencia: «Papel de periodistas y reporteros gráficos en diversos procesos de reforma. Su legado para la historia. Por Oscar Martínez Azumendi. (Bilbao, 15 diciembre 2005).

### ACTIVIDAD EDITORIAL

- Edición periódica de Norte de Salud Mental, Boletín Informativo de OME, Psiquiatría insólita, Página Web.

### OTRAS ACTUACIONES

- Día de la Salud Mental. Colaboración artículo periódico GARA: «Salud mental. La sociedad de hoy está loca, loca, loca...». 9 octubre 2005. Suplemento Geltokia, pág. I-VI.

### ACTIVIDADES ADMINISTRATIVO-ASOCIATIVAS

- Mantenimiento de 5 listas de distribución electrónicas, tanto para socios como público general, así como restringidas a la Junta, al Comité editorial de la revista Norte o al Comité organizador del XXIII Congreso AEN.
- Asamblea General. (Bilbao, 15 diciembre 2005).





## RELACIÓN DE CONGRESOS

3r Congrés Català de Salut Mental  
NECESSITATS I RESPOSTES EN SALUD MENTAL: LA CONSTRUCCIÓ DE LA CURA  
Centro de Convenciones Internacional de Barcelona (Fórum 2004)  
Barcelona, 23, 24 y 25 de febrero de 2006  
Secretaría  
Departamento de Congresos COMB-MEDIVIATGES  
Tel. 93 567 88 60. Fax 93 567 88 61  
congres@comb.es

Hospital Universitari Vall d'Hebron  
REUNIÓN DE MEDICINA DE LA ADICCIÓN  
Sitges (Barcelona), 9 y 10 de junio de 2006  
www.harmreduction2006.ca

Fundación Castilla del Pino  
IV CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA  
FOBIA: TEORÍA, CLÍNICA Y PRÁCTICA  
Jerez, 16 y 17 de junio 2006  
Secretaría  
Tel. y fax 957 480575  
castilladelpino@telefonica.net  
www.fundacioncastilladelpino.org

Grupo Quipú de Psicoterapia  
PROGRAMA DE FORMACIÓN EN PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA  
Y SALUD MENTAL 2005 -2006  
Tel. 91 577 60 39. Fax. 91 577 97 34  
quipu@quipu-instituto.com

Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente  
SEMINARIOS ABIERTOS DE FORMACIÓN CONTINUADA EN PSICOLOGÍA EVOLUTIVA,  
PSICOPATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE 2005-2006  
Tel./fax. 91 319 24 61  
secretariatecnica@seypna.e.telefonica.net



Fundación Castilla del Pino  
SEMINARIOS 2006  
Tel./fax. 957 480575  
castilladelpino@telefonica.net  
[www.fundacioncastilladelpino.org](http://www.fundacioncastilladelpino.org)



## 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 SANABRÍA, 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 psicopatología, 1989.
11. A. BAULEO, J.C. DURO, R. VIGNALE (eds), La concepción operativa de grupo, 1990.
12. R. FERNÁNDEZ, M.A. GARCÍA CARBAJOSA, J.L. PEDREIRA MASSA (eds), La contancia, 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 GISBERT 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<sup>a</sup> ÁLVAREZ. Crimen y locura. 2004
32. B. MORENO KÜSTNER. El registro de casos de esquizofrenia de Granada. 2005

## 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 (entrecorillado), 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,

