
REVISTA

de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

L. J. Sanz Rodríguez y otros, Salud mental e inmigración

R. D. Gualtero y otros, Adolescentes dados de alta en un hospital de día

Y. Sanz López y otros, Inventario Battelle y autismo

S. Lafuente Lázaro y otros, Calidad de vida en los esquizofrénicos

F. Balbuena Rivera, Breve revisión histórica del autismo

B. García Moratalla, Prevención y promoción de la salud mental

A. García Laborda, Formación en enfermería de salud mental

L. F. Barrios Flores, Sobre la institución psiquiátrico penitenciaria

M. T. García y R. Otín, Sobre la psicosis puerperal

U. Trélat, La locura lúcida

J. M. Sánchez Arteaga, La racionalidad delirante

L. Ciompi, Sentimientos, afectos y lógica afectiva

M. Bolaños, Locura y modernidad en la Viena del siglo XX

Entrevista con *Jean Malaurie*

MÁRGENES

LIBROS

REVISTA

de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

vol. XXVII, fascículo 2, n.º 100, 2007

Director: Fernando Colina
Secretario: Mauricio Jalón

Coordinadora: María José Pozo

Consejo de Redacción: José M.ª Álvarez, Raquel Álvarez Peláez, Ángel Cagigas, Ramón Esteban, Andrés Galera, José Luis Peset, Antonio Sáez

Colaboradores: Y. O. Alanen (Turku, Finlandia); Tiburcio Angosto (Vigo); Víctor Aparicio (Asturias); Enrique Baca Baldomero (Madrid); Eduardo Balbo (Madrid); G. Barrientos (Cuba); Armando Bauleo (Venecia); Germán Berrios (Cambridge); Caldas d'Almeida (Portugal); Carlos Castilla del Pino (Córdoba); Valentín Corcés Pando (Madrid); Manuel Desviat (Madrid); Julián Espinosa (Madrid); Alberto Fernández Liria (Madrid); Juan Fernández Sanabria (Huelva); M. Ferraz (Brasil); J. García González (Oviedo); R. Giel (Groningen); Ramón García (Valencia); Elena Garralda (Londres); Onésimo González (Huelva); Manuel González de Chávez (Madrid); José Guimón Ugartechea (Ginebra); Rafael Huertas García-Alejo (Madrid); Nobuko Kobayashi (Tokio); Alberto Lasa (Bilbao); Isaac Levav (Israel); Fernando Lolas Stepke (Chile); Fernando Marquínez (Bilbao); Odette Masson (Lausana); Federico Menéndez (La Coruña); Vicente Mira (Madrid); Tomás Palomo (Madrid); Francisco Pereña (Madrid); Pierre Pichot (Francia); Fabricio Potestad (Pamplona); Giuliana Prata (Milán); Luis Prieto (Madrid); José Rallo Romero (Madrid); Antonio Rey González (Valencia); Antonio Rodríguez (Santiago de Compostela); Jaime Rodríguez Sacristán (Sevilla); E. Ruiz de Velasco (Méjico); Benedetto Saraceno (Milán); Jaime Spilzka (Madrid); J. Manuel Susperregui (Valladolid); Michele Tansella (Verona); G. H. Ten Horn (Baarn, Holanda); Amelia Tesoro (Almería); Jorge Luis Tizón (Barcelona); J. Tremine (Francia); Ernesto Venturini (Italia)

Edita: Asociación Española de Neuropsiquiatría

Sede de la A.E.N.: Magallanes, 1, sótano 2, local 4. 28015 Madrid. Tel. 636 725599.
Fax 91 8473182 / aen@asoc-aen.es

Página web: aen.es

Redacción: Centro Asistencial Doctor Villacián. C/ Orión, 2. 47014 Valladolid.
Tel. 983 427178

e-mail: revistaaen@dip-valladolid.es

Depósito legal: M. 17149-1981

ISSN: 0211-5735

Impresión: Gráficas Andrés Martín, S. L. Paraíso, 8. 47003 Valladolid

N.º ejemplares: 2.250

Periodicidad: Semestral

Distribución Postal: Ficheros Madrid, S. L.

Distribución: LATORRE LITERARIA. Camino Boca Alta, naves 8-9. Polígono El Malvar, 28500 Arganda del Rey (Madrid)

Suscripción anual: 18 €

Precio individual: 10 €

* Agradecemos la contribución del laboratorio GlaxoSmithKline

Junta Directiva:

Presidente: *Alberto Fernández Liria*

Vicepresidente: *Óscar Vallina Fernández*

Secretaria General: *Ana Moreno Pérez*

Vicesecretario: *José J. Uriarte Uriarte*

Tesorera: *Cristina Gisbert Aguilar*

Director de Publicaciones: *Fernando Colina Pérez*

Vocales: *Juan Francisco Jiménez Estévez, Manuel Gómez Beneyto, Ana Vallespi Cantabrana, Fermín Pérez* (Presidente Asociación Andaluza), *José Luis Hernández Fleta* (Presidente Asociación Canaria), *Juan A. Estévez Salinas* (Presidente Asociación Castilla-La Mancha), *Roser Pérez Simó* (Presidente Asociación Catalana), *Pedro Cuadrado* (Presidente Asociación Madrileña), *Enrique Pérez* (Presidente Asociación Valenciana), *Pedro Pizá* (Presidente Asociación Balear), *Paz Arias García* (Presidenta Asociación Asturiana), *Mariano Sanjuán Casamayor* (Presidente Asociación Aragonesa), *Fernando Colina* (Presidente Asociación Castilla-León), *Margarita Silvestre García* (Presidenta Asociación Extremeña), *Pilar Balanza Martínez* (Presidenta Asociación Murciana), *Óscar Martínez Azurmendi* (Presidente Asociación Vasca-Navarra)

Sólo los autores © son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos. De acuerdo con lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual (RD 1/1996 y 23/2006), queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de la A.E.N. o de los titulares del ©, la reproducción y comunicación total o parcial del contenido de esta revista a través de cualquier medio técnico, comprendidos la reprografía y todo soporte informático.

Para cualquier consulta sobre los números de esta revista, véase www.aen.es

Ilustraciones de:

Else LASKER-SCHÜLER

SUMARIO

EDITORIAL	275
ORIGINALES Y REVISIONES:	
<i>L. J. Sanz Rodríguez y otros</i> , Salud mental e inmigración: adhesión al tratamiento ambulatorio	281
<i>R. D. Gualtero y otros</i> , Seguimiento de pacientes dados de alta de un hospital de día para adolescentes. Estudio descriptivo	293
<i>Y. Sanz López y otros</i> , Inventario de Desarrollo Battelle como instrumento de ayuda diagnóstica en el autismo.....	303
<i>S. Lafuente Lázaro y otros</i> , Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. El caso de Segovia.....	319
<i>F. Balbuena Rivera</i> , Breve revisión histórica del autismo	333
<i>B. García Moratalla</i> , ¿Dónde se encuentra la prevención y promoción de la salud mental en el momento actual?	355
MÁRGENES DE LA PSIQUIATRÍA:	
Mi mujer Livia	369
HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA:	
<i>U. Trélat</i> , La locura lúcida.....	377
<i>J. M. Sánchez Arteaga</i> , La racionalidad delirante: el racismo científico en la segunda mitad del siglo XIX	383
SALUD MENTAL Y CULTURA:	
Entrevista con <i>Jean Malaurie</i>	401
<i>L. Ciompi</i> , Sentimientos, afectos y lógica afectiva. Su lugar en nuestra comprensión del otro y del mundo.....	425
<i>M. Bolaños</i> , El arte que no sabe su nombre. Locura y modernidad en la Viena del siglo XX.....	445
DEBATES E INFORMES:	
<i>A. García Laborda</i> , Formación en enfermería de salud mental	467
<i>L. F. Barrios Flores</i> , Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrica penitenciaria	473
<i>M. T. García y R. Otín</i> , Sobre la psicosis puerperal	501
LIBROS	507

TABLE OF CONTENTS

EDITORIAL	275
ORIGINAL PAPERS AND REVIEWS:	
<i>L. J. Sanz Rodríguez et al.</i> , Mental health and immigration: adherence to out-patient care treatment.....	281
<i>R. D. Gualtero et al.</i> , Follow up of patients discharged from a day-care hospital for teenagers.....	293
<i>Y. Sanz López et al.</i> , Battle growth Inventory as a helpfull tool in autism diagnosis	303
<i>S. Lafuente Lázaro et al.</i> , Desinstitutionalisation and quality of living in schizophrenic patients	319
<i>F. Balbuena Rivera</i> , Brief historical review of autism	333
<i>B. García Moratalla</i> , ¿What about prevention and promotion of mental health in current days?	355
PSYCHIATRY BORDERS:	
My wife Livia	369
HISTORY OF PSYCHIATRY:	
<i>U. Trélat</i> , The lucid madness.....	377
<i>J. M. Sánchez Arteaga</i> , The delusional rationality: an analysis of scientific racism in the second half of XIXth century	383
MENTAL HEALTH AND CULTURE:	
Interview with <i>Jean Malaurie</i>	401
<i>L. Ciompi</i> , Feelings, emotions and affective logic. Its place in the understanding of others and the world.....	425
<i>M. Bolaños</i> , The art that does not know its name. Madness and modernity in XXth century Vienna	445
DISCUSSIONS AND REPORTS:	
<i>A. García Laborda</i> , Mental health nursing training	467
<i>L. F. Barrios Flores</i> , Origin, evolution and crisis of penitentiary psychiatric establishment.....	473
<i>M. T. García y R. Otín</i> , On puerperal psychosis	501
BOOK REVIEWS	507

EDITORIAL

Conmemorando el número 0 de la *Revista de la AEN* (1981-2007)

El movimiento de reforma psiquiátrica que inició la Asociación Española de Neuropsiquiatría en 1977, en el congreso de Sevilla, tenía por delante una ingente tarea. Tanto la asistencia como la formación académica y el liderazgo de opinión de la psiquiatría y la psicología clínica estaban en manos de la psiquiatría ligada al régimen que acababa de desaparecer con las primeras elecciones democráticas. Una asistencia y una academia que, como señala Fernando Lamas en *Siso Saúde*, era lamentable. «Qué queréis que os diga... hace treinta años la asistencia era lamentable pero, eso sí, había un cierto entusiasmo y una tarea por hacer casi tan política y social como asistencial» (5). El programa del movimiento, forjado en la semiclandestinidad de *La Coordinadora de Psiquiatría*¹, enlaza con el movimiento desinstitucionalizador y comunitario que se está viviendo en Europa, EE.UU. y Canadá desde los años cincuenta. Un movimiento que había conseguido en Italia cerrar los manicomios por Ley precisamente en 1977. En nuestro país, tenía que recuperar su historia, la historia de la Asociación y de la Liga de Higiene Mental, la obra de los psiquiatras que en el primer tercio de siglo hicieron presente en el mundo la psiquiatría española, y tenía que entroncarse con el proyecto de reforma sanitaria e institucional que vive la transición española a la democracia. Afrontar este reto, romper el monopolio de la *psiquiatría oficial*, hacerse un hueco en el imaginario social y construir las bases técnicas del proceso asistencial de reforma, era el desafío del momento; para lo que también había que culminar un debate interno, pasar de la denuncia a crear las bases técnicas para la construcción de una nueva realidad psiquiátrica².

El cambio de estatutos, que aprueba la interdisciplinaridad y la descentralización en las asociaciones autonómicas, va a fijar las señas de identidad y el ideario de la nueva AEN. El primero de estos cambios, dando entrada a todos los profesionales de la salud mental establece, como ningún otro, el ideario reformador y progresista, la concepción comunitaria del nuevo programa asistencial de la Asociación y asienta la distancia con otras posiciones en el ámbito psiquiátrico (que abandonaron la Asociación), delimitando claramente las diferentes formas de entender la psiquiatría, la psicología y el trabajo social en salud mental³. El segun-

do, deja clara la voluntad de integrar el proceso de reforma psiquiátrica, que propiciaba la nueva asociación, en el proceso de reconstrucción democrática de la sociedad civil y de sus instituciones.

El tercer cambio estatutario, la nueva configuración de la junta, da paso a la *Revista de la AEN* y a sus publicaciones (en el primer Congreso de la AEN renovada, en 1980, se elige un Director de Publicaciones). Tener una revista propia se había convertido en una necesidad, en un instrumento imprescindible para forjar una nueva cultura de los profesionales de la salud mental, como instrumento de debate y de construcción teórica desde la clínica a la gestión.

A primeros de 1981 aparece el número 0, que viene a demostrar desde los títulos de la portada su vocación de encuentro de escuelas, de acogida a las diversas tendencias de la salud mental. Sobre un andamiaje firme, la defensa de un sistema sanitario público, equitativo y universal y un modelo de salud mental desinstitucionalizador y comunitario, la revista se abre a todas las corrientes, pretendiendo conjugar artículos teóricos y clínicos con los informes y documentos que surgieran en la práctica asistencial y en el proceso de reforma. Después de tanta miseria teórica y tanta certeza, la revista quiere partir de una sabia incertidumbre, conscientes quienes la hacíamos que cualquier saber que no provoca nuevas preguntas se convierte pronto en algo muerto. No hay una verdad, escribía como director de la revista, en el editorial del número 0, «hay saberes parciales, andamiajes conceptuales que nos permiten aproximarnos al conocimiento de las cosas. Más aún en Psiquiatría, en Psicología, en Psicoanálisis, en cuanto que lo psíquico nos introduce en categorías situadas fuera del horizonte de la conciencia, en otra lógica difícilmente asimilable. Este es nuestro primer presupuesto. De ahí partimos, ajenos a todo reduccionismo, sea cual sea su signo, su ideología. Una multiplicidad de determinaciones da cuenta del hecho psíquico, del sufrimiento psicológico y del entramado social que constituye en cada época las Instituciones de la Salud Mental. No pretendemos acotar una, ni convertirnos en portavoces de tendencia alguna. La *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* quiere ser un espacio abierto a todas las orientaciones y tendencias presentes en la Salud Mental que aporten algo nuevo a las ciencias de la conducta o a la mejora de la situación asistencial, al cambio de las estructuras públicas de atención, a su legislación y administración. No es un eclecticismo. Creemos que todo viaje teórico, toda aventura intelectual, es necesario –no importa que parta de la biología, de la cibernética o del psicoanálisis–, siempre que no sea una simple teorización defensiva. En nuestro país, la teoría y la práctica psiquiátrica permanecen ancladas en un pasado inmovilista, manicomial asistencialmente, provinciano y ramplón en su saber. Es un residuo en nuestra formación social. Una malhadada historia lo explica, lo justifica» (1).

¹ Una más de las plataformas profesionales y ciudadanas (Comisiones Cívicas, Jueces para la Democracia, Unión Militar Democrática...) creadas en las postrimerías del franquismo que unían la lucha por las libertades democráticas con la reforma de la sociedad civil y sus servicios e instituciones.

² Sobre este debate, ver Desviat, M. (2; 3) y García, R. (4).

³ Recientemente, en las Jornadas de Alicante, se hizo una mesa compuesta por los presidentes de la AEN desde 1977 sobre la importancia para las señas de identidad de la Asociación de la apertura interdisciplinaria.

Los títulos de los primeros números son buena muestra. Artículos en portada en el número 0: «Justificación de Edipo (Víctor Gómez Pin); «Entrevista con Faustino Cordón»; «En torno a la diferencia de sexos» (Francisco Pereña); «Tácticas para realizar juegos sin fin» (Carmen Rojero y Teresa Suárez); «Acerca de la supervisión: entrevista con Carlos Sopena»; «El síntoma psicossomático en el niño» (José Luis Pedreira y Federico Menéndez Osorio). A estas páginas, se añadía una sección de rescate de textos clásicos (que iniciamos con un texto de Pierre Janet «*L'automatisme psychologique*»); una sección con informes, debates asistenciales, reflexiones sobre la marcha del proceso de reforma, decretos, leyes, denuncias («Ingresos en el Hospital Psiquiátrico de Madrid y sus motivaciones»; «Características del enfermo psiquiátrico con internamiento judicial»; «El papel del auxiliar psiquiátrico dentro de la transformación de la asistencia psiquiátrica»; «Acuerdos del V Congreso sobre la organización de los auxiliares psiquiátricos») y las Páginas de la Asociación (que hicimos depender de la Secretaría General para evitar los condicionamientos propios de un boletín asociativo en el resto de la revista).

Los números sucesivos evidencian la continua toma de postura en la política sanitaria, la contribución indiscutible a la creación de una nueva psiquiatría, comunitaria, más social y humana, pero también más técnica, reflejo de una asociación que supo intervenir en la arquitectura de un nuevo modelo de psiquiatría, de atención a la salud mental, de pensar sobre el malestar psíquico, que se reflejó en las recomendaciones de la Comisión para la reforma psiquiátrica promovida por el Ministerio de Sanidad (1985); en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad (1986), que magistral y escuetamente fija las líneas fundamentales del modelo que se debe seguir; en multitud de decretos y normas que regulan hoy la salud mental comunitaria de buena parte de las Comunidades Autónomas.

Retomando a Lamas, la revista se hizo en el entusiasmo de unir la técnica, con el compromiso social, en la convicción de que la ciencia y la técnica son respuestas coyunturales de cada sociedad, pues como dijo Wittgenstein debemos dominar la técnica, para después de usarla poder tirarla por la ventana. La revista, 26 años después, con 101 números a la espalda, ha sabido mantener ese espíritu de compromiso y libertad, defendiendo esas verdades que no necesitan, como dice Rafael Sánchez Ferlosio, de guardaespaldas (6).

Por último, ¡cómo no en una efemérides!, hemos de recordar al primer Comité Editorial (Fernando Colina, Valentín Corcés, Carmen Saéz, Juan Casco, Juan Antonio Fernández Sanabria) y a ese grupo de redacción que durante seis años se reunió todos los martes en Villanueva, 11, la sede de la Asociación, en entrañable y animada tertulia, para hacer la revista (Paco Pereña, los entonces médicos residentes Alberto Fernández Liria y Ana Romero, el neurólogo Félix Bermejo, Pilar de Miguel y ocasionalmente el filósofo Manuel Revuelta).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) DESVIAT, M., «Editorial», *Rev. As. Esp. Neuropsiquiatría*, 1981, vol. I, n.º 0, pp. 3-4.
- (2) DESVIAT, M., *La reforma psiquiátrica*, Madrid, Dor, 1994.
- (3) DESVIAT, M., «De los viejos utópicos a los posmodernistas quemados», *Rev. As. Esp. Neuropsiquiatría*, 1999, vol. XIX, n.º 70, pp. 325-335.
- (4) GARCÍA, R., *Historia de una ruptura*, Barcelona, Virus, 1995.
- (5) LAMAS, S., «Qué queréis que os diga... hace treinta años», *Siso/Saude*, 2004, 40, pp. 79-91.
- (6) SÁNCHEZ FERLOSIO, R., *Vendrán más largos años y nos harán más ciegos*, Barcelona, Destino, 1993.

MANUEL DESVIAT

Salud mental e inmigración: adhesión al tratamiento ambulatorio

ORIGINALES Y REVISIONES

RESUMEN: La inmigración pone a prueba las capacidades y recursos de los sujetos para afrontar la dura tarea de asentamiento e integración en un país desconocido y lejano al propio.
PALABRAS CLAVE: Inmigración, adhesión, salud mental.

SUMMARY: Immigrants develop their capacities and resources to confront the hard task of establishment and integrating in a foreign country.
KEY WORDS: Migration, adhesion, mental health.

Introducción

Según datos de la Delegación del Gobierno para la Extranjería e Inmigración, en España, el número de extranjeros con tarjeta o autorización de residencia en vigor a 31 de Diciembre de 2005 es de 2.738.932. Del total, el 36% (986.178 personas) tienen origen iberoamericano, el 23,7% (649.251 personas) provienen de África y el 20,78% (569.284 personas) de la Europa Comunitaria, siendo estas tres las procedencias mayoritarias. Esto supone un incremento en la cifra total de dicha población del 38,52% con respecto al año anterior (1). Estas cifras no reflejan la realidad total ya que si atendemos a datos del Padrón Municipal publicados por el Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2005, la población extranjera empadronada en España alcanzaba la cifra de 4.391.484 (9.95% del total de la población) lo que indica la existencia de más de un millón y medio de personas en situación irregular, sin contar aquellas que no están en ninguno de los registros, cifra que desconocemos (2). En el caso concreto del municipio de Getafe la situación no es distinta (Tabla 1): en tan sólo cinco años la población inmigrante se ha multiplicado por cinco, de 3.252 inmigrantes el 1 de enero de 2000 se ha pasado a una cifra de 15.936 a fecha de 1 de enero de 2004, lo que supone un 9,90% de población total del municipio (160.977 habitantes) (3).

Tabla 1
Evolución de la población extranjera en Getafe (en número de personas)

2000	2001	2002	2003	2004	2005
3.252	8.181	11.638	13.310	15.936	16.314

Más allá de esta evolución ascendente de la población extranjera en nuestro país hay que tener en cuenta que la inmigración pone a prueba los recursos de los sujetos para afrontar la dura tarea de asentamiento en un país desconocido. La situación de inmigración implica en muchas ocasiones marginación social, escasos recursos económicos, falta de redes de apoyo social y desconocimiento de los recursos y dispositivos existentes en el país de acogida en materia social y sanitaria (4, 5). Los problemas de Salud Mental constituyen uno de los principales motivos de consulta y de morbilidad prevalente de este colectivo en los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid (6).

El crecimiento del fenómeno de la inmigración en nuestro país, a pesar de ser muy rápido en los últimos años, es relativamente reciente. Por este motivo aún no existen suficientes estudios sobre la utilización de los servicios de salud mental por parte de los inmigrantes. La mayoría de estudios realizados en este sentido (acceso y utilización de servicios psiquiátricos por parte de la población inmigrante) procede de otros países, fundamentalmente EE. UU., Reino Unido y países nórdicos (7). Con este trabajo, se pretende observar la adhesión al tratamiento, así como las características sociodemográficas y psicopatológicas de la población inmigrante que acude a un Centro de Salud Mental y que pueden mediar en sus dificultades para cumplimentar los tratamientos.

Método

Se realizó un estudio con todos los pacientes del colectivo de inmigrantes que asistieron a los Centros de Salud Mental del Área 10 durante un periodo de tres meses (desde el 1 de abril hasta el 30 de junio de 2004): un total de 95 sujetos (51 correspondientes al CSM de Getafe y 44 al CSM de Parla). Se cumplimentó un protocolo con cada paciente que recogía información acerca de los siguientes factores: edad, nacionalidad de origen, tiempo de residencia, dominio del castellano, diagnóstico (agrupaciones diagnósticas CIE-9), y adhesión al tratamiento. Esta última variable se evaluó estudiando el porcentaje de asistencia a las entrevistas programadas en los seis meses siguientes a la inclusión del paciente en el estudio (adhesión al tratamiento = n.º de citas a las que acude el paciente / n.º total de citas programadas). Los resultados obtenidos se compararon con los proporcionados por un grupo control compuesto por otros 95 pacientes de nacionalidad española. Para el diseño de este grupo control se emparejó a cada paciente inmigrante con el siguiente paciente (a partir del número de historia) de nacionalidad española que hubiera acudido al mismo CSM y que fuera equiparable en cuanto al género, el diagnóstico y el programa en el que había sido atendido. De esta forma se obtuvo una muestra final de 190

pacientes, las características sociodemográficas del subgrupo de inmigrantes se resumen en la Tabla 2; coincidiendo con las del grupo control en cuanto al género, edad (media de la población infanto-juvenil: 11,53, D.T.: 3,47; media de la población adulta: 34,62, D.T.: 13,47), y programa de atención recibida. Los análisis se llevaron a cabo con la versión 9.0 para Windows del programa SPSS.

Tabla 2
Grupo de inmigrantes (n=95)

Género	Varones: 41,1%	Mujeres: 58,9%	
Programa	Infantil: 25,3%	Adultos: 74,7%	
Intervención	Casos nuevos: 66,3%	Revisiones: 33,7%	
Edad	0-16 años: 27,1%	17-25 años: 18,8%	26-40 años: 31,8%
	41-64 años: 21,2%	> 65 años: 1,2%	
Procedencia	Europa Este: 8,4%	Resto Europa: 10,5%	Magrebíes: 24,2%
	Subsaharianos: 5,3%	Asia: 2,1%	América C y S: 49,5%
Tipo de inmigración	Económico: 73,9%	Refugiado: 3,3%	
	Establecido: 13%	Otros: 9,8%	
Nivel de español	Bien: 74,2%	Mal: 12,9%	
	Regular: 9,7%	No habla: 3,2%	
T. residencia	Media: 6,08 años; Desviación Típica: 5,03 años		

Resultados

En primer lugar, se aplicó una prueba t para estudiar las diferencias entre ambos grupos en cuanto a su asistencia al centro. La media de adhesión al tratamiento para el grupo de inmigrantes fue de 75,56 mientras que en el grupo control fue de 88,43 hallándose una diferencia media estadísticamente significativa ($t = -4,53$; $p = 0,000$) entre ambos grupos de 15,05. En la Tabla 3 se recoge el tanto por ciento de asistencia a las citas programadas durante el periodo seleccionado tanto en la población de inmigrantes como en el grupo control de población española.

Una vez comprobadas las diferencias entre la muestra de inmigrantes y el control en cuanto a la adhesión al tratamiento, el análisis estadístico se centró en el grupo de inmigrantes para estudiar qué características podían estar relacionadas con su menor porcentaje de asistencia.

Tabla 3
Porcentajes de asistencia al CSM

	Grupo de inmigrantes	Grupo de españoles
Acuden a todas las citas	34,7%	57,9%
Acuden entre el 75% y el 99% de las citas	20,0%	25,3%
Acuden entre el 50% y el 74% de las citas	35,8%	13,7%
Acuden entre el 25% y el 49% de las citas	3,2%	1,1%
Acuden a menos del 24% de las citas	6,3%	2,1%

En primer lugar, se realizó una comparación entre los lugares de procedencia de los inmigrantes respecto a su índice asistencial al centro mediante un ANOVA, con el objeto de estudiar si existían diferencias en adhesión al tratamiento en función del lugar de origen del inmigrante (Figura 1), no encontrándose significación estadística ($F = 1,548$; $p = 0,183$). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($F = 1,270$; $p = 0,270$) al estudiar la adhesión al tratamiento en función del diagnóstico del paciente (Figura 2), ni entre los casos nuevos que acudían por primera vez al centro (evaluaciones) y los casos de seguimiento ($F = 0,177$; $p = 0,675$).

Figura 1
Lugar de origen del inmigrante

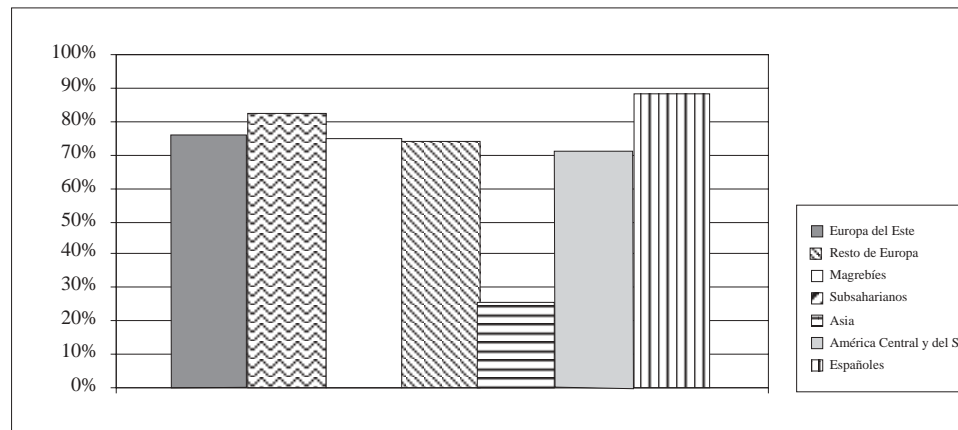
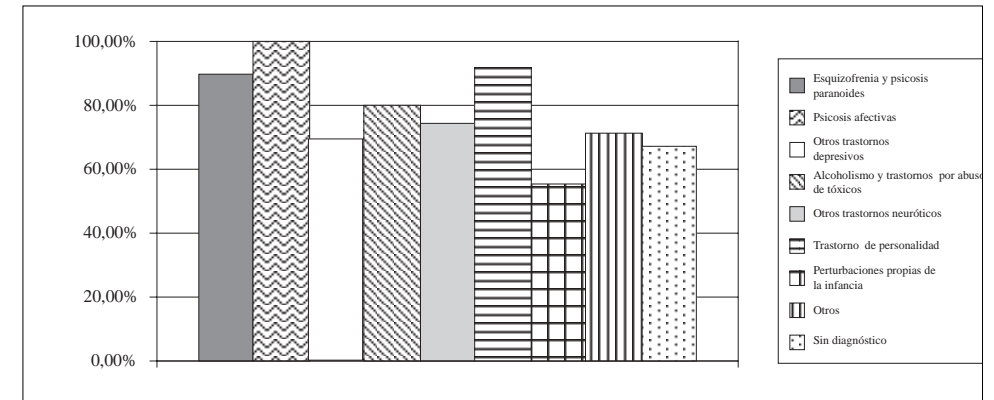


Figura 2
Distribución de los diagnósticos en la muestra



Asimismo tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas al analizar las desigualdades en adhesión al tratamiento en función del sexo y la edad. En cualquier caso, en cuanto al sexo, se obtuvo un porcentaje más alto de asistencia en el grupo de varones (Tabla 4). Al estudiar la edad, se observó una tendencia hacia una mayor adhesión al tratamiento a medida que aumentaba la edad de los cohortes etarios, excepto en el grupo de adultos jóvenes –entre 26 y 40 años– (Tabla 5). A pesar de esta tendencia tampoco se encontraron diferencias significativas al comparar los porcentajes de asistencia entre el Programa Infanto-Juvenil y el de Adultos (Tabla 6).

Tabla 4
Adhesión al tratamiento en función del sexo ($F=0,003$; $p=0,959$)

	N	Media	D.T.
Mujeres	56	68,33	3,71
Varones	39	78,64	4,40

Tabla 5

Adhesión al tratamiento en función de la edad ($F=2,142$; $p=0,083$)

	N	Media	D.T.
0-16 años	23	66,39	5,95
17-25 años	16	84,35	4,94
26-40 años	27	65,04	6,08
41-64 años	18	80,87	4,46
>65 años	1	83,33	-

Tabla 6

Adhesión al tratamiento en función del Programa ($F=1,229$; $p=0,270$)

	N	Media	D.T.
Programa Infanto-juvenil	24	67,09	28,95
Programa Adultos	71	74,42	27,63

Por último, tampoco se encontró significación estadística al estudiar la adhesión al tratamiento en el grupo de inmigrantes en función de variables relacionadas con su establecimiento en España. Se realizó un análisis de regresión lineal para estimar la relación existente entre la variable adhesión y el tiempo de residencia en España (medido en n.º de meses), como se aprecia en la Figura 3. La correlación obtenida fue: $r = 0,004$ (varianza = 28,515). Además se encontró una relación inversa entre el dominio del idioma español y la adhesión al tratamiento, de forma que los pacientes más cumplidores con las citas eran aquellos que dominaban menos el idioma (tabla 7).

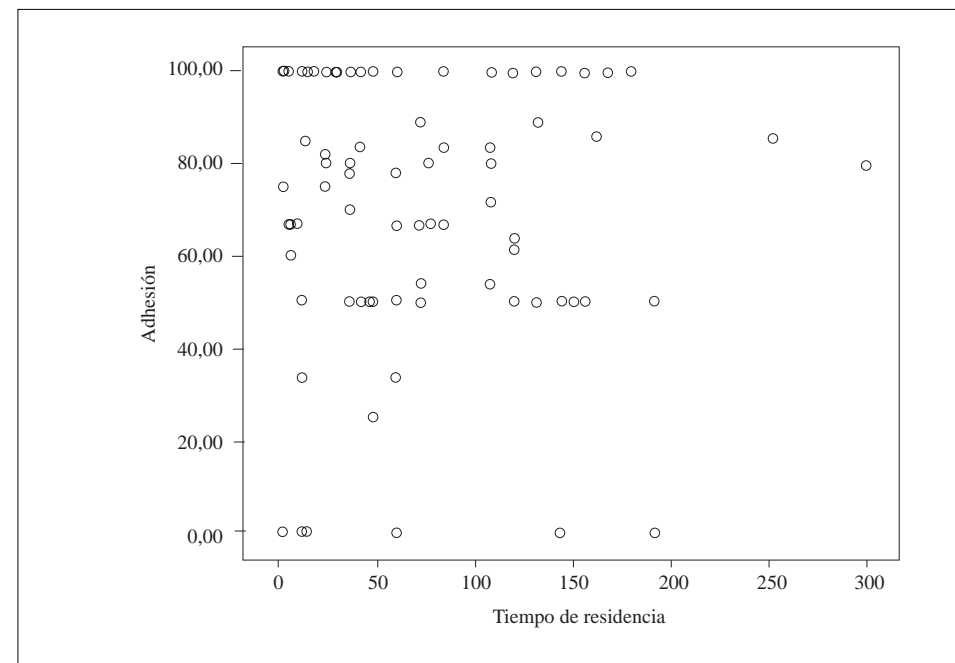
Tabla 7

Adhesión al tratamiento en función del dominio del idioma ($F = 2,025$; $p = 0,116$)

	N	Media	D.T.
Habla bien español	69	71,73	28,74
Habla regular el español	9	57,17	25,31
Habla mal el español	12	85,80	21,02
No habla nada de español	3	83,33	28,87

Figura 3

Relación entre la variable adhesión y el tiempo de residencia en España (n.º meses).



Discusión

La población extranjera se ha incrementado de forma llamativa en España en los últimos años. Este vertiginoso ascenso del fenómeno de las migraciones ha conllevado un incremento en la atención a inmigrantes en los Servicios de Salud Mental, a la vez que se observan características particulares de este colectivo, muy especialmente en cuanto a la adhesión al tratamiento en comparación con otros pacientes de nacionalidad española. Existen numerosos estudios que han observado que ciertos grupos de inmigrantes tienen mayor tendencia que los nativos a abandonar el tratamiento psicológico y psiquiátrico, sosteniendo la hipótesis de que los pacientes inmigrantes siguen itinerarios más negativos en el acceso a los servicios de salud mental que los ciudadanos nativos (7). Por «itinerario negativo» se entiende que la forma de acceso a los servicios de salud mental por parte de la población inmigrante es menos deseable que la de la población nativa, implicando con mayor frecuencia la intervención de la policía o el ingreso judicial e involuntario.

Sin embargo, a pesar del citado aumento de población extranjera en nuestro país, el incremento en la asistencia del colectivo de inmigrantes a los Servicios de Salud Mental no ha sido tan elevado como para que se equiparen las cifras de utilización de estos dispositivos con las observadas en la población española. Por ejemplo, en los tres meses estudiados en este trabajo el número total de pacientes inmigrantes atendidos en el Centro de Salud Mental de Getafe fue de 51, lo que supone tan sólo un 0,32% de la población inmigrante del municipio de Getafe en 2004 (15.936 habitantes); en comparación con el 0,85% de prevalencia en la población total. A partir de la Ley 4/2000 de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su posterior reforma por la Ley 8/2000 del mismo año tienen derecho a la obtención de la Tarjeta Sanitaria, que garantiza la asistencia sanitaria pública en las mismas condiciones que los españoles, todos los extranjeros que se encuentren empadronados (8). A pesar de ello todavía hay muchas personas inmigrantes en situación de irregularidad administrativa que por miedo o desconocimiento no están empadronados y, por tanto, carecen de asistencia sanitaria normalizada. Asimismo, hay que tener en cuenta que incluso entre aquellos que se encuentran en situación regularizada, al estudiar el acceso de este colectivo a los servicios sanitarios debemos considerar otros factores sociales y culturales. Las personas inmigrantes, en general, suelen priorizar trabajo frente a salud y sobre todo en los primeros momentos del proceso migratorio, sólo acuden a los servicios sanitarios cuando se encuentran mal buscando una solución inmediata a sus problemas, lo que lleva a una mayor saturación de los Servicios de Urgencias y un mal uso de los dispositivos de atención ambulatoria. En esta línea, algunos autores han encontrado que los inmigrantes tardan más tiempo que los sujetos de la población general en acudir a los Servicios de Salud Mental ante un primer episodio psicótico (9).

Estos hallazgos contrastan con el postulado tradicional de que los inmigrantes tienen tasas de ingreso psiquiátrico más elevadas que los nativos y que supone que el colectivo de inmigrantes tiene tasas más elevadas de algunos trastornos mentales como la esquizofrenia (10). Más allá de las posibles diferencias entre los distintos dispositivos de asistencias, esta aparente contradicción podría indicar la difícil generalización de los resultados sobre los problemas de salud mental en los inmigrantes, y la importancia de realizar estudios específicos para la población del país.

Pero a la vista de nuestros datos, el único problema no es que las personas inmigrantes acudan poco a la consulta de Salud Mental, sino que además aquellos que vienen muestran una menor adhesión al tratamiento. En otro trabajo con población inmigrante en la Comunidad de Madrid, Gotor y González-Juárez (2004) (11) han demostrado recientemente que la continuidad de los cuidados de salud mental es menor en los inmigrantes que ingresan en las unidades de hospi-

talización. En nuestro estudio observamos que el porcentaje de asistencia a las citas en la población de inmigrantes es menor que la población de españoles, alcanzando estas diferencias significación estadística. La explicación de este hallazgo puede estar mediada por diversos factores clínicos y culturales que pueden influir en la relación terapéutica, la adhesión al tratamiento en Salud Mental y los abandonos.

Una primera hipótesis a tener en cuenta señala la destreza del idioma como un elemento relevante a la hora de justificar la peor cumplimentación del tratamiento por parte del colectivo de inmigrantes. Pero, paradójicamente, los datos que proporcionan nuestro estudio sugieren una relación inversa entre el dominio del idioma español y la adhesión al tratamiento. De hecho, el porcentaje más bajo de adhesión al tratamiento fue el del grupo de inmigrantes que mejor dominaban el castellano (habla regular y bien el español). Una posible explicación a este fenómeno podría ser que los pacientes que no conocen el idioma sólo acuden a los Servicios de Salud Mental en caso de patologías más graves, presentando índices de adhesión al tratamiento más elevados que los pacientes que dominan el idioma y que, en muchos casos, demandarían asistencia psicológica y psiquiátrica con problemáticas más leves. El hecho de que al estudiar la asistencia a las citas en función del diagnóstico clínico se encuentre un porcentaje de adhesión más alto entre las patologías más graves (esquizofrenia, psicosis afectivas y trastornos de personalidad) apoyaría también este argumento (12; 13).

Otro factor relacionado directamente con la destreza del idioma es el lugar de origen del inmigrante y el tiempo que lleva establecido en nuestro país. Sin embargo, tampoco se encontraron diferencias en función de los países de procedencia de los sujetos y el tiempo transcurrido desde la inmigración. De todas las regiones geográficas analizadas es el subgrupo de pacientes de origen asiático el que presenta un porcentaje de asistencia más bajo, lo que hace pensar en la inevitable barrera cultural con la que se encuentra este colectivo a la hora de acudir a los servicios sanitarios por algún problema psíquico. A este dato hay que añadir el hecho de que es precisamente este subgrupo el que menos demanda asistencia profesional en los Servicios de Salud Mental (representa únicamente un 2,1% de la muestra). En el polo opuesto se encontrarían los pacientes de origen europeo que constituyen el grupo más cumplidor en cuanto a la asistencia a las citas en nuestro centro, lo que sugiere que entre este colectivo la barrera cultural es menos pronunciada que en el anterior y que probablemente en sus países de origen exista más tradición sobre el uso de dispositivos relacionados con el tratamiento psicológico y psiquiátrico.

Otros trabajos que también han encontrado una infrautilización de los Servicios de Salud Mental por parte de los inmigrantes han propuesto otras posibles explicaciones para este fenómeno. Por ejemplo, algunos autores han halla-

do que grupos como los afroamericanos son más reticentes al uso de Servicios de Salud Mental debido a que tienen miedo al tratamiento y a un posible ingreso, e incluso en algunos trabajos se ha encontrado que los varones de raza negra tienen mayor probabilidad de ser enviados a una institución penitenciaria que a una psiquiátrica (14; 15). También se ha observado que en algunos colectivos de inmigrantes las redes de apoyo informal constituyen la fuente principal de apoyo social en detrimento de los programas comunitarios y los servicios más formales (16).

En conclusión, a la vista de los resultados es evidente que las diferencias culturales y las condiciones de vida y trabajo de muchas de las personas inmigrantes dificultan el acceso y la utilización por parte de este colectivo de los dispositivos de Salud Mental. La edad de migrar y los motivos para hacerlo, las circunstancias en que tiene lugar la migración, las diferencias entre el lugar de origen y el de llegada, la actitud mutua entre los grupos de emigrantes y la sociedad huésped y las diferencias en la incidencia y prevalencia de problemas de salud mental en las poblaciones son, todas ellas, variables que determinan esta complejidad (17). No es posible explicar esta situación apelando a factores aislados como el dominio del idioma, el lugar de origen, el tiempo de establecimiento en nuestro país, la edad o el diagnóstico clínico, por lo que parece imprescindible un abordaje complejo y multicausal del fenómeno, insistiendo en la fase de acogida y los primeros contactos del paciente con los dispositivos para fomentar una mayor adhesión al tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ministerio del Interior. *Balance 2005*. <http://www.mir.es/oris>.
- (2) INE. *Padrón Municipal 2005*. <http://www.ine.es>.
- (3) Grupo de trabajo de Intervención Social del Plan Local de Inmigración del Ayuntamiento de Getafe, *Informe sobre la intervención social en el ámbito de la inmigración en la ciudad de Getafe*, Madrid, Ayuntamiento de Getafe, 2005.
- (4) DÍAZ, M., *Apoyo social y salud mental en inmigrantes: sus efectos sobre la integración*, Madrid, Consejería de Servicios Sociales, 2003.
- (5) SANZ, B.; CASTILLO, S., «La salud de la población inmigrante», en MAZARRASA-GERMÁN-SÁNCHEZ, M., *Salud Pública y Enfermería Comunitarias*, Madrid, Mc Graw-Hill Interamericana, 2003.
- (6) GIMÉNEZ, C., *Inmigrantes extranjeros en Madrid*, Madrid, Consejería de Integración Social, 1993.
- (7) BACA-GARCÍA, E.; PÉREZ, M., y otros, «Acceso, itinerarios y utilización de los servicios psiquiátricos en la población inmigrante», *Monografías de Psiquiatría*, 2005, 4, pp. 11-17.
- (8) Ley Orgánica 8/2000, Reforma de la 4/2000 sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su integración Social (dic. 22, 2000).

- (9) HARRISON, G.; HOLTON, A.; NELSON, D., «Severe Mental Disorder in Afro-Caribbean Patients: Some Social, Demographic and Service Factors», *Psychological Medicine*, 1989, 19, pp. 683-696.
- (10) KING, M.; COKER, E.; LEAVY, G., y otros, «Incidence of Psychotic Illness in London: a Comparison of Ethnic Groups», *British Medical Journal*, 1994, 309, pp. 1115-1119.
- (11) GOTOR, L.; GONZÁLEZ-JUÁREZ, C., «Psychiatric Hospitalization and Continuity of Care in Immigrants Treated in Madrid», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2004, 39, pp. 560-568.
- (12) McGRATH, J.; EL-SAAD, O.; CARDY, S., y otros, «Urban Birth and Migrant Status as Risk Factor for Psychosis: an Australian Case-Control Study», *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2001, 36, pp. 533-536.
- (13) BURGUILLO, F., y otros, «Patoplastia en inmigración», *Archivos de Psiquiatría*, 2003, 66, pp. 305-314.
- (14) COHEN, R.; PARMELEE, D.; IRWIN, L., «Characteristics of Children in a Psychiatric Hospital and a Corrections Facility», *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1990, 29, pp. 909-913.
- (15) SUSSMAN, L. K.; ROBBINS, L. N.; EARLS, F., «Treatment Seeking for Depression by Black and White Americans», *Social Science and Medicine*, 1987, 24, pp. 187-196.
- (16) HERNÁNDEZ, S.; POZO, C.; ALONSO, E., «The Role of Informal Social Support in Needs Assessment: Proposal and Application of a Model to Assess Immigrants Needs in the South of Spain», *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 2004, 14, pp. 284-298.
- (17) ALDA, M.; MOLES, B.; GARCÍA CAMPAYO, J., «Salud Mental e inmigración», *Monografías de Psiquiatría*, 2005, 4, pp. 2-10.

* Luis Javier Sanz Rodríguez, psicólogo Clínico; Isabel Elustondo Ferre, psiquiatra; Magdalena Valverde Gómez, psiquiatra; José F. Montilla García, psiquiatra, jefe del Servicio de Psiquiatría y Salud Mental; Marta Miralles de Imperial Mora-Figueroa, trabajadora Social. Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Área 10. Getafe (Madrid).

Correspondencia: Luis Javier Sanz Rodríguez. C/ Mayor, 23. 28991 Getafe (Madrid). ljsanz@cop.es

** Fecha de recepción: 5-II-2007.

Rubén D. Gualtero, Mercè Gibert, Ferran Cuerva y Marta Gomà

Seguimiento de pacientes dados de alta de un hospital de día para adolescentes. Estudio descriptivo

RESUMEN: Estudio descriptivo del Hospital de Día para Adolescentes de Gavà (Barcelona) a partir de una encuesta ad hoc que se administró al ingreso, al alta y, posteriormente, a los seis meses y al año.

PALABRAS CLAVE: Adolescencia, hospital de día, valoración subjetiva, seguimiento.

SUMMARY: Descriptive study in the adolescent day-hospital of Gavà (Barcelona) is based on an ad hoc questionnaire given at the time of income, discharge, six months after discharge and finally one year after discharge.

KEY WORDS: Adolescence, day-hospital, subjective appraisal, follow-up.

Si bien los hospitales de día, como «dispositivos intermedios», tienen una larga tradición en la atención a los pacientes adultos con trastornos mentales (1; 2), en cuanto a la población infantil y juvenil, el surgimiento de este tipo de servicios en la asistencia pública es relativamente reciente y se ha hecho, en muchos casos, desde una perspectiva comunitaria (3; 4).

Por lo que a nuestro país se refiere y a excepción de algunas experiencias concretas, como las unidades de atención psiquiátrica para niños y adolescentes en hospitales generales o pediátricos¹, solo en la segunda mitad de los años ochenta se empiezan a crear los hospitales de día psiquiátricos para niños y, más tarde, específicos para adolescentes. «Los actuales dispositivos clínicos –dice A. Jiménez– para el abordaje de la patología mental grave en infancia y adolescencia que existen en las distintas comunidades autónomas parten en muchos casos de diferentes formas de organización y de ubicación, perteneciendo además a diferentes organismos, siendo sus características las del hospital de día y lo común la terapia institucional» (5).

Conviene mencionar, asimismo, que junto con la progresiva puesta en marcha de los hospitales de día a escala estatal, en los últimos años se ha iniciado un proceso que reclama una definición y estructuración «clara y suficiente» de una red asistencial de salud mental infanto-juvenil. Propone que ha de incluir, además de la atención ambulatoria y los dispositivos intermedios (de hospitalización parcial), los dispositivos de internamiento terapéutico y residencial (unidades de hospitalización breve, de media y larga estancia y los dispositivos

socio-educativos-sanitarios) para aquellos niños con patología mental grave, especialmente los trastornos de conducta de diversa etiología (6).

En Cataluña^{2,3}, el primer hospital de día para adolescentes, sectorizado e integrado en la comunidad, inició su actividad a finales de 1998 en el municipio de Gavà. Se trata de una unidad asistencial de hospitalización parcial que combina el tratamiento individual, grupal y familiar, con recursos psicoterapéuticos, ocupacionales, farmacológicos e institucionales. Atiende a chicos y chicas entre 12 y 18 años que presentan trastornos psicopatológicos o disarmonías evolutivas graves (inicio de anorexia, fobias escolares, inhibiciones graves, etc.; en definitiva, «crisis adolescente»). No son candidatos a ingreso en el centro los casos de conductas suicidas o parasuicidas, retraso mental moderado o grave, así como los problemas de drogadicción no incipiente. El equipo asistencial lo forman 2 médicos psiquiatras, 2 psicólogos, 6 educadores, 1 enfermera y 1 trabajador social. El Hospital de día de Gavà pertenece a la Fundación Orienta, entidad proveedora de servicios de salud mental de la Generalitat de Catalunya, y en la actualidad dispone de 36 plazas concertadas.

Este centro, igual que los demás que integran la red de hospitales de día de Cataluña⁴, cuentan con un docente que, integrado en el equipo asistencial, realiza tareas educativas adaptadas a la situación clínica de los adolescentes ingresados. De esta forma, además de mantener –o favorecer– el grado de escolarización de los pacientes, evita una desvinculación radical de la que hasta el momento ha sido su «vida escolar». Más aun, hablando de este aspecto concreto, Veziat (7) dice: «puede y debe existir un método de trabajo tradicional en un establecimiento como el hospital de día. Sin embargo, más allá del método, la aceptación incondicional de la personalidad del niño, de sus posibilidades escolares, se asocia a un material escolar accesible, siempre dispuesto, abierto. Esto no es sólo una hipótesis de trabajo, es una opción personal en lo que se refiere al futuro escolar y psicológico del niño».

En relación con el trabajo que presentamos lo que nos animó a realizarlo, fue, entre otros motivos, su reciente puesta en marcha y la falta de estudios en nuestro medio con el principal objetivo de conocer la evolución de los pacientes dados de

² El Hospital de Día para Adolescentes de Gavà, a diferencia de los anteriores equipamientos, plantea su actuación de forma más comunitaria y vinculada con el entorno familiar, social y educativo del adolescente. Esta línea fue, desde los inicios, una apuesta firme de la Fundación Orienta.

³ El artículo de Ana Jiménez, citado anteriormente y publicado en el año 2001, al final presenta una relación de participantes en el grupo de trabajo sobre Hospital de Día Psiquiátrico para niños y adolescentes. Pues bien, de los 25 profesionales que representan diferentes hospitales de día, 18 provienen de Cataluña, 2 de Pamplona, 1 de Las Palmas de Gran Canarias, 2 de Madrid, 1 de Fuenlabrada y 1 de Alcázar de San Juan.

⁴ En la actualidad en Cataluña están en funcionamiento 13 hospitales de día para adolescentes, de los cuales 10 están en la provincia de Barcelona, 1 en la de Girona, 1 en Lleida y 1 en Tarragona.

¹ El primer hospital de Día para niños y adolescentes se creó hace poco más de 10 años en el Hospital Infantil de San Juan de Dios de Barcelona. Se trataba de una unidad que, a pesar de funcionar de forma menos asilar, sin embargo, no dejaba de estar dentro –y no sólo físicamente– del «ámbito» hospitalario.

alta. Pues bien, los aspectos que inicialmente veíamos como un aliciente, al final resultaron ser un verdadero obstáculo, especialmente, por la escasa literatura encontrada y los pocos estudios de seguimiento publicados hasta ahora⁵. Se trata, pues, de una primera aproximación que, más allá de las limitaciones metodológicas y del corto tiempo estudiado, viene a confirmar algunas impresiones sobre la evolución clínica y vital de estos chicos y chicas, tal como se apunta en las conclusiones.

1. *Material y Método*

Formaron parte del estudio todos los pacientes que ingresaron entre enero de 2001 y diciembre de 2002 y que fueron dados de alta clínica en este mismo periodo. Puesto que se trataba de conocer la evolución, una vez finalizado el proceso terapéutico en el hospital de día, las altas por otros motivos (abandonos, traslados, altas voluntarias, etc.) se descartaron. Para la obtención de los datos se utilizó una encuesta *ad hoc*, estructurada a partir de tres tipos de variables: pragmáticas –situación familiar, laboral, diagnóstico, tratamiento, e ingresos– subjetivas –valoración del estado anímico por parte del paciente o la familia– y sociodemográficas –edad y sexo–. En total el cuestionario estaba formado por 19 preguntas con puntuaciones según la escala de Likert (1-5). En relación con el instrumento utilizado, destacar que si bien las encuestas o escalas validadas aportan una mayor «confianza» estadística, la elección por nuestra parte de «variables pragmáticas» obedeció, después de diversas discusiones, a la necesidad de tener un elemento tangible sobre el estado clínico del paciente: reingreso después del alta, aumento de la medicación, agudización de la sintomatología, etc. Tiempo después de acabar el trabajo vimos con sorpresa que este tipo de variables tienen cada vez mayor presencia en estudios sobre eficacia de determinados psicofármacos (8). En definitiva, pues, se trata de un estudio descriptivo longitudinal, de un año de seguimiento.

Para la recogida de los datos se utilizó básicamente el mismo tipo de cuestionario, realizada en cuatro momentos diferentes: al ingreso del paciente en el hospital de día, en el momento del alta clínica, a los seis meses y al año de haberse marchado del centro. De los 81 pacientes dados de alta clínica y que constituían la muestra total, 48 contestaron la encuesta al ingresar, al alta, a los

⁵ Estudios de seguimiento propiamente dicho encontramos muy pocos, una revisión más amplia nos permitió recabar información sobre estudios relacionados con modalidades terapéuticas (10), dificultades de contención en el niño (11) y un estudio sobre la satisfacción de pacientes y familias en servicios de hospitalización parcial (12).

6 meses y 37 cumplieron finalmente con el calendario previsto. En este sentido señalar que una de las dificultades de los estudios de seguimiento es, precisamente, poder contactar con los chicos y chicas una vez que han abandonado el hospital debido, sobre todo, a cambios de teléfono, de domicilio, etc. Frente a estas dificultades, señalar que tanto los adolescentes como las familias valoraron positivamente el esfuerzo por conocer su estado después del alta y no como una intromisión, como en un principio habíamos previsto. En el trabajo de campo participaron diversas personas, siendo el trabajador social quien finalmente se hizo cargo de pasar las encuestas: dos mediante entrevista directa –cuando el paciente estaba en el centro– y dos por consulta telefónica –al cabo de seis meses y al año–.

Para el procesamiento de la información se elaboró una base de datos a partir de las respuestas obtenidas, a la cual se añadieron otros datos que ya disponíamos (sexo, edad, diagnóstico clínico). En algunas variables como el diagnóstico o preguntas abiertas se realizan reagrupaciones en categorías (como las establecidas por la CIE-10, para los diagnósticos). Para el análisis de los datos se establecieron comparaciones sobre la evolución del paciente a lo largo del ingreso, alta, 6 meses y al año, a partir de las frecuencias encontradas.

2. *Resultados*

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La muestra estaba formada mayoritariamente por hombres (69%). La media de edades se situaba en 15 años, siendo la moda de 17 años. Diferenciando las edades según sexo, se observa una diferencia importante entre hombres y mujeres en la moda. En los varones, la frecuencia más elevada se da en edades inferiores (moda = 15), a diferencia de las mujeres en las que la frecuencia más elevada se da alrededor de los 17 años. Sin embargo, las medias no difieren tanto (15,1 en hombres y 15,9 en mujeres).

VARIABLES PRAGMÁTICAS

A. Farmacología: Aproximadamente un 60% de los adolescentes que ingresaron en el hospital de día seguían un tratamiento farmacológico, y casi un 20% tomaban más de un fármaco. En el momento del alta clínica un 33% seguían tratamiento farmacológico y sólo un 0,5% de los pacientes obtiene el alta con prescripción de más de un fármaco. A los 6 meses, el 31% continúa en tratamiento farmacológico, mientras que al cabo de un año esta cifra pasa a ser casi el 21,6% (Tabla 1).

Tabla 1

Pacientes del estudio en tratamiento farmacológico. Números absolutos y porcentajes

	Con fármacos	Sin fármacos	T	(% con medicación)
Ingreso	27	21	48	56,3
Alta	16	32	48	33,3
A los 6 meses del alta	15	33	48	31,3
Al año del alta	8	29	37	21,6

El tipo de medicamentos más utilizados, durante la estancia en el hospital como a lo largo de la consulta, fueron mayoritariamente los antipsicóticos (risperidona, olanzapina, haloperidol y clozapina –sólo un paciente–), seguido de anti-depresivos y ansiolíticos.

B. **Ámbito familiar:** en relación con el núcleo de convivencia, la situación familiar y de convivencia se mantiene, no hay cambios significativos en las familias de la muestra evaluada. Casi el 70% de la muestra de pacientes convive con la familia nuclear y un 25% residen con uno de los padres en una estructura familiar monoparental.

C. **Ámbito estudiantil y laboral:** se observó un aumento progresivo de los chicos y chicas que trabajan (de ninguno en el ingreso hasta el 27% al año del alta) y una disminución en el campo «sólo estudia». Este hecho se podría explicar en parte por un factor temporal del crecimiento de los chicos. Sin embargo, un dato importante es el del grupo que no trabaja ni estudia. Al ingreso, un 25% de la muestra evaluada se encuentra en este grupo, pero en el momento del alta y a los 6 meses de valoración el porcentaje se reduce al 18% de los jóvenes inactivos. Al año del alta hospitalaria sólo un 16% de los chicos y chicas no estudian ni trabajan (Tablas 2 y 3).

Tabla 2

Tipo de relaciones. Porcentajes

	Ingreso	Alta	6 meses	1 año
Buenas o muy buenas	56,3	60,4	62,5	67,6
Regulares	31,3	33,3	31,3	21,6
Conflictivas o muy conflictivas	12,5	4,2	4,2	8,1
No consta	0,0	2,1	2,1	2,7
TOTAL	100	100	100	100

Tabla 3

Situación escolar y laboral de los pacientes. Porcentajes

	Ingreso	Alta	6 meses	1 año
No trabaja ni estudia	25,0	18,8	18,8	16,2
Sólo estudia	68,8	68,8	64,6	51,4
Sólo trabaja	0,0	6,3	10,4	27,0
Ni trabaja ni estudia	2,1	6,3	4,2	2,7
No contesta	4,2	0,0	2,1	2,7
TOTAL	100	100	100	100

D. **Tratamientos posteriores y continuidad asistencial en la red de salud mental:** A los 6 meses, el 10% ha asistido a algún servicio de la red de salud mental. El 31% siguen visitas periódicas en el CSMIJ/CSMA de referencia, pasando al 24% al año del alta.

Un 18% sigue un tratamiento individual o grupal a los 6 meses, y un 24% lo hace al año de obtener el alta del servicio.

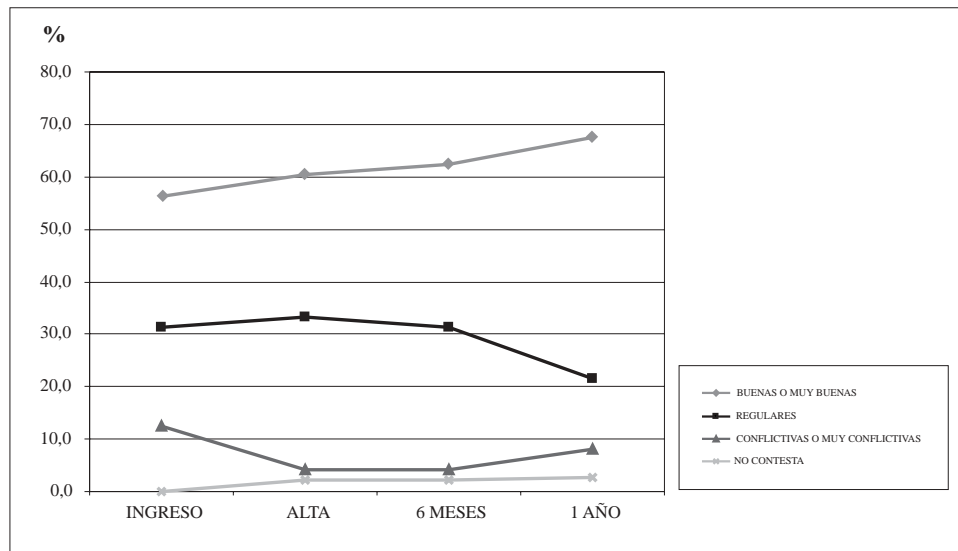
Mejoras subjetivas

Las causas o motivos por los que se solicitó el ingreso en el hospital de día fueron, principalmente, por auto y/o heteroagresividad, problemas conductuales, aislamiento y sintomatología depresiva.

Esta clínica coincide, en general, con los diagnósticos más frecuentes de la muestra que fueron los de psicosis (11 pacientes) y trastornos de conducta (11 pacientes).

En el ámbito relacional se puede observar cómo la calidad de las relaciones consideradas regulares y conflictivas disminuyen para dar paso a un aumento en las relaciones buenas o muy buenas. Este aumento de la satisfacción en las relaciones de convivencia se detecta a los 6 meses y se mantiene al año de alta del Hospital de Día (Gráfico 1).

Gráfico 1
Calidad de las relaciones de convivencia. Porcentajes.



De las respuestas obtenidas a partir de la visión de los pacientes, obtenemos que en el momento del alta, un 15% considera que han desaparecido los motivos por los cuales había ingresado. A los 6 meses y al año, el 50% de los chicos consideran que han remitido totalmente sus síntomas, y sólo un caso considera que ha empeorado a los 6 meses. Un 8% no nota cambio alguno ni en el alta, tampoco a los 6 meses ni al año de ser dado de alta clínica del Hospital de Día (Tabla 4).

Tabla 4
Valoración subjetiva de la situación clínica post alta. Porcentajes

Los motivos por los cuales va ingresar	Alta	6 meses	1 año
Han desaparecido (Remisión del cuadro)	14,6	47,9	51,4
Han mejorado (Clínicamente)	72,9	39,6	37,8
Continúan igual	8,3	8,3	8,1
Ha empeorado	0,0	2,1	0,0
No contesta	4,2	2,1	2,7
TOTAL	100	100	100

3. Discusión

Una primera cuestión a destacar, desde un punto de vista más general, es un cierto desajuste entre el esfuerzo realizado y los resultados obtenidos. Las razones –a menudo inevitables, cuando se trata de la investigación– tienen que ver, en nuestro caso, con dificultades metodológicas y prácticas. Pues bien, con el fin de paliar la falta de un instrumento validado para la recogida de información, se planteó seguir la evolución clínica del paciente, a partir de aspectos «tangibles» –cómo mantenían la medicación, nuevos brotes o crisis que requieran ingresos hospitalarios, aislamiento domiciliario, etc.–; en definitiva, a través de variables pragmáticas –como se vienen denominando últimamente–. El intento por obtener este tipo de respuestas, tampoco dio el resultado esperado, sobre todo por las dificultades para contactar con los pacientes una vez que se marchan del hospital. Esta situación, habitual en los estudios de seguimiento, tiende a acentuarse en periodos de poca estabilidad –como sin duda es la adolescencia– de los sujetos que forman parte del estudio.

Junto con lo anterior señalar que si bien el trabajo aporta unos datos sobre la evolución de los pacientes en un periodo determinado, difícilmente se podrá inferir de forma taxativa que el trabajo terapéutico llevado a cabo durante la estancia en el hospital haya podido influir en los resultados que hemos mencionado. Sin embargo, a partir de los resultados obtenidos podemos constatar las siguientes mejoras:

- Se reduce a la mitad el número de pacientes que precisan tratamiento farmacológico en el momento del alta clínica, respecto al inicio del tratamiento en el Hospital de Día. Además, dicha mejora se mantiene a lo largo del año de seguimiento e incluso sigue disminuyendo ligeramente.
- Disminución del grupo de chicos y chicas que «no estudian ni trabajan». Se trata de adolescentes que, en general, por su aislamiento y dificultades de relación se quedan «encerrados en casa», sin actividad alguna.
- Destacar, finalmente, que un 50% de los adolescentes manifiestan –en la valoración subjetiva– la remisión total de los síntomas entre los 6 meses y el año, y que el 38% considera haber mejorado clínicamente.

4. Conclusiones

Con las limitaciones mencionadas podríamos decir que la mayor parte de los adolescentes con los cuales un año después se pudo contactar presentan, en sentido global, una evolución clínica satisfactoria. Señalar, asimismo, que un porcentaje de ellos además de no experimentar mejoría (8,3%), continuaban con tratamiento farmacológico (21,6%) y en cuanto a las relaciones familiares seguían siendo conflictivas o muy conflictivas (8%).

A partir de estos resultados nos planteamos si los pacientes con el diagnóstico de mayor gravedad (trastorno mental grave) son los que confirman la peor evolución. En este sentido insistir una vez más en la conveniencia de este tipo de trabajos, pues, a pesar del tiempo transcurrido en que fue formulado, «el dilema» (9) sería cómo poder ayudar mejor a aquellos chicos y chicas cuyas dificultades no son sólo las propias de la crisis de la adolescencia, sino las de una enfermedad que en esta etapa y, probablemente, a lo largo de su vida les seguirá acompañando.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) CRAF, M., «Psychiatric Day Hospitals», *American Journal of Psychiatry*, 1959, 116, pp. 251-254.
- (2) GONÇALVES, P., «Introduction et rappel historique», *Bulletin Institutions Universitaires de Psychiatrie Genève (IUPG)*, 1994, 145, 5, Spécial Hôpitaux de jour.
- (3) BLEANDONU, G.; DESPINOY, M., *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, París, Payot, 1974.
- (4) BLINDER, B. J., y otros, «The Children's Psychiatric Hospital Unit in the Community: I. Concept and Development», *Am. J. Psychiatry*, 1978, 135, pp. 848-851.
- (5) JIMÉNEZ PASCUAL, A. M., «Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes», *Revista de la A.E.N.*, 2001, XXI (77), pp. 115-124.
- (6) JIMÉNEZ PASCUAL, A. M., «Dispositivos de internamiento terapéutico para patología mental grave de niños y adolescentes», *Revista de la A.E.N.*, 2004, XXIII (89), pp. 167-186.
- (7) ÉTUDES ET RECHERCHES SUR L'ENFANCE, *Les hôpitaux de jour et externats psychothérapeutiques pour enfants*, Toulouse, Privat, 1969, p. 72.
- (8) PASCUAL, J. C., y otros, «A Naturalistic Study: 100 Consecutive Episodes of Acute Agitation in a Psychiatric Emergency Department», *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2006, 34 (4), pp. 239-244.
- (9) MASTERSON, J. F., *El dilema psiquiátrico del adolescente*, Buenos Aires, Paidós, 1972.
- (10) SEMPÈRE, J., «El grupo multifamiliar en un hospital de día para adolescentes», *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 2005, 5, pp. 93-101.
- (11) SEBESTIK, J.; GARRALDA, M. E., «Survey of Difficult to Contain and Treta Children and Adolescents», *Archives of Disease In Childhood*, 1996, 75 (1), pp. 78-81.
- (12) HORVITZ-LENNON, M., y otros, «Partial Versus Full Hospitalisation for Adults in Psychiatric Distress: a Systematic Review of the Published Literature (1957-1997)», *American Journal of Psychiatry*, 2001, 158 (5), pp. 676-85.

* Rubén D. Gualtero, sociólogo y coordinador del Dpto. de Investigación y Publicaciones de la Fundació Orienta; Mercè Gibert, médico psiquiatra, Jefe de Servicio de Hospitalización parcial de la Fundació Orienta; Ferran Cuerva, trabajador social y psicólogo; Marta Gomà, psicóloga (CSMIJ Sant Boi de Llobregat), Dpto. de Investigación y Publicaciones de la Fundació Orienta. *Correspondencia:* Dra. Mercè Gibert. Hospital de día para adolescentes de Gavà. Calle Sant Lluís, 64 – 08850 Gavà (Barcelona); M.Gibert@fundacioorienta.com

** Fecha de recepción: 12-XII-2006.

Yolanda Sanz López, Teresa Guijarro Granados y Vicente Sánchez Vázquez

Inventario de Desarrollo Battelle como instrumento de ayuda diagnóstica en el autismo

RESUMEN: El objetivo es comprobar si el Inventario de Desarrollo Battelle se podría utilizar como instrumento de ayuda diagnóstica en autismo en los primeros 4 años.

PALABRAS CLAVE: Autismo, perfiles de desarrollo, evaluación.

SUMMARY: The objective is to check if the Inventory of Development Battelle you could use like instrument of diagnostic help in autism in the first 4 years.

KEY WORDS: Autism, development profiles, assessment.

Introducción

El Autismo es considerado por la clasificación diagnóstica más utilizada (DSM-IV), como un Trastorno Generalizado del Desarrollo caracterizado por una perturbación grave y generalizada en varias áreas del desarrollo, que incluyen la interacción social, la comunicación y comportamientos, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados (1).

Las descripciones de este trastorno, a lo largo de su historia, suelen incluir los mismos tipos de déficits o alteraciones, aunque dependiendo de los autores, se pone más énfasis en unos u otros. Así, Leo Kanner, quien describió por vez primera el trastorno en 1943, en su artículo «Alteraciones autistas del contacto afectivo» (2), consideraba como patognómico del cuadro, la incapacidad para relacionarse normalmente con las personas y situaciones. A pesar de ello, también establecía como características, las alteraciones del lenguaje y la insistencia en la invarianza del ambiente acompañada de las actividades ritualizadas. Sin embargo, Rutter, puso de manifiesto su desacuerdo con Kanner en la cuestión del contacto afectivo como rasgo principal y las alteraciones lingüísticas como síntoma secundario, consecuencia de la alteración afectiva. Rutter insistió en el papel de las alteraciones lingüísticas como síntoma primario, debido a la incapacidad de la alteración emocional para explicar por sí sola el trastorno (3; 4). Por otro lado, Asperger, coetáneo de Kanner, centró más sus descripciones en las características expresivas y comunicativas de los autistas, y en las anomalías prosódicas y pragmáticas de su lenguaje (su peculiar melodía o falta de ella, su empleo muy restringido como instrumento de comunicación) (5). Wing, al igual que Kanner, consideró como síntoma nuclear la deficiencia social, aunque concretaba que ésta se caracterizaba por una tríada de déficits en reconocimiento social, comunicación social y comprensión social (6). Esta autora también aportó la consideración de un «espectro autista», es decir, que los rasgos autistas pueden situarse en un

conjunto de continuos o dimensiones que no sólo se alteran en el autismo sino también en otros cuadros que afectan al desarrollo (7).

Con respecto a las teorías etiológicas, centradas más en la búsqueda del origen del autismo que en su descripción, históricamente, se suelen describir tres períodos, que difieren en la raíz de la patología (8). Entre los años cuarenta y cincuenta se consideró el autismo como un trastorno producido por factores emocionales o afectivos inadecuados en la relación del niño con las figuras de crianza. Estas teorías, que estaban basadas en observaciones clínicas e intuiciones, más que en el uso de instrumentos diagnósticos estandarizados, fueron descartadas por falta de datos y estudios científicos que las demostraran (9). En los años sesenta y setenta se estableció la hipótesis de una alteración cognitiva, en lugar de afectiva, para la explicación de las dificultades propias del autismo. A pesar de que no se llegó a concretar dicha alteración, esta hipótesis se basó en investigaciones empíricas rigurosas y controladas. Finalmente, en los últimos años, merece la pena destacar la consideración del autismo desde una perspectiva evolutiva, como un trastorno del desarrollo.

Características del Autismo

En lo referente a las características clínicas del cuadro, los autistas presentan una importante disarmonía en el desarrollo, a pesar de que en el primer año de vida ésta pueda pasar desapercibida. Pueden tener habilidades y destrezas motoras relativamente cercanas a las que corresponden a su edad cronológica (10; 13). Las conductas correspondientes a las áreas interpersonales y comunicativas se encuentran gravemente perturbadas (14; 16). Con respecto al área Adaptativa o de Habilidades de la vida diaria, los datos hallados tienden a mostrar cierta similitud con respecto a niños con desarrollo normal (15; 17). En el área cognitiva, se localiza un déficit específico, puesto que no desarrollan de forma normal la capacidad de atribuir estados mentales a los demás, los niños autistas tienen dificultades para ponerse en el lugar del otro, no entienden que los otros tienen pensamientos, intenciones o sentimientos que guían sus acciones hacia las cosas y hacia los demás. Esto se relaciona también con las habilidades simbólicas de representación, de tipo cognitivo, que también se presentan alteradas en este tipo de niños (18).

Patrón de Desarrollo: Autismo vs Normalidad

Las alteraciones descritas se pueden observar de modo más concreto al comparar de forma más detenida el patrón de desarrollo de los niños normales con el de los autistas.

En niños normales, en el primer año de vida, se pueden apreciar patrones de intersubjetividad primaria y de vinculación bastante complejos. Hacia los seis meses, se suelen iniciar las interacciones diádicas entre la madre y el niño. Las madres intentan comunicarse con sus hijos a través de la imitación de actos y sonidos producidos por éstos (19). El niño es capaz de responderle con imitación, atención y sonrisas. En niños autistas se detecta un claro retraso en habilidades de imitación (20; 22). Algunos son capaces de imitar sonidos, o palabras y frases, posteriormente; pero la mayor dificultad se situaría en la alteración de la imitación de gestos o actos con un valor social para la interacción (23). Se ha demostrado que la competencia social y lingüística de los niños está relacionada con sus habilidades de imitación (22). Los bebés normales, con seis meses, levantan sus brazos cuando la madre los va a tomar en los suyos. También son capaces de anticipar un futuro a corto plazo en rutinas habituales, y reconocen a las personas que participan en dichas rutinas, lo que permite que desarrollen un intenso apego hacia las figuras de crianza. En los niños autistas de esa edad, no se observan los movimientos anticipadores del niño antes de ser tomado en brazos (24). Además, la formación de vínculos de apego se encuentra alterada y su conformación es más lenta que en los niños normales. Sin embargo, la relación que los niños autistas tienen con los extraños es claramente diferente de la que mantienen con personas significativas, lo que constituye un importante índice del «apego» del niño con personas familiares a él (25; 26). Los autistas preverbales responden de modo distinto cuando su madre se va y cuando vuelve, dirigiendo más conducta social a su madre que al extraño. De este modo, no se podría concluir que los niños autistas carezcan de conductas de apego hacia sus padres (27; 28). Durante el primer año, algunos autores (13) han observado en autistas cierta «pasividad» (vivida por los padres como un rasgo temperamental y no como muestra de alteración en el desarrollo), ausencia de comunicación y falta de respuestas expresivas a intentos de interacción.

Durante el segundo año, en el desarrollo normal aparece la comunicación intencional, que se manifiesta a través de gestos, como son los protoimperativos y protodeclarativos. En niños autistas este tipo de comunicación se encuentra alterada. Con respecto a los protodeclarativos, no muestran objetos a los demás, ni tampoco señalan con el dedo con la finalidad de mostrar algo (20). En lo relativo a los protoimperativos, gestos con una función de petición, los niños autistas suelen coger al adulto de la mano y dirigirle hacia el lugar donde se encuentra lo que desean, en vez de señalar con el dedo para indicarlo (29). Carecen de lenguaje, y si éste existe, se utiliza de modo ecológico o poco funcional. En lo referente a la vertiente receptiva del lenguaje, existe una falta de respuesta a llamadas e indicaciones, siendo necesario para comunicarse con ellos estar cara a cara y producir gestos claros y directivos, además la comprensión es escasa y en ocasiones pare-

ce ser selectiva (13). En el área de interacción social, en niños normales, hacia el año, surgen los patrones de atención conjunta. Se incorpora al intercambio madre-hijo, el interés por los objetos o por los sucesos que se desencadenan alrededor de ellos (intersubjetividad secundaria). Los niños autistas no comparten focos de atención con la mirada (alternar la mirada entre un objeto y otra persona), incluso el contacto ocular es escaso. No miran a adultos vinculados para comprender situaciones que le interesan o le extrañan (actos de referencia social). También tienen dificultades para compartir acciones, y no suelen iniciar interacciones con adultos. Con iguales, tienden a ignorarlos y no juegan con ellos (13). En el área cognitiva, los niños autistas carecen de juego de ficción (no representan con objetos o sin ellos situaciones, acciones, etc.). Este tipo de juego, junto con el lenguaje, es la manifestación más evidente de las habilidades simbólicas de representación en niños con un desarrollo normal. Las dificultades de los autistas en este tipo de juego, denotan problemas cognitivos y falta de sintonía con la conducta e intereses de los demás (30).

Evaluación del Autismo

Habría que destacar que el número de estudios sobre instrumentos de evaluación del desarrollo en muestras que incluyen niños autistas es bastante reducido, si se compara con otros aspectos investigados, como pueden ser la etiología o la intervención. Se hará referencia a investigaciones en las que se muestran las diferencias entre las distintas áreas de desarrollo bien sea mediante escalas de medida o mediante la observación.

Diversos estudios analizan los perfiles mostrados por la Escala de Vineland (*Vineland Adaptive Behavior Scales*). En dicha escala algunos autores hallan relativa debilidad en el área de Socialización y relativa fortaleza en Habilidades de la Vida Diaria (15). Otras investigaciones demuestran en la revisión de la bibliografía, además de estas dos características, un déficit en el área de Comunicación, aunque después en sus propios estudios no pueden confirmarlos porque hallan un perfil bastante homogéneo (16). También se encuentran otra serie de trabajos que solo obtienen puntuaciones más bajas en niños autistas con respecto a niños normales en el área de Socialización del Vineland (14). En una revisión de estudios de Conducta Adaptativa en autismo acompañado de retraso mental, Kraijer (17) encontró que estos pacientes comparados con no autistas, se muestran inferiores en el área de Socialización y algo menos inferiores en el área de Comunicación. El rendimiento no llegaba a ser diferente en Habilidades de la vida diaria/Autocuidado y Habilidades de Motricidad Gruesa/Habilidades Motoras.

En estudios que comparan niños autistas con niños con retraso mental y niños normales, utilizando las Escalas Guidetti-Tourette para valorar el desarrollo de Habilidades de Comunicación, se ha observado un retraso general en Habilidades de Comunicación en niños autistas con respecto a los demás niños (31).

Utilizando el Short Sensory Profile para evaluar a niños autistas, niños con retraso en el desarrollo y niños normales, los niños autistas presentan más síntomas sensoriales en general que niños con retraso en el desarrollo y niños normales, así como también más dificultades en el filtrado auditivo (32). Hay estudios que revelan que las características del autismo pueden estar relacionadas con una disfunción cerebral que afecta al procesamiento del input sensorial a través de la vía auditiva. La lesión cerebral podría ser parte de un proceso de daño neurológico que explique el desarrollo lingüístico, cognitivo y social anormal en los trastornos autistas (33).

También se ha observado que los niños autistas se caracterizan por mostrar en la escala CARS (*The Childhood Autism Rating Scale*) puntuaciones más altas en Alteraciones Sociales, que niños diagnosticados de otros Trastornos Generalizados del Desarrollo y Trastornos no Generalizados del Desarrollo (34).

Estudios científicos en los que los niños autistas son evaluados por observadores, demuestran que éstos tienen un gran grado de dificultad en habilidades sociales, comunicativas y cognitivas (35). Del mismo modo, en investigaciones llevadas a cabo mediante la observación en videos caseros de niños autistas, grabados anteriormente a que se realizara el diagnóstico, se presenta menor frecuencia de observaciones de habilidades comunicativas y de interacción que en el mismo tipo de video de niños normales (también que niños con TGD no especificado) (36).

Se ha expuesto hasta el momento de forma breve, la definición de autismo y las aportaciones más importantes de los autores destacados en la materia, la evolución histórica, las características clínicas del trastorno, las diferencias mostradas en el desarrollo con respecto a niños normales y su evaluación psicométrica. Nuestro estudio se va a centrar concretamente en el área de la evaluación. Partiendo de que el autismo presenta la nosología anteriormente descrita y asumiendo que muestra un perfil de desarrollo disarmónico, se pretende estudiar si el Inventario de Desarrollo Battelle es útil para detectar las deficiencias y alteraciones que se manifiestan en este trastorno.

Objetivos

En el presente trabajo se quiere comprobar si el Inventario de Desarrollo Battelle se podría utilizar como instrumento de ayuda diagnóstica en autismo en los primeros cuatro años de vida.

Para ello, se analiza el perfil mostrado por una muestra de niños autistas atendidos en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Se plantea la siguiente hipótesis de trabajo:

Si el Inventario de Desarrollo Battelle fuese un buen instrumento de ayuda diagnóstica, entonces se obtendrían diferencias significativas en Cocientes de Desarrollo en las áreas revisadas, que se muestran alteradas en el autismo.

Método

Sujetos

La muestra estudiada está compuesta por 11 niños, todos varones, diagnosticados de autismo en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. En ningún caso existe patología asociada y tampoco han llegado a recibir tratamiento. Nunca han sido hospitalizados previamente a la aplicación del instrumento de evaluación. El rango de edades comprende de 30 meses a 54 meses y 19 días. Dicha muestra queda distribuida en 3 grupos:

- Grupo 1, 3 niños (de 30 a 32 meses).
- Grupo 2, 5 niños (de 43 a 45 meses).
- Grupo 3, 3 niños (de 54 meses y 6 días a 54 meses y 19 días).

Instrumento

Se ha utilizado el Inventario de Desarrollo Battelle, de Newborg, Stock y Wnek; adaptación española de De la Cruz y González (37). Se trata de una batería para evaluar las habilidades fundamentales del desarrollo en niños comprendidos entre el nacimiento y los ocho años, su aplicación es individual y está tipificada. Esta prueba, elaborada por un grupo de profesionales de diversos campos, se desarrolló inicialmente en el año 1984, aunque la adaptación española es del año 1996. Uno de los propósitos fundamentales con el que se creó la prueba fue el de poder proporcionar información sobre los puntos fuertes y débiles en diversas áreas del desarrollo del niño, para facilitar la elaboración de programas de intervención individualizados (37). Se utiliza en el ámbito clínico, en la evaluación en edades tempranas y en el área de la educación especial (38-42).

Es un inventario bastante completo en cuanto a los procedimientos para la obtención de datos, ya que además de utilizar la observación, usa el examen

estructurado y también recoge información de personas relevantes en la vida del niño. Su formato de aplicación y puntuación poseen mayor objetividad y rigor que los utilizados en la mayoría de los inventarios de desarrollo. Los ítems se presentan en un formato normalizado que especifica la conducta que se va a evaluar, los materiales necesarios, los procedimientos de administración y los criterios para puntuar la respuesta (37). Está compuesto por 341 ítems divididos en las siguientes áreas:

- Personal/Social.
- Adaptativa.
- Motora (Motricidad Gruesa y Motricidad Fina).
- Comunicación (Receptiva y Expresiva).
- Cognitiva.

Dentro de cada una de las cinco áreas, los ítems se agrupan en subáreas (o áreas de habilidades específicas).

Los resultados, obtenidos en Edades Equivalentes de Desarrollo en cada área, se transformaron en nuestro estudio en Cocientes de Desarrollo, los cuales permiten comparar los resultados obtenidos por sujetos de distintas edades.

Procedimiento

Los sujetos evaluados forman parte de niños diagnosticados de autismo en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil del Hospital Reina Sofía de Córdoba. Este Inventario forma parte del protocolo a seguir en la Unidad para la atención a los Trastornos Generalizados del Desarrollo. Cuando un niño recibe como diagnóstico uno de estos trastornos es evaluado con este instrumento.

Las condiciones de aplicación del Inventario siempre son las mismas. Las áreas Personal-Social y Adaptativa se aplican en una entrevista a la que acuden los padres (se realiza el mismo día que la evaluación del niño), esta entrevista es altamente estructurada y en ella se sigue de modo estricto el procedimiento indicado por el manual del Inventario, siguiendo criterios objetivos y rigurosos en la puntuación de los ítems evaluados. El resto de las áreas (Motora, Comunicación y Cognitiva) se administran de forma individual, siempre en la misma sala de juegos y con los mismos materiales.

De los sujetos diagnosticados de autismo y evaluados en el Inventario de Desarrollo Battelle en la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil anteriormente citada, se seleccionaron aquellos que finalmente han formado parte de nuestro trabajo.

Para la selección y formación de los grupos se tuvo en cuenta el criterio de edad, eligiendo sólo a niños que pudieran formar grupos homogéneos (no siendo la diferencia de edad intragrupo mayor de tres meses), y que de un grupo al siguiente hubiera una diferencia mínima de edad intergrupo de al menos nueve meses.

Análisis de Datos

Los análisis estadísticos se realizaron con el Programa SPSS 11.0 para Windows. Se han utilizado pruebas no paramétricas debido al escaso número de sujetos; por el mismo motivo se ha utilizado como estadístico de tendencia central la Mediana en lugar de la Media, para la realización tanto de análisis como de gráficos. Se ha recurrido a la media, cuando se ha debido llevar a cabo un análisis univariado de Varianza.

Resultados

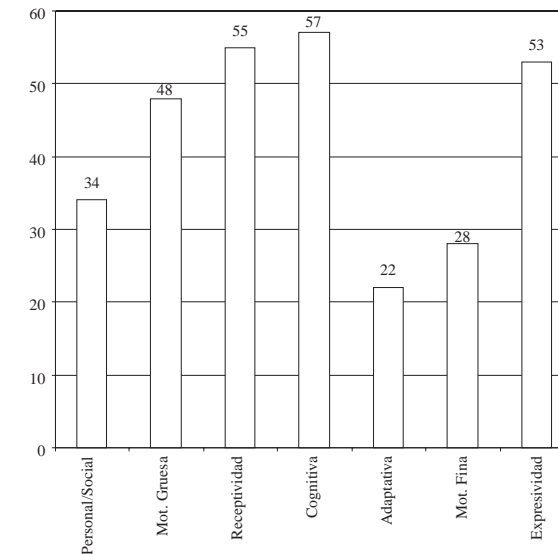
La Tabla 1 muestra las puntuaciones obtenidas medidas en Cocientes de Desarrollo de cada uno de los sujetos, por cada área.

Tabla 1
Cocientes de Desarrollo obtenidos

Table with 12 columns: Area, Grupo 1 (30m, 31m, 32m), Grupo 2 (43m, 43m, 45m, 45m, 45m), Grupo 3 (54m,6d, 54m,11d, 54m,19d). Rows include Pers./Social, Adaptativa, Mot. Gruesa, Mot. Fina, Receptividad, Expresividad, and Cognitiva.

El Gráfico I muestra las medianas obtenidas por los sujetos del grupo 1 en cada área estudiada.

Gráfico I
Medianas por áreas del Grupo 1 (30-32 meses)



En el gráfico I puede observarse que las áreas donde los sujetos del Grupo 1 alcanzan mayores Cocientes de Desarrollo son por orden decreciente: Motricidad Fina (CD = 57), Motricidad Gruesa (CD = 55), Cognitiva (CD = 53) y Adaptativa (CD = 48). En las áreas Receptiva, Expresiva y Personal/Social los sujetos del Grupo 1 obtienen Cocientes de Desarrollo muy bajos (22, 28 y 34, respectivamente).

En el gráfico 2 se observa que los sujetos del Grupo 2 alcanzan mayores Cocientes de desarrollo y siguiendo un orden decreciente en las siguientes áreas: Motricidad Gruesa (CD = 60), Motricidad Fina (CD = 58), Adaptativa (CD = 58) y Cognitiva (CD = 53). En las áreas Receptiva, Expresiva y Personal se vuelven a obtener Cocientes de Desarrollo muy bajos (27, 33 y 42 respectivamente).

Gráfico II
Medianas por áreas del Grupo 2 (43-45 meses)

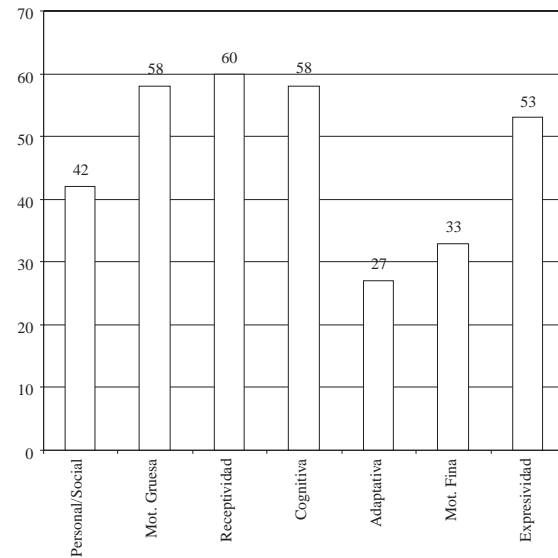
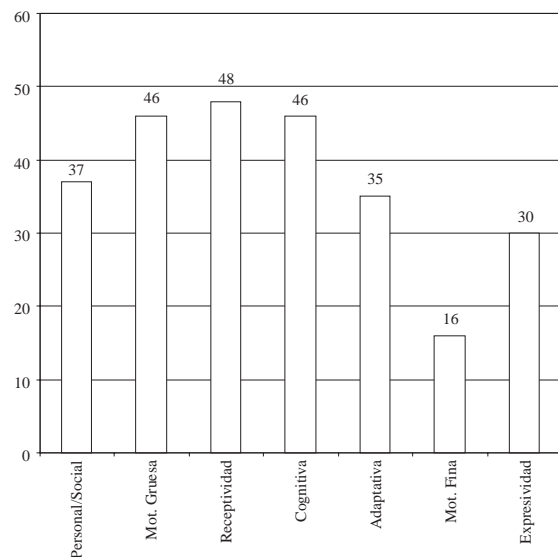


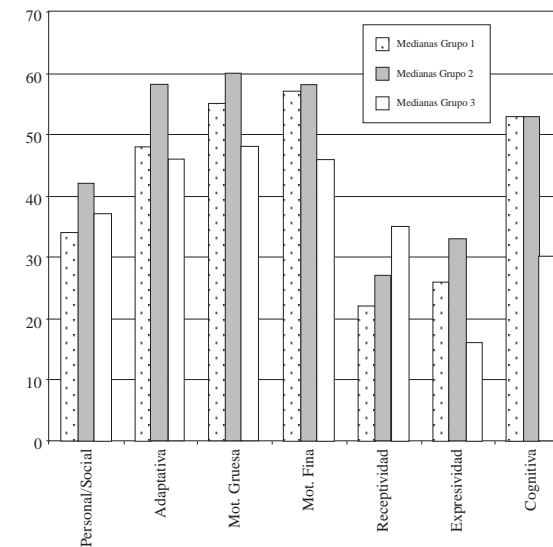
Gráfico III
Medianas por áreas del Grupo 3 (54m 6d - 54m 19d)



En el gráfico III, pueden observarse que las áreas donde los sujetos del Grupo 3 consiguen mayores Cocientes de Desarrollo son, por orden decreciente: Motricidad Gruesa (CD = 48), Motricidad Fina (CD = 46) y Adaptativa (CD = 46). En las áreas Personal/Social (CD = 37), Receptiva (CD = 35) y Cognitiva (CD = 30), obtienen Cocientes de Desarrollo algo más bajos, siendo el área de Expresividad (CD = 17) la que puntúa con el menor Cociente de Desarrollo.

Finalmente, en el último gráfico (gráfico IV), se muestran y describen las Medianas de los 3 grupos en cada una de las áreas, de forma conjunta.

Gráfico IV
Medianas de los 3 grupos, por áreas



Se puede observar que el Grupo 2 (43-45 meses), obtiene las puntuaciones más altas en todas las áreas, excepto en Receptividad. El grupo 3 (54m-54m 16 días), obtiene las puntuaciones más bajas en todas las áreas excepto en Receptividad. Obsérvese que los Cocientes de Desarrollo obtenidos por el Grupo 1 en las distintas áreas se sitúan entre el Grupo 2 y 3, salvo en las áreas de Personal/Social y Receptividad.

Previa comprobación de la homogeneidad entre las distribuciones de las áreas de desarrollo con la Prueba de Levene, se aplicaron las Pruebas no paramétricas de Kruskal-Wallis y de la Mediana, para observar si existían diferencias significativas dentro de cada grupo entre las distintas áreas de desarrollo (primera hipótesis formulada). Los resultados se muestran en las Tablas 2 y 3.

Tabla 2
Prueba de Kruskal-Wallis

	CD (Grupo 1)	CD (Grupo 2)	CD (Grupo 3)
Chi-Square	10,295	15,631*	9,452
df	6	6	6
Asymp. Sig.	0,113	0,016	0,150

Nivel de significación: *: $p \leq 0,05$

Tabla 3
Prueba de la Mediana

	CD (Grupo 1)	CD (Grupo 2)	CD (Grupo 3)
Chi-Square	10,309	14,046*	7,636
df	6	6	6
Asymp. Sig.	0,112	0,029	0,266

Nivel de significación: *: $p \leq 0,05$

Sólo se obtienen diferencias significativas entre las áreas, en el Grupo 2, Kruskal-Wallis $c^2 = 15,631$; $df = 6$; $p = 0,016$ y Mediana $c^2 = 14,046$; $df = 6$; $p = 0,029$.

Para comprobar entre qué áreas se encuentran las diferencias significativas se lleva a cabo un análisis univariado de Varianza, después de haber comprobado la normalidad de las distribuciones de las áreas de desarrollo mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov.

El análisis univariado de Varianza vuelve a indicar la diferencia significativa, en esta ocasión entre las medias ($F = 4,480$; $df = 6$; $p = 0,003$). De modo que se realiza posteriormente una prueba de Comparaciones múltiples para localizar entre qué áreas se localizan las diferencias significativas concretamente, mediante las Pruebas de Tukey HSD, Bonferroni y Sidak. Todas ellas encuentran diferencias significativas ($p < 0,05$) entre el Área de Receptividad y las áreas: Motricidad Fina, Motricidad Gruesa y Adaptativa.

Conclusiones

Cuando se inició esta investigación se quería comprobar si el Inventario de Desarrollo Battelle podría ser un instrumento específico para confirmar el diag-

nóstico de autismo, puesto que incidía en áreas especialmente dañadas en esta población. Para ello se emplearon 3 grupos de sujetos a los que se les pasó la prueba. A la vista de los resultados obtenidos se puede comprobar que:

1. En todos los grupos de edad (Grupo 1, Grupo 2 y Grupo 3) existe un comportamiento diferencial de los sujetos en las diferentes áreas. Los sujetos obtienen Cocientes de Desarrollo más bajos en el área de Comunicación y más altos en las áreas de Motricidad Gruesa, Motricidad Fina y Adaptativa. Estos datos están en concordancia con las investigaciones al respecto.
2. Esas diferencias se hacen estadísticamente significativas en el Grupo 2. Concretamente entre el área de Receptividad y las áreas Adaptativa, Motricidad Gruesa y Motricidad Fina.
3. Por tanto, el Inventario de Desarrollo Battelle podría ser un buen instrumento de ayuda diagnóstica en el autismo, aunque sería necesario comprobar en posteriores trabajos que las diferencias obtenidas son específicas de este trastorno.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, Washington, D. C., APA, 1994.
- (2) KANNER, L., «Autistic Disturbances of Affective Contact», *Nervous Child*, 1943, 2, pp. 217-230.
- (3) RUTTER, M., «Concepts of Autism: A Review of Research», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1968, 9, pp. 1-25.
- (4) RUTTER, M., «Diagnosis and Definition of Childhood Autism», *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1978, 8, pp. 139-161.
- (5) ASPERGER, H., «Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter», *Archiv fuer Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1944, 117, pp. 76-136.
- (6) WING, L., «The Continuum of Autistic Characteristics», en SCHOPLER, E.; MESIBOV, G. B. (eds.), *Diagnosis and Assessment in Autism*, Nueva York, Plenum, 1988.
- (7) WING, L.; GOULD, J., «Severe Impairments Social Interactions and Associated Abnormalities in Children: Epidemiology and Classification», *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1979, 9, pp. 11-29.
- (8) RIVIÈRE, A., *Curso de Desarrollo Normal y Autismo*, Santa Cruz de Tenerife, 1997, <http://aut.ts.es/>.
- (9) KOEGEL, R. L., y otros, «Personality and Family Interaction Characteristics of Parents of Autistic Children», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 16, pp. 683-692.
- (10) WING, L., «Lenguaje, Social and Cognitive Impairments in Autism and Severe Mental Retardation», *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1981, 11, 1, pp. 31-44.
- (11) WING, L.; EVERARD, M., *Autismo Infantil. Aspectos médicos y educativos*, Madrid, Aula XXI, 1982.
- (12) RIVIÈRE, A., «El desarrollo y la educación del niño autista», en MARCHESI, A.; COLL, C.; PALACIOS, J. (eds.), *Desarrollo psicológico y educación, vol. III*, Madrid, Alianza, 1993.

- (13) RIVIÈRE, A., «¿Cómo aparece el autismo? Diagnóstico temprano e indicadores precoces del trastorno autista», en RIVIÈRE, A.; MARTOS, M. (eds.), *El niño pequeño con autismo*, Madrid, APNA, 2000.
- (14) SCHATZ, J.; HAMDAN-ALLEN, G., «Effects of Age and IQ on Adaptive Behavior Domains for Children with Autism», *J. Autism Dev. Disord.*, 1995, 25, 1, pp. 51-60.
- (15) CARTER, A. S., y otros, «The Vineland Adaptive Behavior Scales: Supplementary Norms for Individuals with autism», *J. Autism Dev. Disord.*, 1998, 28, 4, pp. 287-302.
- (16) FENTON, G., y otros, «Vineland Adaptive Behavior Profiles in Children with Autism and Moderate to Severe Developmental Delay», *Autism*, 2003, 7, 3, pp. 269-87.
- (17) KRAIJER, D., «Review of Adaptive Behavior Studies in Mentally Retarded Persons with Autism/Pervasive Developmental Disorder», *J. Autism Dev. Disord.*, 2000, 30, 1, pp. 39-47.
- (18) LESLIE, A., «Pretense and Representation: The Origins of Theory of Mind», *Psychological Review*, 1987, 94, pp. 412-426.
- (19) KAYE, K., «La vida social y mental del bebé», en RIVIÈRE, A.; MARTOS, J. (eds.), *El niño pequeño con autismo*, Madrid, APNA, 2000.
- (20) CURCIO, F., «Sensoriomotor Functioning and Communication in Mute Autistic Children», *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 8, 282-292, pp. 1978, en RIVIÈRE, A.; MARTOS, J. (eds.), *El niño pequeño con autismo*, Madrid, APNA, 2000.
- (21) HAMMES, J. G.; LANGDELL, T., «Precursors of Symbol Formation and Childhood Autism», *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11, pp. 331-346, en RIVIÈRE, A.; MARTOS, J. (eds.), *El niño pequeño con autismo*, Madrid, APNA, 2000.
- (22) DAWSON, G.; ADAMS, A., «Imitation and Social Responsiveness in Autistic Children», *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, pp. 206-226, en RIVIÈRE, A.; MARTOS, J. (eds.), *El niño pequeño con autismo*, Madrid, APNA, 2000.
- (23) KLINGER, L. G.; DAWSON, G., «Facilitating Early Social and Communicative Development in Children with Autism», en RIVIÈRE, A.; MARTOS, J. (eds.), *El niño pequeño con autismo*, Madrid, APNA, 2000.
- (24) AJURIAGUERRA, J., *Manual de psiquiatría infantil*, Barcelona, Toray-Masson, 1979, en RINS, A.; CASTRO, S., «Desarrollo social y cognitivo en niños autistas», *Contextos de Educación*, 0, 3, Universidad Nacional de Río Cuarto, 1999.
- (25) RIVIÈRE, A., «Educación del niño autista», en MAYOR, J. (comp.), *Manual de educación especial*, Madrid, Anaya, 1991, en RINS, A.; CASTRO, S., «Desarrollo social y cognitivo en niños autistas», *Contextos de Educación*, 0, 3, Universidad Nacional de Río Cuarto, 1999.
- (26) FRONTERA, M., «Trastornos profundos del desarrollo: el autismo», en MOLINA, S. (comp.), *Bases psicopedagógicas de la educación especial*, España, Marfil, 1994, en RINS, A.; CASTRO, S., «Desarrollo social y cognitivo en niños autistas», *Contextos de Educación*, 0, 3, Universidad Nacional de Río Cuarto, 1999.
- (27) ROGERS, S.; OZONOFF, S.; MASLIN-COLE, C., «A Comparative Study of Attachment Behavior in Young Children with Pervasive Developmental Disorders», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, pp. 207-214, 1994, en RIVIÈRE, A.; MARTOS, J. (eds.), *El niño pequeño con autismo*, Madrid, APNA, 2000.
- (28) SIGMAN, M.; CAPPS, L., *Children with Autism. A Developmental Perspective*, Londres, Harvard University Press, 1997, en RIVIÈRE, A.; MARTOS, J. (eds.), *El niño pequeño con autismo*, Madrid, APNA, 2000.

- (29) RICKS, D. M.; WING, L., «Language Communication and the Use of Symbols», en WING, L. (eds.), *Early Childhood Autism: Clinical, Educational and Social Aspects*, Nueva York, Pergamon Press, 1976.
- (30) CANAL, R., «Habilidades comunicativas y sociales de los niños pequeños preverbales con Autismo», en RIVIÈRE, A.; MARTOS, J. (eds.), *El niño pequeño con autismo*, Madrid, APNA, 2000.
- (31) ADRIEN, J. L., y otros, «Regulation of Cognitive Activity and early Communication Development in Young Autistic, Mentally Retarded, and Young Normal Children», *Dev. Psychobiol.*, 2001, 3, 2, pp. 124-36.
- (32) ROGERS, S. J.; HEPBURN, S.; WEHNER, E., «Parent Reports of Sensory Symptoms in Toddlers with Autism and Those with Other Developmental Disorders», *J. Autism Dev. Disord.*, 2003, 33, 6, pp. 631-42.
- (33) WONG, V.; WONG, S. N., «Brainstem Auditory Evoked Potential Study in Children with Autistic Disorder», *J. Autism Dev. Disord.*, 1991, 21, 3, pp. 329-40.
- (34) DILALLA, D. L.; ROGERS, S. J., «Domains of the Childhood Autism Rating Scale: Relevance for Diagnosis and Treatment», *J. Autism Dev. Disord.*, 1994, 24, 2, pp. 115-28.
- (35) BAILEY, D. B., y otros, «Early Development, Temperament, and Functional Impairment in Autism and Fragile X Syndrome», *J. Autism Dev. Disord.*, 2000, 30, 1, pp. 49-59.
- (36) MARS, A. E.; MAUK, J. E.; DOWRICK, P. W., «Symptoms of Pervasive Developmental Disorders as Observed in Prediagnostic Home Videos of Infants and Toddlers», *J. Pediatr.*, 1998, 132, 3, pp. 500-4.
- (37) NEWBORG, J.; STOCK, J. R.; WNEK, L., *Inventario de Desarrollo Battelle*, Madrid, TEA, 1996.
- (38) BENNER, S. M., *Assessing Young Children with Special Needs*, Nueva York, Longman, 1992.
- (39) CULBERTSON, J. L.; WILLIS, D. J., *Testing Young Children: A Referente Guide for Developmental, Psychoeducational, and Psychosocial Assessments*, Austin, TX: Pro-Ed., 1993.
- (40) KAMPHAUS, R. W., *Clinical Assessment of Children's Intelligence: A Handbook for Professional Practice*, Boston, Allyn & Bacon, 1993.
- (41) COHEN, L. G.; SPENCINER, L. J., *Assessment of Young Children*, Nueva York, Longman, 1994.
- (42) MALEAN, M.; BAYLEY, D. B.; WOLERY, M., *Assessing Infants and Preschoolers with Special Needs*, Columbus, OH Merrill, 1996.

* Yolanda Sanz López, psicóloga clínica; Teresa Guijarro Granados, psiquiatra; Vicente Sánchez Vázquez, psicólogo clínico, director de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental Infantil y Juvenil. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Correspondencia: Ysanzlopez@hotmail.com. Hospital los Morales. USMI, Ctra. Sanatorio s/n 14012 Córdoba.

** Fecha de recepción: 23-II-2007.

Sonia Lafuente Lázaro, José Santos Francisco González, Isabel Criado Martín y Concha Covarrubias Fernández

Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. El caso de Segovia

RESUMEN: Estudio, veinte años después de la reforma psiquiátrica, con el que pretendemos dar a conocer, cómo es la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia.

PALABRAS CLAVE: Esquizofrenia, lugar de residencia, estado funcional, calidad de vida subjetiva y objetivada.

SUMMARY: Paper, based on a study carried out two decades after the Psychiatric Reform in Spain, focuses on quality of life among schizophrenic patients.

KEY WORDS: Schizophrenia, place of residence, functional status, subjective vs. objectivized quality of life.

Introducción

La reforma psiquiátrica en abril de 1985, hizo que muchas personas que estaban ingresadas en Hospitales Psiquiátricos pasaran a recibir sus cuidados dentro del Sistema General de Salud. La medida permitía que este colectivo volviera a la Comunidad y se formularan unos criterios generales de prestación de asistencia a los problemas de salud mental (1).

Estos criterios se establecieron sobre la base de plena integración en el sistema sanitario general de todas las actuaciones relativas a dicha asistencia; la potenciación de los recursos asistenciales a nivel comunitario; la equiparación del enfermo mental a otros pacientes; la incorporación de las unidades psiquiátricas en los hospitales generales; el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción, y la puesta en marcha de actividades preventivas en coordinación con los Servicios Sociales (2).

Con el presente estudio pretendemos dar a conocer, veinte años después de la reforma, cómo es la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos de Segovia; realizando para ello una exposición comparativa entre los que actualmente viven institucionalizados en unidad residencial psiquiátrica y los que residen en la provincia o en la capital.

El concepto calidad de vida es de difícil precisión y ha dado lugar a diferentes modelos teóricos (3), que han generado a su vez, múltiples instrumentos de evaluación. Aunque no existe un consenso en cuanto a su definición, sí encontramos algunas características comunes. Este concepto debe incluir, por un lado, indicadores objetivos sobre una amplia variedad de aspectos de la vida y por otro debe incluir elementos subjetivos que valoren el grado de satisfacción o bienestar alcanzado por las personas, partiendo de su propia percepción. La incorporación de la subjetividad al constructo de calidad de vida se realiza

a partir de Lehman en 1982 y se le ha dado una importancia creciente (4; 5; 6). Teniendo en cuenta estas consideraciones, elegimos como instrumento específico para medir la calidad de vida en esquizofrenia, el LQoLP, esto es, Perfil de Calidad de Vida de Lancashire.

En estudios anteriores, como el de Leisse y Kallert (7), la satisfacción subjetiva de los afectados, no difería sistemáticamente dependiendo del entorno de atención (hecho que corroboraremos en el nuestro). Los que vivían en instituciones, presentaban un grado relativamente alto de satisfacción subjetiva, a pesar de sus niveles mayores de discapacidad (teoría del nivel de adaptación, logro de metas y fenómeno de contraste). Björkman y Hansson (8), encontraron que el funcionamiento psicosocial, los síntomas psiquiátricos y la autoestima fueron los factores más importantes como predictores de calidad subjetiva de vida.

Nos decantamos también por introducir un doble criterio de valoración. No sólo se trata de conocer la percepción personal, sino que además, es necesario conocer de qué manera el paciente puede desarrollar su vida en la sociedad en que vivimos (9). Por supuesto, no se pretende establecer una mayor consideración por uno u otro método de medición. Creemos que ambos enfoques se complementan y son necesarios. Nuestro estudio pretende también identificar las variables que podrían incidir en la calidad de vida, tanto subjetiva como objetiva.

Método

a) Participantes y ámbito del estudio

Participaron en el estudio 61 pacientes de entre 45 y 60 años con diagnóstico de Esquizofrenia según CIE 10: F20 (10), residentes en Segovia. El límite de edad se decidió pensando en acotar una población joven en las fechas de inicio de la reforma. Se seleccionaron aquellos que hubieran ingresado a lo largo de su vida en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica o bien se encontraran en la actualidad en la Unidad de Rehabilitación «Nuestra Señora de la Fuencisla»¹. Pretendíamos incluir de esta manera a los enfermos con cuadro clínico más grave y de edad joven en las fechas del inicio de la reforma, para tener información sobre la evolución de su enfermedad a largo plazo.

¹ Unidad indicada para pacientes carentes de autonomía social y personal. Cumple funciones esencialmente de carácter residencial y proporciona cuidados mínimos de enfermería para quienes la precisen.

b) Instrumentos de medida

– Los datos sociodemográficos se recogieron por medio de un cuestionario de elaboración propia.

– Para valorar el estado funcional del paciente, utilizamos la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), Eje V en el DSM-IV-TR (11).

– La calidad de vida se midió utilizando el instrumento: Perfil de Calidad de Vida de Lancashire Versión Europea (LQOLP- EV) (12; 13). Se trata de una entrevista estructurada, que debe ser administrada por entrevistadores preparados (en nuestro caso, profesionales de los Servicios de Salud Mental) en un tiempo aproximado de 30 minutos. Consta de 105 elementos que evalúan el bienestar global de la persona, su autoconcepto, así como el bienestar, en nueve áreas principales de la vida tanto desde una perspectiva subjetiva como objetiva: Trabajo/educación, tiempo libre/participación de actividades recreativas, religión, finanzas, alojamiento, problemas legales y de seguridad ciudadana, relaciones familiares, relaciones sociales, salud. Los componentes subjetivos de estos dominios son evaluados en una Escala de 7 puntos de Satisfacción Vital (ESV) (1: no puede ser peor, hasta 7: no puede ser mejor). El cuestionario incluye 2 escalas para medir el estado afectivo y la autoestima del paciente. Así como una valoración por parte del entrevistador de la calidad de vida percibida del sujeto (Uniescala). Este instrumento fue validado y traducido al español por Luis Gaité y colaboradores en el estudio EPSILON 8 (14).

c) Análisis de los datos

Las técnicas estadísticas empleadas se resumen en: descriptivos, ANOVA, Prueba de Kruskal-Wallis, ambas con análisis *post-hoc* (Scheffé y Steel, en su caso), Prueba T, Prueba U de Mann-Whitney (junto con la K W, según escala o por incumplimiento de la hipótesis de homogeneidad de la varianza), Prueba χ^2 de Pearson (recurriendo a los residuos tipificados corregidos), Coeficiente de correlación de Pearson mediante Kyplot 2.0 (Beta) (15) y SPSS 11. En todos los contrastes, la significatividad se marca con un nivel α máximo del 5%.

Resultados

1) Información sociodemográfica y clínica:

De los 61 pacientes que participaron en el estudio, el 66% eran hombres y el 34% mujeres. Con una edad comprendida entre los 45-60 años, siendo la

media 52 (± 4). Al comprobar la distribución por lugar de residencia, el 31% residen en la Unidad de Rehabilitación, mientras que un 23% viven en Segovia capital y un 46% en la provincia (31% institucionalizados vs 69% no institucionalizados). Queríamos hacer especial hincapié en la dependencia o no dependencia institucional de los pacientes. La división entre provincia y capital se hace para identificar si existen además peculiaridades en los enfermos residentes en ambos entornos. Así, definimos tres entornos distintos de residencia (Tabla 1).

La diferencia de edades no es significativa en ninguno de los tres grupos establecidos por lugar de residencia. El mayor número de mujeres se concentra en la Unidad de Rehabilitación (57% vs 17% de los hombres) y el mayor número de hombres en la provincia (50% vs 38% de las mujeres). La Prueba de ji-cuadrado de Pearson en este sentido arroja un valor $\chi^2 = 12$; gl. = 2; sig. = 0,002².

En cuanto a la distribución por diagnósticos, el 29% de los pacientes fueron diagnosticados de esquizofrenia residual. El 54% de E. paranoide. El 17% restante se reparte entre la simple, la hebefrénica y sin especificar (se recodifica la variable en tres niveles para los cálculos). La duración media de evolución de la enfermedad es de 22 años (± 10).

Los pacientes tienen un Estado funcional medio (Escala de Evaluación de la Actividad Global, EEAG) de 56 (± 16), situándose en el rango 51-60, es decir, síntomas moderados o dificultades moderadas en la actividad social y laboral. De los que presentan un estado funcional por debajo de 40 (alteración importante en varias áreas como el trabajo, las relaciones familiares, el juicio, pensamiento y estado de ánimo) el 60% residen en la Unidad de Rehabilitación, repartiéndose la totalidad de los que presentan un estado funcional por encima de 60 (síntomas moderados), entre capital y provincia. Esto puede explicarse bien porque el paciente, tras años de evolución de su enfermedad, va reduciendo paulatinamente su estado funcional hasta que no puede vivir de forma autónoma o con sus cuidadores habituales, teniendo que ingresar entonces en unidad residencial, o bien porque la dependencia institucional tiende a reducir su estado funcional.

² La diferencia (positiva) es significativa entre la frecuencia observada y la teórica, en el caso de los residentes en la Unidad de Rehabilitación para el sexo femenino y en el caso de la capital para los hombres.

Tabla 1

Distribución en variables sociodemográficas por lugar de residencia (%)

	Niveles	Número	Unidad	Capital	Provincia
			Rehabilitación	%	%
Sexo	Hombre	40	17,50	32,50	50,00
	Mujer	21	57,14	4,76	38,10
Diagnóstico	Residual	18	50,00	27,78	22,22
	Paranoide	33	15,15	21,21	63,64
	Otras	10	50,00	20,00	30,00
Estudios	Sin estudios	1			100,00
	Primarios	35	31,43	22,86	45,71
	Medios	17	29,41	17,65	52,94
	Superiores	8	37,50	37,50	25,00
Vive solo	Sí	10		40,00	60,00
	No	51	37,25	19,61	43,14
Estado funcional	< 40	20	60,00	5,00	35,00
	40-60	25	28,00	24,00	48,00
	> 60	16		43,75	56,25
Años evolución enfermedad	< 20	21	33,33	19,05	47,62
	20-30	20	50,00	25,00	25,00
	> 30	20	10,00	25,00	65,00
Estado civil	Casado	6	16,67	33,33	50,00
	Soltero	49	30,61	22,45	46,94
	Divorciado	4	50,00		50,00
	Separado	2	50,00	50,00	

Estado funcional y años de evolución de la enfermedad presentan un coeficiente de correlación de Pearson -0,014; sig bilateral = 0,92. Asimismo, el número en años medio de evolución de la enfermedad no es significativamente distinto por lugar de residencia. Es decir, los pacientes de la Unidad de Rehabilitación no presentan mayor número de años en la evolución de su enfermedad que el resto.

Sin embargo, sí existe diferencia contrastada en la media del estado funcional (Tabla 2) de los pacientes ingresados en la Unidad de Rehabilitación: ANOVA 2 factores³ (lugar-diagnóstico) F = 13; gl. 2, 52; sig. < 0,001 para el primero (lugar

³ Nos interesaba conocer el efecto de la dependencia institucional en combinación con el diagnóstico. Si en el diagnóstico no era significativo pero en la interacción sí, podría corroborarse que el entorno del paciente influía en su estado funcional.

de residencia); el segundo (diagnóstico) no es significativo pero sí la combinación simultánea de los niveles de ambos factores (interacción): F = 2,57; gl 4, 52; sig = 0,0489. La prueba de Scheffé es significativa en los pacientes de la Unidad de Rehabilitación frente al resto. Esto confirmaría que la dependencia institucional tiende a reducir el estado funcional del enfermo. No es significativa la diferencia en el estado funcional respecto a sexo ni edad.

Tabla 2

Estado funcional medio por lugar de residencia y diagnóstico

Diagnóstico	Valoración media estado funcional según lugar					Significatividad
	U. Rehabilitación	Capital	Provincia	Total media		
Residual	45,56 (±7,26)	63,00 (±19,87)	45,00 (±12,91)	50,28 (±14,60)		
Paranoide	46,00 (±16,73)	70,00 (±11,55)	59,38 (±13,60)	59,61 (±15,10)		-
Otra	35,20 (±8,67)	65,00 (±7,07)	73,33 (±15,27)	52,60 (±20,89)		
Total media	42,95* (±11,18)	66,79 (±14,09)	58,82 (±14,99)			Interacción
Significatividad	< 0,001					0,0489

* Significatividad de prueba *post-hoc* frente al resto de grupos.

El 80% de los pacientes están solteros. El 10% casados y el resto divorciados o separados. El 20% tienen hijos. Su cuidador principal, en los pacientes que residen fuera de la Unidad de Rehabilitación es la madre (37%), seguido de la hermana (20%). Dada la edad media del paciente, la madre forma parte de la tercera edad. El 87% de éstas residen en la provincia, lo que incrementa notablemente la dificultad de los cuidados.

2) Perfil de Calidad de Vida Lancashire-EU

Respecto a las relaciones laborales, un 12% de los pacientes tiene trabajo en sentido estricto, en tareas de limpieza (2 pacientes), agricultura (2), ayuda a domicilio (1), hostelería (1) e industria (1). La valoración media que hacen de sus ocupaciones es de 5,94 (±0,96), en una escala del 1 al 7 de satisfacción vital (ESV). El resto de la información del ítem relacionado con el trabajo no era consistente, por lo que se decide no incluirla en la siguiente fase del análisis.

La media final en la Escala de Satisfacción Vital (LSS): es de 4,58 (±0,83). Según los distintos dominios, vemos que la valoración subjetiva media que hacen, ordenados de mayor a menor satisfacción es: seguridad 5,11 (±1,40); familia 4,77

($\pm 1,54$); religión 4,76 ($\pm 1,62$); ocio 4,58 ($\pm 1,18$); alojamiento 4,52 ($\pm 0,99$); salud 4,51 ($\pm 1,23$); relaciones sociales 4,28 ($\pm 1,32$); finanzas 4,11 ($\pm 1,52$).

La diferencia en medias es significativa (Tabla 3), agrupando por lugar de residencia, en los ítems religión: ANOVA, $F = 6,87$; gl. 2, 58; sig = 0,002; seguridad (rangos medios): Kruskal-Wallis, $\chi^2 = 10,12$; gl. 2; sig = 0,006; y familia: ANOVA, $F = 3,17$; gl. 2, 58; sig = 0,05. Las pruebas *post hoc* establecen que los pacientes de la Unidad de Rehabilitación frente al resto son los que tienen el mayor grado de satisfacción con la religión, el menor grado con respecto a la seguridad y la familia.

Tabla 3
Indicadores de calidad de vida escala ESV-LSS

Indicador	Media (DT)	Medias-Mediana particulares significativas																		
		Lugar			Sexo			Vive solo												
		U. Rehab.	Cap.	Prov.	Sig.	Hombre	Mujer	Sig.	Sí	No	Sig.									
Ocio	4,58 ($\pm 1,18$)																			
Religión	4,76 ($\pm 1,62$)	5,8* ($\pm 1,4$)	4,53 ($\pm 1,3$)	4,2 ($\pm 1,6$)	0,002	4,42 ($\pm 1,64$)	5,40 ($\pm 1,41$)	0,024												
Finanzas	4,11 ($\pm 1,5$)												2,95 ($\pm 1,97$)	4,34 ($\pm 1,42$)	0,007					
Alojamiento	4,52 ($\pm 0,99$)																			
Seguridad	5,11 ($\pm 1,40$)	4,50*	6,00	6,00	0,006															
Familia	4,77 ($\pm 1,54$)	4,08* ($\pm 1,78$)	5,11 ($\pm 1,24$)	5,08 ($\pm 1,38$)	0,05															
Sociedad	4,28 ($\pm 1,32$)																			
Salud	4,51 ($\pm 1,23$)																			

* Significatividad prueba *post-hoc* frente al resto de grupos.

En lo concerniente a las preguntas de valoración objetiva (caso de ser aplicable) de los respectivos ítems, no hay relación significativa en las respuestas respecto de las variables de agrupación, salvo en el lugar de residencia para la pregunta: en el último año, ¿ha habido ocasiones en las que hubiera querido haber

participado en la vida y decisiones familiares, pero no pudo hacerlo? A este respecto la prueba ji-cuadrado arroja un $\chi^2 = 10,36$; gl = 2; sig. = 0,006⁴.

La forma de medir el estado afectivo y la autoestima del paciente se realiza mediante dos escalas constituida cada una por 10 preguntas de respuesta categórica. La primera se aplica para conocer cómo es el estado emocional del paciente, valorando la presencia de sentimientos positivos o negativos. Se ha obtenido una media (en el recuento de preguntas afirmativas) de 2,1 ($\pm 1,44$) sobre 5 en afectividad positiva y una media de 1,9 ($\pm 1,69$) sobre 5 en afectividad negativa. Resulta una valoración media/baja de su estado de ánimo. La segunda escala se refiere a la autoestima o punto de vista que tiene el paciente de sí mismo. Se obtiene una puntuación muy alta de autoestima positiva, con una media de 3,65 ($\pm 1,67$) sobre 5 y una puntuación baja de autoestima negativa de 2,04 ($\pm 1,73$) sobre 5, por lo que se concluye que el paciente tiene un alto concepto de sí mismo.

Se repite el procedimiento comparativo por grupos, para las variables relacionadas con la afectividad y la autoestima (positivas-negativas). No se encuentran diferencias significativas en relación a ninguna variable de agrupación, lo que indica que todos los pacientes tienen una apreciación similar con respecto a sus emociones y consideración de sí mismos.

El estudio analiza, a continuación, la apreciación que el paciente percibe sobre su calidad de vida global y se confronta con la observada por el entrevistador. Se utiliza, en el primer caso, la media de todas las valoraciones (excepto ítem del trabajo) de la Escala de Satisfacción Vital propuestas en el cuestionario (ESV-LSS Life Satisfaction Scale) y en el segundo caso, la Uniescala (calidad de vida objetivada por el entrevistador) que califica también globalmente la vida del paciente de 1 a 10. Unificando escalas a una centesimal, en media, diferían notablemente una y otra. Así la valoración subjetiva media del paciente fue de 65 (± 12), mientras que la del entrevistador fue de 44 (± 19).

En esta última (Uniescala) existe diferencia contrastada: ANOVA, $F = 9$; gl 2, 58; sig. < 0,001; la prueba de Scheffé establece la significatividad en los sujetos que residen en la capital con respecto a los otros dos grupos; poniéndose de manifiesto (para el entrevistador) una peor calidad de vida en los residentes de la Unidad de Rehabilitación y en la provincia (por este orden). La valoración subjetiva es igual en media para todos los pacientes según todos los criterios de agrupación (lugar de residencia, diagnóstico, sexo, si vive solo y relación con los Servicios de Salud Mental). Sin embargo, en la diferencia de valoración⁵ (subjeti-

⁴ Hay una diferencia (positiva) significativa entre la frecuencia observada y la teórica en el caso de los residentes en la Unidad de Rehabilitación para la respuesta afirmativa y en los residentes de la capital para la negativa.

⁵ En la Unidad de Rehabilitación todos los pacientes tienen una valoración subjetiva superior a la objetivada. En el caso de los residentes en la capital, 3 pacientes tienen una valoración inferior y en la provincia 1. Así, la variable *Diferencia* sólo se refiere a los 57 casos en los que la valoración subjetiva es superior a la objetivada.

va-objetivada), sí es significativa para los residentes de la Unidad de Rehabilitación frente al resto de grupos: ANOVA, $F = 5,40$; gl. 2, 54; sig = 0,007. Es en estos pacientes en los que existe mayor discrepancia entre la apreciación que hace el observador y la que ellos mismos hacen (Tabla 4). Respecto al resto de variables de agrupación, no existen diferencias en este caso.

Tabla 4
Valoraciones medias y diferencia de valoración

	Valoración media según lugar			Significatividad
	U. Rehabilitación	Capital	Provincia	
ESV-LSS	65,81 (±12,84)	68,51 (±9,59)	63,74 (±12,26)	-
Uniescala	33,95 (±15,60)	58,64* (±15,75)	43,57 (±17,54)	< 0,001
Diferencia	31,86* (±18,35)	15,13 (±11,49)	20,98 (±12,35)	0,007

* Significatividad prueba *post-hoc* frente al resto de grupos.

Estado funcional y calidad de vida objetivada por el entrevistador (Uniescala) arroja un coeficiente de correlación de Pearson 0,84 (sig bilateral < 0,001). Son dos variables marcadamente relacionadas y medidas de forma independiente. Estado funcional y calidad de vida subjetiva escala ESV-LSS (autovaloración global) arroja un coeficiente de correlación 0,37 (sig bilateral = 0,003). Consecuentemente, existe una correlación entre el estado funcional y la diferencia de valoración de -0,63 (sig bilateral < 0,001). Son los pacientes con mayor valoración en la escala EEAG los que presentan menor discrepancia en ambas valoraciones (Tabla 5).

Tabla 5
Correlaciones

	Estado funcional	Significatividad
ESV-LSS	0,37	0,003
Uniescala	0,84	< 0,001
Diferencia	-0,63	< 0,001

Pensamos que es el estado funcional del paciente el que determinará el nivel de calidad de vida evaluada por el observador. Es decir, con un nivel más alto en la Escala de Evaluación de la Actividad Global, el paciente podrá tener mejores condiciones de vida: cuantas más cosas pueda hacer, mayores oportunidades él mismo se dará. Esto se infiere en la valoración hecha por el entrevistador, porque respecto a la propia evaluación, la influencia es menos importante.

En referencia a los aspectos que mejorarían la calidad de vida de los pacientes y a tenor de lo contestado en primer lugar tenemos que: El dinero, la salud, el hogar y la pareja acaparan el 62% de la opinión sobre mejora de sus condiciones personales. No existen diferencias significativas entre los grupos según residencia, sexo, edad ni diagnóstico.

Discusión

Sabemos, por la práctica diaria y por los resultados de otros estudios, que la familia se ha convertido en una importante fuente de cuidados informales para estas personas. En el estudio sobre Calidad de Vida llevado a cabo por Gaité y colaboradores (Santander) en 2002 (16), casi las tres cuartas partes de los pacientes esquizofrénicos incluidos, vivían con sus familiares. Pero en él se seleccionaron pacientes con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, eliminando aquellos con un grado alto de institucionalización.

En el nuestro, con una población mayor en edad y otros criterios de selección, lo que resulta llamativo es la proporción (31%) de pacientes que residen en la Unidad de Rehabilitación. Si examinamos entre las posibles causas, vemos que la mayoría nunca llegó a integrarse en la comunidad por carecer de cuidadores y permanecen institucionalizados desde antes de la reforma. Los que han ingresado en los últimos años (pacientes que no pueden vivir autónomos) lo han hecho, principalmente, porque sus cuidadores han fallecido o no pueden seguir con esa función por más tiempo.

La Calidad de Vida ha sido estudiada aplicando el LQoLP, cuyas características psicométricas y su aplicabilidad fue validado en el estudio EPSILON (14). Este instrumento integra tanto indicadores objetivos como subjetivos de Calidad de Vida. Sigue estando sin resolver la concordancia existente entre estos dos indicadores. Algunos autores opinan (17) que los factores subjetivos de Calidad de Vida, no reflejan bien las condiciones ambientales. Mientras otros (18; 19) dicen que sí existe concordancia entre estos dos aspectos, sobre todo en pacientes con una buena capacidad de introspección. En nuestro estudio, hemos podido encontrar evidencias en ambos sentidos. Son los pacientes de unidad residencial los que mayor discrepancia presentan ante ambos tipos de valoración. Asimismo existe

correlación inversa entre esa discrepancia (subjetiva-objetiva) y el estado funcional. Es decir, a mayor estado funcional en los pacientes (con independencia incluso del lugar de residencia), menor discrepancia en ambas valoraciones.

El término calidad de vida, sin embargo, no está exento de controversia. Según los criterios establecidos por la UNESCO en 1979, la calidad de vida comprende todos los aspectos de las condiciones de vida de los individuos, es decir, todas sus necesidades y la medida en que se satisfacen. Incluiría, por tanto, ámbitos materiales e inmateriales de la vida que se desarrolla en un medio concreto. Es este un enfoque principalmente subjetivo, ya que se presenta en torno a la necesidad.

También podríamos definir la calidad de vida en palabras de Amartya Sen (20), como un compendio de capacidades y funcionamientos que delimitan las oportunidades y ventajas personales para funcionar en una sociedad concreta. Sen se refiere a los funcionamientos como representantes del estado de una persona: las cosas que logra hacer o ser al vivir. Las capacidades de una persona reflejan la oportunidad de elegir y la posibilidad de adaptarse a los cambios.

La noción sobre calidad de vida no es únicamente autopercepción del estado en que un individuo se encuentra. También puede ser entendida externamente. Es por lo que hemos aplicado un doble enfoque a lo largo de nuestro análisis: autoevaluación y evaluación por observador exterior.

Las distintas pruebas estadísticas realizadas, nos permiten concluir que son dos las variables que afectan a la calidad de vida objetivada por el entrevistador de los pacientes incluidos en el estudio: estado funcional y lugar de residencia. A su vez, el lugar de residencia, repercute de manera influyente en el estado funcional de los pacientes. Cobrando relevancia la dependencia o no institucional en la calidad de vida objetivada por el entrevistador. Sin embargo, respecto a la percepción global media (grado de satisfacción) que los pacientes tienen sobre su propio bienestar, no se ve influida por ninguna variable de referencia, salvo de nuevo (aunque de forma menos relevante), por el estado funcional. En este sentido y con carácter general, los pacientes tienen un marcado convencimiento de que sus vidas presentan una buena calidad, como decíamos, con independencia del lugar de residencia (particularmente, vimos en la Tabla 3, discrepancias por grupos). ¿Qué valoración debe prevalecer?

Creemos que ambos criterios no son mutuamente excluyentes sino que se complementan. El subjetivo nos da cuenta de la percepción que sobre su vida tiene el enfermo y del grado de satisfacción. El del observador se basa en las facultades que la sociedad actual entiende, debería tener el paciente para su desarrollo personal dentro de la misma.

El grado relativamente alto de satisfacción subjetiva que presentan los pacientes institucionalizados, podría explicarse, como señalan Leisse y Kallert (7), porque

evalúan su calidad de vida a partir de sus necesidades y propósitos, que se reducen durante el progreso de la enfermedad, sobre todo con los síntomas negativos y la hospitalización. Por otra parte, el entendimiento sobre sus propias facultades, se ve condicionado porque las personas con las que compararse son otros pacientes como ellos.

La diferencia de valoración (subjetiva-objetiva) es significativamente mayor en los pacientes bajo dependencia institucional. En el otro extremo, los enfermos residentes en la capital (y en menor medida los de la provincia) son quienes presentan mayor concordancia en ambos tipos de valoración y según esto, los que presentarían mayores posibilidades de desarrollo.

Las acciones subsiguientes deberían ir encaminadas a que cada paciente, al menos, pueda vivir con arreglo al estado funcional que le permita su enfermedad. Y en la medida de lo posible, hacer que su estado funcional también mejore. Estas medidas, entendemos, incrementarán o al menos impedirán un deterioro de su calidad de vida, con independencia de cómo tratemos de medirla.

Agradecimientos

Este artículo ha sido realizado a partir del trabajo de campo del estudio: Esquizofrenia, 20 años de desinstitucionalización en Segovia; financiado por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, junto a otros seis proyectos de investigación en materia de coordinación sociosanitaria, (publicación BOCyL de 15-2-2005). Investigadores de aquel estudio fueron: Isabel Criado Martín (coordinadora de la investigación); Rafael Acebes Valentín; Concha Covarrubias Fernández y Sonia Lafuente Lázaro.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) DESVIAT, M., *La Reforma Psiquiátrica*, Madrid, DOR, 1994.
- (2) ARIAS, P., y otros, «Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones», AEN, 2002, *Cuadernos técnicos*, 6, pp. 15-18.
- (3) BOBES, G. J., y otros, *Calidad de Vida en las esquizofrenias*, Barcelona, J. R. Prous Editores, 1995.
- (4) ANGERMEYER, M. C.; KILIAN, R., «Theoretical Models of Quality of Life for Mental Disorders», en KATSCHNIG, R., y otros (eds.), *Quality of Life in Mental Disorders*, Nueva York, Wiley, 1997, pp. 19-30.
- (5) BARRY, M. M.; ZISSI, A., «Quality of Life as an Outcome Measure in Evaluating Health Services: a Review of the Empirical Evidence», *Soc. Psychiatr. Epidemiol.*, 1997, 32, pp. 38-47.
- (6) KATSCHNIG, H.; KÖNIG, P. (eds.), *Schizophrenia and Quality of Life*, Viena, Springer, 1997.
- (7) LEISSE, M.; KALLERT, T. W., «Social Integration and the Quality of Life of Schizophrenic Patients in Different Types of Complementary Care», *Eur. Psychiatry*, 2000, 15, pp. 450- 460.

- (8) BJÖRKMAN, T.; HANSSON, L., «Predictores de la mejoría en la calidad de vida de individuos enfermos mentales a largo plazo que recibieron gestión de casos», *Eur. Psychiatry*, 2002, ed. española, 9, pp. 283-290.
- (9) SEN, A. K., «Capacidad y bienestar», en NUSSBAUM, M.; SEN, A. K. (eds.), *La calidad de vida*, Méjico, F.C.E., 1996.
- (10) CIE-10, *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*, Madrid, Panamericana, 2000.
- (11) ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 2002.
- (12) BOBES, G. J., y otros, *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*, Barcelona, Ars Médica.
- (13) FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, J.; YÁÑIZ IGAL, B., *Instrumentos de evaluación de la calidad de vida en las esquizofrenias*, 2002.
- (14) GAITE, L., y otros, «Quality of Life in Schizophrenia: Development, Reliability and Internal Consistency of the Lancashire Quality of Life Profile-European Version: EPSILON Study 8», *Br. J. Psychiatry*, 2000, 177(39), pp. 4-54.
- (15) YOSHIOKA, K., *Kyplot 2.0 Beta 15*, 1997-2001, [www.woundedmoon.org /win32/kyplot.html](http://www.woundedmoon.org/win32/kyplot.html)
- (16) GAITE, L., y otros, «Quality of Life in Patients with Schizophrenia in Five European Countries: the EPSILON study», *Acta Psychiatr. Scand.*, 2002, 105(4), pp. 283-292.
- (17) ATKINSON, M.; SAHARON, Z.; CHUANG, H., «Characterizing Quality of Life among Patients with Chronic Mental Illness: a Critical Examination of the Self-report Methodology», *Am. J. Psychiatry*, 1997, 154, pp. 99-105.
- (18) DOYLE, M.; FLANAGAN, S.; BROWNE, S., y otros, «Subjective and External Assessments of Quality of Life in Schizophrenia: Relationship to Insight», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1999, 99, pp. 466-472.
- (19) LOBANA, A., y otros, «Quality of Life in Schizophrenia in India: Comparison of Three Approaches», *Acta Psychiatr. Scand.*, 2001, 104, pp. 51-55.

* Sonia Lafuente Lázaro, psiquiatra. Hospital General de Segovia; José Santos Francisco González, Licenciado en Economía Cuantitativa; Isabel Criado Martín, Enfermera de Salud Mental; Concha Covarrubias Fernández, Enfermera Especialista de Salud Mental. Hospital General de Segovia.

Correspondencia: suylafuente@ono.com

** Fecha de recepción: 8-III-2007.

Francisco Balbuena Rivera

Breve revisión histórica del autismo

RESUMEN: Reflexión acerca del desarrollo histórico y estado actual en la investigación del autismo.

PALABRAS CLAVES: Autismo, psicosis precoz, trastornos generalizados del desarrollo.

SUMMARY: Reflection on the historical development and present state of research into autism.

KEY WORDS: Autism, praecox psychosis, pervasive development disorders.

Los inicios de la investigación del autismo

Antes de abordar el trabajo pionero desarrollado por Leo Kanner (1894-1981) en el estudio del autismo, conviene recordar la elección desafortunada que dicho término supuso, dada la confusión que generó con el del autismo que en 1911 había usado Eugen Bleuer (1857-1939) para expresar la retirada activa con que algunos pacientes esquizofrénicos se repliegan al terreno de la fantasía, pues, a diferencia de Bleuer, que con él hacía referencia a la conducta intencional de evitar relaciones sociales, a lo que Kanner aludía era a la incapacidad para establecer tales vínculos relacionales. Asimismo, mientras en sentido bleueriano tal repliegue estaba conectado a la rica vida fantástica del sujeto esquizofrénico, eso no sucede en el autista, quien carece de tal ingrediente cognitivo. De ello algunos investigadores del autismo infirieron un posible nexo entre éste y la posterior esquizofrenia en la edad adulta, lo que influyó en la tendencia entre los psiquiatras infantiles de utilizar de forma intercambiable las etiquetas diagnósticas de esquizofrenia infantil, autismo y psicosis infantil (1).

En un intento de aislar el síndrome autista de las otras condiciones psiquiátricas mencionadas, fue necesario determinar qué síntomas eran *universales* y cuáles eran *específicos*, incluyéndose dentro de los primeros una incapacidad profunda y general para establecer relaciones con otros; retraso en la adquisición del lenguaje, que dificultaba la comprensión; ecolalia e inversión pronominal y fenómenos ritualistas o compulsivos, tales como la insistencia en la identidad, a la que Rivière (2) prefiere llamar trastorno de la función ejecutiva, al juzgar tal etiqueta más precisa y sustentada por nutrida investigación. La falta de respuesta social y las dificultades de lenguaje sólo pueden considerarse indicadores claros de autismo si no corresponden a la edad mental del niño y se explican exclusivamente como rasgos distintivos del trastorno autista ausentes en el desarrollo evolutivo normal. Dentro de los segundos, por el contrario, pueden evidenciarse movimientos repetitivos estereotipados (especialmente manierismos en las manos y en los dedos), poca capacidad de atención, retraso en el control de los esfínteres y conductas autolesivas. Además de confirmar los criterios diagnósticos formulados inicialmente por Kanner,

a los que a continuación se harán referencia, con ello se logró una definición operativa del autismo en los dos grupos de síntomas antes referidos.

En efecto, partiendo de una muestra compuesta de 11 niños que manifestaban conductas extrañas no recogidas previamente en ningún sistema nosológico, Kanner (3) describió por vez primera el autismo como un síndrome comportamental cuyos rasgos distintivos eran alteraciones del lenguaje (o comunicación), de las relaciones sociales (a las que juzgó como el trastorno fundamental patognomónico del síndrome) y de los procesos cognitivos, dentro de los cuales algunos han resaltado los trastornos de la flexibilidad, cuya gravedad dependerá del nivel cognitivo, esto es, del nivel de profundidad del espectro autista (4; 2). Previo a la formulación de tal diagnóstico y sus posibles intervenciones, Kanner (5) había ya expresado la necesidad de elaborar un detallado informe acerca del entorno familiar y social en que el niño vive, valiosísima información hoy eclipsada en los estudios recientes de autismo (6).

Con todo, esto último no impidió que Kanner (3) atribuyera como origen de tal incapacidad para establecer vínculos afectivos adecuados deficiencias innatas, de origen biológico, que paradójicamente no investigó (7), al concentrar sus esfuerzos en estudiar los rasgos de personalidad y tipo de interacción que los padres mantenían con sus hijos, abocando con ello a que en las dos décadas posteriores el grueso de las investigaciones conceptuaran el autismo como un desorden fundamentalmente de carácter emocional, lo que explicaría la mayor eclosión de trabajos de orientación psicoanalítica publicados acerca del autismo durante esos años respecto a los de otros modelos psicoterapéuticos (8).

De tales escritos psicoanalíticos pueden al menos mencionarse dos: *La fortaleza vacía. Autismo infantil y el nacimiento del yo* (9) y *Una comprensión psicoanalítica del autismo infantil y su tratamiento* (10). Como hipótesis clave en el primero de ellos se mantiene que, ante los sentimientos hostiles que dirigen los progenitores al niño en determinados *períodos críticos evolutivos* (durante los 6 primeros meses de vida, al iniciar las interacciones con objetos; desde los 6 a los 9 meses, cuando comienza el lenguaje, y, de los 18 a los 24 meses en que adquiere cierto control sobre su entorno), éste se retira, al percibir el mundo como un lugar peligroso. Carente de base empírica, dicha hipótesis ha sido duramente criticada desde diversas perspectivas por diferentes investigadores (11; 12), pues, sin negar la mayor responsabilidad de las figuras adultas en el temprano desarrollo evolutivo y emocional del niño, es también conocida la influencia decisiva que la prole ejerce en los padres, cuyos estilos afectivos de interacción, a nivel cualitativo como cuantitativo, son igualmente influenciados por sus vástagos. Y es que, bajo tal bidireccionalidad, lo que subyace es la singular e irreplicable interacción diádica que padre (o madre) o quien actúe como tal establece con cada uno de los miembros de la fratría, conformando así diversos holones familiares.

A Bettelheim (9) se le ha objetado también el uso tan impreciso que realizó del término psicosis infantil, al referirse con él a un extenso abanico de enfermedades mentales como la esquizofrenia, el autismo, determinadas formas de anorexia mental y ciertas toxicomanías de las organizaciones psicóticas presentes en los sujetos aquejados de encefalopatías. Es decir, para este autor, todo niño encerrado en sí mismo y rechazado por su entorno social próximo es psicótico (13).

Sea como fuere, la focalización del estudio del autismo en la esfera afectiva resultó efímera, pues en los años 60 del siglo pasado surgieron otras líneas de trabajo que suscitaban nuevos interrogantes, aportando también más dosis de esperanza, al amplificar las vías para describir y explicar el mencionado trastorno. Entre tales líneas novedosas figuraba la emprendida por Rutter (14), para quien el autismo se debía principalmente a alteraciones en el desarrollo del lenguaje, hipótesis explicativa que con el paso del tiempo se mostró insuficiente, ocasionando un acalorado debate entre los estudiosos del autismo, dadas las posiciones enfrentadas que existían entre unos y otros a la hora de determinar los síntomas primarios que definen y caracterizan este trastorno. Posteriormente, merced a la aparición de nuevas técnicas de exploración neurológica, neuropsicológica, neurofisiológica, etc., junto a aportaciones provenientes del terreno de la terapia de conducta, se produjeron algunos avances significativos en el estudio del autismo, a pesar de lo cual aún ignoramos aspectos centrales vinculados con su etiología, así como el papel mediador, influencia e importancia que poseen las diferentes constelaciones de síntomas en el trastorno autista (8).

Concepto y diagnóstico diferencial del autismo: hitos históricos más señeros

La primigenia concepción del autismo formulada por Kanner (3) sufrió al igual que otros cuadros clínicos diversas reformulaciones, debido a las dudas razonables que surgían al formular un diagnóstico, al competir por ejemplo el del autismo con otros como el de demencia precoz, esquizofrenia infantil o demencia infantil (15). De ello se infería que, cualquiera que fuera la etiqueta diagnóstica seleccionada, el autismo se encuadraba dentro de la categoría de los trastornos mentales, y no como acontecería más tarde en el campo de la deficiencia, al juzgarse en el primer caso que lo patognomónico residía en la incapacidad para relacionarse adecuadamente con otros, primando las deficiencias socioafectivas sobre las de carácter lingüístico y cognitivo, sucediendo de forma inversa en el segundo caso en donde cobraban un mayor peso etiopatogénico los déficits cognitivos sobre los de naturaleza emocional. Con todo, en la década de los ochenta del siglo XX logró alcanzarse un consenso en cuanto a la concepción del autismo como un síndrome conductual que afecta a una amplia gama de áreas tanto del desarrollo

cognitivo como del afectivo, juzgándolo como un *trastorno generalizado del desarrollo*, tal como recogen las diferentes clasificaciones nosológicas (DSM-III, CIE-10 y DSM-IV-R). En 1990, Baird y su equipo proponen sin embargo abandonar la etiqueta diagnóstica de *trastorno generalizado del desarrollo*, considerando más adecuada la de *trastorno específico del desarrollo*, lo que para algunos sólo responde a razones de tipo clínico y no científico (8), pareciéndole a otros más correcto el término *trastornos penetrantes del desarrollo* (16).

Dejando a un lado tales cuestiones, pasaremos a referir algunos de los rasgos más sobresalientes del autismo, comenzando nuestro recorrido por las alteraciones de la conducta social dentro de la cual –dada la gran variabilidad que exhiben unos niños y otros– algunos autores han establecido diferentes subtipos de autismo, usando para ello como criterio de clasificación si la alteración social predominante recae en factores conductuales, en habilidades cognitivas o en las propias características sociales de estos niños (8). Bajo tales deficiencias cognitivas, algunos postulan que existe un severo problema lingüístico global que afecta a la comprensión y al uso de todas las formas de lenguaje, mientras que otros creen que lo que subyace es un déficit central que interfiere en la codificación de los estímulos y la formación de conceptos, derivándose en uno u otro caso la imposibilidad de establecer relaciones sociales adecuadas (17). Así pues, el alcance, grado y profundidad de las dificultades sociales estarían muy influidos por las destrezas cognitivas y lingüísticas que el individuo con autismo posea, de tal suerte que la evitación del contacto social pudiera deberse a la falta de competencias y habilidades sociales y no a una conducta deliberada de evitar relacionarse con otros (18).

En todo caso, lo que resulta evidente es que la desigual y genuina constelación que cada una de tales deficiencias conforma en la singularidad del autista hace que las alteraciones sociales de estos sujetos posean ingredientes distintivos en unos y otros, compartiendo no obstante como rasgo común el uso instrumental que suelen realizar de otras personas como medio para alcanzar sus fines (19). Los cambios en el entorno, por otro lado, originan una tenaz resistencia en el autista, como así se evidencia en la gran hipersensibilidad que exhibe al cambio, en un intento de *preservar la invarianza del ambiente*, reasegurando tal constancia mediante el despliegue de conductas rituales, a las que puede dedicar gran cantidad de tiempo.

En cuanto a las fallas en el lenguaje, cabe señalar que es posiblemente el rasgo evolutivo que antes se advierte en el círculo familiar y próximo del niño autista, dadas las comparaciones que los padres o cuidadores suelen establecer entre el desarrollo lingüístico y social de aquel con el de otros hermanos o niños conocidos, desfase del que aún toman mayor consciencia alrededor del año y medio o dos años, cuando otros niños llevan a cabo progresos rápidos en la adquisición del lenguaje y las conductas simbólicas. Es oportuno señalar que, aun cuan-

do el niño autista adquiera un cierto desarrollo del lenguaje, sus patrones comunicativos diferirán cualitativamente del de los niños normales o del de aquellos afectados de trastornos del habla, estimando algunos estudios que entre un 28% y un 61% de casos nunca adquirirá un lenguaje expresivo (20), situando la comunidad científica tal porcentaje alrededor del 50% de los niños autistas. Conviene, no obstante, distinguir dentro del espectro autista quienes no hablan por su limitación intelectual de los que sin producir habla espontánea –pero ayudados de los programas específicos adecuados– podrían aprender algún sistema de comunicación no verbal, al no ser la falta de lenguaje oral sustituida espontáneamente por gestos en tales sujetos (21). Como alteraciones lingüísticas más comunes que corroboran dificultades pragmáticas figuran la *inversión pronominal*, mediante la que el niño al demandar algo se refiere a sí mismo usando el *tú* o el *él*; la *ecolalia*, que puede ser inmediata o bien demorarse horas o días (*ecolalia retardada*), evidenciando así su ausencia de sentido y de desconexión con la temática comunicativa presente, dando la impresión más de hablar *a* alguien que *con* alguien (1). Cabe indicar también que, mientras la ecolalia inmediata está relacionada con la comprensibilidad del estímulo verbal, las variables que afectan la ecolalia retardada aún se ignoran, habiéndose hallado no obstante que ante un estímulo frente al cual el sujeto no posee respuesta, éste contestará reproduciendo toda o una parte del estímulo (22; 23). Trabajos posteriores (24; 25) han evidenciado también que ambos tipos de ecolalia, en contra de ideas anteriormente formuladas, constituyen actos lingüísticos comunicativos, en los que en muchos casos se corrobora una manifiesta comprensión, habiendo sido identificadas entre otras funciones que ejercen las de petición, protesta, afirmación, declarativo, llamada y autorregulación, permitiendo así ser encuadrados en un continuo de conducta que iría desde lo automático a lo intencionalmente comunicativo. Tal abanico de funciones, siempre interpretadas por el oyente, no evita seguir juzgando la ecolalia inmediata o demorada como parte de un uso estereotipado y repetitivo del lenguaje, fruto de una competencia comunicativa limitada, acerca de la que todavía se precisa realizar un mayor número de estudios longitudinales (21). Debe recordarse también que la ecolalia, a diferencia de otras conductas, forma parte del desarrollo lingüístico normal de un sujeto hasta alrededor de los 30 meses de edad, juzgándose patológica si persiste más allá de los 3-4 años (8).

Otras carencias comunicativas vinculadas al lenguaje expresivo que aqueja al niño autista aluden a alteraciones fonológicas, semánticas, defectos en la articulación, monotonía y labilidad en el timbre y en el tono de voz, así como reiteración obsesiva en las preguntas. En cuanto al lenguaje receptivo, presenta dificultades para atender y percibir la información, bajo nivel de comprensión gestual, pudiendo así evidenciarse mayores o menores discrepancias entre el lenguaje verbal y no verbal, muecas, tics y estereotipias, además de alteración o falta de contacto ocu-

lar. Junto a tales fallas en el lenguaje expresivo o receptivo, puede darse también la coexistencia de limitaciones y peculiaridades tales como un cierto grado de sofisticación, carencia de emoción, imaginación y literalidad. Respecto a esta última, al captar las palabras en su sentido literal, los afectos de autismo son incapaces de percibir el simbolismo representacional que subyace en aquellas, de ahí la ecolalia, metalalia e inversión pronominal que manifiestan (13).

Como corolario de todo lo anterior podría afirmarse que lo que subyace bajo el trastorno autista es un grave déficit cognitivo, que abarca el lenguaje y las funciones de orden superior vinculadas a él, cuyo origen último habría que buscarlo en disfunciones cerebrales orgánicas. Como causa de estas últimas se ha especulado que en el proceso de desarrollo normal cerebral, en donde se alternan períodos de crecimiento y períodos de reducción, merced a los cuales se originan reorganizaciones cerebrales, es posible que haya un defecto de reducción en el autismo, en cuyo resultado se vean en mayor o menor grado comprometidas otras regiones cerebrales, en otros períodos del desarrollo. Si esto fuera así, los déficits en función ejecutiva de los autistas, posibles responsables de la conducta repetitiva y las dificultades de control de la atención, más evidentes en edades tardías que en las tempranas, podrían explicarse por un retraso o alteración del proceso madurativo del córtex prefrontal, una de las regiones cerebrales que tardan más en desarrollarse, lo que tal vez produciría una pérdida gradual de sinapsis, más que la formación de otras nuevas, y el reforzamiento de las conexiones sinápticas ya existentes, todo lo cual aún ha de ser verificado (7). Sea como fuere, como limitación cognitiva fundamental del sujeto autista se hallaría la profunda incapacidad para reducir la información mediante la extracción adecuada de características cruciales, tales como las reglas y las redundancias (26), como así han constatado las investigaciones en que como tareas experimentales se han usado la *referenciación cruzada* (en donde el sujeto ha de responder de forma selectiva a una de dos dimensiones) y la *clasificación doble* (en la que se indaga la capacidad de relacionar los sustantivos –objetos– mediante el uso de preposiciones), siendo necesario para la primera realizar un análisis de los atributos de los objetos en sí mismos, mientras que para la segunda hay que analizar la oración para responder correctamente. Asimismo, si se coteja el desarrollo lingüístico normal de un niño con el de un autista, puede observarse que inicialmente el primero usa los objetos y el lenguaje de forma funcional, para después hacerlo de forma representacional, lo que no sucede en el segundo, cuyas capacidades funcionales están ya afectadas (27).

En lo que respecta a las alteraciones motoras, figuran los patrones de conducta repetitivos y estereotipados, cuyo objetivo fundamental aparentemente es proporcionar una retroalimentación sensorial o cinestésica, de carácter predominantemente visual y auditivo. Junto a ello también pueden aparecer trastornos del sueño, de los esfínteres y rechazo alimenticio (19). La antes aludida conducta

autoestimuladora ejerce un papel crucial en la vida cotidiana del autista, dada la gran inversión de tiempo que gasta en su ejecución, abarcando desde comportamientos vinculados con la motricidad fina (v. g. *observar* la mano en cierta postura) hasta otros más alejados de su propia corporalidad como es el de contemplar ensimismado un objeto giratorio. La viscosidad y rigidez con que el autista se resiste a abandonar tales conductas ha sido interpretada por algunos como las responsables de interferir en la adquisición de conductas normales, al limitar su responsividad a aquellos estímulos implicados en la conducta estereotipada y no a los que conforman parte del entorno inmediato (3; 28; 29).

Para explicar la variabilidad de tal responsividad, se ha recurrido al fenómeno conocido como *hiperselectividad estimular*, con el que quiere expresarse la peculiar tendencia que los autistas manifiestan para seleccionar un aspecto trivial del estímulo, ignorando el resto. Se ha postulado también que la citada hiperselectividad podría estar implicada en los problemas vinculados con la adquisición y generalización de nuevas conductas, así como en el aprendizaje mediante métodos tradicionales de soporte y en el modelado y aprendizaje social (30).

De naturaleza y consecuencias más dramáticas son las conductas autolesivas, mediante las cuales el autista se infringe daño a sí mismo, ocasionando en los casos más graves la necesidad de contención física, que si resulta prolongada (haciendo así que los miembros superiores e inferiores no se utilicen), produzca desmineralización, acortamiento de los tendones, detención del desarrollo motor, etc. (31). A ello también se une el desgaste emocional que implica para sus figuras de apego y cuidadores, como la merma que supone en sus posibilidades de integración socioeducativa.

En cuanto a los procesos cognitivos, abandonada la concepción del autismo como un trastorno fundamentalmente de carácter socio-afectivo, las investigaciones se han aglutinado en torno al estudio de anomalías en el procesamiento sensorio-perceptivo, así como en las deficiencias intelectuales. Respecto a estas últimas, parece ser que los autistas obtienen en tests que miden habilidades manipulativas o viso-espaciales y memoria automática un rendimiento significativamente mayor que en las pruebas donde las tareas requeridas exigen un procesamiento secuencial. Tal resultado, a nuestro entender, casaría con la idea ya referida acerca de la total irresponsividad que el autista manifiesta a aquellos estímulos ambientales distintos a los que participan en su conducta estereotipada, impidiéndole así desplegar la flexibilidad necesaria para ejecutar adecuadamente tareas de procesamiento secuencial. Relacionado también con ello está el debate que mantienen expertos para determinar si los déficits atencionales son la causa o bien la consecuencia de un fallido procesamiento perceptivo de la información estimular, habiéndose encontrado evidencia empírica a favor de la primera hipótesis (32; 28). En todo caso, sea cual fuere la relación causal existente entre deficiencias atencionales y perceptivas

en el autismo, lo que presentan sus afectados es un déficit sensorial aparente, al no haber sido éste corroborado a nivel de receptor, tal como sucede en la sordera (30). A tal cuestión se añaden también los defensores y detractores de la *hipótesis de la preferencia sensorial* (33; 34), con la que se pretendía explicar la escasa eficacia de los autistas en el uso de la vista y el oído como canales propios de la comunicación, al preferir por encima de aquellos al tacto, olfato y gusto, primando así los estímulos que se sirven de receptores proximales, aparentemente propios de los primeros estadios evolutivos, sobre aquellos que lo hacen de receptores distales, más usados en estadios evolutivos posteriores. Datos experimentales, sin embargo, corroboran que el uso excesivo del gusto, tacto y olfato no se asocia al autismo de forma específica, sino a la edad mental baja (7), siendo así posible también que los autistas presenten déficit en el procesamiento de estímulos que se sirven de vías proximales, dada su aparente insensibilidad al dolor o al frío (35).

A los autistas también se les confiere un déficit conocido como *ceguera mental*, con que se expresa la incapacidad para atribuir e inferir estados mentales, en especial los que implican representaciones (36), al que se acoge bajo la llamada *teoría de la mente*, según la cual carecerían de las guías conceptuales para interpretar y pronosticar las conductas ajenas, viéndose así comprometido el desarrollo de sus competencias comunicativas, desde que todo acto conversacional es siempre un intercambio de ideas mutuamente relevantes en diferentes contextos de interacción simbólica que exige permanentemente *colocarse en la piel del otro* (16).

Referidas las áreas afectadas en el desarrollo psico(socio)afectivo de los autistas, abordaremos lo relativo al diagnóstico, donde los principales sistemas de clasificación nosológica, DSM-IV-R y CIE-10 han reagrupado los criterios diagnósticos previos en tres de naturaleza comportamental y otro de carácter cronológico. Como resultado de ello, y a diferencia de lo que se establecía en el DSM-III-R, actualmente se exige para formular el diagnóstico de autismo que una de las tres áreas alteradas (conducta social, comunicación o juego simbólico) muestre un retraso o desviación de lo acordado como desarrollo normal antes de los 36 meses de edad (autismo de inicio en la infancia) y no después de tal período como se admitía también antes (autismo de inicio en la niñez). Asimismo, a la hora de evaluar el grado y alcance de las conductas psicopatológicas, junto a criterios cuantitativos se han añadido otros de carácter cualitativo, como son que en el área de las relaciones sociales se juzgue más el *cómo* que el *cuánto* del déficit social, o que en las fallas comunicativas se valore tanto el retraso en el desarrollo del habla como la desviación o déficit cualitativo de las conductas implicadas en la comunicación (8), considerando todo el conjunto como un proceso exploratorio continuado, guiado por criterios funcionales, y donde la historia evolutiva del sujeto sirve de marco de referencia para la intervención presente y futura (21). Al respecto cabe afirmar que, incluso en los casos en que el niño autista adquiera lenguaje hablado, según algu-

nos trabajos, el desarrollo evolutivo más favorable se producirá en los menores que nunca presentaron una falta profunda de respuesta a los sonidos, adquiriendo el habla útil en torno a los cinco años y en donde la fase de ecolalia resultó transitoria (37). Asimismo, dada la variabilidad del grupo de autistas hablantes, que oscila desde los que usan palabras o frases para regular su conducta, gestos para informar de algo, ecolalias para iniciar o mantener interacciones sociales y ninguna vía para expresar estados de ánimo, resulta crucial diseñar contextos naturales para alentar las interacciones comunicativas, siendo la enseñanza incidental una herramienta clave para ello, pues, además de ser eficaz para favorecer/incrementar generalizaciones de lo aprendido, confiere más iniciativa al propio niño. De igual modo, los problemas de conducta que surjan deberán integrarse en el programa diseñado para el aprendizaje de habilidades comunicativas (21).

Seguir tales indicaciones no evita sin embargo la dificultad de establecer un diagnóstico diferencial del que no emanen dudas razonables entre el autismo y otros trastornos que, aun compartiendo algunos síntomas comunes, no cumplen el conjunto de criterios diagnósticos consensuados por la comunidad científica (38). Es posible también que el trastorno autista sea en realidad el resultado de una patología específica preexistente como la rubéola congénita, esclerosis tuberosa, encefalopatía, lipoidosis cerebral o neurofibromatosis o que se halle asociado a otros trastornos como el síndrome de Down o a crisis epilépticas que acontecen durante la adolescencia.

Aun así, la dificultad mayor que afrontan quienes han de emitir un diagnóstico de autismo radica en los síntomas primarios o rectores que comparten tal trastorno con otros como la esquizofrenia infantil, disfasia evolutiva, retraso mental, privación ambiental, síndrome de Rett, síndrome de Asperger y trastornos infantiles desintegrativos. Sirva para comprender ello que, la esquizofrenia infantil, a diferencia del autismo, es de inicio más tardío (después de los cinco años de edad), presentando sus aquejados una historia familiar de psicosis, además de alteraciones del pensamiento (delirios), de la percepción (alucinaciones), déficits psicomotrices y pobre salud física (38). Tal distinción se refleja también en el plano psicoterapéutico, en donde mientras la esquizofrenia responde mejor al tratamiento psicofarmacológico, el autismo lo hace con técnicas de modificación de conducta (39; 40). De forma análoga, existen semejanzas y diferencias entre el autismo y el resto de los trastornos antes mencionados.

Desentrañando el enigma: hipótesis explicativas formuladas en torno al autismo

Tradicionalmente suelen diferenciarse dos grupos según los factores a investigar, distinguiéndose dentro del primero los que estudian factores genéticos, cro-

mosómicos y variables neurobiológicas; mientras que dentro del segundo se hallan las que rastrean los ingredientes afectivos, cognitivos y sociales subyacentes al comportamiento autista. Lo importante, en todo caso, será conocer con la mayor exactitud posible si los déficits ocasionados en el sujeto le impedirán alcanzar el desarrollo normal del sistema neurológico en un periodo crítico (7).

En cuanto a los factores genéticos, existen hallazgos que apuntan a la presencia de diversas anomalías en el cariotipo de algunos autistas, en quienes se han detectado alteraciones en gran parte de los pares cromosómicos, con excepción de los pares 7, 14, 19 y 20. Asimismo, y aunque ya fue referida por H. A. Lubs en 1969, sin que sus resultados hasta la fecha sean definitivos, se manifiesta en algunos cuadros autistas el llamado síndrome X-frágil, según el cual hay una ausencia de sustancia en el extremo distal del brazo largo del cromosoma X que afecta a ambas cromátides. Otras investigaciones constatan la mayor incidencia del trastorno autista al comparar la frecuencia de éste entre hermanos y gemelos monogóticos respecto a la población general (8).

Parece ser también el virus de la rubéola el proceso infeccioso que más se ha detectado en casos de autismo, habiéndose también descrito otros asociados a infecciones intrauterinas y posnatales originadas por distintos virus (citomegalovirus, sífilis, herpes simple, etc.). De ello algunos expertos han inferido la posibilidad de una alteración en el sistema inmunológico de los niños autistas, causada previsiblemente por los linfocitos T, que, al presentar defectos genéticos, reducirían la resistencia del feto a los ataques víricos. Junto a la mayor susceptibilidad del feto a la viriasis se ha formulado también –como origen del déficit inmunitario– la exposición del feto al virus en una etapa muy temprana de la diferenciación inmunológica, conjeturando algunos que el autismo infantil pudiera ser en realidad un trastorno autoinmune.

Dentro de las alteraciones metabólicas, por el contrario, la que ha encontrado mayor respaldo empírico es la producida por la fenilcetonuria, cuya asociación con el autismo refirió ya Friedman en 1969, en cuya muestra había un 92% de casos con tal disfunción metabólica.

Asimismo se ha evidenciado hiperserotoninemia en cuadros de autismo como en diversos trastornos sin tal sintomatología asociada, de tal suerte que, aun consiguiendo una disminución del nivel de 5-HT plasmático no se ha corroborado una mejoría de la conducta autista. Con todo, lo que resulta incuestionable es el papel determinante que la alteración de la 5-HT ejerce en la producción de los trastornos del desarrollo, al participar entre otras tareas en la neurogénesis de los primeros meses de vida embrionaria (41). Otra hipótesis postula que el autismo sería el resultado de un fallo en el metabolismo de una de las aminas biógenas, lo que, dada la inconsistencia de los hallazgos obtenidos, resulta insostenible. De igual forma se ha hipotetizado sobre el posible efecto alucinógeno de las aminas bióge-

nas, desde que se han hallado concentraciones de bufotenina en la orina de niños autistas, aunque se ignora si la citada sustancia se gesta en el cerebro o en algún otro tejido corporal. Asimismo han sido cuestionados los procedimientos de saturación, al no haberse observado cambios significativos en los patrones conductuales de los autistas tras administrarles durante un tiempo una amina biógena precursora capaz de precipitar los efectos alucinógenos (42).

Otras críticas a los estudios neurobiológicos aluden a la necesidad de investigar con grupos homogéneos, al participar de forma desigual en ellos tanto autistas como otros sujetos etiquetados como psicóticos, esquizofrénicos, hospitalizados y retrasados medios y severos. Más aún, dentro de la categoría de autismo conviven en ocasiones diversos subgrupos que pueden tener diferentes etiologías (43; 44), por lo que se ha sugerido la necesidad de establecer una posible jerarquía de aquellas, comenzando para ello por los casos relativamente raros de trastorno autista realmente heredado, y siguiendo con los más comunes de autismo genéticamente inducido (vinculados con un daño intrauterino muy temprano); finalizando tal listado con un número significativo de casos en donde un daño perinatal o tal vez posnatal ha replicado el defecto genético aludido en los dos grupos anteriores (45).

En cuanto a hipótesis neurológicas, puede referirse la teoría de la disfunción del sistema dopaminérgico formulada por A. R. Damasio y R. G. Maurer en 1978 (7), como la disfunción cortical primaria como factor causante del autismo y la disfunción cerebral primaria del tronco cerebral como variable etiopatogénica. Asimismo, no hay pruebas concluyentes de que los niños autistas estén crónicamente en un estado de infra o hiperactivación, ni que el SAR (sistema activador reticular) esté implicado en el autismo, pues es posible que un estado de activación anormal sea secundario a otro factor tal como la estimulación ambiental (46; 15; 47). Casi diez años después, Sahley y Panksepp postularon que el aislamiento autista estaría relacionado con un exceso de péptidos, sustancias similares al opio producidas de forma endógena por el cerebro y generadoras de efectos placenteros, cuya liberación por ejemplo acontece en un niño cuando su madre le brinda atención y mimo, lo que no sucedería en el menor autista, que sin necesidad de involucrarse en tal relación con su figura materna ya libera en exceso tal opiáceo endógeno. Estudios rigurosos igualmente corroboran que tras la administración de una sustancia que bloquea los efectos de esos opiáceos naturales se mejoran en algunos casos los síntomas autistas, disminuyendo notablemente las autoagresiones (16).

Más recientemente se ha formulado también que una disfunción en el sistema de neuronas espejo (SNE), halladas en el cortex premotor ventral –pares opercularis en el giro frontal inferior (área 44 de Brodmann)– y en el sector rostral del lóbulo parietal inferior, cuya activación tiene lugar al observar las conductas de otros o la ejecución de las propias, podría ser la causante de los déficits sociales presentes en el autismo, y por extensión de la inadecuación o falta de respuesta

emocional a las distintas exigencias sociales, dada la posible mediación del antes referido SNE, junto al sistema límbico, en la observación, imitación y comprensión de las expresiones y estados emocionales de otros sujetos realizadas por autistas (48). Y es que, de inhibirse tal SNE resultaría imposible para un individuo captar el significado subjetivo que confiere a la emoción percibida en otro, mostrándose también incapaz de imitar los ingredientes conductuales vinculados a tal estado emocional (49). Con todo, a pesar de las diferentes hipótesis planteadas, es razonable pensar, en línea con planteamientos ya antes expresados, que lo que realmente subyaga bajo el trastorno autista sea una constelación de diversas causas etiopatogénicas, de ahí la complejidad de su abordaje y el amplio abanico de distintos subtipos de autismo que pueden encontrarse.

En lo que a hipótesis psicológicas explicativas se refiere, desde las primitivas formulaciones culpabilizadoras de Kanner (3), para quien el trastorno autista era el resultado de una interacción fallida y emocionalmente fría de los progenitores con sus vástagos, que posteriormente modificó, concibiéndolo como un fenómeno bio-social en donde predisposiciones constitucionales interactúan adversamente con condiciones sociales (50) o bien eran la expresión corporeizada en el sujeto autista de una marcada predisposición familiar al aislamiento social (51), se ha girado, al igual que en la psicología académica, hacia planteamientos centrados en los aspectos cognitivos que intervienen y gobiernan nuestro psiquismo, en detrimento de los ingredientes afectivos, que parecen haber sido relegados a un segundo plano, primando las aportaciones de los modelos cognitivos sobre el resto de las demás. Esto no ha impedido, sin embargo, que la pretérita teoría socioafectiva postulada por Kanner (3) haya sido replanteada por Hobson (52; 53; 54; 55), al igual que la teoría cognitiva clásica, que ha pasado a denominarse teoría cognitivo-afectiva del autismo. Conjugando ambas perspectivas, Rivière (56) se ha servido de la noción de *intersubjetividad secundaria*, dentro de la que incluye tanto un componente afectivo (la motivación de *compartir afectivamente experiencias*) como un componente cognitivo (al concebir al autista como *sujeto de experiencia*).

De forma sintética, lo que sostiene la teoría de Hobson (57) es la falta de componentes constitucionales en los autistas para interactuar emocionalmente con otras personas, lo que les impide configurar un mundo propio y común, así como ser incapaces de reconocer que los otros poseen sus propios pensamientos, sentimientos, etc. Es decir, carecen de la capacidad de abstraer, sentir y pensar simbólicamente. En línea con esto último, la teoría cognitiva clásica postula que los problemas sociales y de comunicación presentes en el autismo podrían estar causados por una alteración de la *capacidad metarrepresentacional* o uso de representaciones de segundo orden, que al faltar en los sujetos autistas haría que éstos manifestaran dificultades en comunicación preverbal (atención conjunta y actos proto-declarativos), juego simbólico, habilidades pragmáticas del lenguaje, empatía y

otros aspectos del funcionamiento social (58; 59; 60). Es cierto, no obstante, que existen igualmente habilidades/destrezas que no implican metarrepresentaciones, como son las comunicativas prelingüísticas o las habilidades para evaluar el significado de las expresiones afectivas, que también están alteradas, siendo por tanto posible que haya mecanismos diferentes al antes señalado metarrepresentacional alterados previamente (21).

Por su parte, la hipótesis cognitivo-afectiva argumenta el carácter primario del déficit afectivo como de su homólogo cognitivo, a los que atribuye las dificultades encontradas al percibir y tomar consciencia de los estados mentales y emocionales de otras personas. Entre las críticas que ha recibido la teoría cognitivo-afectiva figura la de que los autistas son incapaces de percibir contingencias, lo que implicaría que tales sujetos son difíciles de condicionar, algo que numerosas investigaciones refutan. En su defensa, quienes apuestan por la citada teoría descartaron más tarde la hipótesis del procesamiento de contingencias, haciendo responsable de los fallos detectados en la atención gestual conjunta a un déficit en la regulación de la activación, el cual alteraría la comprensión del valor del afecto como señal, repercutiendo en la comprensión de los estados mentales y afectivos de otros (61).

Ante tal diversidad de hipótesis psicológicas, en las últimas décadas la investigación se ha desviado hacia la búsqueda de una sola alteración esencial capaz de explicar adecuadamente el amplio conjunto de anomalías y desfases evolutivos que, a nivel intrasujeto como intersujeto, manifiestan los autistas, línea de trabajo cuya idoneidad o no en último término serán los propios datos empíricos la que la determine. Por el contrario, al ser en la actualidad todo tratamiento del autismo de carácter sintomático, dada la imposibilidad de intervenir directamente sobre el curso etiopatogénico que genera el síndrome, y a que se ignoran las intervenciones eficaces, aun admitiendo ciertos *principios generales* muy abstractos, todo tratamiento ha de ser extremadamente *individualizado e integrado* (56).

Evaluación e intervención en el autismo: niños, familia y cuidadores importan

Evaluar el autismo hasta mediados de los años ochenta del pasado siglo requería una evaluación conductual previa a la exploración cognitiva del sujeto, dada la gran dificultad que el uso de pruebas estandarizadas de inteligencia conllevaba en tal población clínica (62), lo que forzó a investigadores y clínicos a agudizar el ingenio y plantear procedimientos de evaluación alternativos a los hasta entonces existentes. Fruto de tal esfuerzo intelectual surgieron dos tipos de escalas conductuales específicas para explorar el autismo, unas con fines diagnósticos como la *Diagnostic Checklist for Behavior Disturbed Children* y el *British Working Party*

Diagnostic System, y otras con objetivos principalmente descriptivos, como eran la *Behavior Evaluation Scale* (BES), la *Adaptative Behavior Scale* y la *Vineland Social Maturity Scale*. Ha de indicarse, sin embargo, que tales escalas diagnósticas resultan de más utilidad si están acompañadas de otras pruebas que evalúen el comportamiento adaptativo o el nivel/perfil psicoeducacional. En lo que concierne a las escalas descriptivas, pueden proporcionarnos información muy relevante de los déficits conductuales y nivel de funcionamiento del sujeto (30).

En cuanto a nuestro país, fruto del trabajo de la Asociación de padres de niños autistas de Guipúzcoa (GAUTENA), puede consultarse la adaptación de la primera versión de la *Childhood Autism Rating Scale* (1980) (CARS), de la que en 1988 surgió otra versión mejorada, paliando así la escasa precisión en la formulación de sus ítems (63), estando también disponible la *Autism Behaviour Checklist* (ABC), que forma parte del *Autism Screening Instrument for Educational Planning* (ASIEP), de enorme utilidad para profesionales y profesores de educación especial, al igual que el *Test de Evaluación del Desarrollo Preescolar y Especial* (TEDEPE). Muy extendidos también en la praxis clínica y educativa es la *Autism Diagnostic Interview Revised* (ADI-R) (64), como los cuestionarios retrospectivos aplicados a padres tal como la *Lista de Diagnóstico del Autismo* (1988) (LDA), mientras que para el diagnóstico precoz se han elaborado cuestionarios como el *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT) (21).

Vinculado a ello está el desacuerdo manifiesto que presentan investigadores y clínicos respecto a la prevalencia del autismo, al juzgar que la supervisión exclusiva de los sujetos institucionalizados no es el sistema más idóneo para saber qué porcentaje de población se siente aquejada por este trastorno generalizado del desarrollo, al conocerse casos de autistas que están fuera de tales registros oficiales.

Respecto a la intervención, conviene referir las prometedoras expectativas que en la última década del siglo XX suscitó la *comunicación facilitada*, mediante la cual aparentemente se incrementaba la producción lingüística autística, aunque no de forma espontánea, sino (como evidencian distintos estudios serios por la acción del facilitador), que, a través de una orientación sutil de la muñeca, el brazo o el hombro cuando el dedo del niño autista estaba sobre el teclado, era quien realmente indirecta pero absolutamente inconsciente generaba el mensaje (7).

Precisamente, además del programa de comunicación total, para la enseñanza de destrezas comunicativas y el despliegue de lenguaje espontáneo de niños autistas en diferentes contextos naturales se halla el método TEACCH (*Teaching Spontaneous Communication to Autistic and Developmentally Handicapped Children*), mediante el cual, sirviéndose del lenguaje verbal como de modalidades no orales, se ofrece una guía de objetivos y actividades, más que propiamente una programación, en la que aparecen sugerencias acerca de cómo evaluarlas y programarlas, distinguiendo cinco dimensiones en los actos comunicativos: la *fun-*

ción, el *contexto*, las *categorías semánticas*, la *estructura* y la *modalidad*, que además de servir para programar los objetivos de desarrollo comunicativo en cada una de ellas, son claves importantes en el proceso de enseñanza/aprendizaje (16).

Para reducir las estereotipias, apoyándose en estudios empíricos realizados con mamíferos no humanos, donde se evidenciaba el decremento de aquellas inducidas por apomorfina o anfetaminas usando neurolépticos (como el haloperidol, tioridazina –meleril–, clorpromacina –largactil– y Risperdal, cuyos efectos secundarios son menores) se corroboró la eficacia psicoterapéutica de tales medicamentos en algunos sujetos y etapas, siempre y cuando las dosis fueran revisadas y la medicación se retirara tan pronto como fuera posible, evitando así efectos secundarios indeseables. Asimismo se ha utilizado fenfloramina en autistas con elevados niveles de serotonina en sangre y pautas marcadas de hiperactividad y conductas estereotipadas, cuestionándose su eficacia real a medio y largo plazo. Desde la terapia conductual, los éxitos alcanzados han sido también discretos, incluyendo el arsenal terapéutico usando técnicas como el reforzamiento diferencial de conductas alternativas, la extinción sensorial de las consecuencias autoestimuladoras, la sobrecorrección y el castigo contingente de las conductas estereotipadas, cuyo uso ha sido criticado por su escasa eficacia, efectos indeseables e implicaciones éticas derivadas durante y después de su aplicación.

De tales resultados algunos han postulado que, al igual que sucede con los individuos normales, que manifiestan una relación directa entre las estereotipias y la falta de alternativas funcionales o de estímulos significativos en el medio, se les oferte a los autistas diferentes alternativas funcionales de actividad, merced a las cuales sus vidas adquieran el mayor sentido, posibilitándoles también acciones anticipatorias que incrementen su atención y motivación para realizar conductas funcionales, siendo entonces capaces de desarrollar competencias e instrumentos de comunicación. Junto al descenso en la probabilidad, frecuencia, intensidad y duración de las estereotipias, ello ha influido en las estrategias actuales de tratamiento, que han pasado desde la extinción de tales conductas juzgadas negativas y de carácter autoestimulador, presentes por así decir en un individuo depravado, a la construcción de conductas positivas y funcionales capaces de producir desarrollo (56).

Otro escollo diario al que se enfrentan quienes conviven y cuidan al autista es la rutina comportamental y ambiental que *necesita*, caracterizada por la rigidez, fijación obsesiva y fuerte resistencia al cambio, frente a la que, dada su imposible eliminación, se ha optado por reducir hasta donde sea posible, usándose como criterio el grado con que interfiere en las posibilidades de relación y aprendizaje de aquél.

En cuanto a las medidas implementadas para tratar la conducta autolesiva, en modo alguno privativa del autismo, están el uso de medicamentos, la contención física y el afecto tranquilizador, cuya eficacia psicoterapéutica se ha demostrado inferior a la alcanzada usando técnicas operantes como la extinción y el castigo

(30). Y es que, extendiendo el uso de tales técnicas al entorno familiar, a través del adecuado entrenamiento a padres y otras figuras de apego, que así aliviaban su posible culpa y adoptaban una posición activa ante la condición autista de su hijo, se producía un cambio significativo en el abordaje y tratamiento, que de esta forma dejaba de estar circunscrito al ámbito clínico, para hacer copartícipes de él a otros, especialmente a los padres, cuya pretérita imagen negativa de causantes del autismo se desdibujaba, consolidándose progresivamente otra que los percibía como agentes facilitadores de cambios positivos en el niño y en la dinámica familiar, aunque sujetos como cualquier otro hogar a los vaivenes emocionales propios de todo grupo humano. Asimismo, más que instruir a los progenitores en determinadas técnicas, la experiencia clínica muestra que es más útil ayudarles a solventar problemas de la vida cotidiana, siendo para ello un elemento clave conocer con la mayor precisión posible el nivel actual y potencial de destrezas cognitivas del menor autista, para que así los objetivos y metas terapéuticos establecidos resulten adecuados y realistas (65).

Alcanzar tales logros precisa que padres, profesores y terapeutas implicados coordinen sus distintas parcelas de influencia y trabajo, dadas las grandes dificultades que los niños autistas manifiestan para comprender realmente lo que aprenden y para generalizar lo aprendido a otros contextos diferentes de aquel donde originariamente se produjo tal aprendizaje. Por ello se exige que el proceso de enseñanza-aprendizaje del autista tenga lugar dentro de un marco sistemático y estructurado de normas y pautas de conducta, cuyo diseño final vendrá determinado en función de la singularidad y necesidades requeridas por su perceptor.

Lo mismo puede decirse de su futura integración laboral, en donde exhibirá un mejor desempeño laboral en trabajos que requieran buenas habilidades visomotoras, destreza motora fina o razonamiento no verbal, por lo que resultará muy conveniente que antes de ello reciban una enseñanza vocacional, basada en tareas reales y no hipotéticas (por ejemplo ensamblar piezas de hierro y no de un puzzle) llevadas a cabo en su puesto de trabajo, para así inferir las posibilidades futuras del sujeto, como el grado de estructuración exigido para la actividad y las modificaciones o adaptaciones necesarias para realizar las tareas encomendadas. De igual forma, el personal especializado y responsable del autista en el entorno laboral debe observar los problemas de conducta y falta de habilidades sociales que pueda manifestar, al recaer en ambos y no en la ausencia de competencia laboral la potencial pérdida de empleo, siendo también útil generalizar a los autistas lo aprendido en los programas de habilidades sociales creados para retrasados mentales adultos en entornos de trabajo, debiendo asimismo valorarse las características personales que el contratante juzgue más relevantes para el puesto laboral a cubrir.

Todo ello, como es fácil comprender, está orientado a que el autista consolide su ocupación laboral, pareciendo entonces solaparse las diferencias entre los

servicios dedicados a la adaptación laboral de los encauzados hacia el apoyo en la comunidad, dentro de la cual el autista, según su nivel de afectación y grado de autonomía, podrá vivir junto a su familia biológica, adoptiva o en residencias pequeñas (apartamentos o casas unifamiliares) lo más integrado y normalizado posible, alentándole para ello al máximo la participación en actividades y situaciones cotidianas. Complementando esto, debe llevarse a cabo una planificada supervisión a corto, medio y largo plazo, en la que puede ser imprescindible contar con profesionales cualificados que evalúen los logros y objetivos conseguidos (21).

Reflexiones finales

De todo lo expresado cabe inferir que, dada la falta de marcadores biológicos claros en el autismo, sólo puede definirse éste como un trastorno muy heterogéneo, lo que dificulta además del diagnóstico, la genuina y profunda comprensión de la condición autista y de los procesos psicológicos alterados de base (66), por lo que aún es absolutamente acertado lo que en 1993 ya expresó Riviére al decir que «el autismo es provisionalmente incurado, pero no definitivamente incurable» (67), dada la mejora en la calidad de vida que han experimentado las personas con autismo. Asimismo en la búsqueda de otras respuestas se profundiza en líneas de investigación como la de las neuronas espejo, añadiéndose así nuevas piezas al rompecabezas que es el trastorno autista. Esto, sin embargo, no debe hacernos bajar la guardia, como tampoco concebir falsas esperanzas, sino sólo continuar investigando con similar entusiasmo, de forma multidisciplinar, allanando así el angosto y tortuoso camino que aún debe recorrerse en la comprensión, explicación profunda y tratamiento del enigma llamado autismo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) RUTTER, M., «Diagnóstico y definición», en RUTTER, M.; SCHOPLER, E. (coords.), *Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*, Madrid, Alhambra, 1984, pp. 1-26.
- (2) RIVIÈRE, Á., «Trastorno de la flexibilidad en el autismo», en VALDEZ, D. (ed.), *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*, 2, Buenos Aires, Fundec, 2001a.
- (3) KANNER, L., «Autistic Disturbances of Affective Contact», *Nervous Child*, 1943, 2, pp. 217-230.
- (4) RIVIÈRE, Á.; VALDEZ, D., «Autismo: definición, evaluación y diagnóstico», *Módulo 1* 2000, Buenos Aires, FUNDEC (Fundación para el desarrollo de los estudios cognitivos).
- (5) KANNER, L., *Child Psychiatry*, Springfield, Illinois, C. C. Thomas, 1979.

- (6) SANUA, V. D.; KANNER, L., «The Man and the Scientist», *Child Psychiatry and Human Development*, 1990, 21 (1), pp. 3-23.
- (7) FRITH, U., *Autismo. Hacia una explicación del enigma*, Madrid, Alianza, 2004.
- (8) PÉREZ, M.; RAMOS, F., «El autismo infantil», en BELLOCH, A.; SANDÍN, B.; RAMOS, F. (coords.), *Manual de Psicopatología*, 2, Madrid, McGraw-Hill/Interamericana de España, 1995, pp. 651-674.
- (9) BETTELHEIM, B., *La fortaleza vacía. Autismo infantil y nacimiento del yo*, Barcelona, Paidós, 2001.
- (10) RUTTENBERG, B., «A Psychoanalytic Understanding of Infantile Autism and its Treatment», en CHURCHILL, D. W.; ALPERN, G. D.; DEMYER, M. K. (eds.), *Infantile Autism*, Springfield, Ill., C. C Thomas, 1971.
- (11) RUTTER, M., «Concepts of autism», *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1968, 9, pp. 1-25.
- (12) WING, J. K., «Review of Bettelheim: 'The Empty Fortress'», *British Journal of Psychiatry*, 1968, 114, pp. 788-791.
- (13) DE VILLARD, R., *Psicosis y autismo del niño*, Barcelona-México, Masson, 1986.
- (14) RUTTER, M., «Diagnosis and Definition of Childhood Autism», *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1978b, 8, pp.139-161.
- (15) RUTTER, M., «Etiología y tratamiento: Causa y curación», en RUTTER, M.; SCHOPLER, E. (coords.), *Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*, Madrid, Alhambra, 1984, pp. 310-318.
- (16) RIVIÈRE, Á., *Autismo. Orientaciones para la intervención educativa*, Madrid, Trotta (2001b).
- (17) WING, L., «Características sociales, comportamentales y cognitivas: enfoque epidemiológico», en RUTTER, M.; SCHOPLER, E. (coords.), *Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*, Madrid, Alhambra, 1984, pp. 27-44.
- (18) HOWLIN, P., «Evaluación de la conducta social», en RUTTER, M.; SCHOPLER, E. (coords.), *Autismo: Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*, Madrid, Alhambra, 1984, pp. 60-66.
- (19) DE AJURIAGUERRA, J.; MARCELLI, D., *Manual de Psicopatología del niño*, Barcelona, Masson, 1987.
- (20) PAUL, R., «Comunicación», en COHEN, D.; DONNELAN, A. (comps.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, Nueva York, Wiley, 1987.
- (21) CANAL, R., Deficiencias sociales severas. Autismo y otros trastornos profundos del desarrollo», en VERDUGO, M. A. (dir.), *Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*, Madrid, Siglo XXI, 1995, pp. 1027-1115.
- (22) CARR, E. G.; SCHREIBMAN, L.; LOVAAS, O. I., «Control of Echolalic Speech in Psychotic Children», *Journal of Abnormal Psychology*, 1975, 3, pp. 331-351.
- (23) SCHREIBMAN, L.; CARR, E. G., «Elimination of Echolalic Responding to Questions Through the Training of a Generalized Verbal Response», *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1978, 11, pp. 453-463.
- (24) PRIZANT, B. M.; DUCHAN, J., The Function of Immediate Echolalia in Autistic Children, *Journal of Speech and Hearing Research*, 1981, 146, pp. 241-249.
- (25) PRIZANT, B. M.; RYDELL, P. J., «Analysis of Function of Delayed Echolalia in Autistic Children», *Journal of Speech and Hearing Research*, 1984, 27, pp. 183-192.

- (26) HERMELIN, B., «Codificación y modalidades sensoriales», en WING, L.; EVERALD, M. P., y otros, *Autismo infantil. Aspectos médicos y educativos*, Madrid, Santillana, 1982, pp. 155-188.
- (27) MENYUK, P., «El Lenguaje: problemas y causas», en RUTTER, M.; SCHOPLER, E. (coords.), *Autismo: Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*, Madrid, Alhambra, 1984, pp. 101-112.
- (28) LOVAAS, O. I.; LITROWNIK, A.; MANN, R., «Response Latencies to Auditory Stimuli in Autistic Children Engaged in Self-Stimulatory Behavior», *Behavior Research and Therapy*, 1971, 9, pp. 39-49.
- (29) RINCOVER, A., «Sensory Extinction: A Procedure for Eliminating Self-Stimulatory Behavior in Autistic Children», *Journal of Abnormal Child Psychology*, 1978, 6, pp. 299-310.
- (30) SCHREIBMAN, L.; MILLS, J. I., «Autismo infantil», en OLLENDICK, Th. H.; HERSEN, M. (coords.), *Psicopatología infantil*, Barcelona, Martínez Roca, 1986, pp. 176-212.
- (31) LOVAAS, O. I.; SIMMONS, J. Q., «Manipulation of Self-Destruction in Three Retarded Children», *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1969, 2, pp. 143-157.
- (32) KOEGEL, R. L.; WILHEM, H., «Selective Responding to the Components of Multiple Visual Cues by Autistic Children», *Journal of Experimental Psychology*, 1973, 15, pp. 442-453.
- (33) GOLDFARB, W., *Childhood Schizophrenia*, Cambridge, Harvard University Press, 1961.
- (34) SCHOPLER, E., «Early Infantile Autism and Receptor Processes», *Archives of General Psychiatry*, 1965, 13, pp. 327-335.
- (35) FRITH, U.; BARON-COHEN, S., «Perception in Autistic Children», en COHEN, D. J.; DONNELAN, A. M. (comps.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, 1987, Nueva York, Wiley.
- (36) BARON-COHEN, S., «From Attention-Goal Psychology to Belief-Desire Psychology: the Development of Theory of Mind, and Dysfunction», en BARON-COHEN, S.; TAGER-FLUSBERG, H.; COHEN, D. (eds.), *Understanding other Minds. Perspectives from Autism*, Nueva York, Oxford University Press, 1993, pp. 59-82.
- (37) RUTTER, M., «Cuestiones evolutivas y pronóstico», en RUTTER, M.; SCHOPLER, E. (coords.), *Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*, Madrid, Alhambra, 1984, pp. 479-487.
- (38) WING, L., «Diagnóstico, descripción clínica y pronóstico», en WING, L.; EVERALD, M. P., y otros, *Autismo infantil. Aspectos médicos y educativos*, Madrid, Santillana, 1982, pp. 32-82.
- (39) GOLDFARB, W., *A Time to Heal. Corrective Socialization: A Treatment Approach to Childhood Schizophrenia*, Nueva York, International University Press, 1969.
- (40) POLAINO, A., *Introducción al estudio científico del autismo*, Madrid, Alhambra, 1982.
- (41) DÍEZ CUERVO, A., Modelos neurobiológicos del trastorno autista, *Actas del VII congreso nacional de autismo*, Salamanca, Amaru, 1993, pp. 85-104.
- (42) SHAYWITZ, B. A.; COHEN, D. J., «The Neurochemical Basis of Infantile Autism», en LOCKMAN, L. A.; SWAIMAN, K. F.; DRAGE, J. S., y otros (eds.), *Workshop on the Neurobiological Basis of Autism*, Bethesda, Md: National Institutes of Health Publication, 1979.
- (43) COLEMAN, M., «Serotonin and Central Nervous System Syndromes of Childhood, a Review», *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1973, 3, pp. 27-35.
- (44) COLEMAN, M., «Introduction», en COLEMAN, M. (ed.), *The Autistic Syndromes*, Nueva York, Elsevier, 1976.

(45) ORNITZ, E. M., «¿Homogeneidad o heterogeneidad biológica?», en RUTTER, M.; SCHOPLER, E. (coords.), *Autismo: Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*, Madrid, Alhambra, 1984, pp. 232-238.

(46) ORNITZ, E. M., «Estudios neurofisiológicos», en RUTTER, M.; SCHOPLER, E. (coords.), *Autismo: Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*, Madrid, Alhambra, 1984, pp. 113-135.

(47) LOVAAS, O. I.; KOEGEL, R. L.; SCHREIBMAN, L., «Stimulus Overselectivity in Autism», *Psychological Bulletin*, 1979, 86, pp. 1236-1254.

(48) DAPRETTO, M.; DAVIES, M. S.; PHEIFER, J. H., y otros, «Understanding Emotions in Others: Mirror Neuron Dysfunction in Children with Autism Spectrum Disorders», *Nature Neuroscience*, 2006, 9, 1, pp. 28-30.

(49) IACOBONI, M., «Neural Mechanisms of Imitation», *Current Opinion in Neurobiology*, 2005, 15, pp. 632-637.

(50) EISENBERG, L.; KANNER, L., «Early Infantile Autism 1943-1955», *American Journal of Orthopsychiatry*, 1956, 26, pp. 556-566.

(51) KANNER, L., «To what Extent is Early Infantile Autism Determined by Constitutional Inadequacies?», en KANNER, L., *Childhood Psychosis: Initial Studies and New Insights*, Washington, V. H. Winston and Sons, 1973, pp. 69-75.

(52) HOBSON, R. P., «Origins of the Personal Relation and the Strange Case of Autism», *Association for Child Psychology and Psychiatry*, 1983a.

(53) HOBSON, R. P., «The Autistic Child's Recognition of Age-Related Features of People, Animals and Things», *British Journal of Developmental Psychology*, 1983b, 1, pp. 343-352.

(54) HOBSON, R. P., «Early Childhood Autism and the Question of Egocentrism», *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1984, 14, pp. 85-104.

(55) HOBSON, R. P., «Beyond Cognition. A Theory of Autism», en DAWSON, G. (ed.), *Autism, Nature, Diagnosis, and Treatment*, Nueva York, The Guilford Press, 1989.

(56) RIVIÈRE, A., *IDEA: inventario de espectro autista*, Buenos Aires, Fundec, 2002.

(57) HOBSON, R. P., *El autismo y el desarrollo de la mente*, Madrid, Alianza, 1995.

(58) LESLIE, A. M.; FRITH, U., «Prospects for Cognitive Neuropsychology of Autism, Hobson's Choice», *Psychological Review*, 1989, 97, pp. 122-131.

(59) LESLIE, A. M.; HAPPE, P., «Autism and Ostensive Communication: The Relevance of Metarepresentation», *Development and Psychopathology*, 1989.

(60) BARON-COHEN, S.; HOWLIN, P., «The Theory of Mind Deficit in Autism: some Questions for Teaching and Diagnosis», en BARON-COHEN, S.; TAGER-FLUSBERG, H.; COHEN, D. (eds.), *Understanding other Minds. Perspectives from Autism*, Nueva York, Oxford University Press, pp. 466-480, 1993.

(61) DAWSON, G.; LEWY, A., «Arousal, Attention, and the Socioemotional Impairments of Individuals with Autism», en DAWSON, G. (ed.), *Autism, Nature, Diagnosis, and Treatment*, Nueva York, The Guilford Press, 1989.

(62) NEWSON, C. D.; RINCOVER, A., «Behavioral Assessment of Autistic Children», en E. MASH, J.; TERDAL, L. G. (eds.), *Behavioral Assessment of Childhood Disorders*, Nueva York, Guilford Press, 1982.

(63) RIVIÈRE, A., y otros, *Evaluación y alteraciones de las funciones psicológicas en el autismo*, Madrid, Ministerio de Educación y Ciencia (Centro de Investigación y Documentación Educativa), 1988.

(64) LORD, C.; RUTTER, M.; LE COUTEUR, A., Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R): A Revised Version of Diagnostic Interview for Caregivers of Individuals with Possible Pervasive Developmental Disorder, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1994, 24, pp. 659-685.

(65) SCHOPLER, E., «Modificación de la participación parental en el tratamiento comportamental», en RUTTER, M.; SCHOPLER, E. (coords.), *Autismo. Reevaluación de los conceptos y el tratamiento*, Madrid, Alhambra, 1984, pp. 393-401.

(66) PALOMO, R., y otros, «Evaluación y diagnóstico en trastornos del espectro autista: el modelo IRIDIA», en VALDEZ, D. (comp.), *Evaluar e intervenir en autismo*, Madrid, A. Machado Libros, 2005, pp. 45-95.

(67) CANAL, R., «El autismo hoy en España», entrevista al doctor Ángel Rivière, *Siglo Cero*, 1993, 149, 24, pp. 41-44.

* Francisco Balbuena Rivera, psicólogo, departamento de Psicología, Universidad de Huelva.
Correspondencia: Francisco Balbuena Rivera, balbuena@uhu.es. Avda. Luis Montoto, 130, A-1-1. 41005 Sevilla.

** Fecha de recepción: 4-I-2007.

Beatriz García Moratalla

¿Dónde se encuentra la prevención y promoción de la salud mental en el momento actual?

RESUMEN: Análisis y evolución histórica en las últimas décadas en prevención primaria y promoción de la salud. Propuestas para investigaciones futuras.

PALABRAS CLAVE: Prevención, promoción, individual, colectiva.

SUMMARY: Analyse and historic evolution in the last decades about the primary prevention and promotion of mental health. Various proposals for future researchs.

KEY WORDS: Prevention, promotion, individual, collective.

El interés hacia la promoción y prevención en la salud mental ha aumentado en las últimas décadas acorde al incremento en la prevalencia e incidencia de las enfermedades mentales, pero paradójicamente no ha habido avances significativos en la promoción y prevención en salud mental, por lo que podemos decir que viene arrastrando un estado de deficiente implantación y de permanente crisis, sin que hayan existido claros esfuerzos dirigidos a desarrollar programas preventivos eficaces ni apoyos para potenciar la investigación en este área. Algunos han tratado de minimizar este estado de deficiencia de la prevención en salud mental desprendiendo una actitud de optimismo al alegar que existe suficiente evidencia para demostrar que los programas de prevención y promoción de salud mental funcionan y contribuyen a un incremento del bienestar mental y a una mejoría de la calidad de vida individual y comunitaria (1; 2), pero esto no es del todo cierto.

Todo sistema sanitario tiene como misión fundamental ofrecer a sus ciudadanos el mayor nivel deseable de salud. Para conseguir este objetivo es necesario proponerse alcanzar al menos dos metas: el establecimiento de medidas preventivas adecuadas, individuales o comunitarias, y la aplicación de medidas terapéuticas. Pero el problema del sistema sanitario vigente es el desequilibrio hacia un mayor desarrollo del tratamiento de las enfermedades mentales en detrimento de una cobertura preventiva adecuada y eficaz para dichas enfermedades.

El objetivo de este artículo es realizar una revisión de la literatura que nos ofrezca una visión global del estado actual de la promoción y prevención en salud mental. En primer lugar, vamos a analizar la evolución histórica en las últimas décadas y el contexto en el que está inmersa para poder así describir en qué punto se encuentra hoy en día. A partir de ahí, se evaluarán algunas de las cuestiones abiertas todavía hoy con respecto a la prevención en salud mental y los diversos problemas que podría conllevar puesto que no está exenta de riesgos. Y, por último, se realiza el planteamiento de diversas propuestas en un futuro próximo dirigidas a mejorar la prevención primaria y promoción de la salud mental.

Evolución histórica

Según G. Albee (3) hubo un claro cambio de rumbo a principios de los ochenta y después de la política del NIMH (National Institute of Mental Health) en la investigación de la prevención de los trastornos mentales. Entre 1960 y 1970, los primeros directores del NIMH eran psiquiatras formados en salud pública y las subvenciones en investigación preventiva estaban orientadas al estudio de las patologías de la sociedad; la educación y la ingeniería social eran las mayores estrategias preventivas. En aquellos momentos se consideró que la prevención era confusa y descoordinada y se dio el primer paso para crear un centro para la prevención que debía ser establecido por NIMH con la prevención primaria como su actividad principal. Con la década de los ochenta, llega la «contrarrevolución» y los estudios van dirigidos a la biología, neurología y genética de los trastornos mentales. Uno de sus recientes directores, Lewis Judd, ordena en 1990 una revisión de la investigación preventiva que concluye con un primer informe en 1993: «The Prevention of Mental Disorders: A National Research Agenda» (4) al que le siguieron otros dos informes más amplios en 1994 y 1996: «Reducing Risks for Mental Disorders Frontiers for Prevention Intervention Research» (5) y «A Plan for Prevention Research at NIMH: a Report to the National Advisory Mental Health Council» (6) respectivamente. Todos estos artículos transmiten el mismo mensaje: una investigación preventiva científica cuidadosa para una perspectiva de desarrollo debe buscar e identificar factores de riesgo y conducir estudios de intervención controlados para reducir estos riesgos. Consecuentemente, surgieron diversas controversias al respecto pero las dos más destacadas fueron: que no se incluía la promoción en salud mental como parte de la estrategia principal de la prevención y que la identificación de los factores de riesgo se realiza a nivel genético, bioquímico y físico para trastornos definidos por DSM-IV ignorando factores ambientales, dando así una visión simplista del mundo que deposita la responsabilidad a nivel individual para romper las barreras ambientales y sociales.

En 1999, se emite el cuarto y último artículo del National Advisory Mental Health Council (NAMHC) por el Workgroup on Mental Disorders Prevention Research: «Priorities for Prevention Research at NIMH» (7) para el cual el primer requisito es una propuesta de definición de investigación preventiva más amplia a través de tres dominios mayores (pre-intervención, intervención y servicios de sistemas preventivos) y que abarca la prevención de recaída, de trastornos secundarios y de discapacidad. Destacar de dicho informe como más relevante el enfoque en estrategias universales de prevención primaria y promoción de la salud mental, la inclusión de otros contextos de comportamientos en la comunidad (familia, coetáneos, escuela, etc.) y las interacciones entre los

niveles genéticos/biológicos con los socioculturales/ambientales, el reconocimiento de una necesidad mayor de recursos, el estímulo para programas de prevención que promuevan la salud mental y el bienestar, y las sugerencias de cambios en las normas comunitarias y sistemas de apoyo para obtener más beneficios (8).

Diversos autores realizaron numerosas críticas a este informe y a la situación de la investigación preventiva en aquellos momentos (9; 10; 11; 12); entre las críticas más destacadas:

– Aunque la primera recomendación es que se adopte una definición más amplia, la ampliación incluye el trabajo tradicional apoyado por la investigación epidemiológica y de servicios de prevención. Continúa haciendo énfasis en reducir la incidencia de los trastornos con la investigación neurobiológica.

– No refuerza sus recomendaciones con razonamientos sistemáticos y críticos. No justifica su radical redefinición de prevención.

– La prevención aplicada debe incluir modos de modificar el entorno y sistemas sociales.

– La investigación de «pre-intervención» no es más que estudiar los factores de riesgo genéticos de los trastornos mentales.

– La mayor parte de la investigación se realiza en instituciones académicas (que en muchas ocasiones colaboran con los intervencionistas), en individuos con diagnóstico único o altamente específico, en muestras no representativas, lo cual lleva a aproximaciones imparciales hacia la comprensión de muchos retos en la investigación; es necesario estudiar los servicios preventivos en «situaciones reales» con la medición de «resultados reales».

– Necesidad de múltiples valoraciones así como comparaciones de trayectorias entre intervenciones y grupos de comparación.

Wandersman (13) sugiere que el fracaso del modelo de prevención propuesto por el Instituto de Medicina se debe a las dificultades de implantar los ensayos de las intervenciones a gran escala, después de haber obtenido eficacia bajo condiciones controladas. Miller y Shinn (14) enumeran diversos problemas de dicho modelo, entre los que destacan la escasa capacidad de las organizaciones y comunidades para implantar los programas de prevención basados en la evidencia, muchas veces por una cuestión financiera, la escasa importancia que se da al grado de congruencia entre los valores de la comunidad y los programas, y una tendencia cuasiexclusiva a promover programas basados en la evidencia, basados en la teoría subestimando programas más innovadores que no han sido estudiados.

Estado actual de la prevención primaria y promoción de la salud mental

Se puede decir que la prevención primaria y promoción de la salud mental se encuentra en este punto desde entonces. Los esfuerzos iniciales de la prevención primaria van dirigidos a identificar los factores de riesgo y orientar los objetivos a advertir sobre los trastornos; pero, como dice L. Cowen (15), ésta es una visión defendible aunque encapsulada y limitada. Aunque las intervenciones políticas y cambios en el medio ambiente parecen tener el mayor impacto, el énfasis sigue centrado en las acciones preventivas a escala individual.

Las decisiones acerca de las estrategias preventivas se basan en modelos que explican las causas de los trastornos mentales. Los esfuerzos preventivos dirigidos a las enfermedades físicas son objetivos y los resultados son claramente demostrados por una disminución de la incidencia de dichas enfermedades. Pero, en el caso de los trastornos mentales, la situación es más complicada, pues, aparte de las investigaciones complejas y caras, muchos de los trastornos mentales no permiten un registro objetivo transparente y mantenido y, consecuentemente, existe un problema para aplicar las condiciones mentales al enfoque de salud pública tradicional. Por otra parte, poca atención ha sido dirigida para investigar el procedimiento y los efectos de las políticas de salud pública en la prevención (16).

Además, existe un claro desequilibrio entre tratamiento y prevención al considerar que las estrategias para una prevención eficaz no están tan bien definidas como un tratamiento, y, por tanto, son inconsistentes y no se pueden aplicar (17). No existen apenas investigaciones sobre la eficacia del tratamiento en sus diferentes versiones y combinaciones sobre la prevención y promoción de la salud mental; los ensayos realizados al respecto son designados para evaluar la validez interna de sus hallazgos pero se presta menos atención en la validez externa y en la aplicación a escenarios prácticos (18).

Aunque en los últimos años cada vez ha sido más frecuente la realización de metaanálisis sobre estudios de investigación preventiva en los que se avala el mérito de la prevención primaria como estrategia de cambio en la población (19), en la mayoría de los programas no se ha superado el carácter experimental en el que rara vez se alcanzan los objetivos para conseguir una continuidad y una generalización, y tampoco se destinan recursos económicos y sociales, aunque se conozca que determinadas condiciones de vida aumentan la vulnerabilidad de las personas y que es esencial una participación comunitaria para actuar sobre dichas condiciones. La mayoría de los estudios necesitan recoger información a largo plazo; una pequeña parte de ellos hace un seguimiento pero no suele ser superior a un año. Además los resultados del seguimiento no permiten obtener conclusiones firmes sobre el impacto a largo plazo de dichas intervenciones.

Hallazgos de intervenciones preventivas prometedoras nunca han salido de las páginas de los artículos, otros son adoptados fuera de la comunidad investigada sin pistas de cómo implantarlos ni de costes, y otros no tienen mérito ni probado ni testificado. Muchos de los programas tienen dificultades para mantener el mismo marco, están mal informados sobre actividades y políticas de otros programas, e, incluso, no son conocedores de que existen (20).

En España, al igual que en el resto de países europeos, apenas se realiza prevención primaria en salud mental, ni tan siquiera en atención primaria. La escasa prevención realizada consiste en unos cuantos programas más o menos planificados, prácticamente sin criterios que guíen las intervenciones, con limitados recursos prácticos, influenciados por componentes políticos e ideológicos que debilitan su carácter científico, realizados con un gran esfuerzo y escasa motivación de los profesionales, dada la sobrecarga laboral y el escepticismo hacia dichos programas, y con resultados poco contrastables o inconsistentes (21).

¿Prevención individual, prevención social?

Un aspecto importante es que una visión individual de la prevención, que puede ser importante para algunos casos, no puede hacer obviar una perspectiva social o colectiva de la prevención que va a suponer una serie de cambios sociales, económicos y políticos favorables para el conjunto de la población.

En el siglo XIX, el concepto de salud era un asunto público en el que el Estado tenía la obligación de garantizar el derecho a la salud; a finales de este siglo, se produce un debilitamiento progresivo de la salud ambiental que culmina con la desaparición del componente social de la salud. En el siglo XX se produce un amplio movimiento de reformas sociales y sanitarias que configuran el estado de bienestar en el que la salud es un imperativo social y el Sistema Nacional incorpora las actividades preventivas como las acciones necesarias para conseguir el bienestar (22). La prevención, antes de la década de los ochenta, estaba dirigida principalmente hacia los factores sociales que condicionan el enfermar. Con el cambio de perspectiva en el que predominan los aspectos biologicistas y la globalización, es poco propicio esta perspectiva comunitaria y social, encontrándonos en estos momentos con una visión de la prevención centrada principalmente en los factores de riesgo biológicos y genéticos de las enfermedades mentales y, por tanto, centrada en el individuo.

Algunos autores de esta última década también han abogado por una perspectiva social de la prevención dirigida a cambios ambientales que influyan sobre las condiciones individuales para la salud. Ellos defienden la traslación de intervenciones preventivas individuales en intervenciones de salud pública que pro-

duzcan cambios sobre las influencias deletéreas, para modificar de forma favorable el entorno y los sistemas sociales; para ello también es necesario una responsabilidad compartida entre investigadores y políticos con un balance equitativo de las necesidades de ambos (10; 15; 16; 23). Otros autores defienden las estrategias preventivas dirigidas al bienestar para disminuir los trastornos mentales; dichas estrategias consistirían en construir el bienestar desde un inicio temprano y promover condiciones que lo mantengan y lo mejoren; el objetivo es que se adquieran competencias o se aprendan estrategias de adaptación a condiciones estresantes, con el objetivo no sólo de disminuir trastornos mentales sino también de solidificar el bienestar psicológico (8; 9; 15; 19; 24).

Entre dichos autores que abogan por un enfoque social, destaca por ejemplo G. Albee (3), quien defiende el modelo de estrés-aprendido, que focaliza la búsqueda en los factores ambientales que producen un excesivo estrés y acepta los esfuerzos dirigidos a fortalecer la resistencia al estrés como mejorar la competencia social, la autoestima y la autoconfianza, y a proveer de soportes al sistema. Este último modelo también llama a una acción social y política para reducir el estrés de condiciones sociales desfavorecedoras. Dicho autor denominaba «potenciar la resistencia de la multitud» como estrategia global de mejoría positiva de la salud para construir personas más fuertes, más competentes, más seguras y optimistas, con más soportes. Sandler (25) habla de la noción de «intervenciones preventivas como promoción planificada de recursos de resistencia» que pueden crear cambios en múltiples niveles de recursos protectores y, a través de éstos prevenir adversidades futuras, proteger a la gente de los efectos adversos que ocurren o directamente promover competencias o satisfacciones de necesidades básicas. Consecuentemente, los programas más efectivos no sólo disminuirían riesgos y adversidades sino que también construirían refuerzos, competencias y factores protectores en distintos niveles: individual, familiar y grupal, y también en el ámbito de las organizaciones, instituciones y poblaciones.

La iatrogenia de la prevención

Puesto que carecemos de conocimientos completos acerca de la etiología de la mayoría de los trastornos mentales, los programas preventivos deberían actuar sobre los recursos generales de la comunidad, para reducir las condiciones que podemos considerar perjudiciales, aunque no podamos asegurar de forma fehaciente que conduzcan a un trastorno mental determinado. Pero este tipo de intervenciones no son inocentes y no están exentas de riesgos.

Uno de los objetivos de la prevención primaria es establecer programas tendientes a producir una sociedad futura «mentalmente sana»; A. Rodríguez López

(26) afirma que el mayor peligro que se esconde en dicho objetivo es el del totalitarismo médico, pues supone detentar el poder de manipular las conductas lo que conlleva, a su vez, a definir previamente qué conductas son las deseables.

En su artículo, M. Verweij (27) va más allá al plantear cuestiones morales que atañen a los cuidados de salud preventivos sobre personas sanas, ya que existe el peligro de que se conviertan en pacientes cuando pasan a ser sujetos de consejos y controles médicos, con el riesgo consecuente de la medicalización de ciertos aspectos normales de sus vidas. Inevitablemente, la medicina preventiva y la promoción de la salud estimula a la gente sana a preocuparse sobre su posibilidad de enfermar, generando una incertidumbre que se puede intensificar cuando son estudiados y, por tanto, reducir su ansiada sensación de bienestar. A diario, la gente recibe información acerca de los peligros de algunas actividades consideradas comunes, se les transmite la necesidad de abolirlas o modificarlas para proteger y promocionar su salud, y esto podría hacer ver la salud como un equilibrio frágil y una anticipación a la amenaza perpetua contra nuestra salud, que será peligrosa para los sentimientos de seguridad y confianza sobre nuestro propio bienestar y nuestra calidad de vida subjetiva, y aumentará la atención a nuestro cuerpo, atentando en la modificación de estilos de vida con o sin ayuda terapéutica. Lógicamente, esta nueva conciencia de salud supone una mayor medicalización de nuestra cultura pero situando todavía el problema a un nivel de mente y cuerpo individual como foco de la percepción y de la intervención. Y así se traslada la atención de problemas derivados del entorno social hacia la solución individual (28).

Además, la prevención, en su sentido de información sobre la salud, enfermedad y riesgos abolibles, es extendida y considerada importante, e implica la idea de que las personas son responsables de su salud, con el objetivo último de motivarlas para tener un cuidado mayor de sí mismas, lo cual incluye una responsabilidad personal que llega a ser vista como una necesidad y que podría conllevar una forma de «víctima culpable». Se generan así unas expectativas irreales en cuanto a la capacidad de disfrute de la vida y la idea de que las personas puedan ser responsables de enfermar si no cumplen con los consejos médicos (27; 29). Por tanto, el poder de cambio individual como significativo para el desarrollo posterior de enfermedades, debería no ser tan exagerado en los programas de promoción de la salud.

M. Verweij (27) también hace referencia a la reducción de autonomía de las personas todavía no enfermas sometidas a cuidados preventivos y al incremento del poder y la autoridad de la profesión médica; se genera así una dependencia de la atención médica que, por un lado, tiende a empobrecer los aspectos no médicos (saludables y curativos) de los ambientes social y físico que pueden ayudar a minar el sufrimiento y, por otro lado, tiende a disminuir la capacidad de las per-

sonas para hacerse cargo de sus problemas y resolverlos con la consecuente pérdida de responsabilidad sobre ciertos aspectos de sus vidas que pasa a estar en manos de los expertos que las tratan de resolver químicamente.

Propuestas para investigaciones futuras

La revisión en la literatura actual revela un llamativo consenso con respecto a qué hacer en los programas de prevención primaria y promoción de la salud mental. Para que la prevención y promoción de la salud auguren un buen futuro, es necesario un nuevo giro que reconduzca la trayectoria hasta ahora trazada y que permita modelar y/o cambiar muchas de las características que definen hoy en día la prevención.

En primer lugar, es importante promover el entendimiento comunitario acerca de la naturaleza de la salud mental y del trastorno mental, clave para los cambios en las políticas y prácticas actuales (30). Fomentar una mayor conciencia de la importancia de las poblaciones tanto en términos de comprensión de la etiología de los trastornos mentales como del foco de intervención. Es necesario recuperar la perspectiva comunitaria basada en intervenciones políticas de salud dirigidas a la población (2; 10; 11; 16; 23; 31), que reconozcan que el individuo se encuentra inmerso en un sistema social concreto en el que es necesario un cambio social y una acción política donde participen distintos colectivos para alcanzar derechos equitativos y reducir el estrés de las situaciones sociales adversas. Los objetivos y propuestas de los programas preventivos deben estar claramente definidos, priorizados o modificados basándose en el asesoramiento del riesgo individual, incluyendo una mayor diversidad que incorpore la heterogeneidad de los individuos dentro de la investigación de las distintas poblaciones a estudiar. Los programas ya instaurados que, de algún modo, son prometedores y eficaces deberían ser identificados, estudiados más detenidamente para validar su efectividad y diseminarlos con la posibilidad de ser modificados para que puedan aplicarse en nuevos campos (14; 30).

Es necesario que la Administración Pública se implique en cuanto a los recursos socioeconómicos que destina a dichos programas, que exista una colaboración interdisciplinar (30) entre diversos campos científicos (clínicos, investigadores, políticos, servicios sociales, educadores, etc.), e incluso, una cooperación internacional (20) que permita una coordinación y un conocimiento de los programas preventivos implantados en los diversos países y se facilite la replicación de programas específicos en distintos grupos, comunidades y poblaciones.

Se deben emplear métodos científicos más rigurosos con el uso de otras metodologías como ensayos randomizados, y, en concreto, métodos cualitativos que evalúen efectos interactivos y no lineales (31; 32) así como estudios longitudinales a largo plazo (19) que avalen los resultados de seguimiento de dichos pro-

gramas. Se precisan también investigaciones para validar la calidad de la implantación de estos programas y su relación con los resultados, así como la evaluación del coste-efectividad y coste-beneficio de dichas intervenciones y la evaluación de los programas en términos de validez interna y externa, y de fiabilidad.

Y, por último, es primordial la acción conjunta entre los equipos de salud mental y de atención primaria para el desarrollo y la implantación de los programas preventivos. Si ya los programas preventivos son deficientes en salud mental, la escasez de ellos en atención primaria es relevante. Los programas de promoción y prevención primaria de salud mental deberían implantarse desde la atención primaria, dado que es el dispositivo profesional con el que contactan el mayor número de ciudadanos a lo largo del año y actúa como primer filtro para las enfermedades mentales. Lógicamente, dichos programas deberían implantarse apoyados y coordinados con los servicios de salud mental, con unos objetivos realistas y posibilistas, de acuerdo a las limitaciones que hoy en día existen en ambos dispositivos (sobrecarga asistencial, poca motivación y escepticismo de los profesionales, escasez de recursos, etc.). Algunos autores (33) han propuesto recomendaciones de prevención y promoción en salud mental desde Atención Primaria con subprogramas dirigidos principalmente a las llamadas transiciones o crisis psicosociales; dichos subprogramas se catalogan como sencillos, poco costosos, eficientes y accesibles que van a actuar principalmente en la detección de factores de riesgo en dichas transiciones y aplicación de unas recomendaciones para que los asuman los médicos de cabecera. En aquellos casos que evolucionen a enfermedad mental o se compliquen, entonces estaría indicada la derivación a salud mental.

Es evidente que la tarea es compleja y ardua, y requiere la implicación de muchas partes para reconducir la prevención y promoción en salud mental. Si no fuese así, estamos avocados a atender cada vez más a personas que acudan a consulta, ya no sólo con enfermedades mentales, sino con problemas de la vida o malestares inespecíficos que demanden ayuda profesional para resolverlos, bien porque los dispositivos correspondientes no les han ofertado esa ayuda o bien porque las personas sean cada vez menos capaces de afrontar y resolver sus problemas de una forma más legítima y adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) JANÉ-LLOPIS, E., «La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales», *Revista de la A.E.N.*, 2004, 89, pp. 67-77.
- (2) BOND, L. A.; HAUF, A. M. C., «Taking Stock and Putting Stock in Primary Prevention: Characteristics of Effective Programs», *Journal of Primary Prevention*, 2004, 24 (3), pp. 199-221.
- (3) ALBEE, G. W., «Revolutions and Counterrevolutions in Prevention», *American Psychologist*, 1996a, 51, pp. 1130-1133.

- (4) REISS, D., y otros, *The Prevention of Mental Disorders: a National Research Agenda*, 1993, manuscrito no publicado.
- (5) MRAZEK, P. J.; HAGGERTY, R. J., *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Prevention Intervention Research*, Washington, D. C., National Academy Press, 1994.
- (6) NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, *A Plan for Prevention Research for the National Institute of Mental Health: a Report to the National Advisory Mental Health Council* (NIH Publication, 96-4093), Washington, D. C., U.S., Department of Health and Human Services, 1996.
- (7) National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research, «Priorities for Prevention Research at NIMH», *Prevention & Treatment*, 2001, 4, article 7. (www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040017a.html).
- (8) SHINN, M.; TOOHEY, S. M., «Refocusing on Primary Prevention», *Prevention & Treatment*, 2001, 4, article 21. (www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre004000021.html).
- (9) HAWKINS, J. D.; CATALANO, R. F.; ARTHUR, M. W., «Promoting Science Based Prevention in Communities», *Addictive Behaviours*, 2002, 27 (6), pp. 951-976.
- (10) PEARSON, J. L.; KORETZ, D. S., «Opportunities in Prevention Research at NIMH: Integrating Prevention with Treatment Research», *Prevention & Treatment*, 2001, 4, article 18. (www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040018.html).
- (11) REISS, D., «Priorities for Prevention Research at NIMH: Will Expanding the Definition of Prevention Research Reduce its Impact?», *Prevention & Treatment*, 2001, 4, article 19. (www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040019.html).
- (12) MUÑOZ, R., «How Shall we Ensure that the Prevention of Onset of Mental Disorders Becomes a National Priority?», *Prevention & Treatment*, 2001, 4, article 26. (www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040026.html).
- (13) WANDERSMAN, A., «Community Science: Bridging the Gap Between Science and Practice with Community-Centered Models», *American Journal of Community Psychology*, 2003, 31, pp. 227-242.
- (14) MILLER, R.; SHINN, M., «Learning from Communities: Overcoming Difficulties in Dissemination of Prevention and Promotion Efforts», *American Journal of Community Psychology*, 2005, 35 (3/4), pp. 169-183.
- (15) COWEN, E. L., «Changing Concepts of Prevention in Mental Health», *Journal of Mental Health*, 1998, 7 (5), pp. 451-461.
- (16) BROWNSON, R. C.; NEWSCHAFER, C. J.; ALI-ABARGHONI, F., «Policy Research for Disease Prevention: Challenges and Practical Recommendations», *American Journal of Public Health*, 1997, 87, pp. 735-739.
- (17) PETERSON, Ch., «What Prevention Researchers and Practitioners Should Know in the 21st century», *Prevention & Treatment*, 2002, 5, article 1. (www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre005001.html).
- (18) NIEDEREHE, G.; STREET, L.; LEVOWITZ, B., «NIMH Support for Psychotherapy Research: Opportunities and Questions», *Prevention & Treatment*, 1999, article 3a. (www.journals.apa.org/prevention/volume2/pre00200003a.html).
- (19) DURLAK, J. A.; WELLS, A. M., «Primary Prevention Mental Health Programs: the Future is Exciting», *American Journal Community Psychology*, 1997, 25 (2), pp. 115-152.
- (20) HOSMAN, C. M. H., «Prevention and Health Promotion on the International Scene: the Need for a More Effective and Comprehensive Approach», *Addictive Behaviors*, 2000, 25 (6), pp. 943-954.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (21) MANSILLA, F., «Acerca de la prevención en salud mental», *Revista de la A.E.N.*, 2001, 79, pp. 3-5.
- (22) DESVIAT, M., «Salud pública y psiquiatría», *Revista de la A.E.N.*, 2001, 21, pp. 125-133.
- (23) SIEFERT, K., «Primary Prevention in the New Millennium: the Challenge of Translating Knowledge into Action», *Journal of Primary Prevention*, 2001, 22 (1), pp. 17-20.
- (24) BIGLAN, A.; SMOLKOWSKI, K., «The Role of the Community Psychologist in the 21st Century», *Prevention & Treatment*, 2002, 5, article 2. (www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre005002.html).
- (25) SANDLER, I., «Quality and Ecology of Adversity as Common Mechanisms of Risk and Resilience», *American Journal of Community Psychology*, 2001, 29, pp.19-55.
- (26) RODRÍGUEZ LÓPEZ, A., «Problemas éticos de la prevención primaria en psiquiatría», en *Hechos y Valores en Psiquiatría*, 2003.
- (27) VERJEW, M., «Medicalization as a Moral Problem for Preventive Medicine», *Bioethics*, 1999, 13 (2), pp. 89-113.
- (28) MÁRQUEZ, S.; MENEU, R., «La medicalización de la vida y sus protagonistas», *Gestión clínica y sanitaria*, 2003, 5, pp. 47-53.
- (29) CRAWFORD, R., «Healthism and the Medicalization of Everyday Life», *International Journal of Health Services*, 1980, 10, pp. 365-388.
- (30) HERRMAN, H., «The Need for Mental Health Promotion», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2001, 35, pp. 709-715.
- (31) WEICH, S., «Prevention of the Common Mental Disorders: a Public Health Perspective», *Psychological Medicine*, 1997, 27 (4), pp. 757-764.
- (32) KOHN, L.; CHAVOUS, T. M., «How far Have We Come-Where Should We go?», *Prevention & Treatment*, 2002, 5, article 7. (www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre005007.html).
- (33) TIZÓN, J. L.; CIURANA, R., «Prevención en salud mental: el programa de actividades preventivas y promoción de la salud (mental) de la SEMFYC», *Revista de la A.E.N.*, 1994, 47-48, pp. 43-64.

MÁRGENES DE LA PSIQUIATRÍA

* Beatriz García Moratalla, médico psiquiatra. Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro (Albacete).

Correspondencia: begamoratalla@eresmas.com

** Fecha de recepción: 29-XI-2006.

Mi mujer, Livia

Una vez convencida de que Ettore estaba bien muerto (caramba, ¡hacía seis meses que no lo veían!), Livia se dejó convencer para que aceptara otro novio. Lo recibió creyendo de buena fe que estaba enamorada. Era apuesto y buen mozo, fornido, muy tieso; tenía unos dientes preciosos y un par de bigotes nada *fin de siècle*; *last but [not] least*, era rico.

Antes de la entrevista, Olga se preocupó de aleccionarla. No confiaba mucho en el incipiente amor de su hija y quería dejarle bien claro que, en aquella relación, lo que su corazón no le dictara, el interés debía sugerírselo.

–Compórtate bien, y piensa que para nosotros quizá sea una suerte que Ettore haya muerto. Éste tiene...

Y, con un gesto de la boca, le dio a entender «dinero».

Livia no replicó: se hacía cargo de que efectivamente era así, y el sentido común le aconsejó no protestar. Dedicó un suspiro a la memoria del ausente, que estaba muerto, recordó que él no le había hecho otra recomendación que la de ser feliz y... se resignó. Le dijo al recién llegado que hacía mucho tiempo que lo amaba; se habían conocido cuando Ettore aún vivía y, si no se había enamorado de él desde el primer momento, la culpa era del destino, que había hecho que ella ya estuviera prometida.

El otro escuchaba sonriente, muy convencido de su buena estrella. Sin mostrar la menor sorpresa, se atusó el flamante bigote negro y dijo con calma:

–Lo sé, lo sé. Ya me había dado cuenta.

Livia se sorprendió. Aquello no era cierto, y desde luego a ella, en su lugar, le hubiera costado creerlo. ¡Qué fácil de engañar era éste! A Ettore todo se le volvían suspicacias; el nuevo novio quedaba convencido así sin más de lo primero que una decía.

Olga dejó a la pareja a solas, para darles tiempo de conocerse más a fondo.

Él fue directo a abrazarla y a besarla en la boca en plan conquistador; a ella le costó un poco, pero se acordó de los consejos de su madre y respondió al abrazo poniendo cara de contenta. Un ruido detrás de la puerta los interrumpió (el ánimo de Ettore, que rebullía).

Así pues, estaban conformes.

A continuación, él emprendió una larga parrafada –a todas luces preparada de antemano– con la que le explicó largo y tendido lo que él consideraba el ideal de esposa. Parte de lo que dijo coincidía con lo que había dicho Ettore. Este otro también se casaba con una mujer para que ella viviera exclusivamente para él. La diferencia estaba en que Ettore no había dicho que la mujer de César no debía dar pie ni siquiera a que hablaran de ella; la mujer de Ettore no era la mujer de César.

–El pasado te pertenece –añadió–. Pero (y aquí se enroscó los bigotes con ademán imperativo) quiero conocerlo.

Ella, no sin vacilar un poco, se lo contó. Le habló de K., y él no abrió la boca. Le habló de M., y se burló de ella. Por fin se disponía a hablarle de Ettore, pero él la interrumpió:

–Ése no. El recuerdo de Ettore no me preocupa –dijo en un tono tranquilo de superioridad que hizo que la puerta emitiera un crujido doloroso.

–Ya me ha dicho tu madre que lo soportabas por compasión.

Ella lo miró estupefacta; pero como la salida le pareció de lo más cómodo, no llegó a responder.

Aunque ya estaba muerto y bien muerto, Ettore moría por segunda vez.

Esta fantasía del escritor italiano Italo Svevo (1861-1928) se mantuvo inédita hasta 1949. Los protagonistas se llaman como Svevo y su mujer. Se remonta el escrito a otoño de 1895, cuando empieza su compromiso con Livia Veneziani; su noviazgo fue rápido, hasta el punto de que pidió su mano a finales de ese año. Las complejidades sentimentales del autor, en ese momento y a lo largo de su vida, quedan expuestas en este texto irónico sobre su mujer Livia. O mejor sobre Svevo mismo, que aquí aparece con su verdadero nombre –Ettore Schmitz–, de inmediato convertido en espíritu receloso y lleno de dudas.

La traducción ha sido realizada por Luisa Juanatey.

Locuras que no lo parecen

La preocupación por delimitar las fronteras de la locura viene de antiguo, aunque sólo con el nacimiento de la Psiquiatría se convirtió en una exigencia que la nueva ciencia debía asumir y resolver con urgencia. Como consecuencia de la consolidación de la ideología de las enfermedades mentales a lo largo del siglo XIX, se produjo una hipertrofia de la nosografía psiquiátrica que daba cuenta de las dificultades de trazar las lindes divisorias entre las diversas enfermedades mentales, y entre éstas y la normalidad. Especialmente con la aparición de las sucesivas ediciones de *Psychiatrie*, del profesor Emil Kraepelin, ese panorama arborescente y alambicado logró adquirir unas formas más compactas y presumiblemente definitivas. Sin embargo, también su nosografía sistemática dejaba sin resolver el problema de las formas atenuadas, rudimentarias y parciales de la locura. Al no amoldarse éstas a los presupuestos nosológicos –sea en materia etiológica, sea respecto a la sintomatología, las formas de evolución y de terminación– esas variantes de la locura fueron relegadas a posiciones marginales, suscitándose numerosas controversias al tratar de considerarlas enfermedades de pleno derecho y también cuando se pretendía determinar qué signos morbosos permitían incluirlas en algunas de las grandes categorías nosográficas descritas.

Fronteras

Al investigar la historia de la clínica mental atendiendo en especial a las fronteras de la locura, se observan algunos cuadros y casos clínicos que parecen rebelarse a ser incluidos entre las psicosis prototípicas, es decir, la esquizofrenia, la paranoia y la psicosis maníaco-depresiva. Tales son, entre otros, algunos de los casos descritos por Pinel y Esquirol entre los delirios parciales, las locuras rasonantes, la «locura parcial» (*partielle Verrücktheit*) de los autores alemanes, la forma simple y la latente de la esquizofrenia bleuleriana, y, de manera especial, la locura lúcida de Trélat.

En lugar de profundizar en la especialidad de este tipo de formas clínicas, asumiendo por ello el riesgo de desbaratar los modelos psicopatológicos imperantes, la mayoría de los tratadistas se repartieron en dos posiciones contrarias: mientras unos las negaron sin más –es lo que hizo J.-P. Falret con las monomanías–, otros las incluyeron directamente en alguna de las grandes categorías existentes, como propuso Bleuler respecto a la forma simple y la latente de la esquizofrenia. Mas la simple negación ni remedia el problema ni lo aplaza, como pudo comprobarse a finales del siglo XIX con los inagotables debates acerca de la paranoia. Tampoco la solución aquí ilustrada con Bleuler está exenta de complicaciones, de

las que con acierto se hicieron eco Ey y Guiraud al escribir: «Nuestro temor es que las mentes demasiado prudentes o demasiado hábiles, en presencia de casos dudosos [...], se refugien en la esquizofrenia, como ocurría en otro tiempo con la degeneración»¹.

Pese a su dificultad, más atinado parece investigar esas variantes excepcionales no sólo desde los modelos tradicionales sino también a partir de otros, quizás contruidos *ad hoc*, que permitan captar su esencia y singularidad, además de mostrar el denominador común que comparten con el resto de psicosis.

Locos lúcidos

Han sido pocas, en verdad, las monografías dedicadas por los clásicos a los locos normalizados, es decir, esos cuya vida discurre por las sendas más transitadas y caminan con un paso similar al de la mayoría de sus coetáneos. Seguramente la más ambiciosa y directa es la que publicara en 1861 Ulysse Trélat (1795-1879) con el título *La folie lucide étudiée au point de vue de la famille et de la société*. Médico de la Salpêtrière y más tarde de Charenton, Trélat compaginó el alienismo con un activismo político de extrema izquierda². Partidario de la herencia como causa última de la locura, dedicó su primera obra a recuperar las opiniones de los principales médicos que se ocuparon de la locura a lo largo de la historia³. Aunando sus ideales sociales y la práctica médica, Trélat investigó durante años la *folie lucide*. Lo hizo con el fin de que sus colegas reconocieran a esos locos que pasan desapercibidos y pudieran salvaguardar el matrimonio, la familia y la sociedad de sus desmanes y maldades. Se trata por tanto de un tipo de alienados que, a diferencia de la mayoría, no parecen en absoluto locos cuando se les observa superficialmente. Sólo si se logra penetrar en ellos mediante un análisis de su vida íntima, se podrá apreciar la alienación que los subyuga: «Estos enfermos delirán en sus actos, pero no delirán en sus palabras. Su falta de razón sólo se conoce desde el interior y no se muestra afuera»⁴. Advierte además Trélat que en los interrogatorios hacen gala de un gran dominio de sí mismos («no dan un paso en falso»), razón por la cual el médico debe atender sobre todo a los antecedentes.

¹ EY, H.; GUIRAUD, P., «Remarques critiques sur la schizophrénie de Bleuler» [1926], en H. EY, *Schizophrénie. Études cliniques et psychopathologiques*, Condé-sur-Noireau, Synthelabo (Les empêcheurs de penser en rond), 1996, p. 30.

² Sobre la vida y obra de Trélat, véase R. SEMELAIGNE, *Les pionniers de la psychiatrie française avant et après Pinel*, París, Baillière, 1930, pp. 202- 211.

³ Cf. U. TRÉLAT, *Recherches historiques sur la folie*, París, Baillière, 1839.

⁴ TRÉLAT, U., *La folie lucide étudiée au point de vue de la famille et de la société*, París, A. Delahaye, 1861, p. 12.

Como quiera que la inmensa mayoría son incurables, es del todo recomendable que «[...] los que están dotados de razón los conozcan para no ligarse en absoluto ni entrar en relación con ellos»⁵.

Los locos lúcidos pueden pertenecer a las diferentes categorías de la locura: imbéciles, idiotas, sátiros, erotómanos, celosos, orgullosos, etc. Pese a sus numerosas diferencias, todos ellos dan muestras de una suprema ingratitud y de una indestructible confianza en sí mismos. Estas son las dos características más destacadas que se desprenden de la monografía de Trélat, cuyos escasos resultados psicopatológicos contrastan con los elevados ideales sociales a los que está destinada.

Escenarios actuales

Durante los últimos años, esta problemática de las locuras que no lo parecen se ha reactualizado en escenarios de la clínica mental muy distantes entre sí. Con una intención clara de ampliar el número de consumidores de neurolépticos y otros psicofármacos, la industria farmacéutica trata de abrir una brecha entre aquellos jóvenes un tanto raros a los que se presume candidatos a la psicosis. De la mano de tan magnánima propuesta se ponen en marcha intervenciones precoces, esto es, el uso próspero de medicamentos para prevenir posibles locuras del futuro. Esta es una de las modalidades por las que el territorio de la psicosis se ensancha en nuestros días para acoger a supuestos esquizofrénicos o bipolares.

En las antípodas de esta orientación, tratando de conjugar la investigación psicopatológica de las formas actuales de presentación de la psicosis con una terapéutica más acorde a los tiempos, la orientación lacaniana ha promovido la noción de «psicosis ordinarias»⁶, motivando un creciente número de publicaciones por el momento un tanto heterogéneas. En ellas se abren de nuevo las preguntas sobre los límites, las fronteras o los litorales que separan la locura de la normalidad, la psicosis de la neurosis. Como es natural, las propuestas que de aquí deriven deben ser suficientemente cuidadosas y no generalizar el diagnóstico de psicosis; eso traería graves perjuicios a los pacientes y arruinaría la concepción tradicional de las neurosis⁷.

José María Álvarez y Juan de la Peña Esbrí

⁵ TRÉLAT, U., *La folie lucide*, p. 16.

⁶ Cf. J.-A. MILLER, y otros, *La psicosis ordinaria*, Buenos Aires, Paidós, 2004.

⁷ No conviene en modo alguno dejarse llevar por el entusiasmo. El propio E. Laurent reconoce que «entre las neurosis clásicas por un lado y las psicosis extraordinarias por el otro, se encuentran fenómenos mezclados, mixtos, que no son fácilmente asignables. Hay un campo de exploración clínica que justamente debe ser cualitativamente explorado. Pero, neurosis y psicosis deben ser distinguidas como dos polos completamente fundamentales» (LAURENT, E., «La psicosis ordinaria», en *Virtualia*, n.º 16, Febrero-Marzo, 2007; www.eol.org.ar/ Virtualia).

U. Trélat

La locura lúcida estudiada y considerada desde el punto de vista de la familia y de la sociedad

INTRODUCCIÓN (II)⁸

Acabamos de ocuparnos de alienados fáciles de reconocer, y que sin embargo no han sido conocidos como lo que eran durante mucho tiempo. Hay otros cuyo examen ofrece más dificultad, y que no son ni más razonables ni menos peligrosos. Éstos no matan, es verdad, pero hacen morir poco a poco a aquellos en medio de los cuales viven. Muchos de ellos parecen personas sensatas, tienen los modales más cautivadores, son encantadores ante el mundo, en el cual les gusta destacar. Dotados de dominio sobre sí mismos, reservan, unos sus caprichos y sus exigencias, otros su orgullo hiriente, cierto número sus arrebatos de furia, para la familia. Hay tal marido al que se le presentan respetos halagadores en cuanto al carácter amable de su mujer, y que, en realidad, sólo recibe de la parte de esta mujer elegante, cuyo discurso es tan puro y tan correcto en los salones que frecuenta, injurias expresadas en el lenguaje más grosero, el más obsceno algunas veces. El infeliz, que no pudo dar crédito a sus oídos las primeras veces que fueron heridos por semejantes ataques, se aplica con todos sus esfuerzos en dejar que se desconozca su sufrimiento; no existe virtud más digna de mérito que ésta, pero la tarea supera pronto o tarde el límite de sus fuerzas, y el deber mismo le obliga a sustraerse a una tortura semejante. Perdería en ello su vida activa, su trabajo, ya no podría hacer nada en provecho de su familia. Hemos conocido a un hombre de gran inteligencia que, desgarrado, abatido por las fatigas de este género de combate, había caído en la inercia, en una caducidad aparente, y sólo recuperó sus recursos, la vivacidad y la potencia de su espíritu cuando consiguió desvincularse. El matrimonio es un nudo indisoluble, pero no es indisoluble más que entre personas dotadas de razón. El matrimonio con el alienado, con el alienado incurable, no es matrimonio; pues en él, a pesar de una paciencia inagotable y una virtud sobrehumanas, la indisolubilidad está lejos de ser siempre posible⁹.

Algunas veces es el marido el que atormenta y la mujer la víctima. Veremos, en una de nuestras observaciones, a una madre de familia que ocultó durante varios años, hasta el día del suicidio de su marido, los tormentos que éste le hacía

sufrir cada noche. Era razonable durante todo el día, y nadie sospechaba de su enfermedad¹⁰.

Hemos conocido a otro matrimonio en el que los arrebatos maniacos del marido, aunque de una gran frecuencia, fueron absolutamente ignorados durante diez años. Sólo fueron revelados por el marido mismo. En el tiempo de calor, algunos amigos habían ido a cenar al campo, a casa de los esposos. Después de comer, estaban todos sentados en la terraza, frente al río; miraban los barcos que pasaban por el agua. La conversación era agradable y dulce como el aire que respiraban. De pronto ese maniaco, cuyos accesos no habían estallado hasta entonces más que puertas adentro, se ve alterado por una palabra y entra en estado de furia. Arranca el tocado de su mujer, alborota su melena, le hace rodar en torno a su brazo, y arrastra a su víctima por la arena de la terraza. Los presentes tiemblan, lo rodean, intentan calmarlo; es ella quien lo calma: «Vosotros ignorábais todo esto, amigos míos, aunque dure ya desde hace más de diez años. Me compadecéis, y tenéis razón en hacerlo; pero compadecedme por lo presente más que por lo pasado, pues mi mayor desgracia es la que me sucede hoy: que conozcáis lo que yo tenía tanto gusto en ocultaros. Lo que acabáis de ver, lo sufro regularmente dos o tres veces por semana».

El martirio de esta pobre mujer, joven todavía, sólo se prolongó dos años tras esta escena. Los accesos del maniaco se hicieron más frecuentes y adquirieron una violencia tal que fue preciso llevarlo a un centro de tratamiento, donde murió de una meningitis. Había habido varios alienados en su familia.

Pinel habla de estos enfermos que dan las repuestas más justas y precisas, leen y escriben como si su entendimiento estuviese perfectamente sano, y que, en singular contraste, destrozarán sus vestidos, desgarrarán sus mantas o la paja de su lecho, y encontrarán alguna razón plausible para justificar sus desvaríos y sus arrebatos¹¹.

He aquí dos observaciones de la misma naturaleza referidas por Esquirol:

«La señora X... habla al primero que se encuentra contra su marido, lo acusa de mil defectos que no tiene. Inconsiderada en sus palabras, revela secretos que una mujer mantiene habitualmente ocultos; imprudente en su proceder, se expone a justas sospechas. Aunque su marido y sus padres quieren hacerle algunos reproches, ella se enfada y asegura que la calumnian. – Cuenta a unos y a otros mil hechos inventados, intentando difundir el descontento, la disensión y el desorden. Parece que el demonio del mal inspira sus palabras y sus

⁸ U. TRÉLAT, *La folie lucide étudiée au point de vue de la famille et de la société*, París, A. Delahaye, 1861. El texto traducido corresponde a la segunda parte de la Introducción, pp. 7-16.

⁹ Véanse los capítulos VIII, IX, X, XIII, y sobre todo el capítulo XIV de este libro.

¹⁰ Véase el capítulo XI, 67.ª observación.

¹¹ *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, por Pinel, 1809, p. 93. – Véanse también las pp. 155, 156, 157, 158 y 159.

acciones. – Si está en sociedad, dispone su actitud con tanto cuidado, que los más alerta se desdican de su juicio. Toma parte en la conversación, dirige palabras amables y halagos a las personas que ha criticado la víspera o la misma mañana».

«Otra enferma cree tener una inteligencia superior y ser víctima de la ignorancia de su marido, el cual, *no entendiendo nada de negocios*, se habría arruinado sin ella. – Ella lo contraría, lo injuria y acaba por tomarle aversión. Sus quehaceres, el arreglo de la casa, sus hijos, quedan descuidados. Va y viene por todas partes, agotando a todo el mundo por su locuacidad y por sus pretensiones. Reitera incluso a extraños sus quejas, sus proyectos, sus esperanzas. Descontenta con todo lo que hay en su casa, anuncia la intención de desembarazarse de cuanto hay en ella, lo cambia todo de sitio, hace gastos exagerados o incluso ridículos. La aversión por su marido aumenta; quiere abandonar la casa conyugal.

»Destinada a un centro, habla de la superioridad de su inteligencia y de su capacidad, trata con desdén a los otros internos, a los directores, a los empleados, a los sirvientes de la casa; se queja de todo.

»Durante una estancia posterior en el hospital de Charenton, la misma enferma, con las mismas tendencias, se muestra más cautelosa, en la esperanza de obtener más rápidamente la libertad. Escribe al prefecto de policía, a los magistrados, a abogados, cartas cuya redacción engaña a las personas a quienes son dirigidas. Hasta en medio de sus accesos, la señora X... se contiene en presencia de extraños y de personas a quienes quiere convencer de su buena salud intelectual y moral. Jamás dice una palabra fuera de lugar o inconveniente delante de esas personas. Todas sus afirmaciones y todas sus acciones tienen justificación. Hace padecer sarcasmos y desdenes a aquellos que cree débiles, y cede desde que se le opone una resistencia enérgica. Finge, recurre a la mentira para engañar más fácilmente y llegar con más seguridad a sus fines. Alienta la insubordinación. Es una tortura para los centros a los que es destinada»¹².

Estos enfermos deliran en sus actos, pero no deliran en sus palabras. Su falta de razón sólo se conoce desde el interior y no se muestra afuera. Es entre ellos en donde se encuentran un número bastante grande de seres ora considerados como alienados, ora como malhechores, y que han residido alternativamente en los asilos y en las prisiones.

Entre ellos se ve a quienes poseen una fuerza poco común en la discusión, quienes tienen el don de la réplica y buscan constantemente la ocasión de hacer brillar su espíritu. «De estos enfermos, dice Guislain¹³, los hay que son capaces

¹² Esquirol, *Des maladies mentales*, 1838, t. II, pp. 49, 50, 51, 52, 53, 56.

¹³ *Traité théorique et pratique des maladies mentales*, Gand, 1852.

de desarmar a quienes razonan con gran rigor. A veces sus controversias no pueden ser más espirituales. Recuerdo una señora que era un verdadero tormento para mí, como para todas las personas del centro. Cada vez que se emprendía una conversación, yo tenía que luchar contra los ataques con que ella pretendía superarme en elocuencia. A todas mis respuestas se les hacía pasar por la prueba del análisis, y ello con una profundidad de miras que sorprendía a todo el mundo».

Los alienados lúcidos pueden pertenecer a las diferentes categorías de la locura. Los imbéciles y los de inteligencia débil son lúcidos, y su incapacidad intelectual y moral no siempre basta para hacer que se los reconozca rápidamente. Hemos visto muy recientemente a un padre respetable en todos los sentidos verse obligado a pleitear durante tres años para reconquistar el derecho de custodiar a su hija imbecil. Una institutriz, que en su cuidadosa atención él mantenía cerca de ella, aprovechó de su influencia para raptarla del domicilio paterno, y es sólo al cabo de esta larga lucha y tras haber prodigado más de veinticinco mil francos, cuando pudo hacer fracasar las codiciosas intenciones de esta urdidora de intrigas¹⁴.

No es extraño que los imbéciles se casen. Se desposa a una joven por el lustre de su rostro, y he aquí una pobre incapaz sobre la que pesa la responsabilidad de una casa. El cuidado del hogar, el empleo del dinero, la higiene, los niños, todo ello es abandonado, y al cabo de poco tiempo, la madre de familia es enviada a uno de nuestros asilos, donde encuentra el lugar que le es debido. Existe aquí, en Salpêtrière, un número bastante grande de imbéciles madres, y hemos visto a dos de entre ellas visitadas por sus maridos igualmente imbéciles. Así se perpetúan las razas.

Los sátiros y las ninfómanas, los monomaniacos, los eróticos, los celosos, son por lo común lúcidos, así como los dipsómanos en sus momentos de remisión, los despilfarradores, los orgullosos, los malvados, los cleptómanos, los suicidas y un cierto número de abúlicos y de maniacos¹⁵.

Hay maniacos que, incluso en sus más violentos accesos de furia, pueden responder y responden siempre de manera justa a todas las preguntas que se les plantea. No pasan por alto nada de lo que ocurre a su alrededor, prestan atención a todo, lo utilizan todo en provecho de sus malas inclinaciones. Los locos lúcidos,

¹⁴ Podrá leerse esta observación en el capítulo 1.º de este libro.

¹⁵ Hemos consagrado capítulos distintos a los monomaniacos, los eróticos, los celosos, los dipsómanos, los despilfarradores, los orgullosos, aunque un gran número de todos estos enfermos no sean, a decir verdad, más que monomaniacos; pero cada categoría, desde nuestro punto de vista, nos ha parecido tener suficiente importancia como para que deba ser considerada separadamente. Bien se entiende que cuando mencionamos a los celosos, los orgullosos, los malvados, etc., no pretendemos hablar más que de los celosos alienados, los orgullosos alienados, los malvados alienados, etc.

maniacos o monomaniacos, son los alienados de los que más duda la gente distinguida, y sin embargo los más perniciosos¹⁶.

Es por sus antecedentes por lo que se llega a saber que están locos, más que por lo que dicen en una conversación, donde a menudo no dan un paso en falso. No podría decirse hasta dónde llega el dominio que los alienados lúcidos pueden ejercer sobre sí mismos. Algunos de ellos tienen las ideas más locas, tales como la de una transformación de nombre, de títulos o de personas; la de creer, por ejemplo, que el alumno interno o externo que viene todos los días al trabajo del asilo, es un príncipe o el hijo de un príncipe extranjero. ¡Pues bien! podrán ocultar y dejar que los demás desconozcan esta concepción delirante durante varios meses, durante seis meses, durante un año, hasta el día en que, desesperando por vencer la resistencia que los retiene, su secreto les escapará de pronto en un momento de orgullo o de cólera. Nosotros siempre hemos estado satisfechos de mantener una gran paciencia a lo largo del tiempo, y desde hace veinte años que el asilo al que ofrecemos nuestros cuidados nos ha sido confiado, no nos ha sucedido todavía una sola vez el tener que lamentar nuestra espera. Un día el magistrado quiso la salida de una enferma a pesar de nuestra apreciación. Esta enferma fue devuelta a la libertad, pero como era incapaz de hacer uso de ella, no tardó en volver hasta nosotros.

Vamos a examinar estos alienados lúcidos en las diferentes categorías a las que pertenecen, y por muy triste que sea nuestra conclusión, no renunciamos a hacer que nuestros lectores la compartan.

Estos enfermos son casi todos incurables. Es preciso que los que están dotados de razón los conozcan para no ligarse en absoluto ni entrar en relación con ellos.

Su historia llena las páginas de este libro; pero los capítulos II, III, VIII, IX, X y XIII están consagrados a los más temibles, sobre todo los capítulos VIII, IX y XIII. En ellos se encuentran clasificados los alienados lúcidos más peligrosos¹⁷, los más difíciles de reconocer, los que se introducen más fácilmente en nuestras familias y no pueden aportar en ella más que la desgracia.

(Traducción: Héctor Astudillo del Valle)

¹⁶ Consideramos oportuno citar aquí de nuevo a Guislain: «Desde el punto de vista de la medicina legal y de todas las cuestiones que pueden ser de interés para libertad, la fortuna, el destino del hombre, el estudio de estas alienaciones exige toda la solicitud del médico. En la apreciación de estas afecciones, tendrá que luchar a menudo contra la falta de experiencia de aquellos a los que debe ilustrar, y muy a menudo su opinión será considerada como una tendencia que lo lleva a no ver por todas partes más que alienados; pero, habitualmente, tristes realidades acaban por abrir los ojos a los menos clarividentes, y dar la razón al facultativo».

¹⁷ Los más peligrosos, porque son los menos temidos, y porque, sin conocerlos, en absoluto desconfiamos de ellos.

Juan Manuel Sánchez Arteaga

La racionalidad delirante: el racismo científico en la segunda mitad del siglo XIX

RESUMEN: Una crítica epistemológica a la idea neopositivista de 'racionalidad científica' a partir de un análisis del racismo implícito en los conceptos científicos ortodoxos sobre la diversidad biológica humana durante el periodo de aceptación de las tesis darwinistas sobre el origen evolutivo de nuestra especie.

PALABRAS CLAVE: Racismo científico, racionalidad científica, biología humana, siglo XIX.

SUMMARY: An epistemologic critique to the neo-positivist concept of 'scientific rationality'. It is based on an analysis of biological racism, as it permeates orthodox scientific concepts about human diversity during the period in which evolutionary theories about human origins were accepted.

KEY WORDS: Scientific racism, scientific rationality, human biology, XIXth century.

1. *La «violencia simbólica» de la biología humana en el estudio científico de las 'razas' (1850-1900)*

Durante la segunda mitad del siglo XIX, y en los países más *civilizados* de «occidente», el más descarnado racismo sobre los pueblos de origen no europeo, lejos de considerarse una ideología perniciosa, llegó a constituir, para la inmensa mayoría de la población educada –incluso para muchos de aquellos que se mostraban enérgicamente en contra de instituciones como la esclavitud–, *el resultado lógico de una verdad demostrada por las ciencias naturales más avanzadas del periodo. La enorme violencia conceptual* de la biología evolutiva humana, ejercida sobre las comunidades más débiles del planeta desde el punto de vista económico y militar, tomó en la práctica la forma de una *Verdad irrefutable* para muchos de los espíritus más cultivados de la ciencia norteamericana y europea. Consciente o inconscientemente puesta al servicio de un *orden social demencial* –el esclavismo o el imperialismo burgués decimonónico–, la violencia simbólica implícita en el discurso técnico de la biología humana ortodoxa del periodo finisecular sirvió para *legitimar* una violencia directa y material impuesta por la fuerza sobre quienes fueron descritos biológicamente –en términos generales– como seres *semi-humanos* o *quasi-humanos* o, en último término, *no tan humanos como el hombre blanco*¹. Los africanos negros, los esclavos de las plantaciones americanas, los aborígenes australianos, las tasmánas, los indios botocudos, las malayas, los pig-

¹ Sobre este asunto, en general, cf. SÁNCHEZ ARTEAGA, J. M., *La razón salvaje. La lógica del dominio: tecnociencia, racismo y racionalidad*, Madrid, Lengua de Trapo, 2007.

meos, los nativos coloniales, así como las mujeres en general, etc., fueron condenados a una inferioridad biológica inalterable por parte de la biología evolutiva decimonónica. La gran ciencia de fines del siglo XIX situó a todos estos grupos humanos en un plano de nítida inferioridad evolutiva, de acuerdo con una fantasmagórica concepción de la *esencia natural* de la especie humana, ajustada a los estándares y a los intereses de la burguesía blanca de fin de siglo. El consenso científico acerca de la superioridad natural del hombre caucásico fue tan amplio que ni siquiera los científicos más contrarios a la trata de esclavos, o a la hipótesis poligenista –defensora de que las razas humanas eran especies diversas–, ni siquiera hombres como T. H. Huxley, Armand de Quatrefages, o el propio Darwin, pudieron sustraerse al paradigma racista de su tiempo. Como señalan Brace y Montagu a propósito del racismo de la antropología física ortodoxa en el siglo XIX, «el hábito de percibir a los seres humanos de forma estereotipada era tan fuerte que incluso Darwin fue incapaz de librarse de él al tratar con el problema de la variabilidad humana»². Ni siquiera los poquísimos intelectuales *no caucásicos* que, dentro del «occidente» blanco finisecular, habían tenido la oportunidad de *escribir* su visión sobre las relaciones raciales, pudieron encontrar otro discurso *socialmente legítimo* para contradecir los dictámenes demenciales de la biología occidental sobre la jerarquía natural de las razas. Incluso la crítica contemporánea de la cuestión racial por parte de los no-caucásicos educados en Occidente se vio embrujada bajo los efectos narcóticos del consenso alcanzado por la antropología biológica de vanguardia. En los Estados Unidos, por ejemplo:

La *confirmación científica de la inferioridad del negro* fue tan formidable, que incluso algunos intelectuales de color llegaron a aceptar tanto el marco evolucionista como el aparente destino que aguardaba a los negros en un combate racial perdido de antemano. En «El progreso de una raza», un estudio publicado en 1898 por los hombres de color Henry F. Kletzing y William H. Croghan [...] los autores aceptaban por completo la evidencia de la mortalidad entre los negros, así como la marcha progresiva de la civilización anglosajona. Los neozelandeses, los tasmanianos³, los habitantes de las islas del Pacífico, y los

² BRACE, C. L.; MONTAGU, A., *Human Evolution*, Nueva York-Londres, Mac Millan, 1977, 2.ª ed., p. 380.

³ Los tasmanianos eran una población que habitaba la isla de Tasmania, en el sur de Oceanía. Sus características físicas los hacían diferentes del resto de las poblaciones oceánicas. Fueron exterminados, literalmente cazados como perros con rifles de batida, por los ingleses, colonos de la isla (que anteriormente había sido utilizada como prisión), en el último tercio del siglo XIX. Los dos últimos supervivientes de uno de los más salvajes genocidios de los que tengo noticia, fueron llevados a Gran Bretaña donde se les estudió y exhibió como a bestias de zoológico, hasta que finalmente murieron sin que quedara más rastro de aquel pueblo que un puñado de esqueletos en varios museos europeos y un gran revuelo de artículos, exactas mediciones y rigurosos cálculos antropométricos en revistas especializadas. En efecto, los antropólogos victorianos se apresuraron para exhibirlos como bestias de interés imperial, y explotaron hasta el último de sus huesos para las vitrinas de los institutos antropológicos del mundo civilizado. Un relato escalofriante de este exterminio, explicado en los términos bio-

negros sudafricanos⁴, «perecieron no a causa de guerras destructivas..., sino por su incapacidad para vivir en el seno de la civilización decimonónica... Su destrucción no fue debida a ninguna persecución que llegara desde el exterior, sino a una carencia interna de fuerza vital»⁵.

La ciencia del «hombre blanco» llegó a demostrar la superioridad biológica de las poblaciones «caucásicas» de un modo tal que, en la práctica, ésta resultaba un *a priori* irrefutable para la mayoría de la población educada de las sociedades burguesas del fin de siglo. Todos los cálculos antropométricos de la época parecían confirmarla, todos los gráficos de la anatomía comparada de las razas parecían demostrarla con contundencia. No existían herramientas conceptuales alternativas a las ciencias naturales para la crítica a la ortodoxia antropológica que, al menos hasta el umbral del siglo XX, describió sistemáticamente a la naturaleza humana dentro de un panorama evolutivo de lucha por la existencia entre poblaciones y etnias, definidas muchas veces como verdaderas *especies* enfrentadas por el dominio de los ecosistemas naturales. Habiendo sido aceptado *científicamente* que el destino *evolutivo* de la naturaleza *homínida* conducía a la *dominación* de los *grupos más aptos* (de origen caucásico) sobre las razas *degradadas, primitivas y salvajes*, las formas características de dominación social en el capitalismo colonial decimonónico quedaron despojadas –para las masas políticas de los grandes Estados burgueses– de toda su *significación histórica*, y en su lugar fueron revestidas con una brillante aureola de justificación en términos naturalistas. En el imaginario burgués del periodo se estableció así una jerarquía biológica de las razas no muy distinta a la que, décadas después, sería defendida por el nazismo *hitleriano* en Alemania. De esta forma, el ejercicio sistemático del genocidio y del exterminio practicados a fines del siglo XIX por parte de los grandes estados coloniales sobre numerosas poblaciones indígenas, quedó perfectamente *legitimado* al encontrar sus fundamentos en el orden pretendidamente *racional* de la natura-

logicistas del darwinismo más atroz, se encuentra en HILLIER GIGLIOLI, E., «I Tasmaniani», en *Archivio per l'Antropologia e la Etnologia*, vol. 1, 1871. El pueblo tasmano, *sin ciencia y sin historia*, había vivido en armonía con su medio hasta la llegada de los colonos británicos.

⁴ En cuanto al resto de las poblaciones de las que nos hablan los afroamericanos Kletzing y Croghan, también se vieron sometidas a un atroz exterminio por parte de los grandes estados imperialistas. La misma situación de etnocidio generalizado se repetía en todos los rincones del planeta durante el periodo de máxima expansión del imperialismo decimonónico de Occidente. Sobre este asunto, cf. CAMERON, *Historia económica mundial*, Madrid, Alianza, 1990, capítulo: «El renacimiento del imperialismo occidental. África. Asia. Razones del imperialismo», pp. 338-349; GARAUDY, R., *Diálogo de civilizaciones*, Madrid, Cuadernos para el Diálogo, 1977; RECLUS, E., «Negros y Mujiks», en *El hombre y la Tierra*, 6. *Historia moderna*, Madrid, Doncel, 1975.

⁵ HALLER, J. S. Jr., *Outcasts from Evolution. Scientific Attitudes of Racial Inferiority 1859-1900*, Southern Illinois Univ. Press, 1995 [1971], p. 207.

leza humana, tal y como quedaba definido por las ciencias naturales contemporáneas. Gracias al beneplácito que le había otorgado la comunidad científica, el pre-nacismo imperialista ejercido en las colonias finiseculares pudo revestirse así, sin muchos problemas, como una humanitaria y filantrópica *misión civilizadora* de las *razas superiores* sobre sus parientes biológicamente subdesarrollados. Ésta, al menos, fue la percepción socializada de las masas instruidas por la biología *occidental* ortodoxa. El racismo implícito en la biología evolutiva de las sociedades imperialistas de fin de siglo, predicado como una *Verdad* demostrada en todas las universidades europeas y norteamericanas hacia 1900, fue asumida incluso entre los propios pueblos oprimidos de forma no muy distinta a como cualquier *conquistador* logró siempre inculcar su fe entre los *conquistados*. Un ejemplo paradigmático del verdadero *monopolio simbólico* de la ciencia finisecular sobre el imaginario social de los conceptos raciales –así como de la inmensa *dificultad de encontrar herramientas teóricas para la crítica* del exterminio colonial–, se encuentra en el ya citado testimonio de los afroamericanos Henry Kletzing y William Crogman. Recuérdese que, en su propio país, la esclavitud había estado institucionalizada por el *hombre blanco* apenas hacía treinta y tantos años. Aún así, en relación con el genocidio cometido en las colonias oceánicas, islas del Pacífico, Sudáfrica, etc., estos dos intelectuales negros, seguramente abrumados ante una cantidad inabarcable de datos científicos que confirmaban técnicamente la superioridad caucásica, mantenían lo siguiente:

El *exterminio* [de los grupos étnicos citados] se debió al inexorable cumplimiento de una *ley tan natural como la de la gravitación*. Y recordad siempre que aquellas razas perecieron *a pesar de los esfuerzos filantrópicos y humanitarios* que se emplearon en intentar salvarlos. Perecieron porque no tenían poder de resistencia interior⁶.

La *violencia simbólica* de la antropología decimonónica sirvió así, con o sin el beneplácito consciente de los propios científicos del periodo, como el vehículo perfecto para la *legitimación cultural* de la *violencia física* ejercida en las colonias sobre las poblaciones de origen extraeuropeo. En pocas palabras, el discurso irrefutable de las ciencias naturales se utilizó para legitimar *simbólicamente* un proceso de expansión colonial que, en términos *materiales*, supuso un verdadero *genocidio en varios continentes*.

⁶ *Ibidem*.

2. *La mitificación biológica de las jerarquías raciales del imperialismo (1850-1900)*

No es de ninguna manera que lo imaginario sea para nosotros lo ilusorio. Bien al contrario, le damos su función de real al fundarlo en lo biológico.

Jacques Lacan⁷

Darwin dedicó todo un capítulo de su *Descent of Man*, de 1871, al problema candente de *La Extinción de las Razas del Hombre*⁸. Allí, el sabio inglés había aclarado que «la *extinción* parcial o completa de muchas razas y sub-razas humanas es un hecho conocido históricamente»⁹. De forma implícita, pero obvia para cualquier lector inteligente de la época, la paulatina *desaparición* (parcial o completa) de las *razas inferiores* podía comprenderse, en realidad, como el natural corolario *darwiniano* del proceso colonial contemporáneo, comprendido en términos de grupos biológicos en lucha. De acuerdo con el sabio inglés, las diferentes *subespecies* humanas, independientemente de su mayor o menor proximidad con el estadio homínido ancestral, se encontraban en un contexto ecológico de *lucha intergrupala por la existencia*, en la que la naturaleza actuaba *extinguendo* las variedades menos favorecidas en la carrera hacia el progreso. Por supuesto, la identidad de los grupos humanos menos favorecidos en el combate evolutivo por la supervivencia era obvia para Darwin. Dando por cierta la inferioridad biológica de las razas *no civilizadas*, Darwin se enfrentó a la cuestión del «retroceso poblacional» de estos pueblos (debido, en muchos casos, a un auténtico exterminio), así como a la pérdida de sus tierras y de sus fuentes de riqueza a manos del colono blanco, en términos de pura lógica natural: el imperialismo decimonónico, con sus trágicas consecuencias genocidas, debía interpretarse como un resultado inapelable de las leyes de la zoología y de la lucha por la supervivencia. Imbuido, como el resto de los evolucionistas de su tiempo, de los prejuicios raciales victorianos, y dando por sentada una incuestionable analogía evolutiva entre el nativo colonial y el hombre primitivo, Darwin llegó al punto de no ver, en el exterminio real de numerosos pueblos a manos de la «raza caucásica» a la que él mismo pertenecía, más que el desarrollo implacable de las leyes biológicas del progreso:

⁷ LACAN, J., «De un silabario a posteriori», *Escritos*, México-Buenos Aires, Siglo XXI, 2003, vol. 2, p. 702.

⁸ Cf. DARWIN, Ch., *The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex*, Londres, John Murray, 1871, 2 vol., «On the Extinction of the Races of Man», p. 236 y s.

⁹ DARWIN, 1871, p. 236.

Todo lo que sabemos sobre los salvajes, o lo que puede inferirse de sus tradiciones y de los antiguos monumentos [...], muestra que desde los tiempos remotos las tribus exitosas han *suplantado* a las demás. Relictos de tribus *extinguidas* u olvidadas han sido encontradas en todas las regiones civilizadas de la tierra, en las llanuras de América, y en las islas lejanas del Océano Pacífico. Actualmente, las naciones civilizadas están *suplantando* a las naciones bárbaras en todas partes, excepto allí donde el clima impone una barrera mortífera¹⁰.

El resultado final de este proceso, tan irrevocable desde un punto de vista biológico como las leyes de la gravitación desde uno físico, no escapaba a la imaginación del sabio inglés:

La proliferación de cada especie y de cada raza se ve obstaculizada continuamente por varias trabas; de esta forma, si cualquier nuevo impedimento, o causa de destrucción, incluso una ligera, se superpone a otra, con toda seguridad la raza decrecerá en su número; y como ha sido probado en todas partes que los *salvajes* se oponen completamente a cualquier cambio de hábitos –con lo que podría contrarrestarse el efecto de esos impedimentos dañinos–, la disminución del número de sus miembros llevará más tarde o más temprano a su *extinción*¹¹.

Al respecto de la desaparición de pueblos, proceso continuo en la historia humana, Darwin señalaba como dato curioso que Humboldt había encontrado una vez «un loro sudamericano que era la única criatura viva que aún hablaba la lengua de una tribu *extinguida*»¹². Por lo demás, Darwin no dudaba en señalar un paralelismo biológico entre el «destino futuro» de las razas ‘salvajes’ con el de ciertas variedades de «la rata nativa, casi exterminada por la rata europea»¹³ cuando esta última había entrado por primera vez en sus ecosistemas, provocando la práctica aniquilación de los roedores nativos. De esta forma, el inmortal creador de la teoría de la selección natural se apresuró, desde la primera edición de *El origen del hombre*, a señalar la urgencia con que se debían emprender todo tipo de estudios naturalísticos sobre las *razas inferiores* prontas a la *extinción*. El asunto era apremiante, dado el estado de evidente *regresión biológica* de los *salvajes* ante la imparable pujanza de la *raza blanca* en los cinco continentes. El genocidio imperialista suponía, eso sí, un motivo de preocupación científica para Darwin. En efecto, la desaparición de estos pueblos,

¹⁰ DARWIN, 1871, p.160.

¹¹ DARWIN, 1871, p. 240.

¹² *Ibidem*.

¹³ DARWIN, 1871, p. 240.

junto con la probable *extinción* futura de los monos antropomorfos, significaría la pérdida irrecuperable de un material científico de primera categoría para estudiar los estadios ancestrales del «hombre blanco»:

En un momento del futuro, sin duda no muy alejado si lo medimos por siglos, las razas civilizadas del hombre casi con toda certeza exterminarán y reemplazarán a las razas salvajes a lo largo y ancho del mundo [*the civilised races of man will almost certainly exterminate and replace throughout the World the savage races*]. Al mismo tiempo, los monos antropomorfos, como ha señalado el profesor Schaafhausen, serán exterminados sin ninguna duda. *La distancia entre el hombre y el animal se agrandará*, puesto que se extenderá entre un hombre en estado de civilización superior, como podemos esperar, al del Caucásico actual, y algún mono tan inferior como el Babuino, en lugar de como actualmente, entre el negro o el Australiano y el gorila¹⁴.

Por otro lado, el mismo Darwin había señalado que, en ciertos casos, el grado de autoconciencia mostrado por ciertos nativos de las colonias –como, por ejemplo, las *hembras* de raza australiana– podían aproximarse al que parecían mostrar los perros más inteligentes:

¿Acaso podemos estar seguros [se preguntaba el sabio inglés] de que un viejo perro con una memoria excelente y un cierto poder de imaginación, como reflejan sus sueños, nunca reflexiona sobre sus placeres pasados en la caza?, y esto sería una forma de *autoconciencia*. Y por el lado opuesto, como indica Büchner¹⁵, qué bajo es el grado en que ejerce su autoconciencia, o reflexiona sobre la naturaleza de su propia existencia la extenuada esposa de un degenerado salvaje australiano [*degraded Australian savage*], que apenas usa ninguna palabra abstracta y no puede contar más allá de cuatro¹⁶.

En efecto, como afirmaba Darwin, Ludwig Büchner, por su parte, se había mostrado nítido, preciso, rabiosamente científico al respecto del *status* zoológico de las poblaciones australianas. Sin duda, un occidental podía prescindir de excesivos remordimientos por matar de un balazo en la cabeza a un salvaje oceánico (práctica que, desgraciadamente, fue habitual en numerosas ocasiones durante la segunda mitad del siglo). ¿Acaso era seguro que muchos de aquellos *salvajes* fueran *humanos*? Para Büchner, la respuesta era menos clara de lo que podían indicar el sentido común o el espíritu filantrópico de los *científicamente desinformados*:

¹⁴ DARWIN, 1871, p. 201.

¹⁵ BÜCHNER, L., *Conférences sur la Théorie Darwinienne*, 1869, trad. francesa, p. 132. La cita es del propio Darwin.

¹⁶ DARWIN, 1871, vol. I, p. 63.

Existen en la superficie de nuestra tierra hombres, pueblos enteros, formas de ser, *caracterizadas por una ausencia completa de todo aquello que el europeo instruido considera como los atributos eternos y necesarios de la humanidad* [...]. Incluso el lenguaje articulado, que ciertamente puede considerarse como el atributo más especial del hombre y que, únicamente en el hombre, se produce en conjunción con una mejor conformación de la laringe, del cerebro, junto a la estación erguida y una hábil utilización de la mano, incluso el lenguaje articulado [...] se encuentra en numerosos pueblos salvajes en un tal estado de grosería, de imperfección, que apenas puede denominarse lenguaje *en el sentido humano* de esa palabra¹⁷.

Por su parte, el mismo Büchner –autor de uno de los mayores *best-sellers* científicos del periodo, *El hombre según la ciencia*– había podido comprobar con cifras exactas, a propósito de la lucha por la existencia entre las ‘razas humanas’, que «las ventajas de este combate *benefician sobre todo al órgano del cerebro*, y [que] la experiencia nos enseña que así ha sido siempre en el pasado»¹⁸. Para este mismo autor, lejos de lamentaciones, la guerra entre las razas debía celebrarse como una bendición caída del cielo para el grupo caucásico, cuyo *prodigioso órgano cerebral* había evolucionado específicamente desde el combate, por el combate y para el combate:

Los pueblos o las *razas retrasadas* (como los chinos o los negros americanos) no podrán sostener por mucho tiempo la competencia con el hombre civilizado [...] a menos que hagan suyos todos los auxilios que ofrece la civilización actual [...], ese movimiento civilizador general que ha formado el *cerebro europeo*, y [a menos que] pierdan más o menos las características de su raza¹⁹.

Por su parte, perfectamente en armonía con los reputados biólogos anteriores, el alemán Ernst Haeckel, en su *Historia de la creación de los seres orgánicos según las leyes naturales* –llamada a convertirse en una de las obras más influyentes de las ciencias biológicas de todos los tiempos– no dudaba en pontificar, en términos exclusivamente *biológicos*, acerca de la dominación imperialista de la *raza germánica* sobre el resto del mundo. Para Haeckel, «el progreso constante de la civilización por el perfeccionamiento de los ejércitos permanentes»²⁰, era un corolario natural de las leyes de la evolución humana que habían conducido a la

¹⁷ BÜCHNER, L., *L'Homme selon la Science. Son passé, son présent, son avenir, ou D'où venons-nous? Qui sommes-nous? Où allons-nous?*, París, C. Reinwald et Cie, 1872, pp. 230-231, trad. del alemán por Ch. Letourneau.

¹⁸ BÜCHNER, L., *L'Homme selon la Science*, p. 316.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ HAECKEL, E., *Histoire de la Création des Êtres Organisés d'après les lois naturelles*, París, Librairie C. Reinwald, Schleicher Frères, 1908, p. 127, trad. de la 7.ª ed. alemana por Ch. Letourneau.

supremacía indoeuropea. De acuerdo con Haeckel, la naturaleza misma, y nadie más que ella, era quien propiciaba que «las guerras se convirtieran *naturalmente* en fenómenos más y más frecuentes»²¹. En consecuencia, podía considerarse vano todo intento de oponerse con medidas artificiales al proceso *natural* de expansión del dominio blanco (en especial, anglogermánico) sobre el resto de las razas.

Señalemos de paso que, para Haeckel, la *ley de combate* que regía la vida entre los grupos raciales, tal y como había sido descrita por la biología darwiniana, debía ser administrada positivamente por una correcta *política científica* dentro de cada sociedad. Esta práctica de *depuración evolutiva* de la familia homínida debía realizarse incluso en el seno mismo de las sociedades *civilizadas*. En este sentido, Haeckel llegó a plantear una nítida defensa biologicista de la *pena de muerte*. Un uso *racional* de dicha práctica –aplicada de acuerdo con los principios científicos de la biología humana–, constituiría, según Haeckel, una costumbre saludable para el progreso de nuestro grupo zoológico. En términos naturalísticos –recordemos que la siguiente cita no pertenece al programa político de ningún partido nazi, sino a un libro considerado como un clásico de *biología evolutiva*–, Haeckel explicaba lo siguiente:

La pena de muerte, cuando se trata de un criminal, de un malvado incorregible, no es solamente un derecho, sino un beneficio para la parte mejor de la sociedad; para ella, resulta una ventaja semejante a la destrucción de la mala hierba en un jardín cultivado. Al igual que únicamente por medio de la erradicación de esas plantas parásitas puede darse a las plantas útiles el aire, la luz, el espacio; de esa misma forma, por medio de la despiadada destrucción de todos los criminales incorregibles, no sólo se facilitaría la lucha por la existencia a *la parte sana de la humanidad*, sino que además se utilizaría un procedimiento muy útil de *selección artificial*, pues se eliminaría la posibilidad de que los *desperdicios degenerados* de la humanidad transmitieran sus funestas propensiones²².

En definitiva, con Darwin y sus contemporáneos, la mitología racial decimonónica (por no hablar aquí de las consideraciones científicas acerca de las jerarquías naturales entre los géneros o incluso las clases sociales) encontró una síntesis perfecta, avalada por el lenguaje y el método incontrovertibles (prácticamente *irrefutables*) de la mejor biología del periodo.

La descripción darwiniana de las jerarquías raciales (en cuya cúspide se hallaban las poblaciones europeas), encontró asiento en un lenguaje científica-

²¹ *Ibidem*.

²² HAECKEL, E., *Histoire de la création des êtres organisés d'après les lois naturelles*, París, Librairie C. Reinwald, Schleicher Frères, 1908, *ibidem*.

mente intachable para la mentalidad victoriana. En concreto, Darwin trazó las líneas de la evolución humana componiendo –consciente o inconscientemente– una nítida escala de superioridad racial, matizada, eso sí, por un humanitarismo *monogenista* (partidario de la unidad de la especie), aparentemente alejado de los extremos racistas de otros científicos de su tiempo (como Haeckel, Büchner, Broca, Carl Vogt). De esta forma, quizás, puede comprenderse en parte su formidable éxito en la cultura burguesa y colonial del fin de siglo. Como ha sido explicado de forma precisa por el psiquiatra y filósofo francés Jacques Lacan:

El éxito de Darwin parece consistir en que proyecta las predaciones de la sociedad victoriana y la euforia económica que sancionaba para ella la devastación social... a escala planetaria; en que las justifica mediante la imagen de un *laissez-faire* de los devorantes más fuertes en competencia por su presa natural²³.

3. *La biología del pueblo elegido: complementariedad de mythos y logos en la definición científica de lo humano*

Si entre los primitivos fue el predominio del mito, entre nosotros puede ser por el contrario el predominio de la racionalidad el que nos ha conducido, no al auténtico arcaísmo, sino a uno peor, el de una nueva barbarie. Nada es más «lógico» y más lleno de racionalidad que las lúcidas argumentaciones de Hitler, o los planes de un totalitarismo absoluto. Y a través de esta lógica, el hombre vuelve a un estado de bárbaro primitivismo infinitamente más cruel que aquél que se pudo vivir en los orígenes. Maurice Leenhardt²⁴.

Nuestra definición habitual de lo que puede considerarse normal o desviado, superior o inferior, etc., con respecto a la *racionalidad* o *irracionalidad* de cualquier discurso –también de los discursos de las ciencias naturales– depende de una convención de carácter histórico-sociológico que varía en el seno de las culturas y a lo largo de la historia. En este sentido, pueden trazarse líneas de desarrollo paralelas en la historia de los conceptos opuestos de *racionalidad* y de *locura*. De acuerdo con Remo Bodei: «Los conceptos y las prácticas concernientes a la alienación están estrechamente ligados a la *sensibilidad contemporánea referente a la razón y a la irracionalidad* y la influyen ampliamente»²⁵.

²³ LACAN, 2003, I, p. 113.

²⁴ Citado por RECASENS, A. V., «Prólogo», p. 22, en LEENHARDT, M., *Do Kamo. La persona y el mito en el mundo melanesio*, Buenos Aires, Paidós, 1997, pp. 9-25.

²⁵ BODEI, R., *Las lógicas del delirio. Razón, afectos, locura*, Madrid, Cátedra, 2002, p. 253.

Un ejemplo ilustrativo del carácter social de nuestro concepto de «racionalidad»: hace algunos años, el senador por Georgia, Richard Russell, en su momento jefe del *Armed Services Committee* del Senado Norteamericano y «uno de los tres o cuatro hombres más poderosos de los Estados Unidos»²⁶, expresó uno de los mayores despropósitos jamás escuchados acerca del tema que aquí nos concierne, es decir, acerca de *la creencia incuestionada en la superioridad de ciertos grupos humanos privilegiados*: «Si hay que recomenzar con un nuevo Adán y Eva –dijo– quiero que sean norteamericanos y que estén en este continente y no en Europa»²⁷. Como enseguida se preocuparon de destacar algunos intelectuales ligados a las corrientes psiquiátricas alternativas, la libertad del desquiciado senador no fue limitada *ipso facto* a causa de esta afirmación delirante, a pesar de que, como jefe del comité de armamento del senado americano en los años setenta, su poder material para llevar a cabo la destrucción masiva de miles de «no-americanos» era indiscutible. Al contrario, como se esforzaron en destacar algunos *antipsiquiatras* de la época, su discurso fue considerado como «coherente», no se encontraron «rastros de delirios o de alucinaciones», y se consideró que «su emotividad estaba en relación con sus sentimientos patrióticos y no existía ninguna sospecha de desorden de pensamiento. Su calma voluntad de ver virtualmente sacrificados a su noción de patriotismo a tres millones de personas sobre la tierra no despert[ó] preguntas sobre su salud mental»²⁸. De acuerdo con los estándares de la cultura norteamericana de hace unas décadas, y mientras se continuaran usando las ideas convencionales de dicha sociedad con respecto a la *racionalidad* y a la salud mental «la definición corriente de locura no alcanza[ría] a hombres como el senador Russell», aunque estos tuviesen, en la práctica, «el poder de destruir la vida sobre el planeta»²⁹.

Pues bien, por lo que respecta a la *racionalidad* de la antropología física de fines del siglo XIX, en su discurso teórico sobre la variabilidad biológica en nuestra especie, el historiador contemporáneo de las ideas científicas podría realizar consideraciones parecidas a las hechas por los *antipsiquiatras* acerca de la racionalidad del senador Russell. Tal y como hemos señalado en las páginas anteriores, durante la segunda mitad del siglo XIX, el concepto biológico de la *humanidad* comprendía –para una parte representativa de los mejores especialistas en la materia– un conjunto de varios grupos zoológicos perfecta-

²⁶ SCHEFF, T. J., «Razón y salud mental: algunas implicaciones políticas del pensamiento psiquiátrico», en FORTI, L. (ed.), *La otra locura. Mapa antológico de la psiquiatría alternativa*, Barcelona, Tusquets, 1982, pp. 251-265, p. 261.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ *Ibidem*, p. 261.

mente diferenciados que podían clasificarse según un orden jerárquico de superioridad evolutiva, entendida tanto en términos físicos como intelectuales y morales. Muchos de los mejores científicos del periodo comprendían a estos grupos raciales como verdaderas *especies* de primates, tan distintas entre sí como podían serlo el perro del lobo, o el caballo del asno. Cuando menos, tal idea constituyó un *dogma científico* para los antropólogos *poligenistas* del periodo, entre quienes se contaban algunos de los mejores científicos dedicados al estudio de la evolución humana –patriarcas de las ciencias biológicas como Paul Broca, Carl Vogt, Edgard D. Cope, Ernst Haeckel o Giuseppe Sergi–. Al menos hasta el umbral del siglo XX, un número considerable de prestigiosos antropólogos físicos y evolucionistas de todo Occidente se aplicó en describir la existencia de un abismo biológico entre las distintas razas/especies humanas, aún admitiendo la existencia de un remoto antecesor común para todas ellas. Los argumentos justificantes para esta forma ortodoxa de *racismo biológico* estuvieron siempre apoyados en conceptos y métodos rigurosamente técnicos, de acuerdo con las corrientes más representativas del paradigma evolucionista del periodo. Las convenciones decimonónicas acerca del significado de lo que podía considerarse como *científico*, hacían imposible cualquier crítica a la *racionalidad* de los postulados extremadamente racistas defendidos por la biología humana victoriana –que desde nuestro conocimiento actual de la materia consideraríamos como pseudodelirantes–.

Podríamos decir que, al igual que entre los esquimales y muchas otras sociedades tradicionales –para quienes las palabras con las que se autoidentifican como comunidad (*inuit*, etc.), tienen el significado específico de *ser humano por antonomasia*–, o tal y como sucede en la *mitología religiosa* de hebreos y japoneses –en las que ambos grupos humanos aparecen caracterizados como una especie de *pueblo elegido*–, así también la biología humana del siglo XIX sirvió para confirmar la existencia de un hiato *natural* entre «el hombre blanco» y el resto de los grupos raciales. La *racionalidad científica* no actuó, en este caso, de forma distinta a como el *pensamiento mítico* ha actuado siempre en todas las civilizaciones del planeta:

Actualmente, los pueblos que conforman todas las grandes civilizaciones se inclinan por interpretar *literalmente* sus propias figuras simbólicas, y a observarse a sí mismos como favorecidos de alguna manera, en contacto directo con el absoluto. Incluso los politeístas griegos y romanos, hindúes y chinos, que eran capaces de contemplar benévolamente los dioses y costumbres de otros, se ven a sí mismos como superiores; y entre los monoteístas judíos, cristianos y musulmanes, los dioses de los otros no son vistos como dioses, sino como demonios, y sus fieles como impíos. La Meca, Roma, Jerusalén y (en menor medida) Benarés y Beijing han sido, durante siglos y cada una a

su manera, el ombligo del universo, directamente conectadas –en línea directa– con *el Reino de la Luz* o con Dios³⁰.

De igual forma, las sociedades occidentales del siglo XIX crearon todo un complejo sistema simbólico de *racionalización* de sus mitologías raciales, a través del cual se identificaron a sí mismas como los grupos elegidos por la *naturaleza*. Al igual que otras sociedades, y al igual que en los sistemas de pensamiento religioso a los que el racionalismo científico se impuso finalmente –tras una larga fase de influencias mutuas–, la sociedad burguesa del periodo finisecular creyó *literalmente* en la realidad dibujada por las figuras simbólicas de su cosmovisión tecnocientífica. Las poblaciones no europeas fueron relegadas científicamente a un puesto de cola en las jerarquías naturales del grupo homínido, a una especie de rango zoológico intermediario entre el más evolucionado ser humano (la *raza blanca*) y el animal. Gracias al enorme prestigio concedido a la biología decimonónica, el carácter puramente histórico y coyuntural del orden geopolítico finisecular quedó transformado en el resultado mismo de leyes científicas aparentemente irrevocables. En este sentido, y expresándonos en los términos de la antropología simbólica de las culturas, podría decirse que el nuevo *canon científico* de la biología humana darviniana contribuyó, a fines de siglo XIX, a la implantación en *occidente* de una versión científico-natural del multicultural mito del *pueblo elegido*³¹.

4. Conclusiones: el carácter socio-emocional de la definición científica de lo humano

Como señala el antropólogo cultural Marshal Shalins, «al confiar en la razón simbólica, nuestra cultura no difiere radicalmente de la elaborada por la ‘mentalidad salvaje’. Somos tan lógicos, filosóficos y significativos como lo son ellos [...]. Sin embargo, hablamos como si nos hubiéramos liberado de concepciones culturales compulsivas, como si nuestra cultura se edificara a partir de las actividades y experiencias ‘reales’ de individuos racionalmente dedicados a sus intereses prácticos [...]. Marx escribió que la sociedad primitiva no podría existir a menos que disimulara para sí misma las bases reales de esa existencia, como a tra-

³⁰ CAMPBELL, J., *Los mitos. Su impacto en el mundo actual*, Barcelona, Kairós, 1993, cap. 1, «Impacto de la ciencia en el mito», p. 19.

³¹ Véase SÁNCHEZ ARTEAGA, J. M., «Mythos y Logos en la historia del racismo científico: La biología racial evolucionista en Portugal y Brasil (1859-1900)». De próxima aparición en las *Actas del V Congreso internacional «Discursos e Práticas Alquímicas»*, promovido por la Fundação para a Ciência e a Tecnologia, Ministério da Ciência e o Ensino Superior, Portugal. Publicado en <http://www.triploV.com>.

vés de formas de ilusiones religiosas. Sin embargo, esta observación puede ser más válida aún en el caso de la sociedad burguesa»³². Por lo que aquí nos concierne, no cabe duda de que, examinando la historia de las ideas científicas, los más fundamentales conceptos del pensamiento científico-natural relativos a nuestra especie (raza, género, enfermedad, genética, sexo, locura, arrastran, desde su origen, una imponente carga emocional de carácter sociocultural³³). Las emociones socializadas inconscientemente por los científicos al pensar sobre *lo Humano*, de acuerdo con el paradigma socioemocional del grupo y el periodo al que pertenecen, contribuyen de forma esencial a configurar la *significación práctica* de los conceptos y las teorías aplicadas a nuestra especie, ya sea en medicina, en biología, o en psiquiatría³⁴... En este sentido, podemos afirmar que Darwin ideó sus revolucionarias teorías inmerso en el imaginario *salvaje* de la burguesía imperialista decimonónica, así como que las huellas del pensamiento mitológico acerca del *Pueblo Elegido* pueden rastrearse tanto en el *Génesis* como en el *Origen del hombre*³⁵.

Por lo demás, no puede obviarse que nuestra propia forma de racionalidad tecnocientífica ha adquirido, en ciertas ocasiones históricas recientes, un carácter siniestro (¿hace falta decir una palabra más que Hiroshima?). Al igual que el fascismo y el estalinismo del siglo XX, el racismo biológico de los evolucionistas decimonónicos (por no salir de nuestro ejemplo) se convirtió en la ortodoxia científica, apoyado sobre la convicción colectiva de que sus milimétricas directrices raciales corresponderían a un aumento del progreso y la racionalidad humanas en el camino de la historia del conocimiento.

Si fuera absolutamente necesario aceptar que el *progreso en la racionalidad* constituye el patrón de la historia de los cambios sociales en los paradigmas científicos sobre la *naturaleza humana*, entonces se haría necesario –en aras de la honestidad intelectual– reconocer que, al menos en determinadas ocasiones, esos mismos cambios históricos –enmarcados dentro de matrices conceptuales con una imponente carga emocional, asociada al imaginario social de la *raza, de la enfer-*

³² SHALINS, M., *Cultura y razón práctica. Contra el utilitarismo en teoría antropológica*, Barcelona, Gedisa, 1997, p. 215.

³³ Sobre este asunto, cf. SÁNCHEZ ARTEAGA, J. M., «La pervivencia del pensamiento mítico en las teorías biológicas sobre el origen de las razas humanas (1859-1900)», de inminente publicación en las *Actas del IX Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Ciencia y la Tecnología* (Cádiz, Septiembre 2005).

³⁴ Al respecto del papel crucial jugado por las emociones en las representaciones de la mente consciente acerca de la realidad, cf. DAMASIO, A. R., *Descartes Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*, Nueva York, Avon Books, 1995.

³⁵ Sobre este particular, cf. LANDAU, M., «Human Evolution as Narrative», *American Scientist*, 72, mayo-junio, 1984, pp. 262-268; LANDAU, M., *Narratives of Human Evolution*, Yale University, 1991. También debe consultarse STOCZKOWSKI, W., *Explaining Human Origins. Myth, Imagination and Conjecture*, Cambridge, Cambridge University, 2002.

medad, del género, etc.– se han ajustado a un patrón progresivo de *racionalidad delirante*. Si consideramos que los paradigmas científicos sobre la naturaleza humana constituyen sistemas simbólicos lógico-afectivos, puede afirmarse –al menos metafóricamente– que un cierto *delirio científico colectivo* parece haber caracterizado determinados *cambios de paradigma* en el imaginario científico sobre la naturaleza humana:

La esquizofrenia y el delirio surgen cuando los sistemas lógico-afectivos (no sólo el lógico o el afectivo por separado) organizados en el curso de la vida [...] se desorganizan de un modo lábil y confuso y se ven obligados a buscar nuevos equilibrios³⁶: *el delirio es la reorganización, a otro nivel, de la desorganización de un sistema normal*³⁷.

Lejos de apoyar el *a priori* neopositivista del progreso inevitable hacia una forma superior de racionalidad en la historia de las ciencias, el ejemplo constituido por la historia de la biología decimonónica aplicada a *las razas humanas* podría describirse, irónicamente, como una especie de *sofisticación discursiva de delirios mitológicos* –ligados al tema del pueblo elegido–, que fueron asumidos masivamente por las capas educadas de las sociedades burguesas³⁸. En cierto modo, la historia de la descripción tecnocientífica ortodoxa sobre la diversidad biológica de nuestra especie durante el apogeo del imperialismo decimonónico puede interpretarse como un catálogo alucinante de autorretratos del *hombre blanco burgués*, no menos fascinantes, eso sí, que los del «loco» Van Gogh, etc.

En cualquier caso, el delirio científico colectivo sobre nuestra especie, como hecho histórico, no tiene por que ser negativo ni positivo de un modo absoluto. Quizá alguna nueva forma de *delirio sostenible* sea la mejor terapia de urgencia que podamos aplicar a una sociedad tecnocientífica regida, en tantas ocasiones, por paradigmas lógico-afectivos conducentes a la autodestrucción. Sólo el fomento incesante de una educación para la crítica frente a la tecnociencia contemporánea puede capacitar a la sociedad para ejercer un uso justo y responsable, *verdadaderamente democrático*, del conocimiento. Si pensamos en la ciencia desde una perspectiva histórica comprobaremos que el horizonte de comprensión contemporáneo del orden de la naturaleza humana es tan limitado como cualquier otro en

³⁶ CIOMPI, L., *Logica affettiva. Una ricerca sulla schizofrenia*, Milán, 1994, p. 270.

³⁷ BODEL, *op. cit.*, p. 109.

³⁸ Etimológicamente, *delirar* no significa otra cosa que salirse del surco trazado (aplicado en términos científicos, podemos interpretar ese delirio como el salirse del paradigma lógico-afectivo de cada cultura). La «ciencia revolucionaria» tiene siempre un cierto carácter delirante –y como tal viene denigrada por la ortodoxia– hasta que los viejos paradigmas de la «ciencia normal» son abandonados de forma definitiva.

términos lógicos, metodológicos e históricos, pero su capacidad tecnológica para ejercer la destrucción ha adquirido unos caracteres inauditos, como señala U. Beck en *La sociedad del riesgo*. De ahí que, en este periodo ultratecnificado de retorno al más oscuro espíritu de las cruzadas no puede obviarse la enorme responsabilidad social de la tecnociencia contemporánea. La *significación amplia* (socioemocional) de las teorías científicas sobre *lo Humano* –y con ellas, de las nuevas *prácticas* colectivas a las que esas teorías otorgan una racionalización– no puede captarse si el análisis hermenéutico de la ciencia no alcanza a ver más allá de la dimensión literal del discurso técnico especializado. En definitiva, ninguna forma de investigación científica sobre la naturaleza humana puede presentarse, bajo la coartada de la *objetividad* enunciativa-descriptiva o del *rigor metodológico*, como una necesidad inexcusable de *la lógica* (¿de quiénes?). La lógica y la racionalidad de la ciencia y la tecnología no pueden servir como excusa para ninguna forma de dominación violenta.

SALUD MENTAL Y CULTURA

* Correspondencia: Juan Manuel Sánchez Arteaga. Dpto. Historia de la Ciencia, C.S.I.C. Duque de Medinaceli, 6, 28001 Madrid.

** Fecha de recepción: 1-X-2006.

Entrevista con Jean Malaurie

El destacado geógrafo polar y singular antropólogo francés nació en Maguncia, en 1922; allí trabajaba como profesor su padre, que era amigo de Jules Romains. La familia regresa a Francia, desde esa Mainz renana, al anticiparse la retirada de tropas de ocupación, en 1930. Cuando muere su padre –universitario estricto cuyo interés por la historia le transmitió indirectamente–, Malaurie tiene 16 años y está acabando sus estudios en el instituto Condorcet de París. Pierde a su madre en 1943, estando ya en la Escuela Normal Superior en París. Después de 1945, y tras participar en la Resistencia, se matricula en Geografía y Ciencias Sociales. Luego, dedica bastantes años a escribir su tesis de geomorfología y la complementaria en etnohistoria.

Pues en las primaveras y veranos de 1948 y 1949, había participado en dos misiones geomorfológicas, dirigidas por Paul-Émile Victor, en Groenlandia, por entonces mera colonia danesa. En los inviernos fue al desierto con los Tuareg; y allí, en el Sáhara, le notificaron que el CNRS le becaba para realizar una misión geográfica en Thule. Era base fundada en 1910 por Rasmussen y cuyo nombre corresponde a una isla mítica griega, al Norte extremo. Vive decisivamente con los esquimales polares –los inuit– entre 1950-1951. Regresa en octubre, tras haber estado catorce meses en Groenlandia; y estudia en el Instituto de demografía parisino. Describió su experiencia con este pueblo en *Les derniers rois de Thulé*, de 1955, un libro capital de «antropogeografía» que parte de descripciones personales, dibujos y fotografías, y da datos y cifras elocuentes para reflexionar originalmente sobre esa cultura oral. Esa obra –dedicada a Rasmussen– será traducida a más de veinte lenguas. Repitió el viaje en 1954 (se había casado en 1951). El gobierno de Dinamarca le nombró consultante; todavía en 1967 y 1969 comprobará los abusos y peligros de esa invasión oculta. Seguirían otras obras y nueve películas sobre el ártico, al que viajará de continuo, llevando a cabo 31 expediciones científicas.

Desde la perspectiva institucional, en 1957 fue nombrado director de investigaciones de la Escuela de Altos Estudios de Ciencias Sociales (EHESS) de París y fundó allí un *Centre d'Études Artiques*, que todavía encabeza. Desde entonces se diversificó su presencia como asesor polar: en Canadá, luego en Alaska. Y, tras el apoyo de Gorbachov y los mandatarios rusos, visita Siberia, funda la Academia Polar de San Petersburgo que mantiene una escuela de formación de dirigentes de los inuit; es su presidente vitalicio hoy. En el actual período 2007-2008, preside los encuentros del importante *Año Polar Internacional*. Dos gruesos tomos, *Hummocks*, recopilan su indagación esquimal en todos los planos y países posibles.

Pero además Malaurie es un gran escritor, lector y editor. En 1955, fundó la colección de monografías singulares *Terre humaine. Civilisations et sociétés*.

Collection d'études et de témoignages, cuyo valor intuyó un año antes y que logró atraer a la editorial Plon. Tras dirigirla durante 50 años con un criterio restrictivo –dos libros al año–, ha logrado un fenómeno único en el mundo, con su mirada plural: geografía humana, antropología e historia se entrecruzan en su nómina. Este trabajo, que inició con Lévi-Strauss, ha continuado hasta hoy con nuevos impulsos y con reediciones ampliadas. Así desde 1962, en la colección 10/18, aparecieron volúmenes de bolsillo selectos; y esta idea divulgadora la retomó en 1982 con Presse Pocket, que incluye hoy más de cuarenta títulos. Además ideó iniciativas paralelas, como el *Bulletin Terre humaine* (9 números, 1978-1985), o la colección *Terre humaine. Courants de pensée* (5 volúmenes, 1987-1998).

¿Qué puede decirnos de sus años en Alemania?

Aunque francés, he nacido a las orillas del Rin, en Maguncia. Allí viví siete años, en la ciudad de Gutenberg, una infancia bilingüe, pues mi segunda lengua es el alemán. Mi padre, historiador, estaba destinado allí a consecuencia de la Primera Guerra, en una misión universitaria, en la que participó Lucien Febvre. Se buscaba el entendimiento entre Francia y una posible república renana que frenase a la gran Alemania... En mi casa natal han instalado una placa con mi nombre, celebrándome como profesor y explorador, y va a aparecer en Alemania un libro que se titula *L'enfant de Mayence*. Fui recibido por el municipio con honores; estaba el embajador francés con un mensaje de Chirac, porque es raro ese gesto alemán. Les conté que había atravesado a pie el Rin helado en 1929, de la mano de mi padre. Como tantas veces, luego, cruzaría grandes zonas de la banquisa polar.

En 1943, los alemanes quisieron encuadrarle en el trabajo obligatorio de Vichy, así que usted entró en la clandestinidad e interrumpió su formación. ¿Qué le supuso?

Sí, el hombre que tienen delante tiene una edad avanzada y ha vivido una larga vida. Vi cómo fuimos derrotados en ocho días en 1940; y Francia no dejará nunca de estar en duelo por esta capitulación. El ejército alemán nos venció por astucia... Pero he resistido contra la ocupación, y resistir es un ideal de la virtud cívica. Durante la Guerra Mundial, participé en la Resistencia, dada la incomprensible situación de mi país. Espero no haber matado a muchos alemanes; hice lo que pude, menos colaborar con ellos; no los detesto pero sí al nazismo, la peor perversión... Ningún país es más que otro, ni se puede intentar por la fuerza la «felicidad» de un pueblo, como ha sucedido ahora en Irak. A los veinte años comprendí que las ideologías son peligrosas, como lo son las teorías, y que uno debe construir su pensamiento por sí mismo.

Pero está influido por esa cultura.

Estoy marcado por la cultura alemana, por su música, por la música coral de Bach. Maguncia es una ciudad católica. Su catedral, muy importante, representó la catolicidad contra Lutero. Junto a la catedral hay una iglesia a la que iban mis padres y yo mismo, San Esteban, demolida por los bombardeos americanos. Un cura, hombre inteligente, escribió a Marc Chagall, en 1973, para que le ayudase en la reconstrucción. Pese a su escaso afecto por los alemanes, pasó sus diez años finales trabajando en esas vidrieras extraordinarias. Para mí es un Chagall desconocido, un Chagall preadánico, panteísta, diría casi que animista. Encuentro allí una sensibilidad casi inuit. Paul Klee dijo, según creo, que vivía con su pintura... Si mis lecturas de Goethe, Hölderlin, Grimm o Heine fueron muy importantes, sobre todo estoy marcado por los místicos: Böhme, Meister Eckhart y Franz von Baader, algo más joven que Goethe. Todos estos alemanes eran naturistas, y tuvieron una relación difícil con Dios.

Pero usted ha hablado de otras lecturas, inglesas o clásicas. Su madre era escocesa, y al parecer, los descubrimientos en el Norte de los escoceses le impulsaron también.

De mis lecturas iniciales en la tercera lengua –también fundamental claro–, destacaría a Katherine Mansfield, australiana, y el *Moby Dick* de Melville que suelo releer a menudo para reconocermelo. También me acuerdo mucho de *La estepa* de Chejov, con ese niño que viaja por espacios abiertos y todo lo mira siempre: me acercó muy pronto a lugares extraterritoriales, lo mismo que esos otros dos escritores o Selma Lagerlöf. Pero como me entusiasma la historia vista a través de los hombres –eso es, en suma, «Tierra Humana»–, las *Vidas paralelas* de Plutarco me influyeron especialmente, como a Rousseau.

Al defensor de lo natural Rousseau, como a Lévi-Strauss, su amigo y colaborador.

Me entusiasmaba la filosofía; estaba apegado a Spinoza, Pascal o Kant, pero sobre todo me interesaba la libertad. Por ese motivo dejé Occidente y me fui a vivir entre los esquimales. Allí estaría solo, aislado, ante mis problemas; siempre he aspirado a la soledad desde mi infancia ('Keep yourself!', me decía a menudo mi madre), y elegí una inmersión solitaria en esas poblaciones, que me permitía errar, fantasear. Creo que Occidente ya no tiene grandes cosas que decir; ha perdido el aliento, carece de ideas; se limita a vender y a vigilar la economía: somos la primera civilización que carece de referencias sagradas, como ya señalaba Malraux.

En mi relación con los inuit de Groenlandia, comprobé que los esquimales polares eran un pueblo preadánico. Viví feliz con gente que no tenía la conciencia del Mal. Estuve con gente inocente, situada antes de la caída. He vivido en un

Edén con ellos, y eran los más pobres de la tierra. Están ahora asumiendo una especie de neocristianismo chamánico, eso que ha llegado finalmente para suprimir el chamanismo original. Experimenté algo parecido a lo que los españoles sintieron siglos atrás en América Central, junto a los dominicos y jesuitas: la confrontación entre un pensamiento profundo, subterráneo, y lo que les aportábamos.

Esos inuit no estaban sin duda preocupados por la teología de Tomás de Aquino, ni les interesan cuestiones como la Trinidad, la virginidad, etc. Eso son problemas de los blancos, de los hombres del Libro. Les interesaba la naturaleza, el animismo. En «Tierra Humana» he publicado *Hummocks*, que resume esa idea de fuerza del universo. Si hubieran estado conmigo en las regiones árticas, junto al hielo, los perros, el trineo –mientras la noche construye una catedral abierta sobre las estrellas, en una soledad que respira con el mar y con la banquisa–, tendrían una experiencia del cosmos, sentirían la omnipresencia de lo que los esquimales denominan *potencia*. Ellos no creen que haya que dominar la naturaleza sino que hay que integrarse en ella. No hay que violentarla: son ecologistas en el sentido pleno de la palabra. Su chamanismo no es más que un esfuerzo extraordinario por entender la naturaleza.

Vivir en una sociedad panteísta, ha dicho, es un extraordinario privilegio. ¿Qué aspectos de su comunicación destacarían ante un mundo de silencio y de gestos?

Se me ocurre decirles que los esquimales desprecian los magnetófonos cuando se les graba... Se expresan más por la sensibilidad que por las palabras. No les gustan demasiado las palabras. Son casi prelingüísticos. Entienden por los ojos, por los gestos, por el aliento, por los comportamientos y, esencialmente, por la música. Y la música es la única lengua que les permite comunicarse con la muerte. Para estudiarlos hay que vivir con ellos para observarlo y anotarlo todo, entre otras cosas su trato con los muertos. La música y la danza, que se practican con motivo de las grandes reuniones chamánicas, están muy codificadas.

No se puede entender a los pueblos indios ni a los pueblos esquimales sin comprender que son muy sensoriales. Tienen *neuronas* preparadas para comprender esa potencia de la naturaleza. La antropología no nos ayuda a comprender ese mundo profundo que ocupa otro orden, es como si intentase comprender sin más a Teresa de Ávila, cuando su mística, su levitación se hallan en otro plano. Estamos en el campo de la preciencia. Junto con otros pocos especialistas, tengo la convicción de que los pueblos primeros, como los prehistóricos, son capaces de establecer ciertas relaciones matemáticas intuitivas, no formales, pero precisas y rigurosas. En *El arte en el Gran Norte*, estudié puntos, líneas paralelas, elipses o semielipses, esferas o triángulos que aparecen en sus tatuajes y constituyen una lengua cuya genealogía desconocemos, son jeroglíficos que no sabemos interpretar. Pero los tatuajes reproducen una percepción de la naturaleza. Los esquimales

leen el lenguaje de las piedras, ya sean los signos de las piedras sedimentarias, de formas cristalizadas o de micas, al igual que leen los arabescos del líquen. O, más que leerlos, los perciben, y así construyen un imaginario mental que en el curso de varias generaciones se transforma en un código matemático, no descifrado. Los organizan en verdaderos saberes.

Lo dice un hombre de ciencia.

Me fui primero al desierto a estudiar, como naturalista que soy. Luego, durante catorce años he analizado geosistemas, ecosistemas, aspectos de la geología del Norte extremo. Por primera vez he estudiado ciertos desprendimientos, esas masas de piedra que están al pie de los acantilados. Al analizar los cambios de temperatura en las piedras descubría que representaban un ecosistema. Estaba en regiones precámbricas, y las piedras que caen del acantilado adquieren un equilibrio entre su forma, su dimensión y las fuerzas que recibe; percibí el equilibrio entre la resistencia mecánica de la piedra y las fuerzas que inciden sobre ella, como la nieve o la lluvia: un equilibrio medido a la escala de millones de años.

Pero no me gustan las ciencias exactas y experimentales, las ciencias duras, aunque naturalmente sea un científico. La arrogancia de los físicos me da miedo porque no va acompañada de la sabiduría de la filosofía. Cuando Marie Curie descubrió el átomo quizá podría haber reflexionado sobre las consecuencias de una bomba atómica. Mi suegro, Marcel Laporte –un gran físico que pudo recibir el premio Nobel–, descubrió el flash electrónico y la luz blanca. Fue el asistente de Marie Curie, en cuyas rodillas estuvo mi mujer, así que conozco bien ese medio. En el dominio de las ciencias de la naturaleza hay que ser muy humilde. Sabemos poco; lo que conocemos por las ciencias duras es escaso. Solo conocemos «las experiencias que funcionan», pero hay mucho más. La verdad científica debe probarse por la experiencia, pero hay otro orden que corresponde al mundo recóndito. Es un orden más complejo y misterioso; tanto más cuanto más nos aproximamos a él. Las grandes leyes de la naturaleza son matemáticas, decía Newton. La ley de la naturaleza es la piedra, el mar, el aire, el cosmos. Y tengo inclinación por lo que llamamos *precientífico*. Respeto la ciencia, sin duda, pero entiendo que hay un arcano en la totalidad de la naturaleza. Se han estudiado fenómenos de la naturaleza, pero la naturaleza en sí continúa escondida.

Su primer viaje está narrado en Los últimos reyes de Thule. En 1951 recorre 1.500 Km junto a dos parejas de inuit durante dos meses con 45 grados bajo cero, para hacer un mapa geomorfológico de la región.

No fui allí guiado por la ambición de ser el primero, sino con la intención de trazar el mapa de esa región. Supone unos 300 Km de costa, y lo hice a escala de 1:100.000 (que lo publicaron a 1:200.000); asigné diez nombres franceses a la topografía que posteriormente el gobierno danés aceptó: hay un fiordo de París

(les prometo que, en su honor, habrá uno de Madrid) y, lógicamente, muchos nombres esquimales. Pero sí, soy el primer explorador europeo que llegó al Polo Norte geomagnético. Hay tres polos: el geográfico, el del eje en torno al cual rota la Tierra; el magnético, el que marca la brújula, por el que se interesaron los ingleses (fue descubierto en 1840 por James Clark Ross, y lo he explorado). Pero el geomagnético es el punto más cercano al Norte del campo magnético, donde la aguja imantada gira en redondo, es el centro de la corriente eléctrica telúrica y provoca circulaciones de carga sobre la superficie y más allá de ésta; se desplaza lentamente hacia el Noroeste. No le interesaba a nadie, antes de 1945, pero lo había definido un físico de talla: Gauss. Actualmente está situado en un lugar que por falta de caza no está habitado por los esquimales, y como los exploradores iban por el mar, no había tenido predecesores.

Un gran explorador americano que pasó por esa región en 1895, Robert Edwin Peary, pretendió ser el primero en llegar al geográfico, el 6 de abril de 1909, pero nunca lo alcanzó. Se quedó a 50 kilómetros. Lo he contado en *Última Thulé*, traducido al inglés, al alemán y al danés: es la historia del noroeste de Groenlandia desde el descubrimiento de los inuit, realizado por el capitán John Ross, mi predecesor; y también un retrato bastante dramático sobre lo que se ha escrito sobre ellos o sobre lo no escrito. La historia polar del Ártico, es la historia brutal de los exploradores que, aun siendo ignorantes y vanidosos, se ven inspirados por una fuerza extraordinaria, acaso la misma fuerza que inspira el místico Polo. Así que las expediciones también fueron «religiosas», aunque de una crueldad tal que uno de los jefes de la expedición acabó cortando con un cuchillo los pies de sus enemigos en el curso de una secesión del grupo. El libro se refiere también al primer encuentro de los inuit con el hombre blanco, dotado de un espíritu dominador sobre el mundo en general, y no tanto sobre los esquimales, que no despertaban su interés. Ahí he recogido todas las exploraciones, hechas por individuos grandes y fuertes pero con aspectos ocultos que he tratado de desenmascarar. Recuerden la experiencia española en América del Sur o la de Francia en África; y quiero que tengan presente hoy, en esta entrevista, esa tragedia. Cuando yo llegué al Ártico contaba con un gran predecesor, Knud Rasmussen, al que admiro profundamente (los esquimales dicen que nos parecemos, a su edad claro está).

Su mirada «cartográfica» cobrará un carácter antropológico al vivir con los inuit, hombres ejemplares, dijo una vez, que le han obligado a ahondar en su identidad.

Hice mi trabajo geomorfológico por disciplina y por una estrategia de espíritu; realmente me interesaban no las piedras sino los esquimales, mis compañeros. Mi experiencia no fue muy normal; cuando llegué a Thule no tenía víveres, ni equipo, ni brújula, ni mapa (de hecho lo dibujé yo). Solo estaban ellos allí. Y no

había ido a estudiarlos directamente sino a estudiar las piedras. En esto radicaba mi fuerza. Mientras las analizaba y levantaba mapas, los esquimales me observaban. Por cierto, es muy difícil dibujar un mapa a cuarenta grados bajo cero: hay que vivir con los perros, comer focas, refugiarse en un iglú. Los esquimales, además, son gente difícil, violenta, y yo estaba sin otra compañía. Así que también hablaba a la naturaleza y lo hacía tanto más en la medida que tenía que dibujar mapas sobre el terreno. Para mí ver el alba allí fue una experiencia fundamental, que me atrapó y que hube de repetir siempre. Luego está mi necesidad de anotar constantemente, de escribir, trazar líneas, dibujar; como he escrito una vez, hay que hacer *etnografía, sociografía, psicografía...*

A menudo se ha referido a la hipersensorialidad inuit que late en su vida y en su lógica social. Ha mostrado incluso cómo su ritmo corporal depende de las estaciones. ¿Cuál es su experiencia con esas sensaciones corporales?

A través del calzado de los esquimales, que usan una suerte de mocasines especiales, uno siente la banquisa, la piedra, todo. Entran en relación directa con la naturaleza, en una simbiosis. El tacto es la primera relación con ella. La segunda es el ojo, la mirada, el espacio. La tercera es el oído. Son hombres hiperacústicos, con una visión nocturna increíble, pues viven una noche total que dura tres meses. Respetan el silencio de la naturaleza, no silban, no remueven las piedras fortuitamente... Y yo estudiaba a los esquimales subrepticamente. Tenía que conocer dónde vivían para poder entrar en su orden, pegado al orden natural. Trazando los mapas vivía en su compañía; de este modo el corazón hablaba poco a poco. Cuando se está con pueblos extranjeros la gran cuestión es si hay o no amistad. Si no la hay no hay nada que hacer y van a mentir en sus comentarios o respuestas.

Los esquimales agradecían que no les interrogara. Vivíamos juntos y debía hacerlo con gran precaución para que no se enfadaran. Para vivir en su compañía hay que ser muy duro, como ellos lo son, y desenvolverse bien solo, con los perros, la carga, el trineo. Pero yo no estaba allí para hacer proezas, sino para estudiar las piedras y cartografiar. Y lo que sucedió poco a poco es que esos hombres me hablaron con el lenguaje de la piedra, sí. De este modo se dirigieron a mí, desde otro plano, conduciéndome de la piedra al hombre como un hombre natural que siente antes de pensar. Los esquimales no piensan como nosotros sino que arrancan de la sensibilidad. Su lengua se vuelve también antro-po-geográfica, y nos habla con el viento, con la piedra, con el cosmos.

Me gusta una antropología reflexiva en la que el autor muestre al detalle las dificultades de comunicación e incluso sus dificultades mismas de ser. Pues bien, el esquimal no soporta al hombre que no sigue las reglas del grupo. Yo mismo debía someterme a las normas para convivir con ellos. A veces debía ser extremadamente cuidadoso en el trato con las mujeres. Son muy celosos, y las mujeres

eran amigas mías. Pese a su lugar aparentemente subordinado éstas dominaban en muchos aspectos sociales... Y hoy, en el Ártico actual, los grandes líderes son mujeres. En la Academia Polar, unos tres cuartos son alumnas.

¿Cómo ve el acercamiento antropológico en general?

La antropología occidental ha sido una antropología colonial, la de alguien que se cree superior, y más por naturaleza que por cultura: por ser blancos. Nuestro sistema europeo de avance consistió en explotar África, por ejemplo, o América del Sur. Fue el imperialismo. ¿Cómo un esquimal pudo tener confianza en ese tipo de hombres? Era imposible. Sucede que los antropólogos empiezan a hacer preguntas y preguntas, muchas de ellas sobre las familias, porque la antropología está obsesionada con el parentesco. Este tipo de interrogantes, en un medio donde sobrevivir es difícil, resultan absurdas; o bien la persona va a enmascararse y a dar respuestas que no hay modo de verificar. La antropología no habla del intérprete, pero el intérprete es el hombre oculto de la antropología en general. Pues toda interpretación es una traducción y, por lo tanto, una traición. No puedo verificar la fiabilidad de mi intérprete, que va a permanecer con los suyos cuando yo me vaya... A lo que se añade que las personas nunca quedan contentas tras haber sido desenmascaradas.

Admira a Focillon o a Bachelard, pero también a historiadores y otros estudiosos de las ciencias humanas.

Sin duda alguna los admiro, también a Caillois. Además, Fernand Braudel fue mi amigo y maestro, como lo fue Lucien Febvre. Pertenezco a la Escuela de los Anales, y me considero uno de sus fundadores. Dicha escuela defiende una comprensión interdisciplinar. Hay que estudiar al hombre en su espacio, de lo que se encarga la Geografía, y en el tiempo, lo que corresponde a la Historia. También el estructuralismo es una indagación apasionante sobre semiología o los mitos; pero no es mi aproximación, porque se dedica de antemano a la traducción de textos, al estudio de las palabras desde un punto de vista metalingüístico; como se hace, por ejemplo, en teología ante el problema de la Trinidad. En mi caso, siguiendo un deconstruccionismo paralelo al de mi amigo Derrida, tengo que saber lo que *verdaderamente* han dicho los esquimales; y eso nunca ha sido *realmente dicho*. Hablo de pueblos primeros, como los inuit y los siberianos. Las palabras, en sus lenguajes, traicionan más.

Durante la primera expedición descubrió una base nuclear secreta del ejército de los Estados Unidos, que denuncia en Los últimos reyes de Thule.

Estaba preocupado por la base americana que encontré en tierras inuit; llegaron a tener diez mil soldados, que los trescientos esquimales polares por supues-

to no habían autorizado. Tras catorce meses sin ver a un blanco y de comunicarme solo con los esquimales, me encuentro con aquella enorme base que nadie conocía. Quería denunciarlo. El general que me recibió me preguntó qué hacía un francés en el territorio secreto de la base. A mi vez le pregunté que quién le autorizaba a estar en territorio inuit... ¿Quién iba a defenderlos si yo no lo hacía? Había vivido muchos meses completamente aislado con ellos; les debía casi todo. Hay algo shakesperiano en esto: el único blanco que había allí es el que descubre a los blancos de la base... Nunca reconocí la base de Thule, donde además hubo un accidente atómico. Una base, inicialmente secreta, que es indispensable para su guerra en Irak.

Su trayectoria como asesor ha sido continua desde entonces.

Fui consejero del gobierno canadiense para el problema esquimal en 1963. Su situación era mala; había seis mil esquimales dispersos y hambrientos en el Norte de Canadá, y ocupaban el 40% del territorio. ¿Qué se podía hacer para evitar su muerte? Allí solo había algunos misioneros para evangelizarlos y una compañía que intercambiaba alimentos por pieles. La actitud era simplemente de espera, pero se temía que aquella población terminaría por desaparecer o por transformarse de raíz. Llegué cuando el grupo más arcaico del Ártico estaba exhausto. Vivían en el estuario de un río, el Back River, del Ártico central. No querían ni estar con los blancos ni hacer trueques económicos, querían simplemente permanecer en su medio, en esa naturaleza de leyes desconocidas en cuya intimidad habitaban. El problema es que no había caza; de los tres millones de caribúes que había en los años treinta quedaban trescientos mil. Se desconocía la causa de su desaparición.

Los pueblos que debía estudiar, los *Utkunhikhalingmiut*, son pueblos del continente. Hay esquimales del continente y del mar, simplificando. Habría unos cien mil esquimales cuando yo los estudiaba. Mil seiscientos en Siberia, treinta mil en Alaska unos veinte mil en Canadá (depende del periodo), y cincuenta mil en Groenlandia. Todo dividido en grupos lingüísticos diferentes. Hay dos lenguas principales: la *inupik* –que es la que yo hablo–, propia de Groenlandia, Canadá, Norte de Alaska; y la *yupik*, al Sur de Alaska y Siberia. Hace dos mil años hubo un corte entre estas dos lenguas, por supuesto llenas de dialectos.

¿Cómo respondieron?

Los pueblos del continente detestan el mar, por lo que no cazan las focas ni las ballenas. Viven del zorro, del reno y del caribú. Tienen tabúes alimentarios que no transgreden ni bajo un hambre letal; esos son los más fuertes de todos los tabúes. Así que los esquimales canadienses estaban a punto de morir porque la emigración estacional de caribúes no se producía. El objetivo de mi misión está reco-

gido en *Hummocks 2* (que me gustaría ver traducido al español). Eran veinticinco esquimales repartidos en cinco familias. Fui el segundo blanco en visitarles. El primero fue Rasmussen, que estuvo seis días con ellos. Me acompañaba un policía, pues se pensaba que eran muy salvajes, y un intérprete, pues no conocía la lengua de ese pueblo. Me presenté como enviado del Gran Gobierno para hacerles ver que muchos habían muerto y que podía facilitarles el acceso a provisiones. Me ofrecí a vivir con ellos un tiempo. Y lo hice en un iglú con dos familias. Inicié una encuesta sobre sus condiciones de vida mientras vivía en su compañía y dormía sobre el hielo en un ambiente que, gracias al calor humano, era de cinco grados bajo cero, una buena temperatura: fuera hacía cuarenta bajo cero. Comían pescado crudo y congelado cada cuatro horas. Hice como ellos y así gané puntos. Uno de sus hijos se llamaba como uno de mis nietos, pues mi hijo, que es actualmente director del *Nouvel Observateur*, tiene tres hijos a los que ha puesto nombres esquimales.

Ahora bien, su respuesta de entrada fue más o menos así: «Tú, pequeño blanco, que vienes de lugares tan lejanos para hacernos preguntas tan mediocres, no entiendes nada; no es el alimento lo importante sino la muerte, los espíritus de la muerte. Los espíritus de nuestros antepasados están aquí y no queremos dejar este país. Lo importante es la visión vertical de la vida, no la horizontal. Además, somos cristianos desde hace mucho tiempo –afirmaron ante mi asombro–, amamos a Jesús. Y tú eres malo, eres blanco y rico. Nosotros leemos en la Biblia un elogio a los pobres de espíritu y a los que tienen sed de justicia –afortunadamente no les dije que era de origen católico, siendo ellos protestantes–. No te entendemos. Se nos ha dicho que hay que creer en Dios todopoderoso, creador del Cielo y de la Tierra, pero no lo creemos del todo. Hemos leído el *Apocalipsis* y sabemos que el mundo va a desaparecer. Nuestra vida es la de los pobres, la de quienes se van a salvar».

En fin, una parte de mi vida estuvo en Canadá. Fui consejero de su gobierno entre 1960 y 1964, pues en el seno de un acuerdo franco-canadiense había un programa de cooperación para el Norte de la provincia de Québec... Al esquimal no le gustan los hombres que destacan. Tratan de evitar los líderes, deciden en grupo: es así como funcionan. El mayor problema no son las ideas sino los hombres, que obstaculizan el proceso civilizador. Sin embargo, había un mestizo que destacaba, y que me recomendaron visitar. Era inteligente, detestaba a los blancos, sabía que nuestra misión no dejaba de ser colonialista aunque quisiera ayudarlos. Se llama Charlie Watt. Conseguí convencerle, llevándole a cazar y pescar, y le prometí ayudarles. Hoy es el único senador esquimal. Es quien ha escrito el prefacio de *Hummocks* en inglés.

¿Y su trabajo en Alaska?

Estuve en Alaska con Jimmy Carter y sus colaboradores. Allí el principal problema era la existencia del petróleo, la propiedad del petróleo. La desgracia de

aquel pueblo es que se iba a volver rico, como los iraquíes, a los que ahora liberan causando más de cien mil muertos, una forma extraordinaria de liberación. La presencia del blanco en la sociedad esquimal es violenta: rompe su modo de vida. Los esquimales me pidieron ayuda. Había un abogado en Washington, Arthur Goldberg, que me dijo que había una cosa que hacer para los treinta mil esquimales que había en Alaska, y era organizar un congreso mundial. Lo organicé en 1969 y ha sido uno de los acontecimientos más importantes de mi vida. Trabajé con René Cassin, el jurista compañero de Charles de Gaulle que redactó la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Por cierto, me comentó que estaba mal escrita, pues se trataba en realidad de los *derechos de los pueblos*. Así organizamos el primer congreso internacional de todos los esquimales. Hacía diez mil años que no se habían encontrado entre ellos, y se sumaron las autoridades americanas, danesas, canadienses y rusas.

En 1971 se aprobó un gran acuerdo para crear un sistema corporativo con capital americano. Ha hecho cosas positivas y negativas, pues aceptan la propiedad de su subsuelo; y cuarenta millones de acres quedaban temporalmente libres de impuestos, pero después podrían ser comprados y es muy peligroso. Las sociedades bien organizadas, como la de los navajos, sacaron buen fruto de ello, pero no las sociedades pobres y peor preparadas. Era un criterio neocolonialista, muy propio del darwinismo social: los fuertes triunfan y los débiles caen bajo la fuerza del dólar. Hice lo que pude, pero ya se sabe que los consejeros no son los que dirigen y que el dinero lo corrompe todo.

Luego está su experiencia fundamental en Siberia.

Los esquimales nacieron al noroeste de Siberia. Hace treinta años, el gobierno soviético no me permitió ir a Siberia del Norte. Estaba prohibido, aunque tuviese relaciones con la Academia de las Ciencias de la URSS desde 1957. Moscú es para mí la tercera Roma, después de la original y de Bizancio. Pero los rusos habían querido ir más lejos en la justicia científica: el socialismo soviético, el comunismo. En 1988, en cambio, el gobierno de Gorbachov me autorizó a visitar esa región; y dirigí la expedición por indicación suya. Elegí a mis camaradas soviéticos uno a uno. Fue la primera misión internacional desde la Revolución de Octubre; la segunda desde Catalina de Rusia. Tenía que hacer un estudio sobre la política soviética con las minorías árticas. Las minorías son la gran debilidad de los rusos; y la Unión Soviética era una federación de repúblicas autonómicas que podían separarse, al menos teóricamente. Cada pueblo tenía el derecho de hablar su lengua. Esta era la idea general; luego estaba el Partido que tenía una idea única, la marxista-leninista. A mí no me interesaba la política, sino los inuit y, en general, el porvenir de la humanidad.

Al regresar, me propusieron hablar ante la Escuela del Partido. Lo primero que les dije es que Lenin quizá se había equivocado; de inmediato sentí la gla-

ciación del ambiente, aunque estábamos en 1990. Y añadí: la ciencia no puede demostrar muchas cosas, pero hay que aceptar el pensamiento de esos pueblos del Norte, no hacerlo es un primer error. Para comprender mejor la zona, había solicitado que se creara una escuela soviética para esquimales, similar a la del Canadá; había empezado y vi como funcionaba: pues bien, el profesor no hablaba su lengua: ese es el segundo error, les comenté, me parece imprescindible hablar la lengua autóctona. No me aplaudieron, pero quince días más tarde me nombraron jefe de la escuela de cuadros para los pueblos del Norte. Estábamos en plena *perestroika*. Lo acepté en 1991. La miseria era espantosa; hice lo que pude y Mitterrand me ayudó. En 1994 se convirtió en una Academia Polar, privada. Había doscientos alumnos internos para formar cuadros, pues no existían antes. En 1998 se convirtió en Academia Polar del Estado de la enseñanza superior rusa, es decir, un organismo oficial, y me nombraron Presidente de Honor vitalicio. Había ya mil seiscientos alumnos. Preparábamos solo administradores... la lengua francesa era la primera lengua extranjera obligatoria, lo que por cierto ayudaba a la propia lengua francesa que estaba en peligro de retraerse en el mundo.

¿Y el Año Polar Internacional, iniciado en 2007?

Ahora queremos ir más lejos, y con motivo del Año Polar, decidimos crear un Instituto de Ciencias avanzadas; los rusos le han puesto mi nombre. Quise hacer allí como en *Terre humaine*, elegir escritores autóctonos. Elegí a Serguei Pavlov, de veintitrés años, un abogado y le envié a un buen bufete francés; a otro le envié con banqueros... Pero la situación es pésima en este Año Polar; el recalentamiento es ya una realidad. Es una certeza, eso sí, debatible. Un geofísico comprende la complejidad del problema, y el asunto ha sido estudiado por un profesor serbio; le conocí a través de mi maestro Emmanuel de Martonne, el geógrafo francés muerto en 1955, que fue profesor también de Julien Gracq. Consideraba que había ciclos solares, así que los recalentamientos son complejos. Quizá estemos en una era complicada de la gravitación poco estudiada. Y no solo tenemos el problema del ozono y el solar, es que hay interacciones entre el Sol, el hielo, el agua y las piedras que apenas conocemos... Pero el agua polar se está fundiendo muy rápidamente y el glaciar de Groenlandia retrocede a gran velocidad, lo cual vuelve el agua dulce. Esto puede influir decisivamente sobre la Corriente del Golfo, que llega hasta los sesenta y nueve grados de latitud, y que puede inducir un enfriamiento de Europa. Hay dispares interpretaciones y una evidentísima perturbación.

¿Qué supone su nombramiento por el director general de la UNESCO?

Me han nombrado embajador de la UNESCO para las regiones árticas (el 18 de julio recojo el título). He de encontrarme con especialistas en oceanografía, en cambios climáticos y, sobre todo, en la defensa de los pueblos. Es cierto que el

recalentamiento se ha acelerado, y que la polución afecta ya a la fauna del ártico; pero también lo es que los esquimales creen en su futuro. Su población se ha multiplicado y buena parte de sus territorios son muy ricos en gas y en petróleo, en oro y piedras preciosas. Los inuit no han tenido suerte, el recalentamiento hace más fácil la explotación. Hay grandes minas de diamantes en Canadá, y los blancos van a invadir esos territorios autónomos, pues hay libre circulación de las personas, en busca de su riqueza. Muchos trabajadores que llegan no son canadienses del sur, sino chinos y pakistaníes.

Así que los esquimales es un pueblo que se transforma y construye uno nuevo. Ya no son los inuit que conocí, sino un pueblo del Norte. Hay seiscientos mil alaskianos y pocos esquimales (un 15%; con Carter, eran un 30%). En Siberia hay dos tercios de rusos. La mitad de los alumnos de la Escuela del Ártico son rusos nacidos fuera de Siberia. Se está construyendo un pueblo siberiano enorme que tiene otra mentalidad. Además, el paso del Noroeste va a quedar pronto libre de hielo y habrá un tráfico similar al de Suez. La misma modernización se está dando en Groenlandia, con proyectos como una fábrica de aluminio de tres mil trabajadores... Pero no hablaré como un profesor de geopolítica, sino como ciudadano del mundo. El problema es grave para todos. Estamos ciegos y sordos; caminamos hacia un precipicio, hacia una catástrofe mundial en la cual los esquimales pueden echarnos una mano. Antes los hemos pervertido, hoy debemos convertirlos en nuestros aliados.

Todo remite al sentido de su «Tierra Humana». Se ha acercado con su colección a quienes la vida pone a prueba continuamente o han elegido los combates más difíciles; y por tanto a los más humillados o a los que pueden desaparecer. Ha dicho admirar a quienes tienen carácter, en el plano que sea y por la razón que sea.

Fundé «Tierra humana» en 1955, como respuesta a esa estación atómica; y quería reunir a los que quieren reflexionar sobre el humanismo, adoptando en lo posible una función mayéutica. Logré que la editorial Plon se interesara por el proyecto; un honor, pues había publicado entre otros a Rasmussen o *Los grandes cementerios bajo la luna* de Bernanos, una obra valiente, y en 1961 acogería la *Historia de la locura* de Foucault, quien luego colaboró prologando *Leurs prisons* de Jackson, que edité.

Me atraían las personalidades que se interesaban por las minorías, por los pueblos primeros y en peligro de extinción, de ahí algunas elecciones: *Les Immémoriaux* del gran escritor Segalen; *Soleil hopi*, de Talayesva, que narra la vida de un indio, como Theodora Kroeber en su extraordinario *Ishi*; *Lo exótico es cotidiano* de Condominas, sobre un grupo del Vietnam central; o Clastres y su *Crónica de los indios guayaquis* del Paraguay. Desde el principio, Lévi-Strauss me hizo el regalo de *Tristes trópicos*, para mí su obra más hermosa (y singular,

porque estilo y fotografías no se corresponden); salió al tiempo que *Los últimos reyes de Thule*. Al mostrar su experiencia con pueblos del Amazonas, Lévi-Strauss aparecía como un gran escritor. Y yo atiendo al estilo; quiero que haya una voluntad de escribir.

Como publiqué además a Mead o a Balandier, parecía una colección de antropología; pero me gustaba que fuese nativa, reflexiva, que mirase al futuro. Así el Lacarrière, *L'Été grec. Une Grèce quotidienne de quatre mille ans*; o ciertos libros sociológicos sobre Asia o África. Quería incorporar también literatura al modo de *Carnets d'enquêtes* de Zola, sus notas parisinas, que luego he continuado con *Praga magica* de Ripellino y el *Victor Hugo* de Prévost; de hecho estoy preparando un *Zola 2*. Barthes no pudo hacerme un libro prometido sobre el paisanaje de Balzac; tampoco pude hacer una recopilación de Bachelard, porque su hija se opuso. Además me he fijado en ciertos oficios (cerrojeros, mineros, pescadores, curas), y he elegido gente de lo más dispar: es como viajar para mí, que es ir a descubrir mundos.

Me aparto de los universitarios, que son conservadores, repetitivos, y prefieren que nada cambie. Prefiero a personas que se ponen en marcha con rebeldía. Está bien desestabilizar al autor. Así que he buscado siempre la dramaturgia de una personalidad situada en un momento dado de su historia. Por eso elijo personalidades fuertes, que puedan decirlo todo, como un colega mío, Jacques Soustelle, con independencia de sus ideas: cuando publicamos *Los cuatro soles* estaba escondido en Suiza y nos escribíamos por precaución sin poner nombres. Quizá el libro más sorprendente, de 1989, fue *Quand Rome condamne* del dominico Leprieur; trata de la actuación doble y brutal del Vaticano contra los curas obreros en 1954, un gran momento de la Iglesia francesa; se hizo, a petición de los dominicos, y sólidamente, con los archivos secretos que hay en Roma sobre distintas órdenes. El libro se agotó, acaso porque lo compró el propio Vaticano. Voy a hacer todo lo posible por sacarlo en bolsillo.

En fin, la colección ha tenido un eco extraordinario. Doce millones de ejemplares, con ochenta títulos apenas rebasados. Algunos se han traducido en todo el mundo: más de veinte veces *Tristes trópicos* y *Los últimos reyes*. Las tiradas son ahora menores, pero se mantienen en cifras altas. Casi la cuarta parte de sus títulos están traducidos, aunque aisladamente, al español, pero las agencias literarias de su país no parecen lograr más, pese a su cercanía con la cultura francesa.

Sí, hay cierto desconocimiento, acaso por nuestras carencias en Antropología. No sé si también pesará el que en su colección no está reflejado nuestro país.

Hay mucho de la América de habla portuguesa, y también de la española. Publiqué el hermoso libro de Galeano, sobre el desangramiento de América lati-

na, o el del mexicano Luis González, pues perdí la ocasión de publicar *El laberinto de la soledad*, de Octavio Paz, y también, por cierto, *Los hijos de Sánchez* de Lewis. Pero desde luego me gustaría publicar algo sobre España; es un error no haberlo hecho porque los españoles son una gran civilización y también un pueblo de exploradores, a la vez poderosos y frágiles. España ha vivido la Guerra Civil y el franquismo, es un país dramático que convirtió la guerra en una tragedia... Y es necesario que los españoles estén en el Ártico, que lo esté Madrid. Ya tuvieron un papel importante en Alaska, he encontrado allí un buen número de jesuitas españoles muy activos. En Alaska hay grandes archivos sobre los esquimales que podrían ser una fuente de estudio para los antropólogos españoles sobre la influencia católica, jesuítica, en ellos. Deberían, en todo caso, tener un lugar en las regiones árticas.

¿Cómo conectó con un etnolingüista para su libro sobre los sordomudos aparecido en 2002?

Yves Dellaporte, especialista en la lengua de los signos, me propuso publicar el testimonio de un carpintero sordomudo: «*Moi Armand, né sourd et muet...*». *Au nom de la science, la langue des signes sacrifiée*, apareció con un comentario suyo. Pues en 1880, en un congreso de médicos, cirujanos y psicólogos, se decidió que el lenguaje de los signos perjudicaba el desarrollo cerebral de los sordomudos, y propusieron una operación cerebral en su lugar. ¡Es horrible, en nombre de la ciencia! Los sordomudos tienen un sexto sentido que nosotros no tenemos. Tienen una gran sensibilidad. Durante la guerra los americanos descubrieron que eran capaces de descifrar mejor los códigos secretos japoneses. Como vemos, hay un gran universo desconocido de la sensibilidad.

La AEN ha publicado, de «Tierra Humana», Los naufragos de Declerck; en Francia se lanzaron 80.000 ejemplares. A pesar de su dureza, esta obra hizo de puente entre las ciencias humanas y el público masivo, e hizo valer sobre todo las vidas de personas vencidas.

Me parece un libro extraordinario, un libro límite sobre los humillados. La idea dominante de mi colección es hacer aparecer la parte oscura de la condición humana, esa pequeña parte secreta que hace bascular la vida... Le he propuesto a Declerck, de tanta personalidad, que escriba otro texto, en este caso sobre las prostitutas. Se llamaría *La carne*, y no se trata de un estudio sobre la prostitución habitual sino la de un hotel que se llama «La batalla», donde las pobres jóvenes deben hacer cien pases por día. Es un mundo que no conozco, pero es terrible. ¿Podrá hacerlo? Sería necesario que mostrara el mismo coraje que demostró con los indigentes.

Elogiemos ahora a hombres famosos *ha sido una enseña de su colección. Quizá porque su género es todos los géneros: ni es literatura ni indagación sociológica ni una cadena de retratos o situaciones psicológicas, sino todo a la vez. «Es un libro sólo por necesidad», dice su autor Agee; quiere rescatar huellas de «quienes no han dejado ni un recuerdo, que perecieron como si no hubieran existido, como si no hubiesen nacido nunca; ni sus hijos tampoco». Usted ha dicho que es ejemplo de la fragilidad de quien debe dar cuenta del otro.*

El libro de Agee es muy misterioso. No se había publicado en el extranjero (era de 1936), y la traducción fue difícil. Por primera vez se combinaban a la par la escritura y la fotografía de Evans. Sí, el título, que es una exhortación, simboliza mi «Tierra Humana»; el autor es un vidente lleno de modestia y su comprensión es fulgurante, de una lucidez incomparable, así que cuestiona su derecho a adentrarse en las casas de esos campesinos de Alabama.

¿De los proyectos próximos qué nos podría adelantar?

El año que viene aparecerá en la colección un libro de un gran chamán de la Amazonía. Pero acabo de publicar un libro extraordinario sobre el mundo yiddish, *Les oubliés du shtetl*, es del gran escritor Peretz nacido en 1851, en Polonia. He sentido con él ese espacio extraño que se remonta al siglo XIV; era un ámbito amplio antes poco conocido, estuvo dominado por rabinos autoritarios y tiránicos al inicio, y luego aparecieron los judíos ilustrados y ateos. Se desarrolla cuando comienza el movimiento obrero, la idea marxista. Su patria era la lengua yiddish, *Yiddishland*; y desgraciadamente ese pueblo fue masacrado, tras ser perseguido por los bolcheviques, debido a su gusto por la independencia. Me gusta *Les oubliés du shtetl* porque demuestra que la clave de un pueblo es la inteligencia, y la inteligencia es la cultura; la fuerza de los judíos no reside en la sinagoga sino en la biblioteca (desgraciadamente los pueblos con literatura oral no leen).

En «Tierra Humana» se han publicado varios libros sobre quienes padecieron la Shoah: *Olam. Dans le shtetl d'Europe centrale* de Zborowski y Herzog, de ese mismo ámbito; *La flamme du Shabbath* de Erlich, sobre sus costumbres; y *Du fond de l'abîme* de Seidmann, sobre el gueto de Varsovia. A ello se suma *Sachso* un libro colectivo y sin duda extraordinario sobre el campo de Oranienburg en Berlín; apareció en 1982, mucho antes de que se difundieran otros testimonios. Los deportados nos enseñan que un hombre sólo sabe lo que es al final de tales pruebas.

¿Y el futuro de la colección?

Quieren publicar toda «Tierra humana» en bolsillo. Me gustaría constituir una especie de Pléiade definitiva, acaso temática, para que los libros no se pierdan. Esta es mi última tarea. Luego estaré en una nube, en cualquier parte, y desde

allí contemplaré a los inuit que, en cualquier región del Norte de Groenlandia, habrán formado una burbuja ecológica. Allí, en pueblos pequeños, acompañados de todos los adelantos científicos y participando del pensamiento filosófico, seguirán sin embargo cazando y pescando. Con los nuevos avances, sí, pero viviendo como siempre. Creo que los pueblos primeros son los pueblos del porvenir.

F. Colina y M. Jalón

BIBLIOGRAFÍA

Sus grandes trabajos académicos son: *Le Hoggar. Journal d'une exploration dans le massif de l'Ahaggar et avec les Touareg*, París, Nathan, 1954; *Thèmes de recherche géomorphologique dans le nord-ouest de Groenlande*, París, CNRS, 1968. Luego han de citarse los trabajos antropológicos: *Les derniers rois de Thulé*, París, Plon, 1955; *Ultima Thulé*, París, La Chêne, 2000, sobre su destino inicial. Y con los restantes viajes: *Hummocks*, 1 y 2, París, Plon, 1999; *L'Appel du Nord*, París, La Matinière, 2001; *L'Allée des baleines*, París, Mil et Une Nuits, 2003; *Ot Kamenia k Tcheloveki*, S. Petersburgo, Academia Polar, 2003 (*De la piedra al hombre*); *Louons maintenant les grands hommes*, París, BNF, 2005, larga entrevista con motivo de la exposición de ese año.

Pues en 1995 se preparó, en la Biblioteca del Museo Nacional de Historia Natural, un *Hommage à Jean Malaurie*. Y en 2005 el Estado le hizo otra exposición-homenaje —«Tierra humana. 50 aniversario de su colección. Elogiemos ahora a hombres famosos», en la Biblioteca Nacional de Francia. Se realizaron cinco documentales con tal ocasión así como ciertos libros, que se añaden a dos obras dedicadas a él previamente: S. Devers, dir., *Pour Jean Malaurie, 102 témoignages en hommage à quarante ans d'études arctiques*, Plon, 1989; P. Auregan, *Des récits et des hommes. 'Terre humaine': un autre regard sur les sciences de l'homme*, Nathan / Plon, 2001 (aumentado en 2004). Los nuevos libros son: Jan Borm, *Jean Malaurie: un homme singulier*, La Chêne, 2005; P. Chalmin, *'Terre humaine', une anthologie*, Plon / Pocket, 2005; y el volumen de escritos sobre él dirigidos por M. Berne y J.-M. Terrasse *Terre humaine, cinquante ans d'une collection*, BNF, 2005.

COLECCIÓN DE ESTUDIOS Y TESTIMONIOS *TERRE HUMAINE* DE JEAN MALAURIE (ÉDITIONS PLON)

1. Jean Malaurie, *Les Derniers rois de Thulé. Avec les Esquimaux Polaires, face à leur destin*, 1955, aumentado progresivamente en cinco ediciones, hasta 1989.
[*Los últimos reyes de Thule*, Barcelona, Grijalbo, 1981, t. 1. *Los esquimales del Polo*; t. 2. *Expedición al Ártico*].
2. Claude Lévi-Strauss, *Tristes tropiques*, 1955.
[*Tristes trópicos*, Barcelona, Paidós, 2006].
3. Victor Segalen, *Les Immémoriaux*, 1956, aumentado en 1993; or. francés, 1907 (París, Mercure).
4. Georges Balandier, *Afrique ambiguë*, 1956.
[*África ambigua*, Buenos Aires, Sur, 1967].
5. Don C. Talayesva, *Soleil hopi. L'autobiographie d'un Indien Hopi*, 1957, aumentado en 1983; or. estadounidense, 1942. Prólogo de Cl. Lévi-Strauss.
6. Francis Huxley, *Aimables sauvages. Chronique des Indiens Urubu de la forêt amazonienne*, 1960; or. estadounidense, 1956.
7. René Dumont, *Terres vivantes. Voyages d'un agronome autour du monde*, 1961.
[*Tierras vivas. Problemas de reforma agraria en el mundo*, México, Era, 1963].
8. Margaret Mead, *Moeurs et sexualité en Océanie*, 1963, I y II; or. estadounidense, 1928 y 1935.
[*Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*, unido a *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*, Barcelona, Paidós, 1990 y 2006, respectivamente].
9. Mahmoud Makal, *Un village anatolien. Récit d'un instituteur paysan (Turquie)*, 1963, aumentado en 1985; or. turco, 1949.
10. Georges Condominas, *L'exotique est quotidien. Sar Luk (Vietnam central)*, 1966, aumentado en 1977.
[*Lo exótico es cotidiano*, Madrid, Júcar, 1991].
11. Robert Jaulin, *La mort sara. L'ordre de la vie ou la pensée de la mort au Tchad*, 1967.
[*La muerte de los sara*, Barcelona, Mitre, 1985].

12. Jacques Soustelle, *Les quatre soleils. Souvenirs et réflexions d'un ethnologue au Mexique*, 1967, aumentado en 1982.
[*Los cuatro soles. Orígenes y ocaso de las culturas*, Madrid, Guadarrama, 1969].
13. Theodora Kroeber, *Ishi. Testament du dernier Indien sauvage de l'Amérique du Nord*, 1968, aumentado en 1987; or. estadounidense, 1961.
[*Ishi. El último de su tribu*, Barcelona, A. Bosch, 1992].
14. Ettore Biocca, *Yanoama. Récit d'une jeune femme brésilienne enlevée par les Indiens*, 1968; or. italiano, 1965.
15. Mary F. Smith y Baba Giwa, *Baba de Karo. L'autobiographie d'une musulmane haoussa du Nigeria*, 1969, aumentado en 1983; or. inglés, 1954.
16. Richard Lancaster, *Piegan. Chronique de la mort lente. La réserve indienne des Pieds-Noirs*, 1970; or. estadounidense, 1966.
17. William H. Hinton, *Fanshen. La Révolution communiste dans un village chinois*, 1971; or. estadounidense, 1966.
[*Fanshen. Un documento sobre la Revolución en una aldea china*, Barcelona, Laia, 1977].
18. Ronald Blythe, *Mémoires d'un village anglais. Akenfield (Suffolk)*, 1972, aumentado en 1993; or. inglés, 1969.
19. James Agee y Walker Evans, *Louons maintenant les grands hommes. Trois familles de métayers en 1936 en Alabama*, 1972, 3ª ed. ampliada en 2002, postfacio de B. Jackson; or. estadounidense, 1939.
[*Elogiemos ahora a hombres famosos*, Barcelona, Seix-Barral, 1993].
20. Pierre Clastres, *Chronique des indiens guayaki. Ce que savent les Aché, chasseurs nomades du Paraguay*, 1972, aumentado en 1985.
[*Crónica de los indios guayaquis*, Barcelona, Alta Fulla, 1998].
21. Selim Abou, *Liban déraciné. Autobiographies de quatre Argentins d'origine libanaise*, 1972.
22. Francis A. J. Ianni, *Des affaires de famille. La mafia à New York. Liens de parenté et contrôle social dans le crime organisé*, 1973; or. estadounidense, 1972.
23. Gaston Roupnel, *Histoire de la campagne française*, 1974; or. francés, 1932.
Epílogos de G. Bachelard, E. Le Roy Ladurie, P. Chaunu, P. Adam y J. Malaurie.

24. Tewfik El Hakim, *Un substitut de campagne en Égypte. Journal d'un substitut de procureur égyptien*, Hassan, 1974; or. árabe, 1942.
25. Bruce Jackson, *Leurs prisons. Autobiographies de prisonniers et d'ex-détenus américains*, 1975; or. estadounidense. Prefacio de M. Foucault.
26. Pierre Jakez Hélias, *Le Cheval d'orgueil. Mémoires d'un breton du pays bigouden*, 1975, aumentado en 1985. Edición paralela en bretón: *Marh al orh. Envorennoù eur Bigouter*, que es el n.º 27.
[*Cabalo do orgullo*, Laracha (Coruña), Xuntanza, 1993].
28. Jacques Lacarrière, *L'Été grec. Une Grèce quotidienne de quatre mille ans*, 1976, aumentado en 1993.
29. Adélaïde Blasquez, *Gaston Lucas, serrurier. Cronique de l'anti-héros*, 1976.
30. Tahca Ushte y Richard Erdoes, *De mémoire indienne, La vie d'un Sioux, voyant et guérisseur*, 1977, aumentado en 1985.
31. Luis González, *Les barrières de la solitude. Histoire universelle de San José de Gracia, village mexicain*, 1977, aumentado en 1982; or. mejicano, 1968 y 1972.
[*Pueblo en vilo. Microhistoria de San José de Gracia*, México, Colegio de México, 1979].
32. Jean Recher, *Le grand métier. Journal d'un capitaine de pêche de Fécamp*, 1977, aumentado en 1983.
33. Wilfred Thesiger, *Le désert des déserts. Avec les Bédouins, derniers nomades de l'Arabie du Sud*, 1978, aumentado en 1983; or. inglés, 1959.
[*Arenas de Arabia*, Barcelona, Península, 2003].
34. Josef Erlich, *La flamme du Shabbath. Le Shabbath –moment d'éternité– dans une famille juive polonaise*, 1978; or. yiddish, 1970.
35. C. F. Ramuz, *La pensée remonte les fleuves. Essais et réflexions*, 1979; or. franco-suizo, 1927-1949. Prefacio de J. Malaurie.
36. Antoine Sylvère, *Toinou. Le cri d'un enfant auvergnat (Pays d'Ambert)*, 1980. Prefacio de P. J. Hélias y postfacio de J. Malaurie.
37. Eduardo Galeano, *Les veines ouvertes de l'Amérique latine. Une contre-histoire*, 1981, y aumentado en 1991; or. publicado en México, 1971.
[*Las venas abiertas de América Latina*, Madrid, Siglo XXI, 2005].

38. Eric de Rosny, *Les yeux de ma chèvre. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays Douala (Cameroun)*, 1981, aumentado en 1984.
39. VV.AA. (Amicale d'Oranienburg-Sachsenhausen), *Sachso. Au cœur du système concentrationnaire nazi*, 1982.
40. Pierre Gourou, *Terres de bonne esperance. Le monde tropical*, 1982.
41. Wilfred Thesiger, *Les Arabes des marais. Tigre et Euphrate*, 1983, aumentado en 1991; or. inglés.
[*Arabes de las marismas*, Barcelona, Península, 2001].
42. Margit Gari, *Le vinaigre et le fiel. La vie d'une paysanne hongroise*, 1983, aumentado en 1989; or. húngaro, con la colaboración de Thomas Hofer.
43. Alexander Alland, *La danse de l'araignée. Un ethnologue américain chez les Abron (Côte d'Ivoire)*, 1984; or. estadounidense.
44. Bruce Jackson y Diane Christian, *Le quartier de la mort. Expier au Texas*, 1986; or. estadounidense, 1980.
45. René Dumont, *Pour l'Afrique, j'accuse. Le Journal d'un agronome au Sahel en voie de destruction*, 1986; aumentado en 1993. Epílogo de M. Rocard y una carta de J. Malaurie.
[*En favor de África, yo acuso: diario de un agrónomo en el Sahel en vías de destrucción*, Madrid, Júcar, 1989].
46. Émile Zola, *Carnets d'enquêtes. Une ethnographie inédite de la France*, 1987. Edición de H. Mitterand; prólogo de J. Malaurie.
47. Colin Turnbull, *Les Iks. Survivre par la cruauté Nord Ouganda*, 1987; or. inglés, 1972. Epílogos de J. Towles, C. Turnbull, J. Malaurie.
48. Bernard Alexandre, *Le Horsain. Vivre et survivre en pays de Caux*, 1988.
49. Andreas Labba, *Anta. Mémoires d'un lapon (Suède)*, 1989; or. sueco 1966.
50. Michel Ragon, *L'accent de ma mère. Une mémoire vendéenne*, 1989, aumentado; or. francés (París, Albin Michel), 1980.
51. François Leprieur, *Quand Rome condamne. Dominicains et prêtres-ouvriers*, 1989.
52. Robert F. Murphy, *Vivre à corps perdu. Le témoignage et le combat d'un anthropologue paralysé*, 1990; or. estadounidense, 1987. Epílogos de M. Gillibert y A.-D. Nenna.

53. Pierre Jakez Hélias, *Le quêteur de mémoire. Quarante ans de recherche sur les mythes et la civilisation bretonne*, 1990.
54. Jean Duvignaud, *Chebika*, seguido de *Retour à Chebika. Changements dans un village du Sud tunisien*, 1991; or. francés, 1968.
55. Laurence Caillet, *La maison Yamazaki. La vie exemplaire d'une paysanne japonaise devenue chef d'une entreprise de haute coiffure*, 1991.
[*La casa Yamazaki*, Barcelona, Circe, 1995].
56. Augustin Viseux, *Mineur de fond. Fosses de Lens. Soixante ans de combat et de solidarité*, 1991.
57. Mark Zborowski y Elisabeth Herzog, *Olam. Dans le shtetl d'Europe centrale, avant la Shoah*, 1992; or. estadounidense, 1951. Prefacio de Abraham Joshua Heschel.
58. Ivan Stoliaroff, *Un village russe. Récit d'un paysan de la région de Voronej. 1880-1906*, 1992; or. ruso, 1986. Con estudios de Pierre Pascal.
59. Angelo Ripellino, *Praga magique. Voyage initiatique à Prague*, 1993; or. italiano, 1973.
[*Praga mágica*, Barcelona, Seix-Barral, 2003].
60. Philippe Descola, *Les lances du crépuscule. Relations Jivaros (Haute-Amazonie)*, 1994.
61. Jean et Houguette Bézian, *Les grandes heures des moulins occitans. Paroles de meuniers*, 1994.
62. Viramma (con Josiane y Jean-Luc Racine), *Une vie paria. Le rire des asservis (Pays Tamul, Inde du Sud)*, 1995.
63. Dominique Fernandez, *La perle et le croissant. L'Europe baroque de Naples à Saint-Pétersbourg*, 1995. Fotografías de Ferrante Ferranti.
64. Claude Lucas, *Suerte. L'exclusion volontaire*, 1996. Salutación de Levinas y epílogo de J. Malaurie.
65. Kenn Harper, *Minik, L'esquimau déraciné*, 1997; or. canadiense, 1986. Prefacio de J. Malaurie.
66. Hillel Seidmann, *Du fond de l'abîme. Journal du ghetto de Varsovie*, 1998; or. hebreo y yiddish, 1946.

Sentimientos, afectos y lógica afectiva. Su lugar en nuestra comprensión del otro y del mundo

67. Jean Malaurie, *Hummocks*: tomo 1. *De la pierre à l'homme, Nord-Groenland; Arctique central canadien*; tomo 2. *Alaska, avec les chasseurs de baleine, Mer de Béring; Tchoukotka (Sibérie), aux origines mitiques des Inuit*, 1999.
68. Roger Bastide, *Le candomblé de Bahia (Brésil). Rite Nagô*, 2000; or. francés, 1958; Prefacio de F. H. Cardoso; introducción de J. Duvignaud y salutación de J. Malaurie.
69. Jean Cuisenier, *Mémoires des Carpates. La Roumanie millénaire: un regard intérieur*, 2000.
70. Pierre Miquel, *Les Poilus. La France sacrifiée*, 2000.
71. Anne Marie Marchetti, *Perpétués. Le temps infini des longues peines*, 2001.
72. Patrick Declerck, *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, 2001. Cartas-epílogos de J. Malaurie y del autor.
[*Los naufragos. Con los indigentes de París*, Madrid, AEN, 2006].
73. Armand Pelletier e Yves Dellaporte, «*Moi Armand, né sourd et muet...*». *Au nom de la science, la langue des signes sacrifiée*, 2002.
74. Darcy Ribeiro, *Carnets indiens. Avec les indiens Urubus-Kaapor (Brésil)*, 2002; or. brasileño, 1996. Prefacios del autor y de José Pasta y salutación de J. Malaurie.
75. Dominique Sewane, *Le souffle du mort, Les Batammariba (Togo, Bénin)*, 2003.
76. Barbara Tedlock, *Rituels et pouvoirs. Avec les indiens zuñis (Nouveau Mexique)*, 2004; or. 1992.
77. Barbara Glowczewski, *Rêves en colère. Alliances aborigènes dans le Nor-ouest australien*, 2004.
78. Marie-Laure Prévost, *Victor Hugo, ethnographe*, 2005.
79. Jacques Lacarrière, *Chemins d'écriture*, 2005; or. 1988. Epílogo de J. Malaurie.
80. Pascal Dibie, *Le village métamorphosé. Révolution dans la France profonde*, 2006.
81. Y. L. Peretz, *Les oubliés du shtetl. Yiddishland*, 2007, or. yiddish, 1892 (*Cuadros de un viaje en provincias*). Prólogo de J. Malaurie; estudios de N. y M. Weinstock.

El peso de los sentimientos, las emociones o los afectos en nuestra comprensión del prójimo y del mundo es un tema eludido conscientemente, durante mucho tiempo, por la ciencia y los científicos. Y esto se explica por las numerosas contradicciones e inexactitudes que, desde siempre, han enturbiado el problema de tales sentimientos. Sin embargo, es cierto que todos nosotros somos, de alguna manera, «expertos en sentimientos» e, incluso, también es verdad que vivimos toda nuestra vida, como bien decía Hermann Hesse, esencialmente «a través de los sentimientos»¹. Aunque, por otro lado, no sabemos, o al menos la ciencia no lo sabe con certeza, qué es un sentimiento, cuál es su significado y cómo actúa. Teniendo en cuenta que de manera habitual los sentimientos se consideran inasibles, irracionales y perturbadores, admitimos que deben eliminarse en lo posible de cualquier «pensamiento objetivo». De ahí deducimos que cualquier ánimo de comprender al otro o al mundo se nos presenta tergiversado y exclusivamente cerebral, lo que tiene profundas implicaciones no sólo respecto a nuestra actitud frente al mundo en general sino también frente a nuestro enfoque terapéutico.

Por otro lado, resulta muy sorprendente que las emociones jueguen un papel tan importante en cualquier acontecimiento psíquico o social de relieve –pensemos por un momento en los estallidos de violencia, en las revoluciones y en las guerras o, en general, en todo lo que ocurre a diario en el ámbito familiar, profesional o político, y que, sin embargo, no ocupan el lugar que mínimamente les correspondería en cualquier teoría psicológica o sociológica, y tampoco que yo sepa, en ninguna teoría antropológica, evolucionista o cognitiva. Incluso en la ya centenaria teoría psicoanalítica–cuya dinámica de los sentimientos constituía desde sus inicios un foco de interés primordial– la noción de afecto² aparece sorprendentemente como algo confuso y contradictorio, según Otto Kernberg, uno de los más eminentes teóricos psicoanalistas³. En cualquier contexto se hace necesaria una teoría clara y consistente, que incluya también las recientes investigaciones sobre neurobiología y psicología emocional. De hecho, siempre se echa en falta un lenguaje y una conceptualización científica comunes que permitan agru-

¹ «Womit leben wir denn eigentlich, wo spüren wir das Leben, wenn nicht mit unserem Gefühl?», Hesse, H., 1927, p. 43.

² «Affekt» en alemán, «affect» en inglés.

³ Kernberg, 1990.

par de modo coherente, el cúmulo de nociones parciales y dispersas sobre las emociones que en tantos dominios aparecen.

Incluso el último replanteamiento de la postura casi siempre negativa hacia los sentimientos no cambia las cosas. Sabemos que ya la generación del sesenta y ocho exigía vivir mucho más «visceralmente». Durante cierto tiempo, un sector de las feministas defendía ideas muy parecidas argumentando –insostenible en este caso– que los sentimientos únicamente pertenecían al ámbito de lo femenino. Desde hace más de veinte años, la ciencia igualmente –y ante todo la ciencia del cerebro– se interesa cada vez más por las emociones. En psicología por añadidura se habla de un nuevo «giro emocional» que estaría a punto de sustituir al «giro cognoscitivo» de los años sesenta, marcado por el abandono de un conductismo puro y duro. Libros para el gran público como *La inteligencia emocional* de David Goleman o *El error de Descartes* de Antonio Damasio, ambos procedentes de las neurociencias modernas, han contribuido a difundir la nueva era emocional.

Presento, ahora, algunas informaciones sobre mi propio trabajo en este campo. Frustrado, de un lado, por las lagunas mencionadas y, de otro, fascinado por las convergencias subyacentes que creía detectar tras la multiplicidad de datos provenientes de diversos campos de investigación, trabajo desde hace más de veinte años en la problemática de las interacciones entre sentimiento y pensamiento desde un punto de vista científico. Mi punto de partida ha sido las experiencias psiquiátricas y psicoterapéuticas así como las extensas investigaciones sobre la dinámica evolutiva de los distintos trastornos psíquicos, en particular, de la esquizofrenia.

En 1982 presenté mis ideas en un primer libro titulado *La lógica afectiva*⁴, un concepto que implica a la vez la presencia de componentes lógicos en cualquier tipo de afecto, y la presencia de componentes afectivos en cualquier tipo de lógica. En 1997 publiqué una nueva síntesis de mis estudios, *Las bases emocionales del pensamiento*⁵, que traspasaba los límites de la psiquiatría. Las principales bases de este acercamiento sistémico de elementos clave de orden neurobiológico, psicodinámico y sociodinámico son, por una parte, los estudios fundamentales de Jean Piaget sobre la génesis de las estructuras psíquicas en el niño, y, por otra, los descubrimientos de Konrad Lorenz sobre las raíces evolutivas de la mente. Una gran parte de este segundo libro ha sido escrito en un ambiente interdisciplinario único en el Instituto Konrad Lorenz, en Altenberg, cerca de Viena, donde tuve el privilegio de trabajar durante varios meses como profesor invitado, tras mi retirada de la vida universitaria.

⁴ «Affektlogik» en alemán, cf. Ciompi, 1982.

⁵ Ciompi, 1997.

A continuación voy a resumir en cinco tesis fundamentales las interacciones principales entre sentimiento y pensamiento, tal y como se presentan desde el prisma de la lógica afectiva. Más adelante, abordaré algunas de las consecuencias prácticas y generales que se derivan de ello. Se revelará esencialmente –como desde ahora deseo indicar– que los sentimientos, emociones o afectos (ya hablaremos sobre la definición) juegan en cualquier tipo de pensamiento y acción un papel que no sólo es muy importante sino que es mucho más asible de lo que se admite.

Cinco tesis esenciales para la lógica afectiva

Mi primera tesis, que coincide además con el punto de partida de cualquier lógica afectiva postula que: *sentimiento y pensamiento, –o emoción y cognición, afectividad y lógica, en un sentido amplio–, interactúan obligatoriamente en la actividad psíquica.*

En sí mismo no se trata de un concepto nuevo; se corresponde con nuestra experiencia subjetiva diaria, constituye igualmente un postulado central del psicoanálisis desde sus inicios, que no ha sido seriamente cuestionado, en principio, por ninguna de las teorías cognoscitivas o emocionales existentes, incluida la epistemología genética de Jean Piaget. Sin embargo, las afirmaciones más sustanciales provienen de la investigación neurobiológica moderna que demuestra claramente que los centros cerebrales emocionales y cognoscitivos están íntimamente relacionados y se influyen mutuamente de continuo. En las amígdalas –un centro de primera importancia para la regulación de las emociones– cualquier estímulo sensorial que entra en el cerebro recibe obligatoriamente una «coloración emocional» que depende del contexto y de la experiencia vivida. Esta «coloración» afectará después en cómo la información sensorial sea memorizada, reactivada y unida a otras nociones cognoscitivas. El alcance de estos datos todavía no ha sido, en mi opinión, suficientemente comprendido. Esto significa, ni más ni menos, que el pensamiento «puro» y exento de afecto no existe ni en la ciencia, ni en la lógica formal, ni siquiera en las matemáticas, como veremos mejor enseguida. El problema se deriva de las implicaciones de este hecho, y precisamente esta problemática, bastante nueva, es lo que se propone estudiar la lógica afectiva.

Antes de proseguir, es necesario superar una etapa intermedia cuya importancia no puede subestimarse, como puede verse a continuación. Se trata de esclarecer lo que significa «afecto». En la literatura científica términos parcialmente superponibles como afecto, emoción, sentimiento o humor se siguen utilizando de manera aleatoria. Así, Kleinginna y Kleinginna, una pareja de investigadores americanos, han evidenciado en la literatura especializada más de 92 definiciones sólo

para el término «emoción»⁶ (sin olvidar que este término fue introducido en ciencia por Descartes). Tan equívoco es el concepto del afecto –pues se entiende como una noción general que agrupa casi todos los fenómenos emocionales posibles y también como una noción muy restrictiva que se limita a un pequeño subgrupo de fenómenos emocionales que se corresponden con pasar a actuar impulsiva e incontroladamente– que cualquiera que se dedique científicamente a este campo está obligado a seleccionar y aclarar sus definiciones.

En el ámbito de la teoría de la lógica afectiva, el término «afecto» se utiliza constantemente en su primer sentido, es decir, como una noción general que engloba todos los fenómenos emocionales. Partiendo de un denominador común que a mi juicio reúne estos fenómenos, *un afecto puede definirse como un estado psicofísico global de calidad, duración y grado de consciencia variables*. Un afecto, por lo tanto, puede ser consciente o –lo que es todavía más importante– muy inconsciente. Su duración puede variar entre segundos, minutos o incluso horas o días, o, hasta semanas (como por ejemplo en estados depresivos o maníacos patológicos). Cualquier afecto constituye, además, un fenómeno típicamente psicósomático; generalmente se manifiesta simultáneamente en lo psíquico y (a veces casi de manera exclusiva) en lo corporal. Un afecto hace «latir el corazón», «da escalofríos», «remueve las entrañas». Repercute mucho en la mímica, los gestos, la postura corporal, en resumen, en la psicomotricidad en general. Es importante darse cuenta de que nunca estamos libres de afecto, pues el organismo se halla siempre en un estado global que corresponde a la definición aquí señalada. Incluso la quietud, la tranquilidad, la «neutralidad» o la indiferencia representan, igualmente, estados afectivos en el sentido descrito; siempre tienen efectos significativos sobre todo tipo de pensamiento y de comportamiento.

Otra noción que conduce, como veremos más adelante, a consecuencias particularmente interesantes es el *aspecto energético de los afectos*. El afecto corresponde, a mi entender, a un estado energético dirigido de manera concreta o, de manera más precisa, a una distribución específica de energía conectada en el transcurso de la evolución a ciertas percepciones y comportamientos de importancia vital. Precisemos, sin embargo (para evitar malentendidos) que la noción de energía no implica en este caso una misteriosa «energía vital» de carácter «sublime», sino que hablamos de energías biológicas ordinarias tales como las que se introducen en el organismo mediante la nutrición para después ser gastadas, dependiendo del estado emocional predominante. En los estados de rabia o de pánico que llamamos simpaticotónicos, por ejemplo, enormes cantidades de energía pueden movilizarse y derrocharse en un lapso de tiempo extremadamente corto, al

⁶ Kleinginna y otros, 1981.

servicio de los esfuerzos de combate o de huida. En los estados parasimpaticotónicos, por el contrario, –que se caracterizan por sentimientos de júbilo, amor o sosiego al servicio de la relajación, ingestión de alimentos o de la vida social, incluida la sexualidad–, la energía biológica se ingiere o se derrocha de manera lenta y mesurada, dependiendo de la especificidad para cada efecto.

Solo digo que la ciencia está en estos momentos a punto de identificar, con precisión, un pequeño número de estados genéticamente determinantes, llamados *afectos de base*, como son la curiosidad o el interés, el miedo, el enfado, la alegría y la tristeza, y según ciertos autores, también el temor, el hastío y la vergüenza. Los innumerables matices que hacen que el mundo de las emociones sea tan difícilmente de delimitar se entienden bien como una mezcla, bien como una modulación cultural de afectos de base. De manera todavía más radical, la multitud de afectos puede también reducirse a la única dicotomía entre sentimientos positivos y negativos, es decir, entre placer y displacer. A diferencia de los prejuicios comunes, el mundo de los afectos no es forzosamente más complejo sino en realidad más simple que el mundo potencialmente infinito de la cognición, en lo que respecta a la percepción y al pensamiento.

El *concepto de cognición* dista mucho de utilizarse unívocamente en la literatura científica. Bajo la influencia de la espectacular expansión de las «neurociencias cognitivas», se extiende también hacia el campo de las emociones. Con todo, la primera condición para una exploración fructífera de las interacciones entre emoción y cognición consiste en una precisa delimitación entre ambas nociones. Por lo tanto, el concepto de cognición se define, en el marco de la lógica afectiva, como la capacidad de registrar y elaborar diferencias sensoriales. Esta definición, muy distinta a la del afecto, entre otras cosas está unida a la noción de «bit», es decir, a la más diminuta diferencia distinguible, fundamental en la teoría de la información. De ahí que se una a la cibernética en general, incluido el lenguaje digital de los ordenadores. Ésta se halla en completa consonancia además con las teorías del matemático y epistemólogo de las ciencias inglesas Spencer-Brown, quien postula que todo el mundo cognoscitivo puede reconstruirse mediante el establecimiento de una sucesión de diferencias y de diferencias de diferencias. Bajo este ángulo, incluso los animales primitivos ya disponen de sencillas capacidades cognoscitivas.

Con el término de *lógica* (en sentido amplio) hay que incluir en el contexto de la lógica afectiva *el modo en que los diferentes elementos cognoscitivos son seleccionados y unidos entre ellos para formar entidades cognoscitivas («construcciones del pensamiento»)* más amplias. Esta definición intencionadamente extensa implica la existencia de varias formas de lógica, una noción adoptada igualmente por la filosofía y la teoría de la ciencia moderna y, en particular, por el constructivismo moderno. Un constructivismo no radical pero sí relativo es igual-

mente afrontado por la lógica afectiva por razones que no pueden detallarse en este momento.

Mi segunda tesis postula que *los afectos no sólo acompañan al pensamiento y al comportamiento sino que también en buena medida los guían y los organizan.*

En ese sentido los afectos no funcionan únicamente como un proveedor de energía, es decir, como motor (y también a veces como freno, como por ejemplo en los estados depresivos) de cualquier actividad intelectual, como creía Piaget. Más allá influyen continuamente en el pensamiento y la acción mediante una serie de «efectos conmutadores» o de «efectos operadores generales y específicos» siguiendo mi terminología (un operador es una variable que influye en otra variable, modificándola). Los *efectos operadores generales de los afectos* son, en su origen, idénticos en todo estado afectivo. Así, cualquier estado afectivo influye de continuo, en primer lugar, en el foco de atención. Al mismo tiempo, determina en todo momento lo que es importante o lo que no. La atención se centra preferentemente en percepciones o pensamientos que se corresponden con el estado afectivo ordinario, ignorando lo que no le incumbe.

En un humor ansioso o depresivo, por ejemplo, se acentúan sobre todo los aspectos peligrosos u oprimentes de una sola e inmutable realidad que le rodea.

En un humor alegre o distendido, por el contrario, percibimos en general sus aspectos agradables. La memoria igualmente depende del estado afectivo ordinario.

En un estado eufórico, ante todo se tiende a registrar y a poner en movimiento recuerdos placenteros, mientras que los recuerdos desagradables surgen a la superficie en un estado depresivo. El humor afectivo condiciona además la selección de elementos cognoscitivos que a continuación se ensamblarán en construcciones cognoscitivas más extensas, es decir, en el tipo de lógica del que hemos hablado aquí. Un ejemplo: cuando surge un problema conyugal, pensamos más en todo el mal que nuestra pareja nos ha hecho en el pasado que en el que nos hace en el presente y en el que nos hará en el futuro. Con todos estos elementos nos construimos una cadena de argumentos agresivos propios de una lógica lacerante. En otras palabras, nuestro razonamiento sigue una «lógica de la cólera», si podemos definir así este modo de pensar sin que violemos inevitablemente las leyes de la lógica formal. En el marco de una «lógica del amor» y, de manera singular, en el estado amoroso, percibimos, el mundo de otra manera. Construimos una «realidad» diferente. Y así igualmente existe la lógica del miedo, la lógica de la alegría, la lógica del duelo, etc.

Estos efectos operadores generales, semejantes en todos los afectos, merecen distinguirse de los *efectos específicos de los afectos* que influyen en el pensamiento y en la acción de diferente modo según sea un afecto u otro. El interés y la

curiosidad, por ejemplo, activan las energías emocionales y las dirigen hacia determinados objetos. El miedo se distingue porque provoca un distanciamiento, y, eventualmente, la huida ante objetos que creemos peligrosos. Los sentimientos agresivos como la rabia o la cólera establecen a su vez, en primer lugar, unos límites («hasta aquí hemos llegado»), que nos alejan de todo. Desde un punto de vista evolutivo la agresividad sirve, sobre todo –como así lo ha demostrado Konrad Lorenz– para defensa del territorio o, si somos más precisos, para defender su propia identidad. Sentimientos agradables como la alegría, el placer o el amor engendran, por el contrario, la proximidad y el cariño que, a su vez, estará seguido por el desapego y la tristeza (por el «trabajo de duelo», según Freud) en caso de pérdida del objeto amoroso. Ahora bien, según la investigación etológica comparativa, todos esos sentimientos y comportamientos de base –la curiosidad, la huida o la defensa del territorio, el arraigo o el desapego– son de vital importancia desde el punto de vista evolutivo. En otras palabras, no poder sentir interés, miedo, rabia, placer, alegría y no disponer de ningún medio para reponerse de una pérdida, supuesta la incapacidad de «hacer duelo», equivaldría a un peligro mortal. Darwin ya en su momento se sentía profundamente interesado por la función de los sentimientos en los animales y en los seres humanos, aunque este aspecto de su trabajo sea mucho menos conocido que sus descubrimientos seculares sobre la evolución de las especies.

Los afectos son por lo tanto –aunque conviene precisarlo– fenómenos claramente sensatos («sistemáticamente razonables», como diría Niklas Luhmann)⁷. Por el contrario, lo que parece totalmente «irracional» es precisamente el «pensamiento sin sentimientos», según una fórmula del conocido terapeuta sistémico Fritz B. Simon. La evaluación afectiva subdivide la realidad vivida en categorías vitales tales como «peligroso/no peligroso», «agradable/desagradable», etc. Operadores afectivos hondamente inconscientes se encargan, partiendo de esta base, de la adaptación autorreguladora de la atención, la memoria, el pensamiento y el comportamiento. En suma, los afectos se corresponden –para utilizar un concepto fundamental en informática– con reductores de complejidad enormemente eficaces, indispensables para comprender el mundo y la realidad cotidiana que nos circunda.

Evidentemente, podríamos alegar que todo esto está muy bien, aunque solo podría aplicarse a estados con gran carga emocional y no al pensamiento cotidiano de poca carga emotiva. Pero examinemos este pensamiento cotidiano más de cerca. Éste incluye todo lo que es nuevo y excitante, pero que ha terminado por convertirse en algo banal a fuerza de repetirlo. Habitualmente las emociones

⁷ Luhmann, 1997.

intensas del principio devienen inconscientes poco a poco. No obstante, éstas conservan, en su nivel de inconsciencia, la mayor parte de sus efectos sobre el pensamiento y el comportamiento. Por ejemplo, sólo gracias a los efectos subyacentes de las intensas alegrías y angustias vividas en fase de aprendizaje somos capaces de conducir un coche sin sufrir un accidente. Frenamos automáticamente con prudencia ante una curva y aceleramos tranquilamente cuando la vía está libre. Al mismo tiempo, seguimos desconfiando de las carreteras secundarias donde perros, niños, etc. podrían cruzar de repente. Sin saber muy bien cómo lo hemos conseguido, nos encontramos de pronto al final de nuestro viaje. Sin embargo, todas las emociones que son conscientes en su origen surgirán inmediatamente a la superficie cuando se produzca algo excepcional. La multitud de pensamientos y de costumbres en apariencia exentas de afectos que acompañan nuestra vida cotidiana obedecen a reglas semejantes. Una ingente cantidad de sutiles regulaciones afectivas inconscientes están de continuo trabajando en todas nuestras maneras de pensar, nuestras «mentalidades», ideologías o prejuicios (que normalmente atribuímos a los demás) que parecen «triviales».

Examinado bajo el ángulo de la economía energética, el sentido de dicho mecanismo está muy claro. Se trata del rodaje progresivo de nuestras maneras de pensar, aprendidas primeramente a cambio de inversiones emocionales considerables, de manera que terminen por funcionar con un desgaste energético mínimo –por así decirlo– con servoreguladores emocionales. «Pensar es actuar a modo de prueba con un pequeño desgaste de energía», decía Freud ya en un contexto similar. A la inversa, se podría comprender también la acción –en forma de experiencia científica–, como un pensamiento a prueba, acompañado por un gran desgaste energético.

Cabe destacar que todo esto sirve igualmente, visto de cerca, para el pensamiento abstracto y matemático. Pues las contradicciones e incongruencias abstractas son tan penosas y desagradables (es decir, que consumen emocionalmente), como las contradicciones concretas. Las soluciones justas, por el contrario, son agradables, pues, reducen la tensión por su economía de energía emocional. ¡No por casualidad el matemático se regocija cada vez que halla una solución particularmente «elegante» de cierto problema!

La lógica afectiva postula, por lo tanto, que la búsqueda de este «pensamiento placentero», de esta economía de energía emocional, domina y dirige el pensamiento abstracto tanto como la acción concreta. Como ocurre en un determinado paisaje, los caminos de pensamiento viables, caracterizados por una reducción del gasto energético, en primer lugar, deben ser encontradas y probadas, también en los «paisajes abstractos», con la ayuda de energías emocionales considerables, antes de que puedan convertirse en banalidades de las que nos servimos sin esfuerzo.

Innumerables investigaciones científicas ilustran esta dinámica afecto-cognoscitiva siempre semejante, desde el famoso «eureka» de Arquímedes con su descubrimiento del principio sobre el peso específico, pasando por la revolución copernicana que nos condujo de una noción geocéntrica a una comprensión heliocéntrica de nuestro mundo hasta el desciframiento de la estructura del genoma en la doble hélice por Crick y Watson. El descubrimiento de la novedad emerge, por decirlo así, de la tensión emocional dolorosa, de la que una especie de sufrimiento corresponde sin duda, en última instancia, a la angustia. Volveremos a esta idea de base ya enunciada por Freud así como por Heidegger.

Mi tercera tesis afirma que *los sentimientos, pensamientos y comportamientos vividos simultáneamente, en una situación determinada, tienden a agravarse en la memoria en forma de unidades funcionales.*

Estas unidades se reactualizarán en situaciones semejantes y se diferenciarán y se modificarán eventualmente bajo la influencia de nuevas experiencias. Se corresponden, por lo tanto, con verdaderos «programas integrados de sentimiento, pensamiento y comportamiento» (que llamaremos «programa SPC»). De estos programas se constituyen los elementos de construcción fundamentales para el «aparato psíquico» (Freud). Puede entenderse la psique como un entrelazado complejo de programas SPC. Esto puede ilustrarse mediante un simple ejemplo: el proverbio «Niño quemado no se arrima al fuego» generaliza la observación de que la percepción del fuego, la experiencia del dolor y el terror sentidos por un inocente niño que, por ejemplo, tendió por curiosidad su dedo cerca de una llama, instantáneamente se transformaron en reflejo de un desvío condicionado, es decir, en un «programa SPC» integrado que protegerá al niño para siempre en la repetición de la misma experiencia dolorosa. Este simple «programa» unido al fuego, estará después progresivamente diferenciado y parcialmente modificado mediante nuevas experiencias. Algo análogo ocurrirá ya ante cualquier otro tipo de experiencia, sean otras personas, otros lugares, objetos o actividades, o incluso ante nociones abstractas como son por ejemplo las teorías o las ideologías. Sabemos perfectamente que los programas SPC adquiridos en la primera infancia pueden ser el origen de líneas de comportamiento que persisten durante toda la vida. Esto ocurre generalmente con formas de comportamiento que los psicoanalistas llaman reacciones de transferencia.

Dependiendo de los efectos operativos de los sentimientos sobre el pensamiento y el comportamiento que hemos descrito, los programas SPC teñidos por cierta coloración afectiva tenderán a aglomerarse y a formar, poco a poco, lo que podríamos llamar «rieles afectivo-cognoscitivos». Incluso los fenómenos transferenciales en sentido psiconalítico nos proporcionan excelentes ilustraciones. Como consecuencia de una relación infantil traumática con un padre excesivamente severo, por ejemplo, puede desarrollarse –y progresivamente transformarse

en un rasgo de la personalidad— una actitud excesivamente ansiosa, servil y sumisa en apariencia pero al mismo tiempo agresiva y sublevada en el fondo hacia cualquier persona de autoridad masculina. Mediante la combinación de distintos «rieles», verdaderos «mundos afecto-cognoscitivos propios» pueden irse formando progresivamente. Así se desarrollará acaso a lo largo del tiempo, excepcionalmente, la convicción inquebrantable de que no se puede confiar en ninguna persona de rango social superior y, al final, en ninguna persona sin más. Las construcciones afectivo-cognoscitivas del mismo género, específicas para cada persona, para cada grupo o para una cultura determinada están en la base de todo tipo de ideologías marginales como por ejemplo las visiones del mundo de tipo sectario, fundamentalista, «autista» o delirante. Veremos, a continuación, más de cerca las consecuencias nefastas a las que semejantes «rieles» o «mundos propios» nos pueden a veces inducir.

Mi cuarta tesis afirma, de una manera que *puede parecer un poco enigmática a primera vista, que el grande está dentro del pequeño y el pequeño está dentro del grande, o incluso, que la psique posee una estructura fractal.*

La noción de fractalidad proviene de las teorías del caos y de la complejidad. Puede traducirse por autosemejanza en cualquier dimensión, pequeña o grande, y significa que ciertas estructuras obedecen, en todos los tamaños posibles, a los mismos principios de construcción. Esas autosemejanzas que llamamos «fractales» se han detectado en un gran número de fenómenos naturales y culturales, en la estructura de las nubes tormentosas llamadas «nubes a modo de coliflor», en las que la forma de una nubecilla se asemeja a la forma de toda la nube, a través de innumerables estructuras geológicas, botánicas o animales y llegando hasta estructuras urbanísticas y en parte a los aspectos de la dinámica socioeconómica.

Ahora bien, parece muy verosímil, desde el punto de vista de la lógica afectiva, que la variedad infinita de fenómenos psicodinámicos y sociodinámicos obedece igualmente a un principio de construcción de tipo fractal, acaso porque el principio de la aplicación de una única regla de formación (de un algoritmo) capaz de engendrar una gran riqueza de formas es particularmente económica. Ahora bien, acabamos de ver que dicha regla se pone en marcha bajo la forma de un efecto operatorio sobre pensamiento y acción, descritos más arriba.

Las emociones individuales y colectivas estimulan, focalizan y organizan, de hecho, el pensamiento y el comportamiento a todos los niveles fundamentalmente por igual. Así no sólo las personas sino también todas las naciones en su totalidad pueden quedarse literalmente hipnotizadas durante semanas por los campeonatos mundiales de fútbol o en duelo por un acontecimiento como la muerte de lady Diana. O lo que es mucho más grave, el pensamiento colectivo puede verse aprisionado, como cualquier pensamiento individual, por la lógica de la rabia, del miedo o de la desesperación que puede engendrar la guerra. En el marco del con-

flicto palestino-israelí, por ejemplo, los efectos operadores de esos sentimientos sobre el pensamiento y la acción se manifiestan de hora en hora como de año en año, y de decenio en decenio de manera semejante a todos los niveles posibles, individuales, familiares y nacionales.

Incluso dentro del nivel individual podemos encontrar innumerables variaciones de un solo y único principio de formación. Lo que llamamos «estructura de la personalidad», por ejemplo, se manifiesta a menudo de manera semejante en minúsculos fragmentos del comportamiento a corto plazo —así, en un gesto momentáneo— al igual que en una compleja reacción de transferencia a largo plazo. Este fenómeno, por otro lado, ha sido explotado por tests de personalidad como los test de Rorschach, donde los rasgos de la personalidad se detectan a través de actos de percepción aislados, estimulados por manchas de tinta que tienen formas equívocas. Como con el fenómeno del «estilo» en el arte, la fractalidad de la estructura de la personalidad puede describirse mediante la fórmula «lo más grande dentro de lo más pequeño, lo más pequeño dentro de lo más grande». Es esta estructura fractal la que nos permite reconocer a un artista en cada resquicio de su obra, una vez que ésta nos es conocida.

Otro aspecto particularmente interesante de la fractalidad de la psique consiste en el hecho de que en toda emoción, el resto de las emociones (de base) en cierta medida se ven siempre incluidas: encontramos una pizca de amor en el odio, un asomo de miedo en la rabia, un atisbo de tristeza en la alegría y viceversa. Mucho antes del psicoanálisis este hecho había sido ya descrito por numerosos poetas y pensadores. De manera metafórica podría representarse por pequeños toques de color contrastados en una superficie de apariencia monocroma o, mejor aún, por minúsculas rugosidades escondidas en una pared rocosa que pareciese, a primera vista, lisa como un espejo.

Estos elementos alternativos, ocultos en un estado de sufrimiento en apariencia uniforme como por ejemplo en una depresión grave, pueden ser explotados en la psicoterapia. El psicoterapeuta puede, por así decirlo, buscarlos con lupa, luego focalizarlos de manera selectiva y, finalmente, ampliarlos sistemáticamente de manera que se vaya descubriendo poco a poco una vía de escape.

Mi quinta tesis es, en cierto modo, el resumen de las cuatro anteriores. Ésta afirma que *los afectos son los motores y organizadores esenciales de toda evolución psíquica y social.*

Si indagamos entre las energías que ponen en marcha la dinámica de los procesos psicosociales, sea cual sea su tamaño, topamos siempre con la fuerza de las emociones, tras considerar todos los hechos biográficos, socioeconómicos o religiosos. Pretendo decir que nadie puede comprender adecuadamente los conflictos sociales, las erupciones de violencia, las revoluciones y los movimientos políticos —y, realmente, cualquier dinámica psicosocial— a través de aspectos cognoscitivos

si no tiene en cuenta de manera sistemática las interacciones entre cognición y emoción. Precisamente eso es lo que ha sido ignorado durante mucho tiempo por la mayor parte de las ciencias humanas, a excepción, sin embargo, del psicoanálisis. En toda la obra del gran sociólogo y revisador de las teorías sociales modernas Niklas Luhmann, por ejemplo, no encontramos prácticamente ninguna huella de semejante idea, a pesar de que haya escrito libros completos sobre la confianza y el amor. Incluso cuando no muestra interés exclusivamente por sus variaciones semánticas a través de las culturas (como en el amor), los sentimientos resultan ser para él una especie de signo de alarma perturbadora proveniente del ámbito individual. Como principio, por lo tanto, no tendrían cabida en la sociología. Es significativo, sin embargo, que igualmente en los «sistemas de consciencia individuales», como así llama al campo de los fenómenos psíquicos, las emociones solo ocupen uno de los lugares más marginales⁸.

Si, por el contrario, entendemos los estados emocionales como energías omnipresentes, o si tendemos a destacar el hecho de que los sentimientos son altamente contagiosos, sobre todo si emanan de personalidades carismáticas como gurús u otros «individuos alpha», resulta muy claro que es de allí, y no de ningún otro sitio, de donde provienen las fuerzas fundamentales que azuzan y mueven la dinámica psíquica y social. Energías emocionales individuales y dirigidas en un mismo sentido pueden converger hacia flujos colectivos extremadamente poderosos, dando así lugar al surgimiento de fenómenos macrosociales totalmente nuevos, como por ejemplo la aparición de nuevas formas de organización y diferenciación colectiva, movimientos sociales, modas, etc. A través de todos estos niveles, observamos, de hecho, los mismos efectos movilizados y estructurantes de los sentimientos sobre el pensamiento y la acción que hemos descrito más arriba. La histeria o el pánico de las masas, la formación de sectas, los extremismos nacionalistas u otros proporcionan ejemplos sorprendentes. Igualmente en el plano colectivo existen «mundos afectivo-cognoscitivos» o «modos de pensar» que están dominados por la rabia o el odio, así como existen mundos dominados por el amor y la confianza. Su lógica se ve organizada y estructurada consecuentemente. En ningún otro lugar estos «mundos afectivo-cognoscitivos» específicos son tan evidentes como en las famosas «espirales de violencia» tal y como por ejemplo están a punto de resurgir a una velocidad inquietante en el conflicto palestino-israelí, en Macedonia, o en numerosos puntos neurálgicos del mundo.

Otro fenómeno que no puede ser adecuadamente comprendido más que por una aproximación simultánea energética y caos-teórica de los afectos son los saltos inesperados que surgen con una frecuencia notable en todo tipo de procesos

⁸ Luhmann, 1985.

psíquicos y sociales. Desde hace más de veinte años, la teoría del caos estudia sistemáticamente las condiciones de aparición de este tipo de «bifurcaciones» en los sistemas dinámicos extremadamente variados. Ésta ha podido demostrar que repentinos saltos no lineales hacia otras modalidades globales de funcionamiento se producen de manera apremiante cada vez que la energía introducida en un sistema dinámico no puede disiparse por los conductos habituales. La máquina a vapor explota cuando la presión aumenta hasta el punto que no puede liberarse por las válvulas previstas. Numerosos ejemplos demuestran un fenómeno semejante cuando la tensión emocional aumenta de manera desmesurada en un sistema psíquico o social. Una paz frágil de repente se convierte en guerra abierta (y por lo tanto en otro modo de funcionamiento energético global) cuando la tensión política alcanza un punto crítico. Algo semejante se produce en el ámbito microsocioal cuando, tras una fase de invectivas verbales, dos protagonistas llegan a las manos. La búsqueda sistemática de los efectos de lo que llamamos «emociones expresadas» –*expressed emotions*–⁹ ha demostrado que la bifurcación que conduce de un comportamiento normal a un comportamiento psicótico obedece a mecanismos similares. Lo mismo sirve para innumerables crisis conyugales, profesionales, bursátiles o políticas.

No es de extrañar, por otro lado, que igualmente observemos en este tipo de procesos «efectos mariposa» típicos –fenómeno no lineal que las ciencias del caos han explorado de manera sistemática–. Se trata de cómo, en ciertas condiciones, minúsculas causas pueden engendrar enormes efectos. Es también lo que se ha descrito como la imagen de la gota proverbial que desborda el vaso o de la chispa que hace explotar el barril de pólvora.

Un famoso ejemplo histórico fue el atentado de Sarajevo que desencadenó la primera guerra mundial en 1914. No menos espectacular fue el efecto de la apertura de una pequeña brecha en el muro de Berlín en 1989 que condujo, en fin de cuentas, a la caída de todo el inmenso imperio soviético.

Antes de abordar las consecuencias prácticas y generales de esta nueva manera de comprender los procesos psicosociales conviene decir algunas palabras sobre las relaciones entre la lógica afectiva y los tres accesos al comportamiento humano, en mi opinión, más importantes de los que disponemos hasta este momento: el acceso psicodinámico, el sociodinámico y el neurobiológico. La lógica afectiva no está en contradicción con ninguno de ellos, sino todo lo contrario: los une y los ilumina mutuamente. En este sentido se correspondería menos con una nueva teoría que perturbase al resto, y más con una teoría de base, o meta-teoría que ordenase e integrase sus aspectos aparentemente heterogéneos dentro de

⁹ Leff y otros, 1985.

una perspectiva superior, reduciendo su complejidad. Se vienen persiguiendo metas parcialmente semejantes en la sociedad de neuropsicoanálisis recientemente fundada en Londres así como por la «psicoterapia general» desarrollada desde hace algunos años por Klaus Grawe¹⁰.

Sus efectos emocionales explican las fuerzas básicas, de orden biológico en última instancia, que dinamizan, estructuran e integran los sistemas psíquicos o sociales auto-organizadores. En cualquier tipo de dinámica psicosocial resultan ineludibles las profundas influencias afectivas. Merecen, por lo tanto, un lugar central y no sólo marginal en nuestra manera de comprender a la gente y al mundo. Según la lógica afectiva, por ejemplo, los mecanismos de represión, de anclaje y de transferencia (en sentido psicoanalítico), se corresponden solo con casos especiales de efectos de selección y represión que en general todos los afectos ejercen sobre el pensamiento y la memoria. Los fenómenos del consciente y del inconsciente se presentan igualmente bajo un nuevo prisma. La atención consciente se presenta como un modo de funcionamiento particularmente oneroso desde el punto de vista energético y que queda reservado esencialmente a tareas nuevas o excepcionalmente difíciles, así como a aspectos potencialmente peligrosos o particularmente interesantes. El inconsciente representa, por el contrario, el modo de funcionamiento más económico posible. Por lo tanto, constituye el objetivo final de cualquier aprendizaje, y, en última instancia, de cualquier aprendizaje en psicoterapia. Pensemos una sola vez más en el ejemplo de la conducta automovilística. No tiene, pues, únicamente sentido el famoso lema freudiano «Lo que era Ello habrá de ser Yo», sino también su contrario: «Lo que era Yo habrá de ser Ello».

Consecuencias prácticas y generales

Si omnipresentes energías afectivas ejercen realmente todos los efectos de movilización, organización y reducción de complejidad sobre el pensamiento individual y colectivo postulados por la teoría de la lógica afectiva, ella tendrá forzosamente múltiples consecuencias en los ámbitos más variados de la vida familiar y profesional del día a día a través del comercio, la publicidad y la política, pasando por la pedagogía, la psicoterapia e, incluso, la teoría del conocimiento y de la filosofía. En este punto no podré abordar más que algunos aspectos de interés general.

En todas partes, donde la comunicación es importante –¿y dónde no lo sería?– hay que tener en cuenta los continuos efectos emocionales sobre el pensa-

¹⁰ Grawe, 1995.

miento y el comportamiento. Pues la comunicación está *siempre* afectivamente coloreada, incluso cuando se presenta como «neutra» u «objetiva» (como ya he dicho, esas disposiciones igualmente se corresponden con estados afectivos específicos). Para que alcance un «tono de fondo» relajado o distendido, jovial o irritado en una comunicación, importa casi tanto como su contenido y, en ocasiones, incluso mucho más. Cuando el color emocional de un mensaje se corresponde con el humor afectivo del receptor, el mensaje será mucho más fácilmente comprensible y aceptado que en el caso contrario. Por esta razón cualquier vendedor, político, pedagogo o psicoterapeuta experimentado se esfuerza, primeramente, en crear un ambiente emocional propicio antes de «entrar realmente en materia». O mejor dicho: comienza por entrar él mismo en el mundo afectivo propio de su interlocutor o de su cliente; conscientemente se deja «infectar» en cierta medida –este es exactamente el sentido de la atención sistemática llevada a la transferencia o a la contratransferencia en psicoanálisis– y «transmite» a continuación su mensaje sobre una «extensa onda» emocionalmente similar. Y por así decirlo se conecta a los «programas integrados del sentir, del pensar y del comportarse» que detecta en su interlocutor; luego los refuerza por un lado y los mitiga por otro; introduce en ellos nuevas informaciones (notemos de paso que cualquier información posee una connotación afectiva, sin la cual no prestaría atención alguna), consiguiendo provocar poco a poco cambios efectivos.

Si además tenemos en cuenta el hecho de que estos afectos, tal y como acabamos de definirlos, se manifiestan no solo en «nuestra cabeza» sino también (y muy a menudo en primer lugar) en el cuerpo, nos daremos cuenta de que no solo la lengua hablada sino también que la acción común (por ejemplo el deporte, la danza, el paseo, el trabajo manual) pueden constituir excelentes soportes para una comunicación terapéutica eficaz. No por casualidad los hombres de Estado particularmente perspicaces se pasean a veces por el bosque o frecuentan incluso la sauna para favorecer el desbloqueo en situaciones delicadas. Un gran número de métodos psicoterapéuticos, que no se basan únicamente en la palabra sino también en la vivencia personal, exploran precisamente este tipo de mecanismo.

De igual manera, tiene una gran importancia el ambiente emocional del medio donde se desarrolla cierta comunicación terapéutica o de otra índole. Así por ejemplo ha podido comprobarse de manera particularmente llamativa en el marco de un proyecto piloto que pusimos en marcha hace dieciocho años con el nombre de «Soteria Berna». En lugar de calmar a los pacientes psicóticos agudos mediante dosis elevadas de medicamentos, nosotros les tratamos en primer lugar y con gran éxito con la compañía humana constante en un medio terapéutico específicamente concebido para disminuir la angustia y la tensión. Esta experiencia, impulsada por investigaciones comparativas crecientes, confirma la hipótesis mencionada más arriba según la cual la aparición de turbaciones psicóticas está estrechamente relacio-

nada con el nivel de tensión emocional que se desarrolla en una persona vulnerable. Semejantes correlaciones se han ido detectando en otro tipo de afecciones psíquicas. El lector interesado encontrará precisiones sobre el tema en el libro recientemente publicado en alemán: *¿Cómo actúa Soteria? Una evaluación crítica de un tratamiento atípico de la psicosis*¹¹.

Otras consecuencias prácticas de la lógica afectiva merecen también ser tratadas como, por ejemplo, sus aplicaciones pedagógicas o profesionales, o sus implicaciones en el manejo de las relaciones humanas en el plano institucional¹². Tratemos todavía algunos aspectos generales. Desde siempre los pensadores y naturalmente los poetas han estado muy interesados por los sentimientos. Entre los primeros no mencionaré más que a Platón, Spinoza o más próximo a nosotros, Heidegger, quien vincula en un último análisis cualquier tipo de actividad intelectual a la *angustia*, en una palabra¹³. Su discípulo y crítico Bollnow ha ampliado esta aproximación hasta una antropología general de los afectos que coincide de manera chocante con las tesis centrales de la lógica afectiva¹⁴. De cualquier manera, la noción hacia la que todas estas contribuciones convergen –y convergen hacia la conciencia de que un pensamiento libre de afecto no existe ni puede existir– no nos dirige sólo a una comprensión más global sino también más realista, más humana y quizá más grata del hombre y del mundo. Y nos induce, igualmente, a hacer una revisión dolorosa de nuestra comprensión, siempre demasiado idealista, de nosotros mismos. Los dramas privados y colectivos que vivimos a diario –no menciono, aparte del terror cotidiano de la pequeña pantalla, más que algunas claves de los últimos diez años como la guerra del Golfo, la de Ruanda, Bosnia y Kosovo, Israel y Palestina, sin hablar del Holocausto y de otros horrores de un pasado no tan lejano– no son azarosos sino que están profundamente enraizados en nuestras disposiciones innatas al sentir, pensar y actuar. Las energías emocionales, semejantes al fuego, al viento o al agua, corresponden a fuerzas elementales de la naturaleza. Desencadenadas, pueden engendrar terribles consecuencias. Sublimadas, por el contrario, son capaces de dar lugar a fenómenos extremadamente diferenciados.

En consecuencia, siempre puede haber nuevas atrocidades, si las condiciones son propicias, casi cien años más tarde nada queda, ¡ay!, de la esperanza, antaño formulada por Sigmund Freud y más tarde también por Norbert Elias, acerca de la domesticación cultural de las emociones. El dolor, el miedo y la violencia no se han sublimado (en una época de bombas de hidrógeno, de

¹¹ Ciompi y otros, 2001.

¹² Cf. Ciompi, 2000, 2003 a, b, 2004.

¹³ Heidegger, 1963.

¹⁴ Bollnow, 1956.

napalm, de bombardeos y misiles de precisión), sólo se han vuelto anónimos, han sido racionalizados y convertidos, de manera cada vez más refinada, mediante procedimientos tecnológicos. La sexualidad desenfrenada nada tiene que ver con el amor sublime y mucho menos la pornografía; ni tampoco la perversión tecnológica progresiva de procesos vitales como la concepción y el embarazo, el nacimiento y la muerte que antes eran sagradas. ¿Dónde queda la conciencia de que cada ser humano es una parte (un fragmento o un «fractal») de un gran ensamblaje, un sensor, así como –en una medida infinitesimal que sea– un actor y co-autor responsable en el inmenso lienzo de las causas y efectos que constituye la «realidad»? Después de las últimas noticias de horror, como las de los Estados Unidos, no cuentan en serio ya la modificación global del clima, ni que el parlamento brasileño permita la deforestación de la mitad de la Amazonía, ni que pronto no habrá elefantes o grandes monos antropoides, ni que la dignidad individual y el genoma humano no serán en adelante nada sagrados, tras lo cual no se esconde sólo (como se pretende a menudo) el frío cálculo del pensamiento racional. Desde hace mucho tiempo la industria farmacéutica, el genio genético, la ciencia no promueven la investigación por el bien de la humanidad en primer lugar, y mucho menos por amor al puro saber sino sólo por su propio provecho monetario y estadístico. Y tras la lógica del provecho a toda costa se perfilan muy bien, de manera disimulada siempre, las mismas emociones de fondo que existen desde siempre, desde el origen del pensamiento y de la acción del hombre: el miedo, el terror, la codicia y la envidia, la carrera hacia la felicidad, el poder y la posesión, así como también, sin duda, y extrañamente entremezclada con todo esto, una amalgama de «sentimientos positivos».

Porque, evidentemente, también existe el reverso de la moneda: mezcladas y dosificadas de manera diferente encontramos, de hecho, las mismas energías emocionales que las que estimulan el camino hacia el provecho en las transformaciones culturales, artísticas o espirituales más grandes del hombre, en su eterna búsqueda de belleza y equidad, en su nostalgia de la armonía y la paz, en su capacidad de cuidar, cultivar y amar.

En fin de cuentas, ¿qué es el hombre?, o mejor dicho, siguiendo la perspectiva de la lógica afectiva, ¿en qué se está convirtiendo? ¿Es un animal muy terrible, pues, siendo terriblemente inteligente, es el más atroz de todos los depredadores o, por el contrario, ¿es un milagroso venero espiritual, una verdadera «corona de la creación»? Lo ignoramos, aunque de momento no presentimos nada bueno. Sólo sabemos que tiene y tendrá siempre la última palabra. Ahora y siempre nuestra suerte estará echada durante el transcurso de esta lenta y desmesurada evolución, magnífica y cruel a la vez, que ya ha inventado centenares de millones de formas de vida y que ha rechazado otras tantas.

Por sorpresa, desde las ciencias de la evolución –y precisamente con esta nota moderadamente optimista deseo terminar mi reflexión sobre las relaciones entre pensamiento y sentimiento– nos llega desde hace poco una nueva luz de esperanza. Según sus últimas investigaciones ya no es el brutal poder del más fuerte el que conduce a las mejores posibilidades de sobrevivir. Es más bien la capacidad de trabajar en armonía, de colaborar en una forma diferente. Por lo tanto, es una forma de economía, de armonía y en última instancia, de amor, la que se revela como la invención más fructífera de la evolución a largo plazo. Y precisamente así podría –o incluso *debería*, desde la perspectiva de la «racionalidad sistémica»– lograrse acaso, finalmente, nuestra salvación.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) BOLLNOW, O. F., *Das Wesen der Stimmungen*, Fráncfort del Meno, Klostermann, 1956.
- (2) CIOMPI, L., *Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung*, Stuttgart, Klett-Cotta, 1982. *The Psyche and Schizophrenia. The Bond between Affect and Logic*, Cambridge (Mass.) y Londres, Harvard University Press, 1988.
- (3) CIOMPI, L., *Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik*, Gotinga, Vandenhoeck y Ruprecht, 1997.
- (4) CIOMPI, L., *Gefühle, Affekte, Affektlogik. Ihr Stellenwert in unserem Menschen und Weltverständnis*, Viena, Picus, 2002.
- (5) CIOMPI, L., «Affektlogik, affektive Kommunikation und Pädagogik. Eine wissenschaftliche Neuorientierung», en UNTERWEGER, E., ZIMPRICH, V. (eds.), «Neuorientierung», en UNTERWEGER, E.; ZIMPRICH, V. (eds.), *Braucht die Schule eine Psychotherapie?*, Viena, Orac., 2000, pp. 3-17.
- (6) FREUD, S., *Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens. Gesammelte Werke*, VIII, Londres, Imago Publishing, 1940, p. 91 (y *Über Sublimation*).
- (7) DAMASIO, A., *Descartes Error. Emotion, Reason and the Human Brain*, Nueva York, Grosset/Putnam, 1994.
- (8) FREUD, S., *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, Gesammelte Werke*, XV, Londres, Imago Publishing, 1940, p. 96.
- (9) FREUD, S., «Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens», *Gesammelte Werke*, VIII, Londres, Imago Publishing, 1940, p. 91 (y *Über Sublimation*), GOLEMAN, D., *Emotional Intelligence, Why it can Matter More than IQ*, Nueva York, Bantam, 1995 (*Emotionale Intelligenz*, Múnich y Viena, Hanser, 1996).
- (10) GRAWE, K., «Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie», *Psychotherapeut*, 40, 1995, pp. 130-145.
- (11) HATFIELD, E.; CACIOPPO, J. T.; RAPSON, R. L., *Emotional Contagion*, París, Cambridge University Press, 1994.
- (12) HEIDEGGER, M., *Sein und Zeit*, Halle del Saale, 1927.
- (13) HESSE, H., *Die Nürnberger Reise*, Berlín, 1927, p. 43.
- (14) KERNBERG, O., «New Perspectives in Psychoanalytic Affect Theory», en KELLERMANN, H.; PLUTCHIK, R., *Emotion Theory, Research and Experience*, Nueva York, 1990, pp. 115-131. BOLLNOW, O. F., *Das Wesen der Stimmungen*, Fráncfort del Meno, Klostermann, 1956.

(15) KLEINGINNA, P. R.; KLEINGINNA, A., «Cognition and Affect. A Reply to Latarus and Zajonc», *Am. Psychologist*, 40, 1985, pp. 470-471; CIOMPI, 1997, cap. 1; LUHMANN, N., «Die Autopoiesis des Bewusstseins», *Soziale Welt*, 36, 1985, pp. 402-446.

(16) LEFF, J.; VAUGHN, C.; *Expressed Emotions in Families. Its significance for Mental Illness*, Nueva York, Londres, Guilford Press, 1985; LUHMANN, N., *Die Gesellschaft der Gesellschaft*, Suhrkamp, Fráncfort del Meno, 1997.

* *Wiener Vorlesung* (9-V-2001), publicado bajo el título *Gefühle, Affekte, Affektlogik. Ihr Stellenwert in unserem Menschen und Weltverständnis*, Viena, Picus (cf. Ciompi, 2002). Está traducido de la versión del autor, julio 2004.

** Profesor emérito Luc Ciompi. Director de formación en Psiquiatría Social del Hospital Clínico Universitario, Facultad de Medicina, Universidad de Berna (Suiza).

María Bolaños Atienza

El arte que no sabe su nombre. Locura y modernidad en la Viena del siglo XX

I. «Un manicomio totalmente equipado» fue lo que la emperatriz Elisabeth le pidió a su marido Francisco José, el emperador de la más poderosa monarquía austro-húngara, cuando éste le preguntó por carta en 1871 qué regalo deseaba por sus cumpleaños. Desde su casamiento a los dieciséis años, la princesa bávara había manifestado un extraviado comportamiento y una díscola actitud de abandono de sus compromisos sociales. Narcisista y lunática, decepcionada de todo y fuertemente convencida de su singularidad, más interesada por el cultivo de su tristeza que por su propia vida, Sissi apenas se relacionaba con la Corte, se desentendía de sus hijos y casi no convivía con el emperador. Odiaba Viena. Durante largas temporadas, en una errancia frenética, viajó sin destino fijo por las capitales de Europa visitando asilos para enfermos nerviosos, hasta que en Ginebra, en una de esas escapadas, un anarquista acabó con su vida en un crimen tan insensato como su propia existencia.

La sincera atracción de Sissi por la locura no es sólo un síntoma de su propia neurastenia –en la dinastía de los Wittelsbach abundaban los enfermos mentales–, sino una predisposición que anticipaba el carácter que iba a mostrar la modernidad vienesa del siglo XX, una modernidad donde la cultura científica y estética, la vida social y las expresiones intelectuales de la burguesía ilustrada se manifestaban estrechamente unidas entre sí, en sus principios y en su práctica. Esta identidad danubiana, bien distinta de la de París o Londres, ha estado caracterizada por una sobriedad casi trágica, por un mórbido culto de la ansiedad y el exceso, proyectando en varios momentos del siglo, en particular entre 1880 y 1940, un sinfín de metáforas de declive y muerte, de anticipaciones teatrales de «los últimos cien días de la Humanidad»¹.

Bruno Bettelheim² sostiene la tesis de que fue la descomposición dolorosa y dramática del Imperio Austro-Húngaro lo que llevó a la inteligencia vienesa a volcar toda su energía en el mundo interior del individuo, en sus más escondidos repliegues, y a ignorar la catástrofe nacional que se cernía sobre la vida exterior. El sinsentido del Imperio, que pierde supremacía, provincias y autoridad desde

mediados del siglo XIX a causa de sus contradicciones históricas, sociales y nacionales, pone al desnudo el vacío sobre el que reposa toda la realidad: Austria, como dijo Hermann Broch, está reducida a ese palco disponible que los teatros de Viena reservan al Emperador esperando una eventual visita que nunca llega; es una ausencia que nada es capaz de colmar. De eso, de la desagregación de todo fundamento central, trata la novela más monumental y ambiciosa, *El hombre sin atributos*, en la que Musil plasmó con una ironía trituradora a los fantasmales vieneses del comité de la Acción Paralela, que se afanan sin éxito por encontrar algún fasto fundador del Imperio para celebrar un jubileo habsbúrguico.

Esta «nada» austriaca indujo a sus filósofos y a sus músicos, a sus poetas y a sus pintores a buscar nuevas perspectivas imaginarias o racionales, en el mundo íntimo y en los abismos de la mente. Puesto que se estaba perdiendo el Imperio, urgía conquistar la fortaleza interior del individuo; puesto que no se podía dominar el mundo como hasta entonces, había que apoderarse del mundo de los nervios. «La locura es más fuerte que la vida», había dejado escrito la propia Emperatriz, y en efecto, no faltaron ejemplos en ese período del impacto destructivo con que la neurosis y la histeria marcaban la vida de su familia y de la corte –conflictos edípicos, suicidios, crímenes de corte erótico–; ni de la conexión entre sexo y muerte que asaltaba imaginaria o realmente la sociedad del momento; ni, en suma, de la fuerza con que la vida psíquica se transformó en el campo de batalla donde hacer frente a la situación moderna. Dicho en pocas palabras, en Viena, la búsqueda de lo moderno y el giro hacia la vida sombría y escondida de los instintos, de su poder, su complejidad y su significado, quedaron indisociablemente unidos.

Pero esa mirada a la vez cáustica y visionaria –una *Mirada roja*, como la que Schönberg pintó en 1910 en un lienzo escarlata sólo ocupado por un ojo–, que se volcaba hipnotizada sobre los abismos mentales más extremos, lejos de cualquier metafísica romántica, de toda persecución del Absoluto, no renunciará a apresarlos mediante el rigor analítico de la ciencia. La tensión entre la matemática y el instinto, entre la nostalgia del orden y la inmersión en el desorden, la ambivalente inteligencia de un Yo insalvable sumido en el caos y la búsqueda de una lógica científica que garantice el conocimiento del mundo ha sido un tema subyacente del arte, la literatura y la psiquiatría vienesa, hasta configurar una especie de tradición local, activa no sólo en este privilegiado amanecer del siglo XX, de grandes realizaciones, sino que cuando, después de 1945, Viena pierda su viejo esplendor y pase a ser una provinciana y mortecina capital, resurgirá, como habremos de ver, con un atrevimiento insólito.

Esta va a ser la verdadera cara de la cultura austriaca de vanguardia. Aquí, más que en ningún otro lugar de Europa, se extiende una aguda sensibilidad para la instrospección de los estados psicológicos profundos, ya sea en sus simbolismos

¹ Estas páginas están dedicadas a la memoria del psiquiatra austriaco Leo Navratil (1921-2006), recién desaparecido, a los ochenta y seis años de edad, y cuyos estudios sobre el arte realizado por los esquizofrénicos del Hospital de Gugging, en las cercanías de Viena, causaron un impacto notable en los medios psiquiátricos y artísticos internacionales.

² BETTELHEIM, B., «La Vienne de Freud», en *Vienne 1880-1938. L'Apocalypse joyeux*, París, Centro Georges Pompidou, 1986, pp. 30-45.

más oscuros y confusos, ya sea en sus exploraciones más racionales. Antes incluso de que Freud irrumpiese con sus nuevas teorías, el interés por la patología de las pulsiones sexuales había encontrado en Viena una gran acogida, cuando el célebre psiquiatra Krafft-Ebbing publicó en 1886 una *Psicopatología sexual* que revolucionaba las ideas adquiridas sobre este tema, o cuando un joven y brillante filósofo, Otto Weininger, sacó a la luz en 1903 *Sexo y carácter*, libro que fue leído ávidamente por los intelectuales vieneses. Que fuese también en Viena donde Manfred Sackel pusiese a punto el desgraciado tratamiento de la esquizofrenia mediante electroshock o donde Von Jauregg descubriese los efectos curativos de la fiebre en la demencia parálitica –descubrimiento que le valió ser el primer psiquiatra en recibir el Nobel de Medicina, en 1927–, son testimonios de la fascinación de la ciencia por las patologías mentales.

También se encaminó en esa dirección la imaginación literaria. La popularidad entre los vieneses de las novelas y piezas teatrales de Arthur Schnitzler, de formación médica, se explica por esa vena introspectiva que entiende el alma humana como una «tierra vasta y desconocida». Incluso una obra tan alejada en apariencia de estas inquietudes como el libreto de *Electra* de Hugo von Hofmannsthal para la ópera de Strauss, contenía una referencia freudiana al presentar a la protagonista bajo los rasgos de una histérica. Una disposición paralela se advierte asimismo en la pintura de Klimt, que dejó una espléndida colección de retratos de esas vienasas de la alta sociedad, de hipersensibilidad nerviosa, mirada deseante y sonrisa cruel, casi vampírica, que desvelaban sus obsesiones más calladas en el diván de Sigmund Freud, y cuyos secretos el pintor había descubierto asistiendo a clases de psicopatología en busca de inspiración, lo que le valdría ser tachado por la crítica como un «pintor del inconsciente». Más polémica y escándalo aún causó la irrupción de Kokoschka en los medios artísticos, pues su aportación a este universo regido por los instintos renunciaba al decorativismo que disimula la violencia soterrada de Klimt y hacía explícito un «erotismo de la crueldad», muy patente en su drama *Asesino, esperanza de las mujeres* (1909), donde el conflicto de los sexos adquiere la dimensión de una catástrofe cósmica.

Incluso el extraño y premonitorio capricho de Sissi se vio cumplido, aunque póstumamente, cuando en 1905 se puso en marcha el mayor proyecto arquitectónico del modernismo austriaco, encomendado al arquitecto Otto Wagner: el manicomio *Am Steinhof*. Este Hospital Regional de la Baja Austria para enfermedades mentales y nerviosas –que habría de sustituir a la *Narrenturm* (la Torre de los Locos) construido en 1784– va a ser el asilo psiquiátrico más grande y moderno de Europa, con capacidad para dos mil doscientos enfermos. Y aunque su instalación en las afueras de la ciudad perpetuase el principio de la exclusión social y el aislamiento de los alienados –ubicación que los vieneses, aunque orgullosos de la modernidad de esta joya, agradecían, porque les evitaba el contacto de los enfer-

mos–, Steinhof gravitó sobre la vida de Viena con una fuerza magnética, que se materializaba en la espléndida cúpula dorada de la iglesia de San Leopoldo, que, desde lo alto de la colina, reinaba visualmente sobre el paisaje³. Frente a esa «ciudad de los locos», de la que tanto había oído hablar, se instaló Elias Canetti a su regreso de Berlín en 1928, y redactó su *Auto de fe* figurándose la vida de uno de sus pabellones, e «imaginando en su interior una sala donde todos mis personajes terminaban por encontrarse». Desde su casa en Hagenberg, mirando a Steinhof, se le antojaba que, a veces uno, a veces otro, los alienados se asomaban a la reja de su ventana y le hacían señales. Canetti recreó para cada uno de ellos experiencias singulares y preciosas, conversaciones de sentido terrible; y les preservó a todos de la curación, de la «insignificancia de una vida cotidiana cualquiera» como si fuese una simpleza humillante: «Si los dueños de esos lenguajes individuales lograban comunicarse cosas que tuviesen sentido, aún nos quedaba esperanza a nosotros, seres carentes de la dignidad de la locura»⁴.

Así que es probable que el psicoanálisis no hubiera podido nacer en ninguna otra ciudad que no fuese Viena. La aparición en 1900 de *La interpretación de los sueños* no sólo supuso el nacimiento público de una «ciencia de los instintos», el psicoanálisis, sino que representaba el esfuerzo más sistemático para acomodar la experiencia de la disolución política al servicio de la exploración psicológica. «Si no puedo conmovir al cielo, agitaré el infierno», es el verso de Virgilio con el que Freud encabeza su tratado que con rigor analítico trata de encontrar un sentido a lo más instintivo del hombre. Y en esas honduras de elementos inconexos, una de las pistas que Freud encontró fue la del arte, alojado en un territorio muy cercano al de la neurosis, pues una y otro comparten primarias normas de organización psíquica comunes a todos los hombres. Y la defensa de esta condición *universal* no era sólo un principio científico, sino también político, en una Viena médica finisecular donde la idea antisemita de que la locura y la creatividad eran rasgos inherentes a los judíos había calado con peligrosa fuerza⁵.

³ Máximo Cacciari tomó la metáfora de esta cúpula como el elemento desde el cual «la mirada abraza el paisaje de hombres póstumos» que constituyeron la cultura vienesa del primer novecientos: Wittgenstein, Loos, Kubin, Karl Kraus, Lou Salomé o Hofmannsthal. CACCIARI, M., *Dallo Steinhof. Prospettive viennesi del primo Novecento*, Milán, Adelphi, 1989.

⁴ CANETTI, E., *La antorcha al oído*, Barcelona, Muchnick, 1982, pp. 232-233; 319-320.

⁵ La cuestión fue expuesta sin rodeos: el judío como ejemplo de la humanidad histérica (Raymond, 1889); su condición «excitable» (M. Benedikt, 1895), su fisonomía patognómica, sobre todo sus ojos (H. Beige, 1893), su tendencia al incesto y sus excesos sexuales (O. Weininger, 1903); la asociación de la cara del judío con la del histérico (M. Fishberg, 1911). Esta visión, junto con el papel central de los judíos en la vida científica y artística –Weininger denunció la *judaización* de la medicina– forjó un tópico racial en el que la creatividad se unía al judío, a su locura y al origen de ésta, su obsesiva hipersexualidad. Ver GILMAN, S. L., «Freud y la formación de la psicopatología del arte», en TUCHMAN, M.; ELIEL, C. (eds.), *Visiones paralelas. Artistas modernos y arte marginal*, Madrid, Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía, 1993, pp. 230-243.

En suma, que no hubo ninguna otra capital europea donde un legado tan insólito, imaginativo e inteligente, constituido por teorías psíquicas, frescos pictóricos, obras de arte, novelas, realizaciones arquitectónicas, óperas trágicas y dramas teatrales se pusiese al servicio de la neurosis, de su recreación estética, de su estudio o de su tratamiento médico-científico. Era como si una morbilidad general impregnase la ciudad, que desde entonces no dejó de mantener ese vínculo con la locura, tortuoso pero privilegiado, ni de ser un polo de gravitación natural donde romper los códigos establecidos acerca de la enfermedad mental.

II. De todos modos, la tentativa de ahondar en la dimensión estética de la locura no era sólo una preferencia vienesa, sino que constituía una preocupación muy centroeuropea, algunos de cuyos investigadores, en Suiza o Alemania, explorarán la frontera entre delirio y autoexpresión. Hans Prinzhorn (1886-1933) se hizo célebre en 1922 cuando publicó el que iba a convertirse en el libro de referencia sobre el tema, *La producción de imágenes en el enfermo mental*. Prinzhorn, de origen alemán, había hecho sus estudios de Historia del Arte y Filosofía en la Universidad de Viena, donde se doctoró en 1908, y por tanto había pasado su juventud inmerso en el deslumbrante ambiente cultural de la ciudad. De hecho, quería hacerse barítono, pero las crisis mentales de su mujer le indujeron a dedicarse a la Medicina, que empezó a ejercer en 1919, en la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Heidelberg, donde reúne, en dos años y medio, una monumental colección de más de cinco mil obras de arte (pinturas, dibujos, manuscritos, objetos), efectuadas entre 1890 y 1920 por unos cuatrocientos cincuenta pacientes de Heidelberg y de otros asilos europeos.

Prinzhorn, admirador de la vanguardia y muy influido por el expresionismo centroeuropeo, detectó seis pulsiones básicas en las imágenes de los esquizofrénicos, el tipo de psicótico considerado más productivo en el campo de la creación: hacia la expresión, el juego, la ornamentación compulsiva, el orden pautado, la copia obsesiva y el simbolismo. Su libro, recibido con desconfianza por sus colegas —a excepción de Freud, que le invitará a Viena a participar en una de sus conferencias de los miércoles—, encontró desde el comienzo entusiastas adeptos entre los artistas de vanguardia como Paul Klee, Franz Marc u Oskar Schlemmer, que descubrieron en estos *dueños de la demencia* una fantasía inquietante y una espontaneidad conmovedora, incivilizadas, sí, pero muy superiores a las de tradiciones cultas con miles de años de historia. Uno de los más impresionados fue el austriaco Alfred Kubin, que se interesó señaladamente por el asunto: «Estábamos frente a milagros del espíritu del arte, que emergían como un amanecer de profundidades... Yo me impregné de esas sensaciones con la mayor alegría, y ahora esas cosas ya no se apartan de mí».

La Colección Prinzhorn padeció, sin embargo, un desdichado destino, pues a la muerte de su autor y tras quedar olvidada en un desván del hospital, algunas

obras fueron confiscadas por los nazis para la exposición sobre *Arte Degenerado*. Conviene detenerse en este episodio de la historia política europea, pues el creciente interés por las creaciones de los psicóticos y alienados mentales desde 1945 no se entiende si no se conocen los fines fatales a cuyo servicio el nazismo puso el arte de los locos⁶. Y la relación entre neurosis y vanguardia, que antaño, en esa misma Viena, había sido tan fecunda estéticamente, sufrió una inversión ignominiosa, cuando, de acuerdo con la reestructuración de la sanidad austriaca emprendida en 1940, distintos hospitales psiquiátricos de la capital, Steinhof principalmente, pero también el Hospital de Gugging, aceptaron el llamado *Programa T4* de eliminación de judíos alienados, de pacientes deformes y de niños y adolescentes con enfermedades incurables, que implicaba su traslado a Hartheim, en la vecina Linz, para someterles a una eutanasia sistemática⁷.

La doctrina artística oficial condenó como «arte degenerado» las creaciones de la vanguardia alemana y austriaca y, para degradarlas, las asoció a las perversiones morales, la locura y las taras físicas. Pues, en palabras del propio Hitler —quien no olvidemos, había fracasado como pintor durante sus años de vagabundeo juvenil por Viena—, «el deber del Estado y de sus dirigentes es impedir que el pueblo caiga bajo la influencia de la locura espiritual». La operación culminó en la conocida exposición de Múnich, *Entartete Kunst*, que viajó precisamente a Viena en 1939, y cuyo objetivo era probar las semejanzas entre el arte de dadaístas y expresionistas —cuyas imágenes se interpretaban como el producto de cerebros enfermos— y los rostros de perturbados mentales y de seres deformes, documentados en los archivos de Steinhof y de otros asilos.

La catástrofe histórica y emocional que supuso este episodio del nazismo dejará una herida indeleble en la generación de los supervivientes e imprimirá una gravedad especial a las actividades artísticas de la posguerra, movidas por una urgente voluntad de reparación. Una de las respuestas fue la adopción frente a la locura de una posición «militante», de reivindicación de la dignidad del psicótico, de su «humanidad». Se trataba de una protesta postbélica contra el determinismo biológico impuesto por ley, contra la violencia coactiva de los programas nazis de

⁶ En el periodo 1925-1945 más de dos tercios de los médicos alemanes eran miembros de alguna de las cuatro organizaciones nazis. En las universidades la tasa de adhesión al partido nazi de los profesores de medicina sobrepasaba el 80%. Bajo la dirección científica del psiquiatra Carl Schneider, en el mismo hospital de Heidelberg, se puso en marcha un proyecto de investigación sobre neuropatología, a partir de la eutanasia masiva, que llevó a la muerte a 70.000 enfermos mentales. La principal contribución de la psiquiatría alemana y de los técnicos de la eutanasia fue poner en marcha las primeras cámaras de gas. MASSIN, B., «L'euthanasie psychiatrique sous le III^{ème} Reich. La question de l'eugénisme», *L'Information Psychiatrique*, 1996, 8, pp. 811-822.

⁷ En 2002 se celebró en el Hospital de Steinhof una exposición, *La guerra contra el 'inferior' (Der Krieg gegen die 'Minderwertigen')*, que ofrecía una detallada historia de las ideas nazis sobre la medicina, sobre la eugenesia, la esterilización de los enfermos mentales y la eutanasia infantil aplicadas en el hospital durante el período de Hitler.

exterminio, de una venganza por tanta humillación y prepotencia que, frente a la nefasta idea de *degeneración*, apelaba al arte que subyace en toda locura, a la locura que subyace en todo arte verdadero. Esta rehabilitación adoptó diversas formas: la correlación entre la proscripción nazi del judío y la situación del loco, la apelación a la locura como una actitud antiautoritaria, el culto a la imaginería psicótica, la creación de imágenes que hablan de victimización y transgresión, la identificación de la demencia con la libertad creativa.

Así, por ejemplo, nada más producirse la liberación de París de sus ocupantes alemanes empezó a hacerse célebre el Hospital Psiquiátrico de Sainte-Anne en París, no sólo por sus innovaciones en el campo clínico, sino por su difusión del *art des fous*. En él se había formado como interno Lacan, antes de 1934, cuando se disputaba con Dalí la paternidad de las teorías sobre la paranoia⁸, y por allí habían pasado ilustres enfermos, como Antonin Artaud, un paradigma estético-psíquico de los años cincuenta, aunque su caso no encarna tanto al tipo de loco creativo, anónimo y marginal, como el del creador que se ha vuelto loco, una diferencia que la tradición adquirida mantiene con claridad. Pero Artaud era un emblema de la fusión entre un original talento literario y una mente torturada, fusión expresada en autorretratos feroces y alucinados, rodeados de amontonamientos de huesos, ataúdes y horcas, traducción del dolor físico y mental producido por el electroshock que de tiempo en tiempo se le administraba. «Ninguno de mis retratos es, propiamente hablando, una obra. Son golpes demoledores propinados en todas las direcciones del azar, la posibilidad, el riesgo o el destino».

La llegada a Sainte-Anne de un nuevo director, Gaston Ferdière, un médico pro-anarquista conocido por haber sido el psiquiatra de Artaud en Rodez, fue decisiva. A través de un colega vienés, Ferdière había tenido acceso al libro de Prinzhorn, y decidió potenciar la dimensión artística del manicomio, alentando la capacidad creativa de sus pacientes y propiciando la visita a la *salle de garde* de artistas, poetas y literatos –llamados afectuosamente «los parásitos» por el personal del hospital– que convivían y comían con los enfermos, y donde era frecuente encontrar a Duchamp o a Giacometti, por no recordar a Éluard uno de cuyos mejores textos poéticos de la posguerra es *Souvenirs de la maison des fous*, inspirado en sus visitas a Sainte-Anne⁹. Los pacientes llegaron a estrechar tales lazos con la vanguardia parisina, la surrealista sobre todo, que a la vez que un grupo de artistas rehacía un antiguo fresco en la enfermería que había sido recubierto de una

⁸ MOREL, P., «Sainte-Anne, 1945. Le surréalisme en salle de garde», *Tribune médicale*, junio, 1968, 263, pp. 18-20. Asimismo, FERDIÈRE, G., *Les mauvaises fréquentations. Mémoires d'un psychiatre*, París, Simoën, 1978.

⁹ WILSON, S., «Del manicomio al museo: El arte marginal en París y Nueva York. 1938-1968», en TUCHMAN, M., y ELIEL, C. (ed.), *op. cit.*, pp. 120-149.

capa de pintura por los oficiales nazis acantonados allí durante la guerra, los enfermos del asilo exponían en las oscuras salas de la Exposición Internacional del Surrealismo una colección de muñequitos y fetiches hechos por ellos mismos, mientras una grabación de risas maníacas servía de acompañamiento a la danza de la convulsiva Hélène Vanel, en la llamada «sala histórica».

III. Pero regresemos a Viena porque fue en este nudo de preocupaciones endémicas de la Alemania y Austria del post-nazismo, en el que se inscribe la figura Leo Navratil (1921-2006), al que dedicaremos las siguientes páginas. La obra de este psiquiatra austriaco toma cuerpo en esa misma marea de rehabilitación moral de la locura que recorre la Europa de posguerra, de la dignidad y la fuerza expresiva de los enfermos mentales donde va a descubrir un arte alternativo, dotado de un universo con estructura propia y con un sistema de figuración específico.

Nada más terminar la guerra, en 1946, a los veinticinco años, Navratil se incorporó como psiquiatra al hospital vienés de Maria Gugging. En aquel momento la reclusión y la normalización de los alienados eran la base clínica del tratamiento y aunque Viena había sido la ciudad de Freud, las innovaciones de éste pesaban menos que el conservadurismo institucional, y la psiquiatría clínica austriaca seguía las mismas pautas conservadoras del resto de Europa. El ácido retrato que Thomas Bernhard hace de Steinhof en *Ritter, Dene, Voss* –obra en el que el personaje masculino es un filósofo de la lógica, trasunto de Wittgenstein, que vuelve a la casa familiar tras su reclusión voluntaria en el manicomio vienés y cuyo estúpido y mediocre director revolotea sobre la trama como un nefasto dios tutelar¹⁰, expresa ese estado de cosas en la psiquiatría europea de los años cincuenta, sumida en una terapia clásica y más bien brutal de encierro, electroshocks y neurolépticos.

Navratil empezó utilizando el dibujo de los pacientes por su valor sintomático. Ya le habían llamado la atención los dibujos de los enfermos cuando hacía sus prácticas en el Maudsley Hospital de Londres, estudiando la epilepsia infantil. Por entonces, había caído en sus manos un libro de la psicóloga americana Karen Machover (*Personality Projection in the Drawing of the Human Figure*), que,

¹⁰ Toda la acción transcurre en el comedor de una mansión señorial en Döbling, suburbio elegante de Viena. El hermano alude insistentemente a la necesidad de ponerse en guardia «contra los doctores y en particular los especialistas», pero también contra la vida familiar: «Sólo una visita breve. Tomamos conciencia de la miseria de la vida cuando volvemos a una casa que habíamos abandonado para siempre. "Deje que mi hermana crea que vuelvo a casa", le dije al Director, "pero no tengo la intención de darle la espalda a Steinhof, aquí estoy en mi casa, en ninguna otra parte", le dije. Mi cuarto siempre está a mi disposición, me acostumbré a Steinhof, moriré en Steinhof, no aquí. No hay nada peor que morir en la casa paterna». BERNHARD, T., *Ritter, Dene, Voss*, Guipúzcoa, Hiru, 2000.

como él mismo ha relatado, le fascinó como instrumento de diagnóstico de modo que, al incorporarse a Gugging, empezó a emplear de modo sistemático con pacientes y amigos¹¹. Fue entonces, en el curso de esta práctica, cuando descubrió que al agravarse la psicosis en los esquizofrénicos los dibujos eran más creativos y originales, y también más artísticos, mientras que en las etapas de calma, se volvían tópicos y anodinos.

Navratil comprendió que esa vocación pictórica del esquizofrénico proviene de una tendencia metafísica sincera y penetrante que le induce a plantearse cuestiones existenciales y políticas sobre la condición humana. Pero no se trata tanto de que el esquizofrénico dé forma gráfica a sus manías, sino que es más exacto interpretarlo como un sucedáneo de los síntomas de la enfermedad que como su traslación visual. Este lenguaje plástico viene a demostrar que ni siquiera en los momentos más agudos la unidad de la conciencia es abolida, aunque esté profundamente alterada, y que cuando no se restablece su capacidad comunicativa, es la creación artística o la afirmación filosófica o la poesía el «nuevo mito» a través del que intenta dar cohesión interior al individuo despojado de toda seguridad por la psicosis.

Un caso ejemplar era el de Franz. Franz Kauer era un sordo que sólo articulaba sonidos confusos, no sabía leer los labios y le faltaban los conceptos ligados a las palabras. A cambio estaba muy dotado para el dibujo. De hecho, su mundo estaba formado sólo por imágenes. En los primeros síntomas de su psicosis, se pasaba horas sentado, moviendo los labios como si fuese a decir algo y haciendo gestos con las manos como si borrara algo inexistente, mientras sonreía, socarrón y ensimismado.

A Franz le gustaba copiar imágenes de revistas y era muy diestro para captar el parecido de las personas y los objetos. Pero cuando llegaban las crisis se mostraba incapaz de imitar y sólo producía unos garabatos dispersos y muy primarios. Cuando empezó el tratamiento con una serie de electroshocks, el estilo de Franz adquirió un sentido muy enérgico y lleno de símbolos enigmáticos; llenaba el papel de formas dinámicas y convulsivas sin suelo ni orientación espacial fija, como arrastradas por un temporal: espirales, figuras flotantes, edificios deformados, caligarescos, que se precipitaban al vacío, laberintos enredados, ojos sin rostro, caballos invertidos, seres burlescos con aura, brujas y viejas. Cuando empezaba a sufrir alucinaciones, dibujaba muy cerca del borde del papel con figuras que salían hacia afuera, mientras el centro quedaba en blanco.

Navratil comprobó, en el curso del proceso, que los dibujos realizados durante la psicosis eran más expresivos y enérgicos, carecían de toda referencia al

¹¹ MAIZELS, J., «Interview with Dr. Leo Navratil, Founder of the Gugging House of Artists», *Raw Vision*, 34, pp. 1-4 (ed. digital).

mundo real y parecían emanar directamente de vivencias interiores incommunicables. Cuanto más remitía la dolencia, más descendía su originalidad, hasta que, llegado el restablecimiento, retornaba a una expresión escolar, representativa y naturalista. Este proceso se repite en distintos esquizofrénicos dibujantes a los que trata: en Wilhelm, el soldado que tras enloquecer en el frente, se sintió llamado para una misión divina y cuyos paisajes combinan la «suciedad» y la manía por el detalle; en Alexander, que dice estar «teledirigido» y que dibuja aceleradamente seres geometrizados, objetos «abiertos» y letras, flechas y cifras dispersas por el papel; en Paul, que pinta personas malignamente deformadas o en Hans que, convencido de haber sido un pintor famoso en el pasado, diseña aviones, cañones y barcos con una mezcla agresiva de técnica mal razonada y decoración barroca. Todos estos casos presentados en 1965 por Navratil en un libro, *Esquizofrenia y arte*, con estudios de pacientes y abundantes dibujos de algunos pacientes así como consideraciones teóricas sobre la naturaleza del proceso creativo¹², le llevaron a una conclusión de fondo que resume su visión del problema: en el esquizofrénico el artista *es* la psicosis.

Pero con independencia de la dimensión clínica de estas observaciones, Navratil llegó a la convicción de que esta manera puramente médica de entender la producción de los locos entrañaba un desconocimiento del hecho artístico. Incitado por este descubrimiento, estudió las experiencias de Prinzhorn en Heidelberg o la de Walter Morgenthaler, que había publicado en los años veinte una monografía de Adolf Wölffli, el primer psicótico considerado como artista. Navratil reorientó entonces su trabajo en una dirección nueva y más comprensiva. Dejó de interesarle la expresión artística entendida como una terapia para acallar los síntomas del loco o como un material de diagnóstico para acceder a los secretos de su conciencia, y saltando por encima del punto de vista del psiquiatra y de la práctica clínica, y más subyugado por la naturaleza de la creación artística que por la de la esquizofrenia, se empeñó en entender de qué modo «recibe la obra esquizofrénica el soplo de lo artístico».

Porque se trata de Arte. El arte no es sólo una institución histórica, piensa Navratil: también hay una creatividad muy valiosa *fuera* de la historia¹³. No es necesario estar dotado de una formación académica ni de conocimientos estilísticos; para ser artista basta con el impulso de una instintiva *fuera creadora*, que es un mecanismo protector de la estructura del yo, que se activa cuando los instintos reprimidos ponen en peligro la integridad del sujeto; para evitar ese estallido des-

¹² NAVRATIL, L., *Esquizofrenia y arte*, Barcelona, Seix Barral, 1972, pp. 37-52.

¹³ Esta es una diferencia concluyente con el planteamiento de Prinzhorn, que solo atribuye a sus maestros una habilidad artística (*Bildnerer*) en contraposición a la idea de Navratil que entiende esta producción plenamente como Arte (*Kunst*).

tructor se transforman en actos creadores. Se trata de un esfuerzo inaudito que debe entenderse como la lucha de un hombre que se encuentra en peligro. El verdadero artista, sea cuerdo o loco, trabaja, en efecto, como si su arte fuera una cuestión de vida o muerte¹⁴.

Navratil advirtió enseguida la calidad singular y la fuerza de disidencia de estos «pequeños *maestros* de la locura», como les llamó Cocteau, que practican un «arte sin querer» que no tiene destinatario, que no busca la celebridad ni el reconocimiento, que ignora incluso que opera en el terreno de la creación. No pierde de vista las alucinaciones y padecimientos que lo originan, pero sabe que merece ser rescatado del silencio y del olvido y ser integrado en un panorama más amplio y no excluyente de la práctica artística. Al fin y al cabo, en todo arte verdadero hay siempre un recorrido pasional, un proceso cercano a estados psíquicos inhabituales, alterados, en el que se encuentran los instintos artísticos de gentes muy distintas: locos y sanos, niños y adultos, salvajes y civilizados, clásicos y experimentalistas.

Cuando se hallaba en este punto de inflexión, tuvo noticias de la colección que por entonces estaba formando el pintor Jean Dubuffet, que desde 1947 venía recorriendo los asilos de alienados de Europa y América interesado por las formas no profesionales de creatividad, por el arte marginal de todas esas personas anónimas y recluidas que hasta entonces no habían obtenido más que una mirada distraída y condescendiente y «para las que todo está perdido y cualquier empresa es desesperada». Las reunió en una colección personal que denominó *Art Brut*. Dubuffet se dedicaba por entonces al comercio de vinos y le gustaba esta palabra, *brut*, que en francés designa al champagne natural que no tiene añadidos de azúcar¹⁵. La originalidad de este arte bárbaro radica en que mantiene una posición antagonista con la cultura; que su producción es un «lapsus en el lenguaje del arte»¹⁶. Como decía en el folleto de una exposición en una galería de Lille en 1951, es un arte puro, crudo, bruto, que desdeña todo aquello producido por la inteligencia. «Pues la inteligencia, la inteligencia de la cabeza –la cima de la cabeza–, me parece provenir de una zona periférica del individuo, alejada del fuego central del ser y adonde el calor de ese fuego sólo llega muy atenuado; por eso, quien desee exteriorizar lo que tiene de más preciado no debe recurrir, creo yo, a su cerebro, sino a unas zonas centrales, más motrices, y a ciertas videncias alojadas, no en su cabeza, sino en lo más recóndito de sus vísceras y de sus redes sanguíneas nerviosas»¹⁷.

¹⁴ NAVRATIL, L., *op. cit.*, pp. 167-171.

¹⁵ En medios anglosajones la denominación preferente es la de *Outsider Art*, acuñada por Roger Cardinal y difundido en un libro publicado en Londres en 1972.

¹⁶ THEVOZ, M., *L'Art Brut*, Ginebra, Skira, 1981, p. 81.

¹⁷ DUBUFFET, J., «Honor a los valores salvajes», en *Escritos sobre arte*, Barcelona, Barral, 1975, p. 106.

Navratil se sintió estimulado por la empresa de Dubuffet, aunque disientirá de éste en una cuestión central, pues mientras que el ojo de Navratil no dejaba de ser un ojo clínico, y no podía ver al artista-paciente más que como un alienado dotado de talento, pero marcado por su trauma, el ojo de Dubuffet, extremadamente individualista y totalmente a-psiquiátrico –«no hay arte de esquizofrénicos, lo mismo que no hay arte de enfermos de la rodilla», afirma–, no aceptaba la condición psicótica del artista y sólo veía en él a un ser virginal dotado de originalidad y fantasía¹⁸. Pero lo importante es que ambos compartían su afán por ver reconocidos el mérito de las obras de estas gentes oscuras –ya fuesen dibujos, bordados, signos o construcciones– que aun ignorándolo todo de la historia del arte, no habiendo visitado nunca un museo, encarnaban un nuevo tipo de creador en pie de igualdad con los artistas profesionales.

IV. En su deseo de integrar el arte psicótico marginal en el Arte con mayúsculas, Navratil encontró en un desdeñado grupo de artistas del siglo XVI, los manieristas florentinos, el alma gemela de sus enfermos de Gugging. Pesaba en él, probablemente, esa vertiente logicista de la cultura de Viena, que contiene la irracionalidad con elementos analíticos, en este caso tomados de la legitimidad que da una disciplina como la Historia del Arte. Las conexiones se daban en distintos planos: primero, una común visión de la vida –la escisión abismal que separa al hombre del mundo–; segundo, el mismo cortejo de síntomas: una fantasía disociativa, el cultivo de la excentricidad y el rebuscamiento, la complacencia en la especulación mental, un exceso de personalismo, el uso de neologismos; por último, la misma mala fortuna de ser objeto de vigilancia, ya fuese por el orden psiquiátrico, ya fuese por la ortodoxia crítica. En suma, unos y otros, demasiado inquietos en lo personal y demasiado desordenados en lo estético.

Acorralado históricamente entre el clasicismo humanista y el barroco, el manierismo era aún, en época de Navratil, un movimiento poco conocido. Pero significativamente, el interés por una comprensión más profunda había reverdecido a comienzos de los años sesenta, con investigaciones sistemáticas y precisas, mediante congresos internacionales y exposiciones¹⁹. En realidad, se trataba de un «descubrimiento vienés», pues habían sido historiadores del arte de los años veinte, como Max Dvořák, quienes habían sacado a la luz a este puñado de disidentes post-rafaelistas –Pontormo, Parmigianino, Rosso, Primaticcio, Andrea del Sarto, El Greco o Arcimboldo– para cambiar su imagen de decadentes intratables, resti-

¹⁸ NAVRATIL, L., «Art Brut and Psychiatry», *Raw Vision*, 1997, 15, pp. 1-2 (ed. digital).

¹⁹ Entre *La maniera italiana*, de Giuliano Briganti (1961) y *Mannerism*, de John Shearman (1967), se extienden célebres monografías como la de Arnold Hauser, *Der Ursprung der modernen Kunst und Literatur: die Entwicklung des Manierismus seit der Krise der Renaissance* (1964).

tuirles su originalidad artística y presentarles como una vanguardia *avant-la-lettre*, como los primeros modernos de la historia. Entre las lecturas que más habían impresionado a Navratil se hallaba un libro de G. R. Hocke publicado en 1957, *El mundo como laberinto. Manera y manía en el arte europeo*²⁰. El autor interpretaba el manierismo como una forma recurrente de crisis estética; como el reverso de la armonía y serenidad asociadas a los clasicismos.

Conviene detenerse por un momento en esta insólita y comprometida afinidad que a Navratil le resultó tan evidente como para llevarle a concluir que «la creación esquizofrénica es el auténtico *gesto originario* del manierismo»²¹. El símbolo mismo del laberinto era también el más adecuado: «La persona para quien el laberinto se convierte en la efigie del mundo está al borde de la desesperación». El gusto por la oscuridad, la tensión que escinde el yo, el aislamiento afectivo, el derrumbamiento que interiormente sufre el esquizofrénico, la extravagancia de su comportamiento y su deseo de anunciar su superioridad sobre lo ordinario, el adentramiento en las formas mágicas del mundo y, en suma, toda la desorientación y ansiedad que manifiesta la enfermedad tienen su equivalente en la actitud estética con que la generación de los manieristas irrumpió en pleno Renacimiento. No en vano, el término mismo de manierismo ofrece una asociación fonética, arbitraria pero significativa, con *manía*, por ese punto de obsesión insana, de afectación y de *amaneramiento*.

Según todas las leyendas, los manieristas fueron en general cerebros atormentados, melancólicos, solitarios. Siempre excéntricos, dieron pruebas de un exhibicionismo insolente y de una misantropía salvaje, y eran conocidos sus manías y caprichos –la costumbre de Ferrucci de llevar un chaleco hecho con piel de un ahorcado; la de Rosso de desenterrar cadáveres del cementerio de su pueblo; el hábito de El Greco de pintar con las ventanas cerradas, a la luz de una vela–. Todas estas rarezas y extravagancias, adquieren un relieve particular sobre el escenario de fondo del siglo XVI, de por sí emotivo y amargo. Históricamente el problema de los manieristas era que habían nacido demasiado tarde. Surgieron cuando en el Clasicismo ya no quedaba nada nuevo que aportar y la perfección en la pintura ya había sido «alcanzada» por Rafael y Miguel Ángel. Ellos sin embargo hicieron de ese arrinconamiento una puerta abierta a la rebelión contra la autoridad de un modelo que se pretendía eterno, el clasicismo ortodoxo, y contra todas las reglas implantadas por sus mayores; una puerta abierta que les permitía dar rienda suelta a sus visiones interiores impresas de una aguda emocionalidad nerviosa.

²⁰ HOCKE, G. R., *El mundo como laberinto. El manierismo en el arte europeo de 1520 a 1650 y en el actual*, Madrid, Guadarrama, 1961.

²¹ La fórmula «gesto originario» es, en sí misma, muy frecuente en los tratados manieristas de preceptiva literaria.

Pero no solo les igualaba su carácter de «hombres difíciles». Navratil analiza más de cerca las obras y ahonda en la gramática formal de unos y otros buscando afinidades estilísticas, que encuentra, por ejemplo, en las alteraciones de la forma humana. En general, la propensión sistemática a la deformación de los esquizofrénicos coincide con el gusto manierista por transgredir la forma natural, y por todo aquello que tenga que ver con desproporciones anatómicas, movimientos exagerados, estiramientos *contra natura*, amontonamientos y posturas inverosímiles. Esas deformidades se expresan en ambos mediante recursos variados tales como la incongruencia en las medidas de las figuras, que en el caso del esquizofrénico están relacionados con una subjetivización del afecto, pero que encuentra su eco en algunos tópicos anatómicos del manierismo –las cabezas de alfiler y grandes cuerpos de El Greco; los cuellos excesivamente longilíneos de Parmigianino–; la alteración del contorno de las figuras, bien subrayándolos hasta duplicarlos, bien debilitándolos hasta el desvanecimiento, como sucede en los bocetos del *Juicio Final* de Pontormo, que acentúa los perfiles con un realismo extremo a la vez que vacía de detalles el interior de la figura, de una manera muy parecida a como representan los psicasténicos a la figura humana, como un vaporoso ectoplasma, o como un contorno estallado y repartido por el espacio; el afán excesivo de fisonomización, que es patente tanto en artistas como Arcimboldo, que componían retratos fisonomizando objetos, como en los psicóticos agudos, que prestan al mundo real formas sobrepuestas pero reconocibles, que le salven del intenso miedo que padecen, compartiendo ambos modelos un imaginativo trabajo de *composición* y, a la vez, de *descomposición*, en un vaivén que trastoca la idea del retrato como expresión de la máxima personalización del hombre, para convertir a la imagen humana en un perturbador «teatro de la multiplicidad». También abundan la dislocación espacial con escenarios tambaleantes, laberínticos o en forma de embudo, como en las aberraciones perspectivas de Rosso; el retorcimiento y la distorsión –con siluetas que parecen moverse en torno a una espiral, como las figuras *serpentinatas* de Bellange o de Bronzino, o como las líneas que dibujan muchos enfermos de manera obsesiva, sin detener el lápiz, como expresando el movimiento de una conciencia perdida, sin meta fija–; la desmembración –de modo que los miembros del cuerpo están separados, un recurso lleno de malignidad muy frecuente en el apogeo del trastorno mental–, y, por último, la ingravidez y el vuelo, con figuras flotantes y sin apoyo.

Un elemento común elocuente es la exhibición gestual. Ya se ha señalado que el manierismo fue, en su día, sinónimo de *amaneramiento*, es decir, de exceso de maneras, de falta de naturalidad y afán de extravagancia y, por tanto, de reducción de la creación artística a un rebuscamiento artificial y desmedido. La agitación y el movimiento dominan en la estética manierista, al igual que los dibujos de esqui-

zofrénicos, que muestran bien agitaciones de los miembros llevados al extremo, bien rigidez de movimientos, y, en general, un vaivén anormal en los impulsos motores. Piernas y sobre todo manos ostentan posturas dislocadas, electrizadas por una vida propia: ondean, acarician, se deslizan, rozan con los dedos, trazan arabescos –como esa mano del célebre *Autorretrato del espejo convexo*, de Parmigianino, o las pintadas por Goltzius–. Esos gestos de abandono, de afectación, de torpeza, de esfuerzo refinado parecen adquirir una independencia maniática difícilmente asociable al cuerpo al que pertenecen, desconectados de toda finalidad comunicativa y de todo organicismo corporal.

Y, junto a las manos, los ojos. No se olvide que unos y otros, aunque de distinto modo, están dominados por una «visión interior». La rareza y fantasía de sus obras tiene su fuente en el «ojo interior del espíritu», como dice Zuccari, para quien el arte no es la imitación de la realidad visible, sino «una forma o idea de nuestro espíritu que señala con claridad y precisión las cosas imaginadas por él». Ese abismo que separa la realidad de la conciencia vive de la ventana del ojo. «Ojos se necesitan incluso en los mismos ojos, para mirar cómo miran», dice Gracián. También el ojo esquizofrénico es un ojo fascinado por su interior, y por eso, a veces, pueblan los dibujos ojos grandes, aislados y frontales, que observan, amenazan, advierten o espían; o son, simbólicamente, dibujados con especial exactitud, llenos de pupilas, pestañas, iris y cejas hirsutas, o, por el contrario, son tratados con una negligencia perversa, como cuencas en blanco o borrados, como un agujero negro.

Pero quizá la mayor analogía es la preocupación por los enunciados impenetrables e imaginarios, por los jeroglíficos, los laberintos de palabras y de números, por los símbolos enigmáticos y las series matemáticas. La época del Manierismo conoció una pasión sin precedentes por la técnica y sus lenguajes. Todos los artistas de entonces tenían algo de alquímicos y de constructores de ingenios: escribían sobre metales, sobre pirotecnia, sobre hidráulica y relojes; fabricaban astrolabios, pantógrafos o distanciómetros, que enriquecían con una decoración exuberante y refinada. Fueron ellos los que crearon las primeras tablas de logaritmos, los primeros en aplicar el uso de decimales²².

También el esquizofrénico es un ingeniero maniático, que sobrevalora lo técnico y los argumentos ultrarracionales y se entretiene en construir dispositivos inútilmente complicados, donde hay siempre hay una componente de gratuidad y juego, un gusto por el metalenguaje, una concienzuda reflexión sobre el método. Abundan entre ellos, los ingenieros, matemáticos y arquitectos, como Louis Soutter, primo de Le Corbusier. Unos, como Alexander, paciente de Navratil,

dibujan personajes con una apariencia rígidamente maquinal, de movimientos automáticos, ilustrando la típica elaboración esquizofrénica de que la persona es una construcción artificial, un juguete mecánico. «¡Esquematarlo todo; desnudar la auténtica realidad!», exclama un enfermo, defendiendo una especie de «geometría del miedo» que sirve, cabe pensar, de «muro protector» para reprimir sus instintos y ansiedades, de consuelo frente al caos que reina en su interior. En otros, su creatividad se aplica a fabricar máquinas o engranajes con materiales de desecho, como el caso de Anton Müller, que inventó un aparato para podar viñas, construyó un telescopio e investigó en distintos mecanismos los principios del movimiento perpetuo. A veces se alcanzan construcciones colosales, como la «Nave de Marco Polo», de Simon Rodia, o la «Casa de los espejos», de Clarence Schmidt.

Pero en otros se trata de máquinas lingüísticas, de torres o de laberintos de palabras, de escrituras algebraicas. El manejo misterioso de medidas y cifras, ajeno a toda comprensión racional del mundo, es la expresión de un afán regulador, al servicio de la construcción de un mundo solitario y autista que sólo mediante signos enigmáticos puede mantenerse a raya. Uno de los internos más célebres, el suizo Wölffli, llevó a cabo durante 22 años un épico proyecto de autobiografía de veinticinco mil páginas, llenas de laberintos verbales, mandalas y combinaciones fantásticas de cifras, escrituras e ilustraciones. Un paciente de Navratil obsesionado por los inventarios numéricos, que eran para él sólidos apoyos en medio del torrente de pensamientos fantásticos que le acosaban en sus delirios, escribió: «Estudí 35 años y luego 35 años más aún. El año que viene estaré completamente nuevo, pues me asesinarán la figura vieja. Esto me ocurre una vez al año, porque todos mis huesos están rotos. Vuelo con un barco por encima de todos los mares hacia una isla en la que poseo un palacio. Allí viví hace 35.000 años, cuando yo tenía tres millones y medio de años. Aún estaré preso 32 meses; de éstos, 12 meses en el lavadero y 20 en el corral. Esto no me importa, pues con los ojos estoy fuera, junto a los muros de 132 metros. De ahora en adelante ya no habrá más asesinatos, ya que la luna está con el sol a 43° y 4.951 metros, que son metros de 132 meses por encima del río y del mar».

Esta hiperbólica ingeniosidad lingüística es producto de la relación del esquizofrénico con las palabras, una relación no natural, no transitiva, sino como encapsulada; no sirven de instrumento de entendimiento con los otros, sino que son elementos sueltos de la máquina cósmica, seres «indómitos e independientes que, en su rebelión, le insultan, le torturan y le persiguen sin tregua, porque se han vuelto inmediatas, amenazantes, omnipotentes y vengativas»²³. Es esto lo que explica la

²² FALGUIÈRES, P., *Le maniérisme. Une avant-garde au XVIème siècle*, París, Gallimard, 2004, pp. 79-93.

²³ COLINA, F., «Las palabras», en *De locos, dioses, deseos y costumbres*, Valladolid, Pasaje de las letras, 2007, p. 24.

poderosa atracción que otro esquizofrénico de Gugging, el conocido August Walla, sentía por los diccionarios extranjeros de idiomas que desconocía —esloveno, indonesio o búlgaro—. Cuando pintaba, probaba su capacidad expresiva llenando el papel obsesivamente de palabras y signos, así como de caligrafías inventadas, que trazaba compulsiva y velozmente, fascinado por el lenguaje, visto no como predicados de lo real, sino como cosas llenas de materia.

V. En la Viena de los años sesenta, la actividad del Hospital de Gugging no podía pasar inadvertida. El arte de los enfermos despertó entre los creadores más jóvenes una estimulante simpatía, y una vez más, de acuerdo con la tendencia de la modernidad austriaca, el cultivo del exceso, el delirio y la nerviosidad impregnaron el arte, la literatura y las ideas estéticas. Una línea recta conduce desde la obra de Klimt o de Kokoschka, que habían hecho en su momento explícitas las perversiones polimórficas cuyo carácter cotidiano había analizado Freud, hasta esta segunda oleada de la vanguardia, que pone en escena un «teatro de la crueldad» de un extremismo insólito, reproduciendo una vez más la confluencia que había marcado la cultura vienesa entre creación y patología desde fines del siglo XIX.

A eso se añade que esta generación emergente utilizará ese extremismo visceral para denunciar la sospecha de que en el alma austriaca seguía durmiendo una connivencia con su reciente pasado antisemita nunca cuestionada y con la destrucción consentida y masiva de millones de seres humanos. La vanguardia más subversiva e inquietante de esos años, el *Wiener Aktionismus*, una corriente que combinaba la pintura, el teatro y la *performance*, se proponía llevar el arte a sus límites más drásticos y empleaba un lenguaje sangriento, de sacrificios animales, automutilaciones, acciones blasfemas, erotismo sádico y escatología, encontrándose en la misma «tierra de nadie» de la representación esquizofrénica de August Walla o Johann Hauser. Y mientras Navratil «sacaba» a los psicóticos del cerco de la locura para acampar en el territorio del Arte, correlativamente los Accionistas situaban programáticamente sus obras fuera de la pintura moderna y reclamaban su pertenencia al ámbito del mito, de lo sagrado y del delirio: «Cargo sobre mis hombros lo que parece ser una lujuria obscena, perversa y negativa, y la histeria sacrificial que resulta de ella», dirá Hermann Nitsch en su *Manifiesto del órgano sangriento* (1962), acta fundacional de este grupo. Que en *Spaziergang*, Günter Brus, que siempre vinculó en su obra pintura y sexualidad, recorriese las calles de la capital totalmente pintado de blanco con una línea negra vertical que partía su cuerpo en dos mitades, no deja de ser, de un lado, una forma de denunciar a la propia Viena como escenario público de la división del Yo y, de otro, una reivindicación de la escisión como premisa creativa, tal como les sucedía a los pacientes de Gugging, cuya fuerza creadora era para los *Accionistas* un testimonio de primer orden.

Pero quien más cercano a los enfermos de Navratil se manifestó fue Arnulf Rainer, un excelente y vitriólico pintor, que, convencido de que la locura es «el mejor camino de retorno al estado elemental del hombre», recorrió algunos manicomios desde los años cincuenta recopilando obras para su colección personal y abordó un plan de trabajo basado en la simulación de estados psicóticos, a veces con drogas como LSD o la psilocibina²⁴. Ese interés le llevó a ponerse en contacto con Navratil, convirtiéndose en el primer artista que defendió el valor de la obra de sus pacientes y compartió con ellos una de las pocas galerías de vanguardia de la ciudad, *Nächst St. Stephan*, de propiedad católica y dirigida por un afanoso monseñor²⁵. Rainer, interesado por las facultades miméticas de los catatónicos, realizó lo más interesante de su obra sobrepintando pinturas, fotografías o dibujos preexistentes —tomados de la tradición artística austriaca de la distorsión facial y la mueca, o de los dibujos del escultor del siglo XVIII, Messerschmidt—, añadiéndolos brochazos deformantes de una intensa violencia expresiva, como un conjuro contra sus propias obsesiones: «A veces el enjambre de rostros que hay dentro y fuera de mi cabeza es demasiado insistente. Causa: ¿quizá una escasez de contactos personales estrechos, quizá alguna tensión personal? ¿Son éstas las alucinaciones de rostros burlones tan frecuentes en el paranoico, las miradas de soslayo amenazadoras, las miradas penetrantes que acobardan, las caras que se acercan demasiado a la nuestra?».

VI. Enseguida, el trabajo de Navratil, gracias a la rápida difusión de su libro en otros países, salió del estrecho círculo de la vanguardia vienesa y atrajo la atención pública sobre las obras poéticas y plásticas de sus pacientes. El psiquiatra, consciente de la imposible recuperación social por la gravedad incurable de esa enfermedad, acometió entonces la misión de sacar del anonimato a estos creadores y promover su rehabilitación artística. Se trata de un momento sensible en el proyecto de Navratil que aparta a sus pacientes de los congresos de psiquiatría y empieza a presentarlos, desde 1970, en lugares propiamente artísticos como galerías de arte y exposiciones temporales²⁶. También por esos mismos años, la

²⁴ GISBOURNE, M., «Jugar al tenis con el Rey: arte visionario en Europa Central durante la década de 1960», en TUCHMAN, M.; ELIEL, C. (ed.), *op. cit.*, pp. 174-197.

²⁵ A Rainer le atrajo especialmente uno de los enfermos que estaba bajo el cuidado de Navratil desde 1966, Johann Hauser, que también sobrepintaba en fotografías e ilustraciones de revistas de manera compulsiva, sobre todo cuando caía en crisis psicóticas, y que en sus figuras acentuaba los dientes, geometrizaraba los genitales femeninos y detallaba maniáticamente ojos y cabello.

²⁶ La primera exposición colectiva, *Gugginger Künstler*, tendría lugar en una galería de Viena, con venta de sus obras de arte, cuentas bancarias personales y ediciones de los artistas más sobresalientes. Véanse NAVRATIL, L., *Johann Hauser. Kunst aus Manie und Depression*, Múnich, Rogner & Bernhard, 1978; August Walla, *Sein Leben und seine Kunst*, Nördlingen, Delphi, 1988. La empresa culminó diez años después, en 1981, con la fundación en Gugging del Centro de Arte y Psicoterapia, un pabellón independiente aunque vinculado al

Colección Prinzhorn había sido rescatada (en 1966) y Dubuffet, que durante diez años había dejado de lado su colección de *Art Brut*, conseguirá en 1969 que el *Museo de Artes Decorativas* de París se haga cargo de ella definitivamente.

Este tránsito «del manicomio al museo» se produce en un clima muy favorable –la era de protesta política y experimentalismo cultural que fue la década de los sesenta–, que, en el campo de la psiquiatría, reclama una mirada sobre la locura atenta a la complejidad y las ambigüedades de la psique humana, denuncia la violencia institucional padecida por los enfermos mentales y ensaya prácticas asistenciales de desinstitucionalización que tratan de *demonstrar* la inexistencia misma de la locura.

Es en este fondo difuso de inquietudes éticas y sociales en el que se inscribe la experiencia de Navratil con los esquizofrénicos de Gugging: que hay un tenue pero firme hilo conductor que conecta el instinto artístico de locos y sanos. Es una ligereza creer que el artista «normal» realiza su obra premeditadamente y bajo control, y que, a cambio, la creación del enfermo, sólo subyugada por procesos psíquicos inconscientes, carece de discernimiento y responsabilidad; en uno y otro hay siempre constancia, firmeza y celo, pero asimismo una parcela de ceguera, de confusión e impenetrabilidad. Por decirlo en palabras mucho más exactas, «la sinrazón incumbe a lo que hay de más decisivo en toda obra de arte, es decir a lo que toda obra contiene de criminal y apremiante»²⁷. Hay, pues, que tomarse muy en serio la insistencia con que, en la modernidad, la obra de arte *estalla* en la locura, la insistencia con que el artista se abisma en delirios y manías: es un juego, como había dicho Navratil, «de vida o muerte».

Pero una vez constatada esta evidencia ontológica de nuestra modernidad –que la locura es contemporánea de la obra de arte, puesto que inaugura el momento de su *verdad*–, queda en suspenso el alcance de esta nueva vida pública que el artista esquizofrénico ganó gracias al movimiento emancipador de esa década prodigiosa. Como tantas otras conquistas de los años sesenta y setenta, la obra de Navratil sólo puede verse como el producto de un combate histórico muy condicionado, y hoy seguramente irrepetible. Transcurridos cuarenta años y concluido el siglo XX, el arte de los locos ha dejado de ser marginal para formar parte de la ortodoxia artística y disponer de un puesto de pleno derecho en las clasifica-

hospital, con talleres y sala de exposiciones donde los artistas viven bajo tratamiento, pero formando una activa comunidad artística. Los propios pacientes empezaron a organizar sus exposiciones colectivas e individuales, en museos y galerías de Nueva York, París o Tokio, y algunos en particular, como Johann Hauser, August Walla y Oswald Tschirtner, alcanzaron un reconocimiento internacional. Hasta su muerte en septiembre de 2006, y a pesar de haber dejado la actividad clínica, Navratil no ha dejado de escribir sobre sus temas predilectos. La última vez que se le vio en público fue justamente a comienzos de ese verano, cuando se inauguró el *Museo Gugging-Art Brut* en el recinto del antiguo hospital vienés.

²⁷ FOUCAULT, M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, París, Gallimard, 1972, pp. 554-557.

ciones de la Historia del Arte más académica. Su cualidad de *diferencia* ha dejado de ser significativa.

¿A cambio de ciertas pérdidas, cabe temer? ¿No contiene esta *normalización* una semilla de peligro? ¿Acaso esta nueva convivencia natural con los profesionales de la modernidad artística, su entrada en el engranaje institucional de galerías, marchantes y colecciones, no implica potencialmente una neutralización de la expresividad, y quizá también cierto falseamiento de la creatividad esquizofrénica? Y, peor aún, ¿tanto fomento terapéutico, tanta benevolencia paternalista no son una forma más sutil y eficaz de represión? Hay especialistas convencidos de que desde hace ya varias décadas la creatividad de los esquizofrénicos se ha ido apagando, a pesar de que la producción de los internados de hospitales psiquiátricos se haya acrecentado en proporciones incalculables y de que médicos y enfermeros, alertados por la buena acogida de este «arte», hayan cambiado su actitud y estimulen su práctica. Esta afable intención es la causa, seguramente, del descenso de inventiva entre los enfermos mentales, que se saben dotados de una capacidad visionaria y creativa *oficial*, y que, halagados por la extensa bibliografía y las alabanzas que se les dedican, se aplican, en no pocos casos, a hacer lo que se espera de ellos, es decir «dibujos de locos». Nadie les ha explicado que la ingenuidad no puede sobrevivir si se convierte en una meta. Y muchas de las obras que circulan procedentes de estos medios se resienten de una pérdida de la *necesidad* y del ardor que solo nacen en aquel clima de prohibición y clandestinidad que daban una fisionomía propia al régimen concentracionario de los viejos manicomios, con su aislamiento de por vida y sus espectaculares, y dolorosas, formas de demencia y delirio²⁸.

Es éste probablemente uno de los efectos más odiosos de la cultura contemporánea: que el hecho de prestar «atención estética» a obras en origen inasimilables desvirtúa su naturaleza íntima, lábil y fugaz. Cuando el psicótico empuña un lápiz lo hace empujado por una necesidad imperiosa que deja entrever el tesoro vertiginoso de una capacidad nunca culminada. Por eso, seguramente el *arte* de los esquizofrénicos no puede renunciar a su condición asocial. Es un arte que solo florece en territorio inculto, «que se escabulle en cuanto se pronuncia su nombre, que ama el anonimato; y que vive su mejor momento cuando olvida cómo se llama»²⁹.

* María Bolaños: artedu@arte.uva.es

** Fecha de recepción: 20-XII-2006.

²⁸ M. THEVOZ, *op. cit.*, pp. 16-17.

²⁹ DUBUFFET, J., en THEVOZ, M., *op. cit.*, p. 11.

Formación en enfermería de salud mental

DEBATES E INFORMES

RESUMEN: Se describe la situación actual de la formación postgrado de enfermería de Salud Mental, tanto de la especialidad como de la formación continuada.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, salud mental, formación postgrado.

SUMMARY: This article describes the current continuous education in Mental Health Nursing, both during the intensification studies and graduate studies.

KEYWORDS: Nursing, mental health, graduate studies.

En primer lugar cabe destacar la falta de datos sobre la formación especializada de Enfermería en Salud Mental. No existen cifras sobre número de especialistas previos al sistema EIR (1970-1987), sólo de las plazas ofertadas desde que está vigente el sistema EIR. No teniendo cifras de la formación especializada de enfermería en Salud Mental, tampoco las tenemos de su distribución por Comunidades Autónomas, sólo del lugar en que se forman los EIR, siendo estas cifras muy desiguales en la distribución de la oferta desde las primeras ofertas formativas en 1998 (1) con 21 plazas ofrecidas en cuatro unidades docentes en Andalucía, Asturias, Madrid y Euskadi hasta la oferta formativa de 2006. Hasta el año 2005 se han ofertado 457 plazas de EIR en Salud Mental (2).

Plazas ofertadas de Enfermería de Salud Mental 2006	
Comunidad Autónoma de Andalucía	8
Comunidad Autónoma de Aragón	6
Comunidad Valenciana	10
Comunidad Autónoma de Canarias	10
Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha	13
Comunidad Autónoma de Murcia	6
Comunidad Autónoma de Castilla y León	7
Comunidad Autónoma de Cataluña	36
Comunidad Autónoma de Madrid	7
Comunidad Autónoma de Galicia	2
País Vasco	10
Principado de Asturias	9
Total	124

Fuente. Subdirección General de Ordenación Profesional (2006).

Sin embargo una gran proporción de enfermeras especialistas no desarrollan su labor profesional en Servicios de Salud Mental, mientras que los profesionales que sí lo hacen, no tienen especialidad muchos de ellos y algunos no van a poder obtenerla debido al límite temporal que los aspirantes deben cumplir según los criterios del RD 450/05, de 22 de abril, que en el caso de la Salud Mental se sitúa en el 4 de agosto de 1998 para obtener por vía excepcional la especialidad (3). Esta situación de falta de correspondencia entre los especialistas y los enfermeros que trabajan en Salud Mental se debe a la inexistencia de la categoría laboral de enfermero de Salud Mental, que sólo tiene reconocida la Comunidad Autónoma de Cantabria, Euskadi y Navarra y tiene en proyecto la de Galicia, Murcia y Aragón, si bien sólo han convocado OPE específica Euskadi y Navarra.

Los únicos datos de que disponemos son los proporcionados por el Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría de los enfermeros, especialistas o no, que trabajan en Salud Mental, siendo su distribución muy heterogénea tanto territorialmente como en los distintos dispositivos, careciendo incluso de información en el caso de dispositivos intermedios (4).

Total profesionales de enfermería x 100.000 habitantes			
Comunidad Autónoma	Enfermería	Comunidad Autónoma	Enfermería
Andalucía	6,23	Euskadi	17,81
Aragón	10,54	Extremadura	6,3
Asturias	11,48	Galicia	6,12
Baleares	11,91	Madrid	7,56
Canarias	8,90	Melilla	11,11
Cantabria	10,81	Murcia	7,22
Castilla-La Mancha	9,82	Navarra	12,59
Castilla y León	7,53	Rioja	12,36
Cataluña	5,75	Valencia (2002)	4,93

Fuente. Observatorio de Salud Mental. Análisis de los recursos de Salud Mental en España (2003).

En el conjunto del Estado durante el año 2003, la media de enfermeras trabajando en dispositivos de Salud Mental era de 9,4, situándose muy por debajo de las ratios recomendadas.

Respecto al sistema EIR el gran problema es la duración de la formación en el caso de Salud Mental (que queda limitada a un año) consumiéndolo prácticamente en la realización del proyecto de investigación.

El Banco Mundial recomienda dos y cuatro enfermeras por cada profesional médico (5), siendo el número medio de psiquiatras en el Sistema Nacional de Salud 6,2 por cada 100.000 habitantes, resulta que en cifras de 2003 el número de enfermeras sería de 26,4, si bien tomamos las recomendaciones de la AEN en el año 2000, de 12 psiquiatras por 100.000 habitantes, el número deseable de enfermeras de Salud Mental sería 46 por cada 100.000 habitantes, muy lejos de las 9,4 que como media tenía el Sistema Nacional de Salud, siendo cada vez más necesario la tendencia a aumentar el número de profesionales enfermeros, con la creciente importancia de los programas de rehabilitación y continuidad de cuidados cuyo principal peso debe recaer sobre estos profesionales. Es un dato engañoso, pues nos encontramos con que en los únicos dispositivos en que el número de enfermeras es mayor que en las unidades de hospitalización, ya que deben cubrir tres turnos.

Cabría destacar como recomendación en primer lugar conocer el número, cualificación (especialidad y currículum), así como su distribución, tanto geográfica como en los distintos dispositivos. Paralelamente realizar una catalogación de puestos de trabajo específicos de enfermería de Salud Mental en todos y cada uno de los dispositivos, vinculando dichas plazas a la posesión de la especialidad, para ello sería necesario previamente crear la categoría de enfermera de Salud Mental en todo el Sistema Nacional de Salud. Así se hace necesario la normalización de los puestos de trabajo que desempeñan enfermeras expertas en Salud Mental que actualmente se mueven en la incertidumbre de si podrán acceder a la especialidad según el RD 450/05 debido al límite temporal establecido en la disposición adicional segunda de acceso excepcional al título de enfermera especialista, así como la superación de la prueba que éste señala. Sin lo señalado anteriormente no será posible evaluar las necesidades de acreditación de plazas EIR de Salud Mental.

Otro aspecto primordial en la formación EIR es el tiempo de duración de uno a dos años, así lo hace necesario el desarrollo del programa formativo y la deseable realización no solo del proyecto sino de la investigación.

Es necesario un mayor desarrollo de competencias propias y específicas, especialmente de la enfermería de enlace, tanto de atención primaria como especializada, la implementación en dispositivos psicosociales, donde apenas existe presencia de enfermería de Salud Mental.

Otro de los factores fundamentales es una mayor equidad interterritorial en cuanto al número de enfermeras de Salud Mental y su distribución en programas y dispositivos específicos, así como el acceso a la formación EIR.

Para todo esto sería importante incorporar e implicar a las enfermeras en los lugares de consulta y decisión donde se diseñan e implementan las políticas de Salud Mental (6).

Los Ministerios de Sanidad y Consumo y el de Educación, Cultura y Deporte han encomendado la gestión de la acreditación de actividades de formación continua a nivel estatal en enfermería, al Consejo General de Colegios Profesionales de Diplomados en Enfermería que aplican los criterios comunes a la Comisión de Formación Continuada (7; 8).

Paralelamente la formación continuada es competencia de las Comunidades Autónomas que en sus respectivas Consejerías de Sanidad poseen una Comisión de Acreditación. Los criterios de acreditación son muy generales y no específicos de enfermería en Salud Mental, ni siquiera de enfermería (9).

Nos encontramos así con un panorama fragmentario y disperso, con múltiples dispensadores de formación (universidades, sociedades científicas, sindicatos, colegios profesionales, agencias de formación de CC. AA., etc.) que no siguen un plan general, ni criterios homogéneos, guiados muchas veces por intereses distintos, en los que la formación específica, el desarrollo y adquisición de competencias, ligadas a la práctica profesional, no es el fin principal.

En este momento además la formación continuada está centrada en la consecución de los créditos necesarios para el acceso excepcional al título de enfermero especialista.

Es previsible que con el desarrollo de la carrera profesional y la puesta en marcha de las áreas de capacitación específicas, la formación continuada se vaya perfilando en función de los criterios que estas establezcan.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en su documento «Desarrollo de los recursos de Enfermería para la Salud Mental» (10) señala como prioritaria la formación posbásica en dos áreas. Los cuidados de enfermedades mentales graves y el apoyo a los profesionales de Atención Primaria, esto es, la formación en continuidad de cuidados y en enfermería de Salud Mental de enlace.

Además sugiere una serie de áreas de formación continuada que no es exhaustiva: evaluación de desordenes mentales, capacidades de comunicación, enfermería de Salud Mental en la comunidad, autoasistencia emocional (cuidado de la propia salud mental), evaluación e investigación, problemas jurídicos y éticos, gestión de situaciones de urgencia, gestión de la medicación psicotrópica, atención de Salud Mental en situaciones de urgencia humanitaria, promoción de la Salud Mental, modelos de Salud Mental para la salud pública, estigma y discriminación, abuso de estupefacientes, tratamiento de desordenes mentales, trabajo en equipo, trabajo con los usuarios de los servicios y sus familiares, trabajo con grupos específicos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Orden de 30-7-1998, convocando pruebas para acceso a especialistas, publicado en el BOE de 4-8-1998.
- (2) VALLESTER FERRANDO, D., «El compromiso de la Enfermería en Salud Mental», *Rev. Presencia*, 2006, enero-junio, 2 (3). [<http://www.INDEX-F.com/PRESENCIA/N3/42ARTICULO.php>].
- (3) Real Decreto 450/05 de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería, BOE n.º 108 de 26-5-2005.
- (4) SALVADOR, I. (coord.), *El observatorio de Salud Mental: Análisis de los recursos de Salud Mental en España*, Madrid, AEN, 2003.
- (5) WORLD BANK, *Development Report Investing in Health*, Nueva York, Oxford University Press, 1993.
- (6) BRAVO ORTIZ, M. F., y otros (coord.), «Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad», *Cuadernos Técnicos*, 4, Madrid, AEN, 2000.
- (7) Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. www.cge.enfermundi.com consultado el 16-7-2006.
- (8) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, BOE n.º 280, de 22-11-2003.
- (9) CIE (2004). Desarrollar los recursos de enfermería para la Salud Mental, www.icn.ch/masters_mentalhealth04sp.html, consultado el 15-7-2006.
- (10) Resolución de 22-5-2002 sobre «Convenio de colaboración en materia de formación continuada de las profesiones sanitarias», publicado en el BOE 4-4-2002.

* Ana García Laborda, enfermera psiquiátrica, socióloga. Centro de Salud Mental de Parla (Madrid).

Correspondencia: anag28@enfermundi.com

** Fecha de recepción: 5-III-2007.

Luis Fernando Barrios Flores

Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrica penitenciaria

RESUMEN: El sistema psiquiátrico penitenciario surge como institución especializada. El modelo hoy está en crisis en España por vulnerar los derechos del paciente.

PALABRAS CLAVE: Hospital psiquiátrico penitenciario, derechos del paciente, internamiento penal.

SUMMARY: The psychiatric penitentiary system is born as specialized institution. Today the model is in crisis in Spain because it harms the patient's rights.

KEY WORDS: Psychiatric penitentiary hospital, patient's rights, penal internment.

1. ORÍGENES DE LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICO-PENITENCIARIA EN ESPAÑA

La preocupación por la cuestión de la «irresponsabilidad efectiva del enajenado» fue hondamente debatida a fines del XIX. Desde principios de este siglo «todo un conjunto de juicios apreciativos, diagnósticos, pronósticos, normativos, referentes al individuo delincuente han venido a alojarse en la armazón del juicio penal» (1), debido al cambio del sistema probatorio penal, ya que si inicialmente regía la aritmética de la demostración, posteriormente se implanta el principio «íntima convicción»: para condenar es preciso tener la certeza total, exhaustiva e íntegra de la culpabilidad del acusado. La intervención del perito psiquiatra en el proceso penal deviene de este modo inevitable cuando hay duda sobre la sanidad del sujeto enjuiciado.

Por su parte, el principio clasificatorio y la especial consideración del enfermo mental delincuente reclamaban una institución específica. Aunque los psiquiátricos penitenciarios remontan sus orígenes a finales del siglo XVIII –pudiendo citarse como precedente de ellos la Bastilla, que había venido siendo utilizado como asilo de seguridad en el que se alojaban locos criminales– será a lo largo del siglo XIX cuando se extiendan por Europa y Norteamérica (2).

Es fundamental en el proceso de creación de psiquiátricos penitenciarios la reforma inglesa. John Howard (1726-1790) en *The State of Prisons in England and Wales* (1777) (3) hizo una rotunda crítica de la convivencia en cárceles de enfermos mentales y sanos y numerosos políticos y filántropos británicos promovieron, entre otras ideas humanitarias, la reforma de las instituciones que albergaban locos delincuentes. Pero en España, en la primera mitad del siglo XIX, la mezcolanza de locos y delincuentes era común (4).

El precedente más lejano de establecimiento de destino de «locos delincuentes» es el manicomio de Santa Isabel de Leganés (5; 6; 7), que pronto se vio sobrepasado por el número de ingresos, lo que produjo disfunciones institucionales de todo orden.

La idea de construir el primer manicomio propiamente judicial surge en 1886, pues «dado el rápido avance que en nuestra patria había alcanzado la medicina legal no es nada extraño que hubiese personas influyentes interesadas en el proyecto de manicomio judicial» (Simarro o Esquerdo) (8). Por R. D. 13 de diciembre de 1886 se dispuso la creación en Madrid de un *Manicomio penal*, pero la operación no se llevaría a cabo (9). A partir de 1887 se irán trasladando reclusos enajenados al Manicomio de Santa Isabel de Leganés. Pero las protestas por estos traslados provocarían bien pronto su expulsión.

En 1888 se hace una estadística de la situación de los locos criminales, que da como resultado: 220 locos varones y 18 mujeres, repartidos entre los hospitales de Elda (Alicante), Agudos (Córdoba), Gerona, Santa Cruz (Barcelona), y Málaga y los manicomios de San Baudilio de Llobregat, Castellón, Cádiz, Conxo de Santiago, Granada, Santa Isabel, Instituto frenopático de Las Corts (Barcelona), Murcia, Toledo, Valladolid y Zaragoza (10).

Los proyectos de creación de este tipo de establecimientos se suceden (Alonso Martínez y Sagasta en 1888; nuevamente Alonso Martínez en 1894), pero siempre sin resultado (9). Comentando Salillas la Orden de 27-7-1870, que señalaba que «la enajenación mental [es] una enfermedad *no muy común* en nuestro país», afirma: «en España, no solamente, nos creemos justos y benéficos, sino dotados de una salud mental a toda prueba» (10).

Se improvisó entonces una Penitenciaría Hospital en El Puerto de Santa María, que fue dotada de un Reglamento provisional por Real Orden de 20-3-1894. Este centro –nuestro primer psiquiátrico penitenciario– contaba entonces con cinco secciones: ancianos, inútiles, enfermos crónicos, enfermos agudos y enfermos mentales. La 5.ª sección se dividió en las siguientes dependencias: tranquilos, semi-tranquilos, agitados, sucios, epilépticos y enfermos en observación (11).

La necesidad de un establecimiento penitenciario-psiquiátrico, por las consideraciones doctrinales, pero también por los inconvenientes regimentales, es puesta de manifiesto por la Exposición de Motivos del R. D. de 1 de septiembre de 1897 (Gaceta de Madrid, 5 de septiembre): «Contra todos los preceptos legales y contra todas las sanas intenciones del legislador y del filántropo, hay en muchas cárceles varios individuos con la razón perturbada, que, no obstante, al haber sido declarados por los Tribunales sentenciadores exentos de responsabilidad por causa de enajenación mental, permanecen impropriadamente recluidos con agravación de sus males y hasta con trastornos en el régimen, y en la disciplina de los establecimientos carcelarios donde moran».

Sin embargo, fue importante el retraso en la creación de una institución específica para enfermos mentales delincuentes en España. En Inglaterra ya existía un específico establecimiento para locos delincuentes desde 1816 (12); en Francia (desde 1838) legalmente los alienados no podían estar recluidos en prisión, por

imperativo del art. 24 de la Ley francesa de 30-6-1838 (13); instituciones de este tipo las tenemos en Broadmow (Inglaterra), Perth (Escocia), Dundrum (Irlanda), Bicêtre (Francia) y Bruges (Bélgica) (8).

A pesar de las prescripciones del R. D. 1-9-1897 y de que nuevamente se ordenó construir por R. D. 26-1-1912 un psiquiátrico penitenciario, lo cierto es que tales previsiones no se materializaron (9) y no hubo otro remedio que continuar con la habilitación de las dependencias de la ya citada Penitenciaría del Puerto de Santa María como «manicomio penitenciario provisional» (14), aunque esta institución no fue la única en albergar a reclusos dementes. A finales de siglo, éstos estaban en las cárceles o en los manicomios de Leganés, San Baudilio de Llobregat, Ciempozuelos, Conxo, Valencia, Zaragoza, Toledo, Valladolid, Sevilla, Cádiz, Granada, Mérida, Reus, Teruel, Logroño, hospital de Santa Cruz de Barcelona, hospital provincial de Salamanca y departamento de Dementes de Almería.

Lo que luego siguió poco interesa a los efectos de mi exposición. Decir, eso sí, que las dificultades presupuestarias dilataron la creación de una institución adecuada y suficientemente dotada (15).

2. LA PRIMERA REFORMA POSTCONSTITUCIONAL DEL SISTEMA: LOGP Y REGLAMENTO PENITENCIARIO DE 1981

El precedente de las actuales instituciones hospitalarias psiquiátricas penitenciarias es el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid –Instituto Psiquiátrico Penitenciario en sus orígenes– cuya construcción se inició en 1944. Ubicado en el Complejo Penitenciario de Carabanchel, junto al Centro de Detención de Hombres, el Hospital General, el Reformatorio de Jóvenes y la Escuela de Estudios Penitenciarios, cubriría a partir de entonces las necesidades asistenciales específicamente psiquiátricas.

La reforma de 1968 del Reglamento de Servicios de Prisiones de 1956 (RSP 1956), cataloga al «Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario» como centro asistencial (art. 5.a), que se une a otros dos centros especiales: el Departamento de Oligofrénicos de León, al que iban destinados «todos aquellos que presenten una debilidad de la inteligencia en cualquiera de sus grados» y el Centro de Psicópatas de Huesca, destinado a «internos que presenten dicha anormalidad» (arts. 23.f y h) RSP 1956, redactado según Decreto 162/1968, de 25 de enero).

Con la reinstauración de un régimen democrático la reforma penitenciaria devenía inevitable, tanto por razones legales (16), como por la crítica situación penitenciaria (17). La Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (en adelante LOGP) diferenció tres tipos de establecimientos (art. 7): de preventivos, de cumplimiento de penas y especiales. Dentro de esta última cate-

goría, el art. 11 del mismo texto legal establece unos subtipos: centros hospitalarios, centros psiquiátricos y centros de rehabilitación social; en todos ellos «prevalece el carácter asistencial» y «el tratamiento se armonizará con la finalidad específica de cada una de estas Instituciones» (art. 68.1 LOGP).

El Reglamento de desarrollo de la LOGP fue aprobado por R. D. 1201/1981, de 8 de mayo (RP 1981 en adelante). Dedicó el capítulo IV del Título II al «Régimen de los Establecimientos Especiales», indicando que los «Centros Psiquiátricos» «comprenderán, al menos, Sanatorios Psiquiátricos para Psicóticos o enfermos mentales en sentido estricto, Centros para Deficientes Mentales y Establecimientos para Psicópatas» (art. 56.1.b RP 1981).

En su art. 57 describe el régimen de los Establecimientos Especiales. El ingreso en ellos compete ordinariamente a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (en adelante DGIP), a propuesta de la Junta de Régimen y Administración de los Establecimientos, en el caso de detenidos y presos (art. 57.2) o del Médico del Centro, el Equipo de Observación o de Tratamiento o, cuando corresponda, por el equipo técnico a que se refiere el art. 39 LOGP, en el caso de los penados (art. 57.3), aunque en casos de urgencia el Director de un Establecimiento podría ordenar el ingreso a propuesta del facultativo (art. 57.4).

La clasificación interior inicial corresponde al facultativo de guardia (art. 57.5, pfo. 2.º), hasta la clasificación definitiva por el psiquiatra (art. 284.8.ª RP 1981). En lo posible debían observarse los criterios de clasificación de la LOGP (art. 16) y del RP 1981 (arts. 14, 38 y 39): detenidos, presos, penados y sometidos a medidas de seguridad; primarios y reincidentes; hombres y mujeres; jóvenes y adultos; detenidos y presos por delitos dolosos de aquellos que lo están por delitos de imprudencia y, en fin, entre enfermos físicos o mentales de los que pueden hacer un régimen normal.

El régimen general de funcionamiento se caracteriza por la omnipresencia del facultativo, a pesar de las amplias funciones de la Junta de Régimen y Administración.

También el examen de los expedientes disciplinarios requiere que la Junta de Régimen oiga el informe de los facultativos antes de imponer las sanciones, debiendo aplazar, interrumpir o sustituir por otras las sanciones «cuando así proceda a la vista del informe motivado de los facultativos» (art. 57.13). Además, se contempla la existencia de departamentos para «internos que hagan imposible la ordenada convivencia» y «contravengan las normas de régimen del mismo y las indicaciones de los facultativos», pero «sin desatender las exigencias de los cuidados y prestaciones asistenciales» (art. 57.8).

El art. 56.2 RP 1981 prescribe que «el régimen de los Establecimientos Especiales tendrá como finalidad armonizar las exigencias del tratamiento asis-

tencial que requieren los internos ingresados en los mismos, con las derivadas de la situación procesal o penal de dichos internos», concreción del ya citado art. 68.1 LOGP. En consecuencia, se aplicarán a los detenidos y presos de un lado, y a los penados de otro, las normas de régimen que contiene el Reglamento Penitenciario pero sólo «en cuanto no resulte afectada la finalidad asistencial de los Centros Especiales» (art. 57.9).

En el período postconstitucional el panorama de establecimientos de acogida de enfermos mentales internados por razón penal es el siguiente. Por una parte, existe como único establecimiento específico para enfermos mentales varones el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid (ubicado en el complejo penitenciario de Carabanchel), mientras que el establecimiento de Yserías acogía un departamento para mujeres enfermas mentales. Se mantienen los centros especiales de León y Huesca en los términos descritos.

El Departamento de Oligofrénicos de León fue suprimido por Orden de 22-5-1990 (BOE de 3 de julio), creándose un Departamento análogo en Sevilla, pues el Gobierno delegó en la DGIP la determinación del destino concreto de los diferentes regímenes del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (Orden de 23-3-1990, BOE de 27 de junio). Posteriormente se suprime el Departamento de Oligofrénicos de Sevilla y se crea el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (Orden 1-6-1990, BOE de 30 de junio), con capacidad para 150 camas. Por su parte, el Centro de Psicópatas de Huesca es suprimido por Orden de 22-5-1990 (BOE, 3 de julio), tras las duras críticas vertidas en un Informe de la Asociación de Derechos Humanos en 1982. Sus pacientes fueron trasladados al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.

En fin, se suprimió, por unificación con el Centro Penitenciario de Preventivos de Madrid, el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, por Orden de 22-5-1990 (BOE, 3 de julio). En su cierre probablemente tuvo que ver el contundente informe que elaboró la Comisión de Legislación de la AEN (18; 19), que lo calificaba como «una extraña institución totalitaria y cerrada, en la que se entremezcla y superpone la estructura de una antigua cárcel de máxima seguridad (sin las técnicas modernas) con la de un anacrónico asilo u hospicio psiquiátrico». Destacó el poder los llamados «enfermeros» (reclusos), que imponían un régimen de «puro terror» a los pacientes; el carácter, en la práctica indefinido, de algunos internamientos, cuyo fin siempre estaba supeditado a la autorización judicial y se enfrentaba al rechazo de la sanidad civil; la inexistencia de terapia ocupacional o laborterapia «por ahorro de la institución», limitándose los tratamientos a los de carácter farmacológico; la obligatoriedad (sin exclusiones) de la medicación; existencia de un pabellón de «agitados» que era lugar más de sanción que de tratamiento. La conclusión fue solicitar el cierre y la desaparición de centros de este tipo «por ser lugares que pese a ser llamados hospitales donde se imparte tratamiento,

no son más que centros de reclusión donde los derechos de sus internos son inexistentes y donde el proceso terapéutico de cura no existe».

Tras el cierre del establecimiento de Madrid, 34 pacientes fueron ingresados en el de Alicante el 27-3-1990. Posteriormente se clausuraría el departamento de mujeres de Madrid, siendo trasladadas 11 de ellas al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante el 22-3-1991; desde entonces ocupan un ala de uno de los tres Pabellones del establecimiento.

3. EL RÉGIMEN VIGENTE: CÓDIGO PENAL DE 1995 Y REGLAMENTO PENITENCIARIO DE 1996

3.1. *El nuevo Código Penal*

El nuevo Código Penal, aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre (CP), llevó a cabo una profunda reforma en el ámbito que aquí se trata. La regulación del internamiento psiquiátrico de origen penal se regula en su art. 101 en los siguientes términos: «1. Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al núm. 1.º art. 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 art. 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo». Se introduce así, por vez primera en nuestro ordenamiento, un límite al internamiento, ya que «las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor» (art. 6.2 CP).

El hasta entonces carácter indefinido del internamiento psiquiátrico penal, venía siendo ampliamente contestado por la doctrina. Mena afirmó que «el enajenado del art. 8.1.º del Código Penal queda sometido a una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico indefinido, que, constituye la única excepción al imperio de principio de legalidad» (20); Del Torco habló de la existencia de reclusión perpetua en el Derecho Español por vía de internamiento psiquiátrico» (21). Tampoco faltaron propuestas en el sentido de abogar porque se aplicaran las reglas de ejecución de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970 para, de esta forma, supeditar la duración de la medida al cese del estado peligroso del enajenado (22). En lo que a mí respecta, participé esta situación al entonces Presidente del Tribunal Constitucional, mi buen amigo y maestro Francisco Tomás

y Valiente, cruel e insensatamente asesinado tras dejar su cargo. Éste, en carta personal que me remitió el 9-2-1987, me decía: «bien sabes que si me han preocupado los pobres hombres del Siglo XVII que sufrían entonces por causas semejantes a éstas, más me tienen que preocupar y me preocupan los hombres vivos que están en la situación que tú describes». Él y yo éramos conscientes de que el Tribunal que entonces presidía no tenía directa competencia sobre el tema hasta tanto no se planteara un recurso de amparo, no obstante remitió al entonces Ministro de Justicia Fernando Ledesma la memoria justificativa que yo le había enviado, que básicamente se centraba en el aspecto reseñado: el carácter indefinido de los internamientos.

Poniendo coto a los posibles desmanes que se podían producir por una irrazonable perpetuación del internamiento, el Tribunal Constitucional había dictado, con anterioridad al CP 1995, las Sentencias 112/1988 y 24/1993. En la última, refiriéndose al art. 8.1 CP, afirma: «el precepto cuestionado no consagra una privación de libertad indefinida en el tiempo y dejada a la plena disponibilidad del órgano judicial competente... entre las condiciones mínimas que debe cumplir una medida de internamiento, aparte las anteriormente mencionadas (justificación plena de la enajenación mediante informes médicos y que ésta revista un carácter o amplitud que aconseje el internamiento), destaca la de que el internamiento no puede prolongarse válidamente cuando no subsista el trastorno mental que dio origen al mismo. En consecuencia, resulta obligado el cese del internamiento, mediante la concesión de la autorización precisa, cuando conste la curación o la desaparición del estado de peligrosidad que motivó el mismo, correspondiendo al Tribunal penal realizar los pertinentes controles sucesivos a tal fin (STC 112/1988)». De este modo nuestro TC vino a asumir el contenido de la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el *Caso Winterwerp*, S. 24-10-1979, al interpretar el art. 5.1.e del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales de 1950: dado que los motivos que justificaron la decisión de internar pueden dejar de existir, no puede prolongarse válidamente el internamiento cuando no subsista el trastorno mental que dio origen al mismo.

El CP de 1995 también describe un elenco de opciones posibles que modifican tal límite máximo (art. 97 CP), ya que el Juez de Vigilancia Penitenciaria estará obligado a elevar, al menos anualmente, una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de seguridad privativa de libertad impuesta, sobre la que resolverá el juez o tribunal sentenciador mediante un procedimiento contradictorio (23). Para hacer aquella propuesta, según indica el art. 98 CP: el Juez de Vigilancia Penitenciaria «deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales que asistan al sometido a medida de seguridad, y, en su caso, el resultado de las demás actuaciones que a este fin ordene».

La intervención del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, en general es bien acogida por la doctrina, (24) (25), aunque no hayan faltado voces críticas (26).

3.2. *El nuevo –y vigente– Reglamento Penitenciario*

La adaptación reglamentario-penitenciaria al nuevo CP, tuvo lugar por R. D. 190/1996, de 9 de febrero, que aprueba un nuevo Reglamento Penitenciario (en adelante RP 1996) que pretende «extraer las potencialidades más innovadoras de la LOGP» (Preámbulo).

En la materia que aquí interesa el Capítulo VII del Título VII del nuevo Reglamento (arts. 183-191) lleva a cabo profundísimas modificaciones. En primer lugar, se diferencian dos tipos de instituciones para la acogida de los enfermos mentales recluidos por razón penal: los «establecimientos» y las «unidades psiquiátricas». «Por establecimiento o centro se entiende una entidad arquitectónica, administrativa y funcional con organización propia», que a su vez «estarán formados por unidades, módulos y departamentos que faciliten la distribución y separación de los internos» (art. 10). El establecimiento psiquiátrico penitenciario tiene pues entidad propia, mientras que la «unidad psiquiátrica» no deja de ser una dependencia adscrita a un «establecimiento». El nacimiento de la figura de las «unidades psiquiátricas penitenciarias», no justificado en el Preámbulo del Reglamento, parece razonable, ya que tiene que ver con la prescripción contenida en el art. 191.2 del texto reglamentario, conforme al cual: «La Administración Penitenciaria procurará que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias favorezca la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes».

Establecimientos y Unidades Psiquiátricas Penitenciarias, se califican como «centros especiales», en coherencia con lo dispuesto en los arts. 7.c) y 11.b) LOGP, en donde ingresarán, tanto las «personas a las que por aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el Código Penal les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario», como los «penados a los que, por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal sentenciador en aplicación de lo dispuesto en el Código Penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal que deba ser cumplida en un Establecimiento o Unidad psiquiátrica penitenciaria» y, además, de los anteriores, «los detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe» (art. 184 RP 1996).

Junto a las modificaciones reseñadas, se introducen en el nuevo RP importantes innovaciones en el ámbito estructural-funcional que merecen un más detenido análisis. Antes de proceder al mismo destacar dos datos: a) la rotunda discordancia entre la «cárcel legal» y la «cárcel real» (27), entre el psiquiátrico penitenciario teórico a la luz de la ley y reglamento penitenciarios y el psiquiátrico penitenciario efectivo y b) que nada obliga a que el internamiento para tratamiento médico haya de tener lugar necesariamente en un «hospital psiquiátrico penitenciario» (23) (24).

3.2.1. La estructura directiva

La estructura directiva-técnica de los establecimientos penitenciarios en España se desdobra en dos tipos de órganos: unipersonales y colegiados. Entre los segundos no tiene ningún interés abordar aquí ni las funciones de la Comisión Disciplinaria –las disposiciones de este orden no son de aplicación a los establecimientos y unidades psiquiátricas (art. 188.4 RP 1996)– ni las de la Junta Económico-Administrativa –cuyo cometido, regulado en el art. 278 RP 1996, poco tiene que ver, al menos directamente, con las cuestiones que aquí nos ocupan. No sucede lo mismo con los otros órganos colegiados, Consejo de Dirección y Junta de Tratamiento, respecto a los que se ha producido una «perversión» del sistema al ser injustificada e impertinente unificados en los hospitales psiquiátricos penitenciarios.

El Consejo de Dirección (heredero de las anteriores Juntas de Régimen y Administración) está integrado por el Director, los Subdirectores de Régimen, Seguridad, Tratamiento, Médico y Personal (si lo hubiere) y el Administrador (art. 270 RP 1996). En los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios se añade el Subdirector de Enfermería y no existe el de Personal. Las funciones del Consejo de Dirección, de por sí amplias (art. 271.1 RP 1996), devienen omnímodas en lo que a psiquiátricos penitenciarios respecta, como veremos.

Las insuficiencias del vigente RP se vieron agudizadas mediante una perversa alteración por la DGIP de los contenidos competenciales de los órganos colegiados de las instituciones psiquiátricas penitenciarias, que tuvo como resultado una flagrante violación de la legalidad constitucional y ordinaria y de la normativa reglamentaria de aplicación, ya que la Circular 07/96 IP, 12 de junio de 1996, dispuso en su apdo. 10.º: «En los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas las funciones asignadas reglamentariamente a la Junta de Tratamiento serán asumidas por el Consejo de Dirección». La trascendencia de ésta, aparentemente inocente disposición infra-reglamentaria, es muy elevada, como comprobaremos.

Por su parte, la Junta de Tratamiento está compuesta por: el Director (que la preside), el Subdirector de Tratamiento, el Subdirector Médico, los Técnicos

de Instituciones Penitenciarias que hayan intervenido, en su caso, en las propuestas sobre las que delibere, el Coordinador de los servicios sociales penitenciarios del Centro, un Educador, que haya intervenido en las propuestas y un Jefe de Servicios, preferentemente el que haya intervenido en las propuestas (271.1 RP 1996).

Son funciones de la Junta, «sin perjuicio de las funciones del Centro Directivo y del Equipo Técnico» –me limito a las de aplicación a instituciones psiquiátrico-penitenciarias–: establecer los programas de tratamiento y los modelos individualizados de ejecución penitenciarios para cada interno del Centro, supervisar la ejecución de las actividades programadas por el Equipo Técnico, adoptar los acuerdos que estime pertinentes sobre las peticiones y quejas que formulen los internos a los Equipos Técnicos sobre su clasificación, tratamiento o programa de intervención, conceder los permisos penitenciarios de salida, previo informe del Equipo Técnico, solicitando la autorización del Juez de Vigilancia o del Centro Directivo, según corresponda, organizar la ejecución de las prestaciones de carácter asistencial que precisen los internos o sus familiares, fomentar las actividades laborales de los internos, cuidando que las mismas se desarrollen con arreglo a las normas vigentes, así como organizar, etc. y remitir los informes a que hace referencia el art. 39 LOGP («diagnósticos psiquiátricos que afecten a la situación penitenciaria de los internos»).

A tenor de lo establecido en el art. 25.2 de la Constitución Española (en adelante CE) «Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social». De ahí deriva que los establecimientos en donde se cumplen aquellas «[tengan] como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad» (art. 1 LOGP). Idéntica declaración se contenía en el art. 1 RP 1981 y en el vigente art. 2 RP 1996.

El instrumento de esta labor reeducativo-reinsertadora es el llamado «tratamiento penitenciario», que consiste en «el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados (*sic*)» (59 LOGP) y otro tanto sucede con los sometidos a medidas de seguridad. En efecto, el art. 11 LOGP señala que «los establecimientos especiales son aquellos en los que prevalece el carácter asistencial», y entre los tipos de centros especiales se indica expresamente que tal condición tendrán los «Centros psiquiátricos» (apartado b) del citado art. 11 LOGP). En tales centros «el tratamiento se armonizará con la finalidad específica de cada una de estas Instituciones» (art. 68.1 LOGP). Es evidente por tanto que en los «establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias» el instrumento de reeducación y reinserción de los en ellos internados no es otro que el «tratamiento» armonizado con el fin específico de los mismos: la atención psiquiátrica.

El órgano administrativo al que se atribuye «las tareas de observación, clasificación y tratamiento penitenciario» son las Juntas de Tratamiento, encargándose de la ejecución de dichas tareas los llamados «Equipos Técnicos» (art. 111.1 RP 1996).

La distinción de funciones atribuidas a Consejo de Dirección y Junta de Tratamiento es clara. Corresponden al primero tareas que tienen por común denominador los aspectos regimentales: supervisión de la actividad general del centro; elaboración de normas de régimen interior; adopción de medidas en casos de alteración del orden, determinación del número de puestos auxiliares; determinación de horarios de comunicaciones, paquetes y recuentos; determinación de las áreas regimentales de participación de los internos (arts. 271 y 273 RP 1996). Muy otro es el cometido de la Junta de Tratamiento.

Precisamente, porque las funciones son distintas, distinta es la configuración de uno y otro órgano. Sin embargo, en los hospitales psiquiátricos penitenciarios, el órgano administrativo que, por ejemplo, informa los permisos (o salidas terapéuticas) es el Consejo de Dirección; es decir: el Administrador, el Subdirector de Seguridad, el Subdirector-Jefe de la Oficina Régimen, etc. Por el contrario, en un centro penitenciario ordinario quien informa dichos permisos es el jurista, el psicólogo, el trabajador social, el educador, etc.

La decisión de atribuir al Consejo de Dirección las funciones de la Junta de Tratamiento no es nada inocente. Supone ni más ni menos que regimentalizar una institución especial. Es una apuesta por un modelo burocrático-penitenciario, bien lejos del tratamental, pues, habida cuenta que los establecimientos especiales (psiquiátricos en nuestro caso) «son aquellos en los que prevalece el carácter asistencial» (11 LOGP), mal se compadece este hecho con atribuir en estos centros todo un cúmulo de funciones asistenciales a un órgano básicamente regimental. Mientras en un centro penitenciario ordinario, la Junta de Tratamiento integrada por diferentes especialistas asume funciones decisivas en el ámbito tratamental y asistencial, en los psiquiátricos penitenciarios es un órgano regimental el encargado de tal tarea. Esto constituye a mi entender un caso claro de afectación de derechos, incluso fundamentales (25.2 CE).

En el plano de la legislación ordinaria, la Circular 7/1996 es nula de pleno derecho, ya que vulnera la Constitución (25.2 CE), la ley (11 LOGP) y disposiciones administrativas de rango superior (RP 1996) (art. 62.2 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, en adelante LRJPAC). Además dicha Circular configura un ámbito que le es impropio, ya que destinado este tipo de disposiciones a «dirigir las actividades de sus órganos jerárquicamente dependientes» (21.1 LRJPAC), invade materias que afectan directamente a los ciudadanos ingresados en los centros especiales psiquiátricos. Y, en fin, suponer una auténtica «des-

viación de poder» («ejercicio de potestades administrativas para fines distintos de los fijados por el ordenamiento jurídico») (art. 70. 2 pfo. 2.º de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción contencioso-administrativa), lo que conlleva su anulabilidad (63.1 LRJPAC).

Las contradicciones del panorama normativo llegan al punto de que el art. 284.8.ª RP 1981 establece en norma, ciertamente degradada más aún en vigor, que el psiquiatra «en los Centros Especiales Psiquiátricos tendrá a su cargo la organización de los servicios médicos, la clasificación y distribución de los internos en los diferentes Departamentos, con arreglo a lo preceptuado en el Reglamento y al imperativo de las necesidades psiquiátricas».

Lamentablemente con la Circular citada se ha producido una involución en el ámbito psiquiátrico penitenciario. No hay exageración. Una comparación con la actual situación en cualquier otro centro penitenciario ordinario depara un mayor peso de lo tratamental sobre lo regimental en éstos que en los establecimientos psiquiátricos penitenciarios.

Si la comparación se hace con el primer reglamento de la era democrática, el de 1981, la situación ha empeorado, ya que durante la vigencia de aquél los Equipos Técnicos y las Juntas de Tratamiento tenían igual composición que en los restantes centros penitenciarios. Con una importante diferencia, en el establecimiento de mayor entidad, el de Alicante, dicha Junta de Tratamiento asumía las funciones de la Junta de Régimen y Administración, antecedente en lo que aquí interesa de los actuales Consejos de Dirección (269.1 y 270 RP 1981), pues el Centro Directivo aprobó que este establecimiento funcionara en régimen de comunidad terapéutica.

Remontándonos en el tiempo, el Reglamento de la segunda parte de la dictadura (rige de 1956 a 1981), la Junta de Régimen y Administración, máximo órgano de cada centro estaba integrado por los mandos del centro (Director, Subdirector y Administrador) además de por los elementos tratamentales de la época (capellán, médico, maestro y superiora de la comunidad de religiosas en su caso) (art. 197 del Decreto de 2 de febrero de 1956, por el que se aprueba el RSP 1956). Respecto a estos últimos ha de tenerse en cuenta que a la Junta de Régimen y Administración le correspondía «establecer las normas adecuadas para el tratamiento de los reclusos». Incluso en los psiquiátricos se atribuía al «médico de prisiones de la especialidad» (psiquiatra) «el tratamiento, régimen especial y disciplina a que han de someterse los enfermos, así como las clasificaciones y separaciones legales y de vida interna de los reclusos» (102 RP 1956), atribución hoy inexistente.

Incluso el reglamento autoritario por excelencia, el aprobado por Decreto de 5 de marzo de 1948 (en adelante RP 1948), atribuía –con la estructura piramidal y jerárquica de la época– a un Director Médico «especializado en psiquiatría» la res-

ponsabilidad del «tratamiento, régimen y vida disciplinaria de los enfermos psíquicos y establecerá las clasificaciones y separaciones, tanto legales como de vida interna» (art. 123 RP 1948).

En el tránsito de la LOGP al RP 1996 se han perdido en el camino importantes competencias y se han visto excluidas varias figuras de profesionales con un neto perfil tratamental o asistencial (jurista y educador, como ahora veremos). Pero en el tránsito del Reglamento de 1996 a la Circular 7/1996 se ha perdido además toda función decisoria de los órganos especializados. Es decir, los órganos de tratamiento han visto disminuidas sus funciones, y hasta sus componentes, todo en aras del régimen penitenciario. Y esto sucede en unos establecimientos en los que supuestamente «prevalece el carácter asistencial» (art. 11 LOGP). Hasta tal punto se ha degradado el marco jurídico de los establecimientos psiquiátricos penitenciarios que incluso en los reglamentos de la dictadura –al menos nominalmente– se atribuía mayor presencia y decisión a los componentes tratamentales de la época, por pintoresco que hoy nos pueda parecer alguno de ellos.

3.2.2. La estructura técnica en general (los «equipos multidisciplinarios»)

3.2.2.1. Origen, evolución y desvirtuación del órgano

En los establecimientos ordinarios existe un «Equipo Técnico», que «puede» estar formado (art. 274 RP 1996) por: un jurista, un psicólogo, un pedagogo, un sociólogo, un médico, un Ayudante Técnico Sanitario/Diplomado universitario en Enfermería, un Maestro o Encargado de Taller, un Educador, un Trabajador Social, un Monitor Sociocultural o Deportivo y un Encargado de Departamento. Tal composición refleja la existencia de un órgano de base, sobre el que se asienta la discusión previa del programa de tratamiento de los internos de los establecimientos penitenciarios. Sus funciones más relevantes serían (275 RP 1996): la ejecución de los programas de tratamiento –cuya elaboración recordemos compete a la Junta de Tratamiento–, el conocimiento directo de los problemas y de las demandas que formulen los internos, proponer a la Junta de Tratamiento la adopción de las medidas necesarias para superar las carencias que presenten los internos, atender las peticiones y quejas que le formulen los internos respecto a su clasificación, tratamiento o programa de intervención, evaluar los objetivos alcanzados en la ejecución de los programas de tratamiento e informar de los resultados de la evaluación a la Junta de Tratamiento, el asesoramiento pedagógico o psicológico en los talleres y escuelas de formación profesional.

El equivalente de los «Equipos de tratamiento» de los centros penitenciarios ordinarios son los «Equipos multidisciplinarios». Tanto el origen de los mismos,

como su desvirtuación posterior requieren algunas precisiones. Informalmente, la primera reunión de un «Equipo Multidisciplinar» –incluso tal nombre se utilizó desde sus inicios, aunque no estuviera contemplado en el organigrama oficial– tuvo lugar en el Pabellón II del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante el 22-9-1992. Su impulsora fue la Dra. Ángeles López López (Psiquiatra de II.PP) que contó con el apoyo del Psicólogo del Pabellón Juan Luis Núñez y del resto del personal del mismo, entre los que se encontraba el autor de este artículo. El objetivo de la reunión fue el estudio de los asuntos que iban a tratarse en la siguiente Junta de Tratamiento (que entonces estaba desvinculada del aparato regimental que posteriormente se impuso). La última de las reuniones se celebró el 14-6-995.

Durante el tiempo de funcionamiento de esta estructura informal se abordaron cuestiones de muy diversa índole, abarcando desde cuestiones netamente terapéuticas a condiciones de régimen y vida de los pacientes. El grupo de asistentes varió, pero nunca faltaron los miembros del Equipo de Tratamiento. En total, 49 profesionales distintos participaron en las reuniones del «equipo multidisciplinar» oficioso del Pabellón II, ya que la pretensión no era excluir sino integrar a todos los profesionales que prestaban de una u otra forma asistencia a los pacientes.

Lamentablemente cuando llegó la respuesta oficial, en forma de nuevo Reglamento, se excluyó a profesionales que forman parte de todos los Equipos Técnicos de la Administración Penitenciaria (jurista, educador, profesor de la unidad docente, encargado de departamento) o que debieran formar parte habida cuenta de su integración en la estructura asistencial (terapeutas ocupacionales). Pero no se produjo un trasvase de «poderes» decisorios, pues estos salieron de la órbita sanitaria en particular y tratamental en general, para pasar a ser atribuidos al órgano regimental por antonomasia, el Consejo de Dirección, como antes quedó expuesto.

Con la aprobación del RP 1996, se perdió una buena ocasión para llevar a efecto una reconfiguración del organigrama asistencial y decisorio de los establecimientos psiquiátricos penitenciarios.

La instauración oficial de los «equipos multidisciplinarios» tuvo lugar a través del art. 185.1 RP 1996, que dice: «Para garantizar un adecuado nivel de asistencia, los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias dispondrán, al menos, de un Equipo multidisciplinar, integrado por los psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales que sean necesarios para prestar la asistencia especializada que precisen los pacientes internados en aquellos. También contarán con los profesionales y el personal auxiliar necesario para la ejecución de los programas de rehabilitación». Son cometidos del «Equipo Multidisciplinar»: En primer lugar: «presentar un informe a la Autoridad judicial correspondiente, en el que se haga constar la propuesta que se formula sobre cuestiones como el diagnóstico y la evolución observada con el tratamiento, el juicio

pronóstico que se formula, la necesidad del mantenimiento, cese o sustitución del internamiento, la separación, el traslado a otro Establecimiento o Unidad Psiquiátrica, el programa de rehabilitación, la aplicación de medidas especiales de ayuda o tratamiento, así como las que hubieran de tenerse en cuenta para el momento de la salida de aquél del Centro» (186.2 RP 1996). Posteriormente, y debido a que «la peculiaridad del internamiento de los enajenados reclama una información periódica para el debido control judicial, a cuyo efecto la situación personal del paciente será revisada, al menos, cada seis meses por el Equipo multidisciplinar, emitiendo un informe sobre su estado y evolución» (187.1 RP 1996).

El problema es que mientras los «Equipos Multidisciplinares» tienen la labor de elaborar propuestas al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, (arts. 186-187 RP 1996 y art. 98 CP 1995) por mor de la citada Circular de la DGIP, son los Consejos de Dirección (órgano regimental, que no se rige por ningún criterio científico), los que se interponen entre los profesionales que tratan al paciente y la autoridad judicial. Por tanto, las propuestas terapéuticas de los equipos multidisciplinarios pasan por el «filtro» de un órgano regimental. En la práctica, frente a propuestas de «salidas terapéuticas» para un paciente, basadas en el informe de los especialistas que lo atienden, no es inusual que el Consejo de Dirección informe a la vez a la autoridad judicial que no estima pertinente la aprobación de las mismas «dado el escaso tiempo que lleva el paciente en el centro», «dada la gravedad del delito», «habida cuenta de su peligrosidad». Es decir, lo regimental impera sobre lo asistencial. Y todo ello sin base legal ni reglamentaria alguna. Ciertamente insólito si fuera un hecho puntual, inquietante cuando la situación perdura durante ya una década.

3.2.2.2. La eliminación de figuras garantistas

A las disfunciones citadas se unen otras, tampoco menores. En todo establecimiento penitenciario ordinario existen dos figuras a las que se encomiendan funciones que tienen que ver, en alto grado, con las garantías de los internos –aquí pacientes– recluidos.

Al antes Jurista-criminólogo, hoy denominado «jurista», se le encomienda «asistir como vocal a las reuniones del Equipo, participando en sus actuaciones y acuerdos». Integrante de la Junta de Tratamiento y del «Equipo Técnico» en cualquier centro ordinario (arts. 272.1.c) y 274.1.a) RP 1996), sin embargo queda excluido de la nueva criatura («equipo multidisciplinar») que no es Junta de Tratamiento (art. 185.1 RP 1996). La labor de asesoramiento de la dirección de cada establecimiento (art. 281.8.ª RP 1981) y la necesidad de aportar su conocimiento técnico a las labores de los diferentes órganos decisorios de las instituciones psiquiátrico-penitenciarias hacen inexplicable su exclusión, máxime cuando

también se le atribuye la labor de «informar a los internos acerca de su situación penal, procesal y penitenciaria, bien por propia iniciativa, cuando lo crea adecuado, bien a petición del interno» (art. 281.6.ª RP 1981).

Más grave si cabe es la eliminación de los «educadores» en los equipos multidisciplinarios. Los Educadores, funcionarios con «capacitación específica para tal función», son «colaboradores directos e inmediatos de los Equipos de Observación y de Tratamiento», siendo sus funciones: la «observación directa del comportamiento» de los internos/pacientes, colaborar con los especialistas del Equipo, organizar las actividades deportivas y recreativas o constituir una «carpetita de información personal sobre cada interno del grupo o subgrupo que tenga atribuido». Además han de «atender al grupo o subgrupo de internos que se les asigne, a quienes deberán conocer lo mejor posible, intentando *mantener con ellos una buena relación personal, y a los que ayudarán en sus problemas y dificultades durante su vida de reclusión, intercediendo, presentando e informando ante la Dirección del Establecimiento sus solicitudes o pretensiones*» (296.1.ª RP 1981). Tal relación con el interno –aquí paciente–, esa labor de intercesión ante la Dirección y, además, su asistencia a las reuniones periódicas de los equipos y juntas de tratamiento erige a esta figura en un elemento fundamental en el mundo carcelario, ya que es un profesional especialmente cercano, una persona «de confianza» del paciente. También sin justificación alguna, quien intercede y presenta ante la Dirección las solicitudes y pretensiones de los internos/pacientes, queda excluido de uno de los foros más relevantes de intermediación, los Equipos Multidisciplinares y las Juntas de Tratamiento. Se priva así al recluso enfermo mental de un referente de ayuda institucional que ha mostrado su plena validez y operatividad en el medio penitenciario común. No es de recibo tal exclusión, como no son de recibo los perjuicios que ello ocasiona en la «representación» de intereses del paciente.

3.2.3. La estructura médica en particular

3.2.3.1. El uso «administrativo» de la psiquiatría

El Estado –en su materialización operativa, la Administración Pública– es, ante todo y sobre todo, ejercicio de poder. Al mismo tiempo el psiquiatra tiene «poder» en un doble sentido: por un lado, en la relación terapéutica médico enfermo; por otro, en su papel como intermediario entre los presuntos enfermos y las instituciones estatales y no estatales que tienen interés en su actividad (28). Puede calificarse, en este sentido al psiquiatra (penitenciario o no) como «uno de los más importantes agentes de decisión no estatales en la vida moderna» (29). Más radicalmente se ha

afirmado –y en buena medida ha de reconocerse– que la psiquiatría ejerce un rol de control social (30) (31) (32). Szasz incluso afirma que los psiquiatras en el régimen soviético y los asistentes sociales en Estados Unidos satisfacían/satisfacen necesidades básicas del ser humano pero, a la vez, servían/sirven «para controlar en forma sutil pero poderosa a los destinatarios de dichos servicios» (33).

Los psiquiatras tienen la condición de «agentes dobles» de los psiquiatras, con las connotaciones que en el plano ético ello induce. Es preciso averiguar en esa dualidad representativa de quién es realmente agente el psiquiatra: «El psiquiatra debe establecer diagnósticos y orientaciones terapéuticas que tienen indudables connotaciones políticas y sociales. En ese marco es de la máxima importancia a quien representa» (34). Las consecuencias materiales de tal dualidad son de entidad, ya que en las sociedades occidentales «los psiquiatras trabajan, a menudo, como agentes de organizaciones, como escuelas, empresas, los tribunales o el ejército. O, incluso, aunque crea estar trabajando como agente del paciente, se encuentra influido por los deseos de su familia. Esto le produce un conflicto de lealtades cuando el paciente y la organización que le emplea tienen intereses y necesidades opuestas» (34).

Si esto sucede en el campo social general, ¿qué no habría decirse del ámbito penitenciario! Es éste un espacio cerrado, aislado de la sociedad exterior. Afirmaba con toda razón Jaspers que «los *manicomios* son como un mundo en sí», «el ambiente del manicomio crea un mundo» (35). El manicomio, y con mayor razón si cabe si es de índole penitenciario, es una «institución total» (36).

Aquí se encuentra precisamente uno de los pilares básicos del problema manicomial penitenciario. En un espacio cerrado, con escasas conexiones con la sociedad exterior, el psiquiatra –y este discurso es extensible a otros profesionales del tratamiento de los pacientes– se encuentra aislado, siéndole en la práctica único referente la estructura burocrático-carcelaria. A ella se debe, por encima de todo y de todos.

Naturalmente la presencia de un colectivo de profesionales estables –con estabilidad profesional, se entiende– en los psiquiátricos penitenciarios, sería un actor desestabilizador del «sistema». El «sistema» se ha encargado de obviar este inconveniente. En la actualidad en los dos psiquiátricos penitenciarios que dependen de la Administración central, sólo uno de ellos es psiquiatra «por oposición» –como se decía antiguamente–. Sólo uno no está sometido al contundente inconveniente de no ver prorrogado su contrato laboral (cada mes o mes y medio, por sorprendente que parezca esto ha venido siendo habitual) o su contenido funcional (facultativos que, aún con el título de especialistas, opositaron como «médicos generales»).

El profesional de la psiquiatría deviene así en un sujeto perteneciente a un colectivo manejable/manipulable/presionable. Del psiquiatra depende la firma de

una salida terapéutica o permiso, el cambio de departamento, el informe de traslado a otro centro, etc. En el momento en que un profesional no fijo plantea sus reticencias al dictado regimental, siempre puede recordársele su temporalidad y la hipótesis de una no renovación de su «contrato-basura». Si es facultativo que no ha ingresado por la vía legalmente establecida de acceso siempre queda la espada de Damocles de que pueda reconsiderarse el contenido funcional de su puesto, la fórmula de integración el día de mañana como facultativo (de «medicina general»). Por ejemplo, a raíz de una sanción disciplinaria.

3.2.3.2. Dualidad asistencial-pericial y pérdida de la imparcialidad

La pericia psiquiátrica desde el siglo XIX tiene particular relevancia en el proceso penal. En su origen «tiene como objetivo fundamental el establecimiento de relaciones de causalidad psíquica entre los hombres y sus acciones» (37), pero su funcionalidad trasciende al mero momento enjuiciador, prolongándose a otro que también es parte del proceso en su fase final, la ejecución. En este sentido sigue siendo una «declaración de conocimiento» de quien no es ni parte ni testigo en el proceso «fundamentada en criterios de la ciencia médica» que tiene por finalidad asesorar al órgano judicial en la ejecución de la sentencia (38).

Sin perjuicio de la labor que corresponde a los médicos forenses para la «emisión de informes y dictámenes médico-legales que les sean solicitados a través de los Institutos de Medicina Legal por los Juzgados, Tribunales, Fiscalías, Oficinas del Registro Civil y otros órganos de la Administración de Justicia» (art. 3.º R.D. 296/1996, de 23 de febrero, Reglamento Orgánico del Cuerpo de Médicos Forenses), al psiquiatra penitenciario le corresponde «emitir los informes que le sean solicitados por las autoridades judiciales y actuar como Perito ante los Tribunales de Justicia si fuera requerido» (art. 284.6.º RP 1981).

Ahora bien, como quiera que al psiquiatra penitenciario le corresponde asimismo «realizar el tratamiento médico-psiquiátrico de todos los internos enfermos mentales o que presenten anomalías o trastornos de esta naturaleza» (art. 284.2.º RP de 1981) cabe hablar de su doble rol «asistencial-pericial» (39). Doble rol que perjudica, cuando no anula, una idónea relación terapéutica y que incluso contamina el proceso penal de ejecución. Y ello en la práctica totalidad de los casos, ya que, habida cuenta del estatus socio-económico de la población reclusa, no es imaginable el recurso a «servicios médicos privados de profesionales ajenos a Instituciones Penitenciarias» (art. 212.3 RP 1996).

Al perito le es exigible la imparcialidad (39). Como recuerda la STS 2.ª, 3-11-1995, con cita de la jurisprudencia del Tribunal Constitucional: «El derecho a un Juez imparcial constituye una garantía que, aunque no se cita expresamente en

el artículo 24.2 de la Constitución, debe considerarse incluido entre ellas, ya que es un elemento organizativo indispensable de la Administración de Justicia en un Estado de Derecho (S. 138/1991, de 20 de junio)». Lo cual significa que en el proceso penal «incluso las apariencias pueden revestir importancia» (Sentencia del TEDH de 26 de octubre de 1984 –caso DE CUBBER–), en virtud del adagio anglosajón según el cual «no sólo debe hacerse justicia, sino parecer que se hace» (Sentencia del TEDH de 17 de enero de 1970 –asunto DELCOURT–) (STC 142/1997, 15 septiembre, FJ 2). Rige pues el conocido adagio anglosajón citado en las Sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en los casos *Piersach* de 17-1-1970 y *De Cubber* de 26.10.1984: «... La justicia no sólo debe hacerse, sino parecer que se hace».

Esta imparcialidad, en su doble manifestación de objetivo y subjetiva (SSTC 64/1997, 7 de abril, FJ 3 y 142/1997, de 15 de septiembre, FJ 2 y 3), no es predicable únicamente de los jueces, sino incluso del perito, pues como señala la STS 2.^a 18-1-1994: «La imparcialidad y la objetividad son denominadores comunes, con las correspondientes matizaciones de jueces y peritos». La intervención del perito «comporta una objetividad posibilitadora del logro de la verdad material» (40), pues «la libertad que tiene el juez para apreciar el dictamen pericial no es garantía suficiente de que una intervención parcial del perito no redunde en perjuicio de la exactitud de los resultados respecto de la prueba de los hechos» (41). Es decir, existe una «analogía entre las funciones de perito y Juez, cada uno dentro de sus especiales conocimientos, que requieren una absoluta imparcialidad» (42).

Si la imparcialidad es una cualidad que se erige en requisito inexcusable de la labor pericial en general, adquiere la misma especial significación cuando se trata de un perito público. Son numerosas las resoluciones judiciales que atribuyen las notas de imparcialidad y competencia a los peritajes encomendados a los funcionarios (o instituciones) públicos pero, además, el art. 103.1 de la Constitución afirma que «la Administración pública sirve con objetividad los intereses generales». Como señala la STC 77/1985, de 27 de junio «[d]entro de esta previsión se incluye el mandato de mantener a los servicios públicos a cubierto de toda colisión entre intereses particulares e intereses generales».

A los peritos públicos se les presupone una especial preparación técnica (SSTS 1-3-1991 y 18-12-1997, entre otras muchas) y una firme imparcialidad. Estas «presunciones» son «valoradas» por los órganos jurisdiccionales, especialmente en el supuesto de concurrencia de exámenes contradictorios, ya que frecuentemente «... se da preferencia a aquél que se ha practicado con todas las garantías de imparcialidad y objetividad, por un profesional cuya especialidad esté acorde con la materia a dictaminar y que disponga de más elementos de juicio (SSTS 1.^a, de 10-2-1989 y 3.^a, de 20-3-1987, etc). Aquel que ofrezca mayor valor de convicción o superior credibilidad (SSTS 4.^a, de 19 y 30 de enero de 1989),

atribuyendo en principio, y mientras no se demuestre lo contrario, igual objetividad a todos los peritos, y es que «no es correcto, procesalmente, comparar el valor de unos y otros informes en función de las respectivas especialidades de los peritos» (Sentencia del Tribunal Supremo de 6-7-1990)» (43).

En definitiva, profesionalmente y con independencia de que el perito sea o no empleado público –aunque más agudizado en este último caso–, debe predicarse la garantía de imparcialidad. El mero ejercicio profesional médico contamina la «neutralidad» del perito y, sin embargo, el perito ha de ser imparcial (44), objetivo.

Además la imparcialidad es un deber deontológico. Por eso el art. 41.3. del Código de Ética y Deontología Médica de 10-9-1999 establece que: «La actuación como peritos o médicos inspectores es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente». Y lo es porque la función pericial «está marcada por unos móviles y exigencias (mandato de un tercero, objetividad e independencia de juicio, obligación de testimoniar) muy diferentes de las que presiden la ordinaria relación médico-paciente» (45). Esta obligación rige además, tanto para el perito público como para el privado (art. 41.1 del Código Deontológico referido).

Las negativas consecuencias de la dualidad asistencial-pericial provocan además un notable perjuicio en la relación terapéutica. Como señala Green «la mayor parte de los psiquiatras concuerdan en que todas las formas de tratamiento psiquiátrico (incluyendo los tratamientos somáticos) dependen en gran parte de la relación médico-paciente» (46). Y esa relación dependerá mucho de la «capacidad de confianza y confianza (*trust and confidence*) intercambiadas entre el paciente y el profesional» (47). Se ha dicho justificadamente que la principal razón por la cual el paciente elige un determinado médico es un título de confianza particular (48). Y, sin embargo, al paciente recluido en un psiquiátrico penitenciario se le «impone» al médico asistencial y al perito, unidos en la misma persona. Lo que contraría el carácter de la medicina como relación personal fundada en la confianza, en calidad de realización interhumana de consentimiento mutuo (49). La confianza es una necesidad humana y un ingrediente esencial de las relaciones sociales, cuya importancia y problemática se acentúan en situaciones de especial dependencia y vulnerabilidad de la persona, como en la relación clínica (50-53).

Es difícil –mas bien diría que imposible– hablar de confianza, ya que –como escribí en otra ocasión (39)– no es infrecuente que el mismo psiquiatra perite y trate al paciente antes de juicio, asista como perito al juicio y luego (durante la ejecución de la medida de internamiento) trate al paciente e informe periódicamente sobre él, con las repercusiones negativas en la relación terapéutica que ello conlleva. Afirmaba entonces y en ello me reafirmo ahora que «pretender, a la vista de lo dicho, que la relación médico-paciente pueda ser mantenida incólume o que el

Psiquiatra puede actuar 'neutra y objetivamente' como perito ya no sólo es una quimera, es un atentado al más elemental sentido común».

En consecuencia, la dualidad funcional (asistencial-pericial), que se produce obligadamente en los establecimientos psiquiátrico-penitenciarios españoles, al contaminar ya no sólo el material procesal conseguido (el informe pericial), sino la propia relación terapéutica médico-paciente, desvirtúa el propio resultado del tratamiento.

3.2.3.3. La ausencia de coordinación especializada y sus consecuencias

Es característica de las instituciones públicas (otro tanto podría decirse de las privadas) la vigencia del principio de jerarquía. La Medicina hospitalaria, por su propia complejidad y la participación concurrente de diferentes especialistas en cada servicio, hace necesaria la figura de un Jefe coordinador de los mismos, en cuyo nombramiento no deben de ser ajenos los principios de mérito y capacidad (54-55).

El Jefe del Servicio se integra en la estructura Hospitalaria bajo la dependencia inmediata del Director Médico (art. 25.2 del Real Decreto 521/1987, 15 abril, que aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud; BOE 16 abril) y teniendo bajo su dependencia a los Jefes de Sección si los hubiere (art. 25.3) y al resto del personal facultativo. Su relevancia en el ámbito hospitalario es patente. No tanto por su función de representación exterior del «Servicio» (art. 7.2.a del Reglamento de Hospitales) cuanto por los cometidos funcionales de tan significado carácter como la organización del servicio o la supervisión de su funcionamiento. Pero es más, el Jefe de Servicio –en este caso de Psiquiatría– es el referente jerárquico asistencial. Quiere con ello decirse que su posición en lo profesional de *primus inter pares* hace en él residenciable la capacidad de decidir ante alternativas terapéuticas. Su decisión última ante casos difíciles y complejos le convierte en referente asistencial.

También en los establecimientos psiquiátricos penitenciarios tradicionalmente ha existido una figura directiva (global o parcial) o coordinadora técnica de la asistencia psiquiátrica. Basten los ejemplos del R. D. 13.8.1917 que dispuso un detallado organigrama funcional en el Manicomio del Puerto de Santa María, con una dirección técnica que recaería en un médico «de probada competencia en psiquiatría» o la instauración de la figura del «Médico Director» en el Reglamento de Servicios de Prisiones de 1930 (R. D. 14-11-1930). Por su parte el vigente art. 284.8.ª, pfo. 2.º RP 1981, respecto a tales establecimientos señala: «Cuando en dichos Centros haya varios Psiquiatras, uno de ellos actuará como Jefe de los Servicios Médicos y coordinador de todas las actividades sanitarias».

Pero a mediados de los pasados años noventa, el puesto de «Jefe de Servicio» desaparece, tras una efímera presencia, en las Relaciones de Puestos de Trabajo de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. En el caso concreto del Psiquiátrico de Alicante, la persona que venía desempeñando el puesto vio denegada su permanencia en el mismo con el insólito argumento de que no poseía el título de «licenciado en cirugía». Pienso que no fue mera ignorancia de la Administración Penitenciaria la utilización de este pretexto, pues, al fin y al cabo, todos los licenciados en medicina en España lo son a la vez de cirugía, sin perjuicio de la existencia de dicha especialidad. Además ningún servicio de cirugía ha existido jamás en el centro, ni se ha planteado nunca que exista. La razón de fondo para tal cese del puesto primero y supresión del mismo después es bastante menos confesable. No de otro modo puede interpretarse a la vista de que lo primero y lo segundo tuvieron lugar en un contexto de crecientes demandas de la titular del cargo en aquel establecimiento: reclamaciones ante la intolerable injerencia del mando regimental del establecimiento, postergación de las necesidades terapéuticas y escasez de personal (el Psiquiátrico Penitenciario de Alicante permaneció durante unos años con la única asistencia de un profesional de psiquiatra; en algunos períodos con el apoyo de otro psiquiatra a tiempo parcial).

Lo cierto es que en la actualidad los psiquiátricos penitenciarios dependientes de la DGIP carecen de un referente jerárquico a nivel psiquiátrico, lo cual contrasta con la existencia de siete puestos directivos de máximo nivel y docenas de puestos directivos de nivel medio (Jefes de Servicio, Jefes de Centro, Encargados de Departamento –a nivel de seguridad–, supervisores –en el ámbito de Enfermería– y otros tantos cargos de la maquinaria administrativo-carcelaria. Ningún área carece de elemento coordinador (la educación, el trabajo social, etc.). Sólo existe una extraña –y no casual– ausencia en el campo de los especialistas en psiquiatría.

De este modo, las no infrecuentes discrepancias entre profesionales de la psiquiatría –especialidad médica que como es sabido comparte, e incluso intensifica, la plural perspectiva del ejercicio médico– o bien son resueltas con criterios estrictamente regimentales –el Consejo de Dirección, al que se ha aludido, en el ámbito de los órganos colegiados o el Director-Gerente/Subdirector Médico en el plano de los órganos unipersonales– o simplemente –lo más común– no son resueltas. La situación, por tanto, deviene caótica. No es infrecuente que los pacientes vean mudados sus tratamientos, reformados sus planes terapéuticos o discutidas sus expectativas sin recibir explicación alguna o, en el caso de recibirla, estando ésta circunscrita a un hecho ni razonado ni razonable: el cambio de psiquiatra de pabellón o la sustitución de unos profesionales por otros con motivo de vacaciones, permisos o ausencias. El llamado mundo de la «sinrazón» se gestiona así con tan paradójicas como inasumibles «razones».

3.2.3.4. El reclutamiento y formación de personal

La dotación de personal especializado en los psiquiátricos penitenciarios de la DGIP es absolutamente insuficiente. Con suerte, ha habido algunas épocas en las que el mayor de estos establecimientos (el de Alicante) ha estado dotado de 4 ó 5 psiquiatras para una población cercana a los cuatrocientos pacientes. La libranza de guardias, las vacaciones y permisos, la comparecencia a tribunales en ocasiones en el otro extremo de España hacen ya normal que un día ordinario preste servicio un único psiquiatra –para atender a casi 400 pacientes y asistir a cuatro reuniones de Equipo Multidisciplinar semanales– o simplemente ninguno. Algo tan elemental como la disponibilidad de un psiquiatra en un establecimiento psiquiátrico durante todas las horas de todos los días del año no está garantizado, ni de lejos. Sólo la Administración penitenciaria catalana alcanza los mínimos estándares de un país civilizado (en el pabellón de referencia de Cataluña al menos tal presencia se garantiza, habida cuenta de la dotación de 7 psiquiatras para 70 pacientes). Los términos de comparación son desmedidos en relación con los otros establecimientos análogos del Estado (Alicante y Sevilla, este último siempre proporcionalmente mejor dotado).

Tal carencia de personal especializado es extensible a otros ámbitos de la asistencia sanitaria. La dotación de ATS/DUE prevista en las Relaciones de Puestos de Trabajo jamás se ha cubierto, siendo usual que 2-3 de estos profesionales –en ocasiones hasta menos– atiendan a los usuarios / pacientes ingresados.

En el aspecto formativo, se echa en falta la práctica carencia de reciclaje profesional de los psiquiatras penitenciarios. Lo que no es de extrañar ya que tampoco el personal de vigilancia posee ningún tipo de preparación específica para el ejercicio de tales cometidos.

Por si fuera poco tampoco el proceso selectivo de personal respeta los requisitos legales. De manera transitoria y sin respaldo legal alguno, se vienen proveyendo puestos de médicos especialistas de instituciones penitenciarias con funcionarios del Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria. Con ello se pretendió en su momento satisfacer la carencia de Especialistas en estas Instituciones. Esta solución no es satisfactoria por diversos motivos, ya que: a) El cometido funcional, según norma de rango legal, de los facultativos de sanidad penitenciaria y los «técnicos» especialistas de Psiquiatría es distinto. Basta tener a la vista los arts. 286 y 288 RP 1981. b) La convocatoria de plazas para el acceso al Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria *nunca* ha especificado el requisito de titulación de especialistas. c) El programa de las pruebas de acceso es idéntico para todos los Facultativos de Sanidad Penitenciaria (Médicos Generales o Especialistas) y notoriamente distinto al que en su día era exigible para los Técnicos-Especialistas en Psiquiatría.

Desde hace años la vía de provisión de psiquiatras penitenciarios son las convocatorias de facultativos a los que se exige preceptivamente ostentar el título de *médico especialista en Medicina de Familia o en Medicina Interna*. El reclutamiento de psiquiatras por esta vía: a) vulnera las bases de la convocatoria (art. 16.c) del Real Decreto 364/1995, de 10 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General de Ingreso del Personal al Servicio de la Administración General del Estado y de Provisión de Puestos de Trabajo y Promoción Profesional de los Funcionarios Civiles de la Administración General del Estado, BOE, 10 de abril); b) comporta una falta de «conexión entre el tipo de pruebas a superar y la adecuación a los puestos de trabajo que se han desempeñar» (art. 19.1. párrafo 2.º de la Ley 30/1984, de 2 de agosto de medida para la reforma de la función pública), pero lo más grave es que c) constituye una vulneración del art. 23.2 de nuestra Constitución, ya que desde el momento en que una convocatoria «oculta» la titulación admisible está privando a ciudadanos que tienen el legítimo acceso a tales funciones a la posibilidad de poder aspirar a ellas. (SSTC 221/2004, de 29 de noviembre y 18/1987, de 16 de febrero).

4. ALGUNAS REFLEXIONES MÁS Y CONCLUSIONES

La forma de organización y el ejercicio de potestades administrativas en absoluto son «neutros». Inciden en la vida y en los derechos de los «administrados» (pacientes psiquiátrico-penitenciarios). Todas y cada una de las «peculiaridades» de los psiquiátricos penitenciarios afectan a los derechos e intereses legítimos de quienes en ellos son involuntariamente ingresados. En definitiva, los derechos del paciente recluido en una institución psiquiátrico-penitenciaria española se encuentran gravemente disminuidos. Como señalamos en otro momento: «Desde hace ya demasiado tiempo la psiquiatría penitenciaria refleja un encefalograma plano. Hora es de intentar un diagnóstico» (56).

El enfermo mental recluido en los establecimientos psiquiátricos penitenciarios es de peor condición que cualquier recluso. Y ello ya no sólo en razón a su enfermedad, tradicional fuente de marginación, sino porque el marco jurídico-administrativo en el que se desarrolla su estancia restringe las garantías de informadores/intermediadores de los que sí dispone el resto de la población reclusa (jurista, educador) y porque remite a órganos netamente regimentales decisiones que para cualquier otro interno de las prisiones españoles son resueltas por órganos de tratamiento. Si a ello se une la precariedad asistencial de personal especializado, las consecuencias indirectas que provocan el irregular reclutamiento de dicho personal o la nula o escasa formación específica del personal asistencial o de vigilancia, el panorama no puede ser más desolador.

Conviene aquí traer a colación las recomendaciones efectuadas por la ponencia que trató la atención a la salud mental de la población reclusa en el Congreso de la AEN, celebrado en Oviedo en junio de 2003. Se afirmaba allí que «los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y Fontcalent (*sic*) deben ser sustituidos por las estructuras clínico-asistenciales que determine cada comunidad autónoma» (57). Como programa de máximos puedo compartir tal afirmación aunque, a largo plazo y con ciertas cautelas.

Digo a largo plazo, ya que lo que se postula no es la reforma mera del sistema asistencial psiquiátrico sino del sistema penal, el cual sin duda puede someterse a discusión (58), pero hoy por hoy, es aceptado mayoritariamente. Por otra parte un eventual traspaso competencial de los psiquiátricos-penitenciarios a «las estructuras clínico-asistenciales que determine cada comunidad autónoma» corre el riesgo de que reaparezcan unidades asistenciales de infausta memoria: los «pabellones de judiciales». Pero es que además existe un importante problema de madurez social y profesional. La sociedad hoy no admite que una persona que ha cometido un grave delito pudiera regresar a ella en un plazo más o menos breve. Tampoco los profesionales y administraciones sanitarias aceptan de buen grado asumir casos de pacientes mentales delincuentes. Conozco bien las excusas que se plantean cuando un paciente de un psiquiátrico penitenciario ha cumplido su medida y en este momento aún precisa un internamiento civil.

Siendo loable como meta referencial un «programa de máximos», entiendo no obstante que ello no puede servir de excusa para no poner de una vez sobre el tapete la realidad actual de los psiquiátricos penitenciarios. En estas páginas ha quedado de manifiesto que el enfermo mental recluido en ellos ve disminuidos de forma injustificada y hasta ilegal sus derechos, ya no digo de enfermo, sino incluso de simple recluso.

Entiendo que debe afrontarse, pues, un «programa de mínimos» que simplemente tenga por referente los derechos constitucionales y legales del paciente sometido a una medida de privación de libertad. Ambos programas, el de máximos y el de mínimos son compatibles, aunque el segundo demanda prontitud –inmediatez, yo diría–. Es una situación análoga al famoso dilema de si es mejor donar un pescado a un menesteroso o enseñarle a pescar. Sin duda casi todos nos inclinaremos por lo último aunque, habrá que reconocer, que convendría garantizar que en el proceso de aprendizaje el menesteroso no fallezca por inanición.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) FOUCAULT, M., *Vigilar y castigar*, Madrid, Siglo XXI, 1978.
- (2) FERRI, E., *Sociología Criminal*, tomo II, Madrid, Góngora, 1907.
- (3) HOWARD, J., *The State of the Prisons in England and Wales, with Preliminary Observations and an Account of some Foreign Prisons and Hospitals*. Edición francesa, *État des prisons, des hospitaux et des maisons de force*, París, Chez la Granje, 1788.
- (4) ÁLVAREZ-URÍA, F., *Miserables y locos*, Barcelona, Tusquets, 1983.
- (5) BARRIOS FLORES, L. F., «Un siglo de psiquiatría penitenciaria», *Revista de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria*, 2000, 2, 1, pp. 23-30.
- (6) VILLASANTE ARMAS, O., «Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: un frustrado proyecto de Manicomio-Modelo», *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 2002, 2, 2, pp. 139-162.
- (7) MOLLEJO, E., y otros, «La práctica clínica en el manicomio de Leganés (1852-1936). Primera aproximación al estudio de sus historias clínicas», en MARTÍNEZ PÉREZ, J., y otros (eds.), *La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica*, Cuenca, Univ. Castilla-La Mancha, 2004.
- (8) ESPINOSA IBORRA, J., *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*, Valencia, 1966.
- (9) CUELLO CALÓN, E., *Penología. Las penas y las medidas de seguridad. Su ejecución*, Madrid, Reus, 1920.
- (10) SALILLAS, R., «Los locos delincuentes en España», *Revista General de Legislación y Jurisprudencia*, 94, 1899.
- (11) RIERA, J., «Los hospitales especializados en el siglo XIX», *Asclepio*, XXI, 1969.
- (12) ROLDÁN BARBERO, H., *Historia de la prisión en España*, Barcelona, PPU, 1988.
- (13) POSTEL, J.; QUÉTEL, C. (comps.), *Historia de la Psiquiatría*, México, FCE, 1983.
- (14) CADALSO, F., *Diccionario de legislación penal, procesal y de prisiones*, Madrid, Imprenta de J. Góngora Álvarez, III, 1907.
- (15) BARRIOS FLORES, L. F., «La Psiquiatría Penitenciaria: perspectiva histórica y problemas presentes», *Sociedad Española de Psiquiatría Legal*, Edición III (enero-febrero 2003), pp. 17-30.
- (16) GARCÍA VALDÉS, C., *La reforma penitenciaria española: textos y materiales para su estudio*, Madrid, Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid, 1981.
- (17) GARCÍA VALDÉS, C., *Informe General, 1979*, Madrid, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 1979.
- (18) GONZÁLEZ, O., «La AEN y la situación de los enfermos mentales en España», *Cuadernos Técnicos*, 3, Madrid, AEN, 2000.
- (19) ROIG SALAS, A., «La Comisión de Legislación de la A.E.N. y su trabajo en el ámbito penal. Breve reseña histórica (años 1980-1990)», en HERNÁNDEZ MONSALVE, M.; HERRERA VALENCIA, R. (coords.), *La atención a la salud mental de la población reclusa*, Madrid, AEN, 2003.
- (20) MENA ÁLVAREZ, «Sobre la inconstitucionalidad del internamiento psiquiátrico», en *Estudios jurídicos en honor al profesor Pérez-Vitoria*, Barcelona, Bosch, 1983.
- (21) FERNÁNDEZ DEL TORCO ALONSO, J. M., «La relación jurídica del internamiento psiquiátrico: tratamiento normativo», en DELGADO BUENO, S., *Psiquiatría Legal y Forense*, II, Madrid, Colex, 1994.
- (22) JORGE BARREIRO, A., *Las medidas de seguridad en el Derecho español*, Madrid, Civitas, 1976.

- (23) DE LAMO RUBIO, J., *Penas y medidas de seguridad en el nuevo Código*, Barcelona, Bosch, 1997.
- (24) SÁNCHEZ YLLERA, I., en VIVES ANTÓN, T. S., *Comentarios al Código Penal de 1995*, Valencia, Tirant lo Blanch, 1996.
- (25) CONSEJO GENERAL DEL PODER JUDICIAL, «Anteproyecto de Código Penal de 1994. Informe del Consejo General del Poder Judicial y voto concurrente formulado», *Cuadernos del Consejo General del Poder Judicial*, Madrid, 1994.
- (26) BIGERIEGO GONZÁLEZ-CAMINO, I., «El sistema de medidas de seguridad», *Revista Jurídica La Ley*, 3961, 1996.
- (27) RIVERA BEIRAS, I., «Radiografía del reformismo penitenciario (veinte años de reforma penitenciaria en España)», en RIVERA BEIRAS, I. (coord.), *La cárcel en España en el fin del milenio (a propósito del vigésimo aniversario de la Ley Orgánica General Penitenciaria)*, Barcelona, Bosch, 1999.
- (28) CHODOFF, P., «Mal uso y abuso de la psiquiatría: visión general», en BLOCH, S.; CHODOFF, P.; GREEN, y otros (eds.), *La ética en psiquiatría*, Madrid, Triacastela, 2001.
- (29) ROBITSCHER, J., *The Powers of Psychiatry*, Nueva York, Houghton-Mifflin, 1980.
- (30) LEONG, G. B., «The Expansion of Psychiatric Participation in Social Control», *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1989.
- (31) BROOKS, A. D., «Law and Antipsychotic Medications», *Behavioral Sciences and the Law*, 1986, 4, pp. 247-263.
- (32) SIDLEY, N. T., «The Right to Involuntary Patients in Mental Institutions to Refuse Drug Treatment», *Journal of Psychiatry and the Law*, 1984, 12, pp. 231-255.
- (33) SZASZ, T. S., *El mito de la enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu, 1982.
- (34) GUIMÓN, J., *Psiquiatras: De brujos a burócratas*, Barcelona, Salvat, 1990.
- (35) JASPERS, K., *Psicopatología General*, Buenos Aires, Beta, 1980.
- (36) GOFFMAN, E., *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Madrid, Amorrortu / Martínez de Murguía, 1987.
- (37) GISBERT CALABUIG, J. A., *Tratado de Medicina Legal y Toxicología*, Valencia, Saber, 1983.
- (38) GUTIÉRREZ CARBONELL, M., «Tratamiento procesal de la pericia médica en el procedimiento penal. Diligencias de instrucción y pruebas: preconstituídas, anticipadas y plenarias, en Medicina Legal, *Cuadernos de Derecho Judicial*, Consejo General del Poder Judicial, 5, 1993.
- (39) BARRIOS FLORES, L. F., «Imparcialidad y objetividad del perito psiquiatra», *Revista de Estudios Penitenciarios*, 2000, 248, pp. 9-43.
- (40) PEDRAZ PENALVA, E., «Apuntes sobre la prueba pericial en el proceso penal. Particular consideración de la pericia psiquiátrica», *Revista de Derecho Procesal*, 2, 1994.
- (41) PRIETO-CASTRO, L., *Tratado de Derecho Procesal Civil*, Pamplona, Aranzadi, 1982.
- (42) SERRA DOMÍNGUEZ, M., *Comentarios al Código Civil y a las Compilaciones Forales*, XVI, 2, Madrid.
- (43) ABENZA ROJO, J. M., *Psiquiatría legal y forense*, I, Madrid, Colex, 1994.
- (44) BOWDEN, P., «The Written Report and Sentences», en *Principles and Practice of Forensic Psychiatry*, BLUGASS, R.; BOWDEN, P. (eds.), Londres, Churchill Livingstone, 1990.
- (45) HERRANZ, G., *Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica*, Pamplona, EUNSA, 1995.
- (46) GREEN, J., *Relación médico-paciente*, en SOLOMON, P.; PATCH, V. D., *Manual de Psiquiatría*, México, Manual Moderno, 1972.

- (47) PRESIDENT'S COMMISSION, *Making Health Care Decisions*, 1, Washington D.C., U.S. Government Printing Office, 1982.
- (48) THELIN-CAMPICHE, M. H., *La responsabilité civile du médecin, son aspect juridique, son aspect pratique et son avenir*, Lausana, 1943.
- (49) PELLEGRINO, E. D.; THOMAS, D. C., *A Philosophical Basis of Medical Practice*, Nueva York, Oxford University Press, 1981.
- (50) SEOANE, J. A., «El significado de la Ley básica de autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre) en el sistema jurídico-sanitario español. Una propuesta de interpretación», *Derecho y Salud*, 2004, 12, I, pp. 41-60.
- (51) PELLEGRINO, E. D.; THOMASMA, D. C., *The Virtues in Medical Practice*, Nueva York, Oxford University Press, 1993.
- (52) LUHMANN, N., *Confianza*, Santiago de Chile, Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica, 1996.
- (53) LAÍN ENTRALGO, P., *La relación médico-enfermo. Historia y teoría*, Madrid, Alianza, 1983.
- (54) GÓMEZ PAVÓN, P., *Tratamientos médicos: su responsabilidad penal y civil*, Barcelona, Bosch, 1997.
- (55) BARRIOS FLORES, L. F.; BARCIA SALORIO, D., *Marco jurídico de las urgencias psiquiátricas*, Madrid, You & Us, 2005.
- (56) BARRIOS FLORES, L. F.; LÓPEZ LÓPEZ, A., «El psiquiatra penitenciario: una aproximación crítica», *La Ley*, 2002, 5612.
- (57) HERNÁNDEZ MONSALVE, M.; HERRERA VALENCIA, R. (coords.), *La atención a la salud mental de la población reclusa*, Madrid, AEN, 2003.
- (58) QUINTERO OLIVARES, G., *Locos y culpables*, Pamplona, Aranzadi, 1999.

* Luis Fernando Barrios Flores, Doctor en Derecho, Departamento de Estudios Jurídicos del Estado. Universidad de Alicante. Apdo. correos 99. 03080 Alicante.

Correspondencia: luisfbarrios@ua.es

** Fecha de recepción: 2-I-2007.

M.^a Teresa García López, Raúl Otín Llop

Sobre la psicosis puerperal

RESUMEN: La psicosis puerperal como patología psiquiátrica frecuente en el posparto.

PALABRAS CLAVE: Psicosis puerperal, factores psicosociales y biológicos, infanticidio.

SUMMARY: The puerperal psychosis as a frequent pathology in the post childbirth.

KEYWORDS: Puerperal psychosis, psychosocial and biological factors, infanticide.

Caso clínico

T. I. es una mujer de 38 años que llegó a nuestra unidad, derivada desde la unidad de quemados de otro centro hospitalario de Barcelona, por un cuadro psicótico. La paciente sufrió quemaduras tras un incendio en su domicilio que precisaron un mes de ingreso en dicha unidad.

La paciente no refería antecedentes personales ni familiares de enfermedad mental. Asimismo negó consumo de tóxicos. Como antecedentes somáticos únicamente destacaban: parto por cesárea hace cinco meses, infección de la herida quirúrgica; y quemaduras de segundo y tercer grado por el mencionado incendio.

En la psicobiografía de la paciente destacaba que era natural de Casablanca (Marruecos) y la sexta de nueve hermanos (5 varones y 4 mujeres). Estuvo escolarizada hasta los veinte años con buen rendimiento (colegio y liceo, más 2 años de formación complementaria). El ajuste socio-laboral en su país era correcto (diversos empleos temporales como azafata, dependienta, monitora de deporte, etc.). Se casó en su país hace un año y medio por acuerdo familiar (antes nunca había tenido pareja ni amigos de sexo masculino) y un mes después se trasladó a vivir a la provincia de Girona (España), donde residía con su marido, su cuñado y la mujer de éste. Desde su matrimonio la paciente se dedicaba a las tareas del hogar. Su primer hijo (un varón) nació hace cinco meses en un parto complicado.

Hace dos meses se produjo un incendio en su domicilio en circunstancias no aclaradas que provocó su entrada en la unidad de quemados de un centro hospitalario. Al ingreso en nuestra Unidad la paciente se encontraba vigil, consciente y desorientada témporo-espacialmente. El contacto con la paciente era psicótico; su discurso era parco, en voz baja y con tono de voz monótono. Refería un delirio de perjuicio y paranoide que no nos especificó. Se mostraba desconfiada. Refería hipotimia, distimia de miedo, así como alucinaciones auditivas en forma de «ruidos». En la exploración se evidenció una deficiente memoria de fijación.

En las sucesivas entrevistas con la paciente (varias de ellas con ayuda de una traductora) ésta refirió que hacia los dos meses posteriores al parto inició un trastorno del estado de ánimo que oscilaba entre tristeza o llanto y ánimo elevado. Progresivamente apareció un delirio de perjuicio hacia ella y su hijo, así como alucinaciones auditivas en forma de voces que la criticaban y daban órdenes. En rela-

ción a dicha clínica psicótica la paciente explicaba angustia y miedo intenso a sufrir daño (ella o su hijo) así como su aislamiento voluntario como medida de protección. Al explorar las horas previas al incendio, durante el mismo y en su estancia en la unidad de quemados, la paciente explicó fluctuación del nivel de conciencia y pérdida de memoria, por lo que no se pudo descartar la sospecha de un suicidio ampliado en el contexto del cuadro alucinatorio-delirante.

Durante su estancia en la unidad de agudos se instauró tratamiento farmacológico con Haloperidol hasta 11.5 mg/d (con reducción progresiva de la dosis), Amisulpride (hasta 800 mg/d) y Clonacepam. A las pocas horas del ingreso ya se mostraba vigil, consciente y orientada. Los primeros días la paciente aún permanecía temerosa y suspicaz, sin salir apenas de su habitación. Lentamente fue mejorando el contacto, el afecto y los síntomas psicóticos; de forma progresiva desaparecieron las alucinaciones y fue tomando distancia del contenido delirante hasta lograr criticarlo. Fue adaptándose poco a poco a la dinámica de la unidad. Se consideró clave para el tratamiento y recuperación de la paciente facilitar el contacto temprano y continuado con su hijo y los permisos al hogar familiar; de hecho, el contacto materno-filial precoz fue un importante factor que aceleró la recuperación de la paciente. Los permisos transcurrieron sin incidencias y la familia colaboró adecuadamente en todo momento.

Al alta la paciente se mostraba eufémica, tranquila, libre de psicopatología psicótica positiva y era capaz de hacerse cargo de su hijo (aunque persistía el cuadro amnésico secundario al cuadro confusional). La paciente y su familia plantearon la posibilidad de realizar su convalecencia en Marruecos, lo que consideramos beneficioso ya que sería atendida por profesionales con su mismo idioma y cultura y contaría con el apoyo de su familia de origen; pero se destacó la importancia de desplazarse con su hijo para que el traslado fuese realmente terapéutico.

Discusión

La psicosis puerperal es una psicopatología descrita ya por Hipócrates. Antiguamente se englobaba dentro de las reacciones exógenas agudas de Bonhoeffer¹. Y, de hecho, en Europa durante años solo existió un síndrome puerperal como tal, que englobaba la psicopatología del puerperio, denominado amencia» (palabra derivada de las lenguas germanas y que significa confusión o perplejidad). No existe un consenso sobre su definición como entidad, pero desde el siglo XIX existe una sintomatología definida por criterios operativos; y como veremos la «amencia» es uno de sus síntomas.

¹ SIMÓN LORDA, D.; GÓMEZ-REINO RODRÍGUEZ, I., «Psicosis puerperal: Aspectos clínicos y asistenciales», *Psiquiatría pública*, 1999, 11, III, pp. 70-78.

Las diferentes escuelas y autores actuales aún no se han puesto de acuerdo sobre si la psicosis puerperal es una psicopatología afectiva, esquizoafectiva, psicótica inespecífica o si se incluye dentro de las psicosis cicloides (concepto al que se acercan por ejemplo Klompenhouwer o los autores franceses). El DSM-IV y el CIE-10 la incluyen dentro de los trastornos psicóticos, como veremos.

La psicosis puerperal aparece en 1-2 casos de cada mil partos. Existen múltiples factores tanto psicosociales como biológicos asociados al desarrollo de una psicosis en el puerperio; y seguramente la combinación de varios de ellos en la misma paciente sea el desencadenante del episodio psicótico. Entre los factores más relevantes destaca en primer lugar el antecedente personal de un Trastorno Afectivo (sobretudo en el caso del Trastorno Bipolar en el que el riesgo de padecer una psicosis puerperal es del 25%), Esquizofrenia o un Trastorno Esquizoafectivo. Otros factores son: episodios previos de psicosis puerperal, antecedentes familiares de Trastorno Afectivo (en el 50-60% casos de psicosis puerperal), parto por cesárea, complicaciones en el posparto, primípara (en el 50-60% casos de psicosis puerperal), primer hijo varón, ser soltera, toxicomanías, estación del año y relaciones sociofamiliares conflictivas (destacando la relación con la pareja y la relación con la madre). Como se ve la mayoría de factores asociados son psicosociales; pero además de la cesárea y las complicaciones posparto existen otros factores biológicos asociados, algunos actualmente en estudio: Hormonales (CRH, Serotonina, Estrógenos, Progestágenos, Prolactina, Glicina), Neurotransmisores (Receptores Opioides Endógenos), Anemia (por ejemplo hemorragias posparto), Infecciones, Fármacos y Tóxicos.

De entre todos estos factores y dado que nuestra paciente carecía de antecedentes personales o familiares de patología psiquiátrica conviene destacar los aspectos psicológicos de la maternidad y cómo entran en conflicto en la psicosis puerperal. Existen dos modelos que explican cómo afecta la maternidad a la mujer. Uno (modelo de Desarrollo) que postula que la maternidad produce un nuevo *self* en la mujer que ésta debe adaptar a su *self* anterior y a sus relaciones previas; igualmente la mujer y su pareja deben asumir nuevas responsabilidades que implican un tiempo de adaptación. Cuando una mujer sufre una psicosis puerperal sus dificultades para adaptarse son mayores dada su psicopatología. Otro (modelo de los Sistemas Sociales), centrado en cómo el hecho de tener un hijo altera el círculo social y familiar de la mujer y las creencias de ésta sobre la maternidad o el parto, lo que puede dar lugar a un conflicto interno y acabar originando una psicosis puerperal. Psicodinámicamente la psicosis puerperal es vista como la contradicción entre cómo cree la mujer que debe actuar una madre y su compromiso con la maternidad, con el rechazo a su madre como modelo de maternidad. Esto da lugar a que cuando la mujer debe actuar como madre no tiene un modelo en el que fijarse lo que vive de modo desagradable y la confunde, escindiéndose su identidad como madre y su com-

petencia como tal. En definitiva, quieren ser buenas madres, no saben cómo hacerlo y debido a que sus hijos tampoco pueden indicarles cómo deben actuar no se ven reforzadas por ellos y acaban rechazándolos².

Desde un punto de vista clínico, la psicosis puerperal es un cuadro «polimórfico» y podemos sospechar de su presencia ante la existencia de rápidas fluctuaciones de nivel conciencia, con perplejidad, desorientación e intervalos lúcidos dispersos. En el aspecto psicomotriz y de discurso presenta también importantes fluctuaciones, desde la agitación al estupor y desde la verborrea al mutismo. A nivel afectivo también existe rápida variabilidad desde gran euforia y ansiedad hasta ánimo depresivo. Los trastornos de pensamiento se presentan como delirios o ideas deliroideas asociadas a la maternidad. Así, el adjetivo «polimorfo» hace referencia a las multitud de diferentes combinaciones que pueden darse entre las diferentes alteraciones cognitivas, psicomotoras, del discurso, senso-perceptivas, del pensamiento y afectivas.

Como ya se indicó al principio, en la actualidad la psicosis puerperal no existe como entidad nosológica independiente. En la clasificación de la APA (DSM-IV) el trastorno más similar es el Trastorno Psicótico Breve sin desencadenante grave de inicio en el post-parto. En la clasificación de la OMS (CIE-10) se incluye dentro de los Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios debidos a situación no estresante aguda. (Veánse tablas).

Tabla 1. DSM-IV: Trastorno Psicótico tipo no especificado.
Pautas para el diagnóstico de F/23.8 Trastorno Psicótico Breve (298.8)

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Uno o más de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Ideas delirantes 1.2. Alucinaciones 1.3. Lenguaje desorganizado (p.ej. disperso o incoherente) 1.4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado <p>(Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido).</p> <p>2. Duración del episodio de alteración de mínimo un día, pero inferior a un mes, con vuelta completa al nivel pre-mórbido de actividad.</p> <p>3. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no está motivada por los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. droga o medicamento) o por una enfermedad médica.</p> <p>Codificación:
80 Sin desencadenante(s) grave(s): los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a sucesos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias similares y en el mismo contexto cultural. Especificar si: De inicio en el posparto: si el inicio se produce dentro de las 4 primeras semanas después del parto.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

² GÓMEZ ALCALDE, M. S., «Patología psiquiátrica en el puerperio (Psicosis puerperal)», *Revista de Neuropsiquiatría*, 2002, 65, pp. 32-46.

Tabla 2. CIE-10: F/23 Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios.

El método usado para diagnosticar se basa en la construcción de una secuencia diagnóstica que refleja el orden de prioridad dado a características claves del trastorno.

- 1.º Comienzo agudo (menos de dos semanas), como característica definitoria del grupo.
- 2.º Presencia de síndromes típicos.
- 3.º Presencia de estrés agudo: El comienzo agudo se define como el cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal y psicótico en 2 semanas o menos. Existe evidencia que el comienzo agudo es signo de buen pronóstico y es posible que cuanto más brusco sea el inicio, mejor será el desenlace.

Síndromes típicos seleccionados: El estado rápidamente cambiante y variable («polimorfo») junto a síntomas esquizofrénicos típicos. La presencia del estrés agudo puede también especificarse con un quinto carácter (por su relación tradicional con la psicosis aguda). El estrés agudo asociado implica que los primeros síntomas psicóticos se presentaron dentro de las 2 primeras semanas después de uno o más sucesos que serían vividos como estresantes para la mayoría de personas en circunstancias similares y dentro del mismo ambiente cultural (p.ej. el duelo, pérdidas inesperadas de compañeros o de trabajo, el matrimonio, el terrorismo, la tortura, el trauma del combate, etc.). Las situaciones crónicas no deben considerarse en este contexto como fuente de estrés. La recuperación completa se produce en 2-3 meses (en ocasiones en días o pocas semanas); y solo un pequeño tanto por ciento desarrollan estados persistentes e invalidantes.

Pautas: Ninguno de los trastornos cumple pautas de episodio maníaco o depresivo, aunque los cambios emocionales y los síntomas afectivos individuales puedan destacar de vez en cuando. Ausencia de organicidad (p.ej. conmovición, delirium o demencia). Con frecuencia se observa perplejidad, preocupación o falta de atención en la conversación inmediata, pero si estos síntomas son tan marcados o persistentes como para sugerir delirium o demencia de causa orgánica el diagnóstico debe posponerse hasta realizar las pruebas necesarias para descartarlos. Las pautas temporales (tanto la de 2 semanas como la de 48 horas) no se refieren al tiempo de máxima gravedad y perturbación, sino a términos en que los síntomas psicóticos han llegado a ser obvios y desorganizadores de, al menos, algunos aspectos de la vida diaria o del trabajo. El apogeo del trastorno en ambos casos puede producirse más tarde. Los síntomas y alteraciones deben ser obvios sólo en los términos citados, en el sentido que habrán llevado al paciente a buscar algún tipo de ayuda o intervención médica. Puede indicarse un quinto término para señalar si el trastorno psicótico agudo se debe a una situación estresante, aguda o no.

En la fase aguda de la psicosis puerperal es necesario un tratamiento farmacológico enérgico. Suelen pautarse Antipsicóticos incisivos a elevadas dosis (aunque en los últimos años existe una tendencia creciente a utilizar Antipsicóticos Atípicos debido a su mejor tolerancia) asociados a Benzodiacepinas, Litio y en casos graves que no responden a tratamiento farmacológico o éste está contraindicado TEC (Terapia Electroconvulsiva). Una vez que la sintomatología psicótica ha empezado a remitir es necesario introducir lo más precozmente posible medidas terapéuticas de tipo psicosocial. De ellas el restablecimiento temprano de la relación materno-filial es clave. Distintos autores coinciden en que acelera la mejoría psicopatológica y permite que la paciente reasuma su rol materno.

La evolución de la psicosis puerperal suele ser favorable y solo en un porcentaje muy pequeño de casos la mejora no es completa y persiste algún deterioro. Por otro lado, la respuesta incompleta al tratamiento se asocia a un alto porcentaje de riesgo de maltrato infantil, y de hecho en un 4% de estos casos se produce infanticidio.

En cuanto al pronóstico, por regla general, a corto plazo es bueno (muy relacionado con la correcta evolución del episodio psicótico puerperal) pero cabe señalar que el riesgo de repetición de otro episodio psicótico está muy asociado a la presencia de embarazos posteriores. Si no se producen más embarazos el 75% de las pacientes no repetirán episodios psicóticos pero los embarazos posteriores aumentan el riesgo de recaídas de un 50 a un 75%.

El pronóstico a largo plazo, sin embargo, no es tan optimista ya que se ha visto que un alto porcentaje de pacientes desarrollan patología psiquiátrica (esta vez sin relación con el puerperio). Por este motivo se considera importante el seguimiento regular de las pacientes que han padecido uno o más episodios de psicosis puerperal, ya que la detección y tratamiento precoz de una patología psiquiátrica mejoran su pronóstico³.

* M.^a Teresa García López, médico Residente Psiquiatría, Unidad de Agudos de Psiquiatría. XSM-CSMA Alt Empordà; Raúl Otín Llop, médico Psiquiatra Adjunto. Unidad de Agudos de Psiquiatría. XSM-Parc Hospitalari Martí i Julià.
Correspondencia: mariat.garcia@ias.scs.es

** Fecha de recepción: 13-II-2007.

³ SPINELL, M. G., «Maternal Infanticide Associated with Mental Illness: Prevention and the Promises of Safer Lives», *American Journal of Psychiatry*, 2004, 161, pp. 1.548-1.557; y JONES, I.; PSYCH, M. R. C.; CRADDOCK, N. P., «Familiarity on the Puerperal Trigger in Bipolar Disorder», *American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 913-917.

LIBROS

CRÍTICAS

Remo BODEI, *Destinos personales. La era de la colonización de las conciencias*, Buenos Aires, El cuenco de plata, 2006, 528 pp.

Desde sus primeros libros, este reconocido filósofo eligió dialogar con la tradición mediante una escritura rica y precisa. Y como le interesaba el estudio de las pasiones y disonancias en las vidas individuales, sin olvidar su entorno social, Bodei encontró en viejos autores, como el poderoso Agustín de Hipona (*Ordo amoris*), sus fuentes lejanas para analizar del pensamiento occidental. Pero su obra en absoluto refleja discusiones remotas; sus textos son buena expresión de las inquietudes modernas. Más aún, en *Una geometría de las pasiones*, de 1991, cartografió el agobiante Barroco y en particular el cristalino mundo de Spinoza para acercárnoslo de un modo manifiesto; y en *Scomposizioni. Forme dell'individuo moderno* (1987), no traducido al español, analizó las borrascas de la gran Revolución que definen el umbral del desgarrar contemporáneo nuestro: esta fractura tiene además desde entonces la marca política francesa.

Pues bien, su indagación ha proseguido cronológicamente con *Destinos personales*, aparecido en 2002 y bien traducido por esta excelente editorial bonaerense. El libro viene así a cerrar su «trilogía de la individualidad» moderna, llegando hasta finales del siglo XIX y prolongándose hasta la primera mitad de la centuria siguiente hasta poner en evidencia las complejas y disociadas circunstancias *personales* de nuestros días. No es precisamente una obra maestra fácil de resumir: la suma de temáticas que ofrece Bodei con vigor y gracia es abultada.

En una primera parte, arranca rápidamente de Locke y Schopenhauer para mostrar la construcción del yo como sujeto de la conciencia, el intelecto y la voluntad en dos gamas influyentes del pensamiento (el inglés fue también modelo de la Ilustración francesa). Y pasa a adentrarse en el mundo biocientífico, con un extenso capítulo «De la citología a la filosofía», pues el modelo celular tuvo gran peso no sólo para estudiar la vida sino también para interpretar hechos físicos y sociales en el siglo XIX. El elemento fundamental del organismo fue impulsado desde 1838 por Schleiden y Schwann, pero su teoría celular se amplió mucho avanzado el siglo XIX, al definirse la célula como una *individualidad*, y proponerse que los organismos son una especie de «colonia» de células-individuo (en 1902, Le Dantec indicó ya que un individuo se define no por su número de células sino por la repetición de un tipo concreto). De esta suerte se aplicó la idea pluricelular, de inmediato, al comportamiento anímico y luego al social.

Además de reflejarse en una figura de tanto peso como Taine, en la que se detiene Bodei, analiza éste su réplica en tres médicos filósofos del siglo XIX: Ribot, Janet y Binet, que influyeron en los investigadores sobre la psicología de masas (también en Freud), en ciertos literatos (así Proust o Pirandello) y, más adelante e involuntariamente, en la derecha extrema. A continuación, Bodei marca con intensidad y amplitud el centro de gravedad, o la explosión, de Nietzsche, para proseguir luego con esas *estrategias de la individuación* que dan nombre a la primera mitad de *Destinos personales*. Por un lado, nos mostrará el par Bergson-Proust y el solitario o despiezado Pirandello –situados en una literatura mez-

clada con sensaciones de disolución—; y por otro hará una amplia reflexión sobre Simmel, que trata, por oposición al último, de buscar el crecimiento personal pese a tantas limitaciones externas, abriéndose a los vínculos externos favorables o cerrándose a los hostiles.

La segunda parte del libro, *la colonización de las conciencias*, se adentra por terrenos sin duda políticos. Le interesa al autor ver cómo nace el individualismo de masas, y analiza a los conductores de almas (Le Bon, Sorel, etc.), y a los pastores italianos de la jerarquía y el sacrificio, los Mussolini y Gentile que dirigieron en cuerpos y mentes un régimen *masivo* muy concreto. El libro se cierra al fin con casi setenta páginas de mirada ya retrospectiva del siglo XX («Horizontes del yo»), que recuerdan de antemano el exterminio nazi, los fracasos de organización total de la historia, y un claro derrumbe del individuo actual. Bodei espera que el presente sea, con todo, una época de gestación, un momento de metamorfosis; que sea un tiempo donde podría reconducirse esa circunstancia global —alienadora, narcisista e hysterizante en las costumbres y en la cultura—, para que cada cual pueda recapacitar y dar un giro más íntimo y grave a su persona, más resistente a las melodías uniformadoras que nos envuelven. Pero lo dice con grandes dudas, pues las perplejidades y los peligros son enormes sin duda.

Ahora bien como el ensayo aborda las *concepciones de la identidad* que llegan hasta nuestros días, recordemos rápidamente tres libros suyos anteriores, de distinto aliento, pues permiten aclarar algunas de las visiones acerca del «yo» que *Destinos personales* al fin traducido ofrece. Ya en su *Filosofía del siglo XX*, de 1997 (Madrid, Alianza, 2001), se abría indicando

que «una vez constatada la imposibilidad de descubrir el ‘bacilo de la locura’, o lesiones orgánicas en las psicosis endógenas, comienza ahora el acercamiento de la psiquiatría a las filosofías más recientes» (y en *Destinos personales* hay una fusión de diversos ámbitos del conocimiento). Pero más aún, como gran estudioso del territorio pasional, Bodei sabe que la desviación es constitutiva de la propia norma; y en *Las lógicas del delirio, Razón, afectos, locura* de 2000 (Madrid, Cátedra, 2002), ofreció una lectura singular de una carta de Freud, para ver nuestros conflictos más hondos: es un texto claro y conciso, está plagado de asociaciones sobre las discontinuidades de la vida psíquica, sobre cómo el pasado se adhiere al presente y cómo hay zonas de difícil sutura o mal suturadas en nuestra conciencia.

Por su parte, *El doctor Freud y los nervios del alma* —unas conversaciones con C. Albarella de 2001 (Valencia, Pre-Textos, 2004)—, nació de su malestar ante ciertos debates cuyo tono polémico y sectario revela que carecen de un conocimiento aceptable del discurso psicoanalítico: «Frecuentemente, la aceptación o el rechazo del psicoanálisis vienen motivados por actitudes en parte preconcebidas», que conducen a apreciaciones estériles. Bodei, interesado por el psicoanálisis y crítico, como filósofo atento, de ciertos aspectos de la obra de Freud, responde con pasión a tres aspectos fundamentales: los vínculos entre psicoanálisis y sociedad; las relaciones entre filosofía y psicoanálisis; el territorio, que éste implica; la hermenéutica y su lugar ante la ciencia. La grandeza freudiana —dice— «fue la de usar el conocimiento y los afectos como dispositivo conjunto para salir de la pasividad», pese a depender de «modelos blindados de tipo positivista». El

libro resulta claro, incisivo, y sin duda deja muchas ventanas para la polémica: como sucede con las buenas síntesis.

Reseñemos aún su último volumen, *Piramidi di tempo. Storie e teoria del déjà vu* (Bologna, Il Mulino, 2006), que analiza otra sutura y otras ramificaciones mentales (incluyendo el eterno retorno): esa sensación extraña de haber vivido una situación anterior, el *déjà vu* tan discutido por la psiquiatría. Lo hace a través de la literatura y la filosofía —de Rossetti a Bloch—, y en él cita sobre todo a Freud, justamente el doble de las veces que se refiere a Janet, pues a su juicio la terna de los médicos decimonónicos arriba citados sigue siendo un nódulo significativo de la modernidad.

En fin, Bodei intenta captar lo espectral de las teorías, enseñar cómo se han desplazado modelos epistemológicos de un territorio del saber a otro (con independencia de su verdad científica). Y lo hace bellamente. Sin olvidar que conviene valorar los sucesos históricos, esto es, discutir los patrones de interpretación contemporánea, en sus distintas capas. Pues toma en consideración los últimos tramos de nuestra historia como formas de «representación cultural» todavía relevantes, y que pueden ser modificados al menos en parte, de acuerdo con una tradición honorable del pensamiento civil italiano.

Mauricio Jalón

Antonio ESPINO GRANADO (Coordinador), *La atención a la Salud Mental en España. Estrategias y compromiso social. Acto de Celebración del XX aniversario del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Abril 1985. Toledo, 14 de abril de 2005*, Toledo,

Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 2006, 241 pp.

Como se ha repetido, la asistencia psiquiátrica siempre ha sido «la cenicienta» de la atención sanitaria en España. Contaminada la enfermedad psiquiátrica por valores negativos, su curación ha sido descuidada. Posesión diabólica, brujería o hechicería, delincuencia o maldad, son algunas de las equivalencias que la población, incluso la ciencia o la iglesia, encontraban en estos pobres sufrientes. La cárcel, la miseria, la hoguera, las galeras perseguían a estos desgraciados, que tan solo muy recientemente han sido liberados. La mítica escena de la liberación de los locos de sus cadenas por obra de Pinel, tan solo fue un gesto más de la revolución francesa, pues por muchos años la atención médica era rara y cara, inexistente para los que no gozaban de una comodidad suficiente en el terreno económico.

Todavía muchos recordamos el horror de los manicomios franquistas, en que parecía reunirse todo el rencor político y social de la etapa de posguerra. Estos pobres infelices pagaban las miserias de una época negra de nuestra historia. Por eso son míticos también los esfuerzos de muchos psiquiatras jóvenes que al fin de este período y en el comienzo de la democracia lucharon por mejorar los terribles hospitales psiquiátricos. La nueva etapa supuso pues una esperanza, sobre todo cuando el PSOE llega al poder en 1982. La Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, nombrada por el ministerio encabezado por Ernest Lluch, fue decisiva para plantear las necesarias mejoras. Llegaba en un momento en que la existencia del Ministerio de Sanidad y Consumo,

la dedicación de dinero y atención al problema y los cambios políticos eran factores positivos para la reforma. El nacimiento del estado de las autonomías era una de las novedades de mayor importancia. Se quería una atención orientada hacia la medicina comunitaria y coordinada en el sistema sanitario, mejorando los profesionales y las instituciones. Se quería aprovechar lo existente –en especial el movimiento renovador que cundía entre los psiquiatras jóvenes–, crear lo nuevo necesario y, sobre todo, coordinar instituciones e instancias políticas. Todo el mundo conoce el Informe presentado por la Comisión, que ahora se reedita con aportaciones fundamentales sobre su gestación y aplicación. Es importante la presentación del que fue su Secretario, así como algunas palabras del Ministro que firmó la Ley General de Sanidad.

Sin duda hubo muchos logros, pero problemas económicos y políticos hicieron que muchas de estas novedades no se implantaran, incluso que se diera marcha atrás en algunas. La tendencia a la privatización –o gestión privada, como se quiera– que tanto tememos quienes creemos en la sanidad pública–, ha hecho que a veces se pueda hablar de una contrarreforma. Pero sin duda el mismo impulso de renovación estatal que acompañó a los cambios sanitarios ha sido también foco de mejora en algunas autonomías. En este sentido, en estas páginas se presentan las novedades que en atención psiquiátrica se han producido en algunas de estas, así en Cataluña, País Vasco, Andalucía y Castilla-La Mancha, la anfitriona. También por Matt Muijen, las perspectivas de la OMS para Europa y por Alberto Fernández Liria, las propuestas para España desde una perspectiva histórica y profesional. Estar atentos a estas novedades es importante para quienes

desean que los pacientes psiquiátricos tengan una adecuada respuesta a sus derechos. Tal es, pues, la intención del libro que presento y que recomiendo a quienes se interesan por la medicina presente. Sirvan así estas palabras de introducción a su interesante contenido y, sobre todo, de homenaje a unos inteligentes profesionales –algunos buenos amigos– que propusieron y llevaron a cabo la liberación de las cadenas de esos pobres dementes.

José Luis Peset

Joan CODERCH, *Pluralidad y diálogo en psicoanálisis*, Barcelona, Herder, 2006, 319 pp.

El título de este libro es ya todo un acierto por dos motivos: primero porque desde el punto de vista estético es de una belleza cautivadora y, sobre todo, porque es toda una declaración de principios. Efectivamente éste es un libro dialogante, con la psicoterapia, con las diferentes modalidades de psicoanálisis, con la filosofía, con la teoría del conocimiento, con las neurociencias, etc. Pero también es un libro dialogado, pues el trabajo del autor viene acompañado de dos aportaciones plenamente integradas: un capítulo sobre psicoanálisis infantil escrito por Joana M.^a Tous que cierra el volumen y un prólogo a cargo de Mercè Mitjavila que, ya desde las primeras páginas, nos sumerge en un clima dialogante y reflexivo de alto nivel que presidirá todas y cada una de las que siguen hasta finalizar el libro.

Adscrito al «pluralismo crítico» propuesto por Popper el autor pretende dos cosas: por un lado abordar la pluralidad teórica y técnica del psicoanálisis, y por otro dialogar

con otras disciplinas del saber. Respecto a la pluralidad recurre a las posturas de autores que dialogan entre ellos en trabajos recientes (Wallerstein, Green, Kernberg, Gabbard) y expone sus propias opiniones, con gran sentido común, respecto a la pluralidad y también al terreno común en los aspectos más nucleares: los fenómenos mentales básicos, la dedicación de ayuda con las dificultades y el compromiso con la relación terapéutica para ofrecer la posibilidad de una mejor calidad de vida. En definitiva, en aquello que es compartido por todos los psicoterapeutas: escuchar, comprender y ayudar. Al mismo tiempo denuncia, no tanto las divergencias, que las hay, sino las actitudes cerradas en sí mismas, de no querer ver más allá de las propias teorías. Para abordar el diálogo con otras disciplinas recurre a los principales modelos del psicoanálisis, el modelo pulsional y el modelo relacional, para hacerlos corresponder con las dos principales concepciones de la naturaleza humana: la individual y la social.

En el primer capítulo el autor aborda el debate de la diversidad de teorías que han coexistido y conviven dentro del psicoanálisis (las principales orientaciones psicoanalíticas actuales). Algunas ideas ya habían estado esbozadas en su anterior trabajo *La relación paciente terapeuta* (Paidós, 2001), donde el autor ya se nos mostraba con un convencido anti-dogmatismo que le permite hacer crítica, y autocrítica, de tradiciones y teorías que durante demasiado tiempo han parecido incuestionables dentro y fuera del mundo psicoanalítico. Con gran precisión va exponiendo modelos diferentes para la comprensión del psiquismo humano y lo que cada uno aporta de valioso en este diálogo que considera necesario y hasta imprescindible. Pero Coderch va más allá, y considera esta diversidad como

una fuente de conocimiento más que un problema que precise una solución en forma de una teoría común.

El segundo capítulo trata del diálogo entre psicoanálisis y filosofía del lenguaje. En relación a los objetivos que apuntábamos antes, el autor expone una concepción de la mente humana fundamentalmente social y, por tanto, una concepción fundamentalmente relacional del proceso psicoanalítico. En esta relación, y gracias a la filosofía del lenguaje, Coderch hace una propuesta para resolver la aparente paradoja de las diferentes interpretaciones en el marco de las distintas orientaciones psicoanalíticas: desde esta perspectiva –nos dice– toda interpretación consta de dos componentes. Uno es el componente semántico-referencial, mediante el cual el analista anuncia, a través de su proposición, una realidad de la mente del paciente. Sería el contenido de la interpretación (el único que se ha tenido en cuenta tradicionalmente). Pero hoy sabemos que hay otro componente, el pragmático-comunicativo, mediante el cual el analista comunica, implícitamente, su actitud y por tanto, si trabaja adecuadamente y sea cual sea su orientación teórica, siempre comunicará a su analizado su interés por escucharlo y por comprenderlo, así como su intento de no interferir en su libertad, de ayudarlo a pensar y a ser responsable de sus actos.

El tercer capítulo aborda el tema del psicoanálisis como ciencia, y como no podía ser de otra forma, es uno de los apartados que queda más abierto. Abierto en el sentido de que, después de efectuar un recorrido por diversas posiciones y argumentaciones (desde el mismo Freud hasta Gadamer) y de suscribir la necesidad de un método científico propio para el psicoanálisis, del estilo del de las ciencias humanas, también es cons-

ciente de los esfuerzos que un buen número de psicoanalistas están llevando a cabo para aplicar la metodología empírica. La misma Mercè Mitjavila, psicoanalista autora del prólogo, constituye un inmejorable ejemplo de este esfuerzo combinando diseños experimentales y cualitativos en el estudio tanto de procesos como de resultados en el proceso analítico. En cualquier caso las reflexiones expresadas en este capítulo son una muestra más de lo mucho que falta aún por dialogar en este tema de la máxima actualidad en los ámbitos universitarios, de investigación y también en los profesionales.

En el siguiente capítulo recoge algunas aportaciones de las neurociencias en relación a conceptos clásicos del psicoanálisis como la amnesia infantil o el mismo concepto de inconsciente: en el primero trata del porqué de la ausencia de recuerdos primitivos sin recurrir a la teoría del conflicto y en el segundo a partir de la evidencia de dos tipos de inconsciente, el dinámico y el de procedimiento o no conflictivo. Pero las revisiones y actualizaciones más substanciales de este capítulo se centran en los conceptos de alianza terapéutica y en el de transferencia. Alianza terapéutica entendida como una forma de colaboración del paciente con el analista más que una alianza frente a alguien o alguna cosa. Respecto a la transferencia el autor nos propone un fascinante recorrido desde la concepción más clásica (pero a pesar de todo muy aceptada aún) de una transferencia exclusivamente proyectiva, hasta una visión de la transferencia como una forma de organización de la propia realidad del paciente en el marco de la relación terapéutica.

Tanto en este capítulo como en el dedicado al diálogo entre psicoanálisis y psicoterapia Coderch recupera y revisa conceptos que ya había trabajado en profundidad en otras

publicaciones anteriores (*Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*, 1987 y *La interpretación en psicoanálisis*, 1995), desmitificando el concepto de neutralidad del terapeuta y llamando la atención sobre los beneficios o la desmesura del *setting* que, con un planteamiento inflexible, puede fomentar fácilmente la sumisión del paciente. En todas estas revisiones el autor no duda en ser muy crítico con aquellas actitudes y prácticas del analista que están más condicionadas por la teoría que por el evidente deseo de ayudar al paciente. El autor justifica con contundencia que, el trato del analista con su analizado, está siempre inspirado por su deseo humano de hacer lo que le sea más benéfico. Pero no con menor contundencia advierte del hecho de que, cuando la adscripción a la teoría muestra su cara más rígida e inflexible, el paciente no puede vivir al terapeuta como un objeto bueno y con el que tiene una relación de neutralidad benevolente, actuando esto en perjuicio de que pueda conectar y trabajar sus impulsos más agresivos, envidiosos, etc., ya que percibe que lo ha de hacer en una relación que no le ofrece ninguna garantía de seguridad, afecto ni confianza. Advierte sobre actitudes deshonestas e interesadas cuando, hablando de psicoanálisis y psicoterapia, expone algunas motivaciones que pueden precipitar una determinada indicación o el pasar de un tratamiento al otro, etc. Actitudes que pueden ser defensivas en lo que respecta al uso de la interpretación, de los silencios o del encuadre.

Cuando el autor nos habla del narcisismo lo hace en forma de revisión actualizada, tanto desde el punto de vista teórico como de su abordaje terapéutico, y como una forma de entender la imposibilidad del diálogo en el individuo y en el grupo social en la actualidad. El capítulo sobre el narcisismo aporta, al libro, la riqueza del material clíni-

co de la misma forma que Joana M.^a Tous lo hace en su capítulo dedicado a la pluralidad en el ámbito del psicoanálisis infantil.

Como hemos visto, pues, el trabajo propone un diálogo del psicoanálisis consigo mismo, en primer lugar, (entre lo que conocemos como orientaciones o escuelas) y, en gran medida también, un diálogo con otras disciplinas. Supongo que, antes de adentrarse en la lectura del libro, es inevitable que cada lector imagine un diálogo diferente, a la medida de sus intereses. Quizás se trata de un efecto secundario de lo que ha pasado tradicionalmente, cuando el psicoanálisis se ha propuesto dialogar con el arte, la religión, la biología, la pedagogía o la sociología, por poner solo algunos ejemplos. Tras la lectura del libro de Coderch uno piensa si, muchos de estos presuntos diálogos, en el fondo, eran más bien monólogos de una sola dirección: desde la comprensión psicoanalítica hacia el resto de manifestaciones humanas. Pero Coderch es honesto, con los lectores y, sobre todo, consigo mismo, y nos habla tal como piensa, y escribe de lo que sabe, y mantiene una actitud dialogante como la que tiene con los otros profesionales, incluso más jóvenes y menos sabios, o con los estudiantes. Por ello, este trabajo abre vías a otros diálogos y, en mi opinión, sobre todo con aquellas disciplinas que están básicamente comprometidas con la función asistencial: la deontología médica, las prácticas destinadas a mejorar la llamada calidad de vida y el amplio muestrario de prácticas psicológicas aplicadas a ámbitos diversos y específicos, entre otras.

Antes me he referido al Prólogo escrito por Mercè Mitjavila y ahora me gustaría volver a él brevemente. Ella plantea una primera controversia entre dos opiniones formuladas de manera clara y precisa por el autor: es inevitable o no que existan

muchos psicoanálisis y, sobre todo, esto es fructífero o es un problema. Leyendo los argumentos, tanto los de ella misma como los de Joan Coderch, me atrevo a formular dos consideraciones: la primera que este fenómeno debe ser inevitable, pues ya desde el año 1910, con la fundación de la Asociación Psicoanalítica Internacional, aparecen divergencias tan irreconciliables que van desembocando, periódicamente, en expulsiones de miembros de la talla de Jung o Adler, y parece que ésta no es una práctica extinguida en la actualidad de sociedades psicoanalíticas. La segunda reflexión es la de que este hecho debe ser fructífero, pues es innegable que la diversidad entre éstos y otros autores ha fecundado con mucha más energía el mundo de la psicología y el de la salud mental e incluso el del mismo psicoanálisis, y un efecto colateral de esto es el de que estamos asistiendo a una verdadera rehabilitación de muchos de estos autores que ahora están en primera línea, como es el caso de Winnicott o Ferenczi, por poner sólo dos ejemplos.

Cabe preguntarse si muchas de estas escisiones radican en lo más esencial de las teorías y de sus correspondientes prácticas (dentro del psicoanálisis e incluso en referencia a otras orientaciones psicológicas) o si estamos frente a un fenómeno ligado al narcisismo de los representantes de estos grupos y sociedades, o a su necesidad de autoafirmación identitaria a base de delimitar claramente la frontera del otro, a menudo expresada con sentencias sobre «que no es psicoanálisis», «que no es psicoterapia», «que no es terapéutico»,... con una fuerte carga descalificadora y dogmática. Se podría decir que las incompatibilidades más insalvables están en las personas más que en las teorías y las prácticas cuando éstas están fundamentadas, actualizadas, evaluadas y

con un objetivo básico común: ayudar a las personas en sus dificultades vitales.

Pero volviendo al libro y a su autor. Esta forma dialogante de plantear el desarrollo del libro hace que sea absolutamente recomendable para muchas personas. Primero para los mismos psicoanalistas y lógicamente para profesionales y estudiantes del gremio Psi, pero también para todas aquellas personas interesadas en saber cual es la realidad más actual de esta disciplina. Pero con esto no quiero decir que sea de lectura fácil, conviene acercarse a él con decisión pero con paciencia, sin prisas, con aquella actitud que uno tiene cuando piensa en volver a él más de una vez, a pequeños sorbos que sugieren nuevos gustos y nuevas sensaciones. Herder, a quien hay que felicitar una vez más por seguir realizando apuestas editoriales como ésta, nos lo facilita con una edición muy cuidada, en el formato, la paginación y una tipografía clara, limpia y amable. También nos lo facilita la existencia de una bibliografía muy seleccionada y de un índice de autores y un índice temático tan breves como útiles. Pero por encima de todo ello está el rigor y la claridad con la que Joan Coderch ha escrito este volumen y todos los que ha publicado hasta hoy.

Víctor Cabré Segarra

S. SEGAL, J. WILLIAMS y J. TEASDALE, *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2006.

Este manual resulta muy atrayente para todos aquellos que trabajen en ámbitos relacionados con la salud mental, puesto que propone una forma de trabajo que aúna

la terapia cognitiva, paradigma de los autores, y la meditación de la consciencia plena, un tipo de meditación budista, en el tratamiento de la depresión y en la prevención de las recaídas, en concreto, y por tanto, en los trastornos afectivos y en otro tipo de trastornos. Los autores explican en qué consiste este tipo de terapia y relatan la manera en que fueron aprendiendo a conjugar su habitual modo de tratamiento del trastorno depresivo a través de técnicas cognitivas, con los conocimientos y el material de Jon Kabat-Zinn y el personal clínico del *Centro para la Consciencia Plena en la Medicina, la Atención Sanitaria y la Sociedad* de Massachussets.

El libro consta de un prefacio, una introducción, tres partes y un epílogo, siendo la manera de exposición un recorrido desde los aspectos más generales a los más específicos. El prefacio, escrito por Jon Kabat-Zinn, constituye una presentación de este volumen, describiendo cuán beneficiosa puede resultar la unión de la terapia cognitiva con la meditación de la consciencia plena en el tratamiento de la depresión. En la introducción, los autores cuentan la forma en la que partiendo de sus conocimientos en el paradigma cognitivo-conductual se acercan a través de la consciencia plena a una nueva forma de terapia del trastorno depresivo.

En la primera parte, titulada *El desafío de la depresión*, se expone el concepto de depresión como un trastorno del estado de ánimo, explicándose los factores por los que es útil la terapia cognitiva de Beck para la recuperación de estos trastornos. Asimismo se describe cómo las creencias disfuncionales persistentes no constituyen la causa de las recaídas, sino que los estados de ánimo tristes reactivan dichas creencias disfuncionales, y de esta forma se hace más probable la recaída en la depresión. Se presenta además un nuevo

componente, la consciencia plena, como elemento a sumar al tratamiento psicológico cognitivo de la depresión. La consciencia plena era, en un principio, un método utilizado por Jon Rabat-Zinn en el Centro Médico de la Universidad de Massachussets en personas con estrés ayudándoles a través de la meditación budista a darse cuenta de que los pensamientos son únicamente pensamientos, y que no son la realidad, siendo esta técnica un magnífico recurso para acompañar a la terapia cognitiva en el tratamiento de los trastornos depresivos.

Unidos ambos elementos los autores exponen, en la segunda parte (*La terapia cognitiva basada en la consciencia plena*) el programa de la Terapia Cognitiva Basada en la Consciencia Plena (TCBCP) que consta de ocho sesiones, probado clínicamente, destinado a la recuperación de la depresión y la prevención de recaídas. Ayuda a los participantes, en clases semanales y mediante tareas para casa, a ser más conscientes del momento presente en que viven y a darse cuenta de las tendencias que muestran sus pensamientos, emociones, síntomas fisiológicos y conductas ayudándoles a romper las relaciones entre éstos cuando son disfuncionales, para que así aprendan a enfrentarse a los acontecimientos de manera más adaptativa. Se trataría de aprender el «descentramiento», que consiste en considerar los propios pensamientos únicamente como pensamientos, y no necesariamente como un reflejo de uno mismo o de la realidad. Y este «descentramiento» se logra a través de la consciencia plena. Los nueve capítulos que integran esta parte detallan este programa explicando aspectos tales como: planificación y preparación de las sesiones, entrevista de evaluación inicial, clases, número de participantes por clases, objetivos, estructura de las sesiones,

temas básicos a tratar en el abordaje de la depresión, tareas para casa... Aportan también el material utilizado en las sesiones.

En la tercera parte del libro (*Evaluación y diseminación*) los autores llevan a cabo una evaluación de su TCBCP concluyendo que esta terapia es útil en la prevención y tratamiento de la depresión y puede reducir la probabilidad de recaída en personas que han padecido tres o más episodios depresivos. Para terminar, aportan lecturas, direcciones y páginas web para quienes estén interesados en profundizar más acerca de esta terapia. Y el libro está escrito con un estilo muy claro haciendo muy interesante su lectura.

Carmen Paredes

Colette SOLER, *Lo que Lacan dijo de las mujeres*, Buenos Aires, Paidós, 2006, 338 pp.

Publicado en el 2006 por la editorial Paidós, *Lo que Lacan dijo de las mujeres* es un libro ambicioso que no sólo abarca los más diversos temas tratados a mediados del siglo XX por el conocido psicoanalista francés, sino que hace una pequeña revisión de algunos conceptos freudianos que permiten obtener un relieve más claro de los mismos. Escrito por Colette Soler, psicoanalista que se formó con Jacques Lacan y doctora en Psicoanálisis por la Universidad de París VII, en *Lo que Lacan dijo de las mujeres* se exploran las aportaciones de éste a la eterna pregunta formulada por Freud: «¿Qué quiere una mujer?». De esta forma, va a explorar a fondo temas relacionados con la lógica de la sexuación, la feminidad y su diferencia con la histeria.

¿Qué ha dicho el psicoanálisis sobre la mujer? Ha dicho mucho y poco a la vez, y

todo ello ha ido de la mano de ciertos prejuicios que no se pueden separar del contexto cultural de finales del siglo XIX. Lo que Freud dijo, en aquel entonces, ha suscitado mucha polémica. Una polémica abierta tanto en aquella época, en los debates post-freudianos del siglo XX, como hoy en día.

El libro empieza con un prólogo dedicado a Anna O., la primera Anna del psicoanálisis, la Anna de Freud y de Breuer que demostró, por primera vez, que el síntoma histérico reacciona ante la palabra, descubrimiento que marcará un antes y un después del psicoanálisis. El libro se divide en seis partes principales: *Che vuoi?*, «Clínica diferencial», «La madre», «Las mujeres en la civilización», «La maldición» y «El análisis».

Che vuoi? (¿qué quieres?) se subdivide, por su parte, en *Una mujer*, que abarca la respuesta del Edipo, las manifestaciones del no-toda y la marca de la mujer; y *qué dice el inconsciente sobre eso*, que se corresponde con las cuestiones sobre la mujer freudiana, la ley del deseo, la mujer no es la madre y el Otro absoluto.

En «Clínica diferencial» se discuten temas sobre *la histeria y la feminidad*, en donde se retoman conceptos básicos como la estructura del lenguaje, la metáfora, la metonimia, el amor femenino, el hacer desear; *la mujer ¿masoquista?* y *aflicción femenina*, referente a la depresión, la causa del deseo tomada al revés y el plus de la melancolía.

La madre en el inconsciente, la angustia en la madre y una neurosis infantil forman parte del capítulo dedicado a «La madre». En esta última parte se van a tener presentes una selección variada de temas, entre los que se incluyen las aportaciones winnicottianas.

En «Las mujeres en la civilización» se proferirá sobre *la histérica en los tiempos*

de la ciencia, las nuevas figuras de la mujer, éticas sexuadas e incidencia social de la sexualidad femenina. Para pronunciarse sobre los goces y el amor ha escogido el capítulo titulado «La maldición» que tiene dos partes: *el amor no loco y a causa de los goces*. Finalmente, se discutirá de la elección de la pareja a través de *el síntoma de separación y de los fines... del amor* en el capítulo «El análisis».

De esta forma, Colette Soler va a desarrollar y a hacer una muestra panorámica de la obra de Lacan sobre la posición de la mujer en el psicoanálisis y su visión de ésta. Así, se revisan conceptos sobre la mujer freudiana, la ley del deseo y el deseo femenino. Recuerda ciertos elementos pautados por Freud que nos permiten elaborar las diferencias y las semejanzas con la obra lacaniana. Aparecen los términos ya conocidos del Otro Absoluto, la cualidad masoquista de la mujer, la imposibilidad de identificar a *La mujer* y las diferencias entre los goces. El goce suplementario en la mujer, la *no-toda* y las diferencias entre el ser y el tener fálico son más de los conceptos rescatados en este libro. No se deja en el olvido temas referentes a la madre y al niño, a la visión de las mujeres en la civilización —a la cual dedica un capítulo entero— y a las nuevas figuras de la mujer hasta la recuperación fálica y el retorno a la mujer freudiana.

Soler finaliza su libro con un anexo en donde se pregunta: «En qué quedamos entonces, con la cuestión que permanece en suspenso: ¿existe un decir de la diferencia de los sexos en el análisis?». De esta forma concluye su exploración sobre lo que permite formular el discurso analítico en cuanto a la diferencia entre los sexos se trata. Aunque se retoma el *Che vuoi?* de Freud, el deseo y la sexualidad femenina toman para Soler

una dimensión completamente distinta gracias a los conceptos introducidos por Lacan, en donde también se dejan ver aspectos sociales y colectivos de este problema.

Francisco Vaccari

Assumpció VIDAL PARELLADA, *Luis Simarro y su tiempo*, Madrid, CSIC, 2007, 268 pp.

El doctor Simarro pescando en Javea es uno de los óleos que el pintor valenciano Joaquín Sorolla firmó a su paisano. La composición es sencilla, un hombre solitario, encorvado, tocado con camisa blanca, traje y sombrero, caña en mano, disfruta de la pesca balanceándose sobre el agua amparado en un humilde bote. Luz y color envuelven la intrascendente figura de rostro difuminado, hasta el punto que lo mismo puede ser Luis Simarro Lacabra o un señor de Murcia. Lo contrario ocurre cuando la paleta del pintor invade la intimidad del laboratorio. Sorolla conoce bien el *sancta sanctorum* del amigo. Hay precisión, detalles, minuciosidad, en el juego de luces titulado *Una investigación*. Pertrechado entre notas, preparaciones, instrumentos, reactivos, rodeado por los discípulos, el foco luminoso irradia las manos de un científico diligente en la preparación histológica que ultima. El quehacer y las facciones, ahora sí, delatan a Simarro. Aquel es un hombre cualquiera, un ser anónimo, vulnerable, el enamorado pensativo y mustio, a solas con su corazón, descrito por Juan Ramón Jiménez a la muerte de la esposa Mercedes. El otro, es el hombre público, el sabio genuino, el maestro con quien Santiago Ramón y Cajal *recuerda* estar en deuda por revelar la importancia del tratado anatómico escrito por Camillo Golgi sobre el sis-

tema nervioso, e iniciarle en la técnica de tinción con cromato de plata. Este ilustre valenciano ocupa las páginas del relato trenzado por Assumpció Vidal.

Como sabíamos, Simarro fue un personaje ubicuo en una época convulsa: psiquiatra, neurólogo, conferenciante, catedrático, masón, político. Compartió cartel con Unamuno, Blas Cabrera, Achúcarro, Cajal, Oloriz, Giner, Pulido, Menéndez Pelayo, Cossío, Ortega, Bolívar, Zulueta, Rodríguez Carracido, Altamira, Odón de Buen, Salillas, Bernaldo de Quirós, y más, entre la extensa nómina de la Edad de Plata de la cultura española. Instituciones como el Ateneo de Madrid, la Casa de Dementes de Santa Isabel, el Museo Pedagógico Nacional, la Institución Libre de Enseñanza, el Hospital de la Princesa, la Asociación Española para el Progreso de las Ciencias, la Real Sociedad Española de Historia Natural, la Junta de Ampliación de Estudios, el Laboratorio de Psicología Experimental, la Universidad Central, o el Instituto de Medicina Legal, configuraron su horizonte académico y profesional. Publicaciones las justas, de un médico propenso a curar, investigar, enseñar y a poco escribir. Hilvanada en veinticinco capítulos desgranados cronológicamente, la susodicha información fluye con mesura y eficiencia expositiva dibujando un guiño cómplice hacia el homenajeado. Es la crónica biográfica de un hombre en desazón, de un rebelde con causa. Una narración contemplativa bajo la batuta de los nombres y las cosas trazada desde los archivos. Y faltan las ideas, su análisis, la interacción del qué con el cómo y porqué, buscando profundizar en la persona, en la práctica científica y en la actitud política, para conocer la dimensión plural del intelectual encarnado por Luis Simarro. Ante la ausen-

cia todo queda en suspenso. Navegar por aguas superficiales es una opción personal legítima y válida, y el resultado de hacerlo bien es, como ocurre en este caso, un provechoso y recomendable libro de buena divulgación, pero igualmente alejado de la buena investigación histórica. Cada cual elija la opción que prefiera.

Andrés Galera

Cristóbal SUÁREZ DE FIGUEROA, *Plaza universal de todas ciencias y artes*, Valladolid, Junta de Castilla y León, 2006, 1.070 pp.

En el año 2000, la AEN publicó dos libros de Tomaso Garzoni, *El teatro de los cerebros. El hospital de los locos incurables*, el segundo de los cuales *–L'ospidale de' pazzi incurabili–* es considerado como un trabajo pionero sobre todas las formas de la locura.

Pues bien, por entonces, en 1585, este raro escritor publicó *La piazza universale di tutte le professioni del mondo*, un impresionante obra de recopilación de oficios y de datos anejos muy dispares, que se difundió enormemente durante un siglo por Europa, tanto en italiano como en latín y además en castellano. Y es que un gran escritor de nuestras letras, poco conocido por haberse afincado en Italia, Suárez de Figueroa, hizo una versión y al tiempo adaptación personal de ese trabajo con gran éxito hasta el inicio de las Luces: es la *Plaza universal de todas ciencias y artes*, que fue publicado en Madrid en 1615.

Pese a la calidad de su escritura (Figueroa fue alabado por Cervantes y por Gracián), nunca fue reeditado en tres siglos, dadas las dificultades para abordar un pro-

yecto tan vasto y que requería aclarar miles de datos. Tampoco lo había sido el original italiano, hasta 1996, cuando apareció con gran eco, gracias a la editorial Einaudi; y ahora aparece también en una bella y anotada edición en nuestro país. Es una obra fundamental para conocer el territorio cultural del siglo XVII, y asimismo lo es para entender el mundo que rodea a esos dos libros tan singulares que la AEN rescató.

Es imposible dar una idea que abarque esta *Plaza* en su integridad, pues todas las carreras y funciones ciudadanas están reflejadas aquí hasta superar los cien apartados: las más honoradas y las más nimias, las más codificadas y las claramente asociales o anómicas. Por supuesto que recoge todas las artes curativas, a su modo tan extraño, pero todo apunta a dar la visión global de una sociedad convulsa, dominada por conflictos internos y sociales, haciendo uso de un moralismo prebarroco de fuerza singular: es la crisis mental que reflejaron Tasso, Böhme o Montaigne, Cervantes, Alemán y Sánchez, Bacon, Shakespeare o Donne, y por supuesto esos Ferrand, Bright y Robert Burton que la AEN ha sabido recuperar; más aún los efectos de la melancolía están en muchas de sus enumeraciones frenéticas y en su perspectiva general.

Como el recorrido va desde los más poderosos hasta los mendigos, desde los artistas hasta los sepultureros, no pueden faltar desde luego tres oficios universitarios de entonces: los jurisperitos, que sin ser consumados en su Facultad pasan a las de filosofía o matemáticas, y hablan «de los más sabios con asco y gestos»; los médicos, de codiciosos deseos, que obran tantas veces a ciegas; y los teólogos que «los hace despeñar la demasiada sutileza de sus ingenios». Pero además de ellos, de esas críticas ya seculares, están los miles de datos técnicos,

eruditas o literarias, reflexiones históricas, resúmenes de anécdotas, todo un abigarrado conjunto de datos sintetizados en casillas profesionales a veces extravagantes.

Figueroa, especialista de la variedad humana, reconoce que ha traducido, cerceado y aumentado un texto italiano, un texto de Garzoni que se saqueaba ya en Alemania y en toda Europa. Y añade finalmente: «De su título se colegirá su provecho; si es plaza y rica de todo bien, corto será quien aquí dejare de feriar. Trata de todas ciencias y artes, con tanto estudio y generalidad que podría alentar los ingenios más remisos y hacer filosofar a los de menos elevación». No exageraba el autor español, si bien su ingenio nos remite como se adelantaba a las invenciones de Huarte y Cervantes, a la literatura italiana, francesa y alemana del siglo XVI, en suma, al nacimiento del individuo y de la ciencia moderna. En todo caso es una obra maestra de la divulgación escrita en un castellano de primera.

Esteban Landmarke

Armando GARCÍA; Raquel ÁLVAREZ, *Las trampas del poder. Sanidad, eugenesia y migración. Cuba y Estados Unidos (1900-1940)*, Madrid, CSIC, 2007, 400 pp.

Es consabido el cuento determinista que Sócrates le larga a Glaucón en el tercer acto de la *República* platónica. Resumiendo, en un mundo fraternal los hombres están hechos unos de oro, los mandamases, otros de plata, los ayudantes, de bronce los labradores y de hierro los artesanos. Los hijos que engendren tendrán semejantes naturalezas debiéndose seleccionar y educar en correspondencia, al objeto de preservar el organigrama social

frente de la pervivencia de un Estado amenazado de muerte si cayese en las manos incapaces de labradores y artesanos. Platón anula la libertad individual sin disimulo, aplica este discriminatorio principio corporativo con el afán de establecer un indisoluble vínculo grupal que, ficticiamente, beneficia al cuerpo social cuando, realmente, hegemoniza la casta gobernante. La propuesta encierra un modelo eugenésico primario, elemental, que no persigue la mejora racial, invariable en los sistemas predeterminados, sino utilizar la selección humana para coacer al individuo conformándole según el apropiado núcleo social. Quienes olvidaron el cuento platónico acuérdense del *mundo feliz* literariamente atildado por Aldous Huxley en clave neodarwinista (*Brave New World*, 1932). La idea selectiva viene, pues, de lejos y perdura. Asomados al balcón sanitario, la sociedad del siglo vigésimo la perfeccionó hasta el paroxismo, practicándose la eugenesia en mayúsculas. Un hecho fundamental causó tanta irracionalidad: amparado en la teoría de la evolución, particularmente en la versión darwinista, el positivismo biológico decimonónico desembocó en un excluyente biologicismo social empecinado en conducir al ser humano por la idílica vía del progreso y la perfección. Adeptos los tuvo, muchos, y mantiene. Sometido a esta ley biológica el individuo pierde su valor intrínseco, se convierte en autómatas cuya voluntad, en primera y última instancia, está constreñida en el genoma; unidad física responsable del cuerpo y de la mente. Está escrito en los genes es un latiguillo repetido hasta la saciedad. La otrora selección del más apto anunciada por Darwin se transformaba en una cruzada racial, en un mecanismo de control poblacional, garante de orden establecido mediante la regulación reproductora, la certera pedagogía, y la eliminación del inepto. Depuración

participada por médicos, antropólogos, juristas, higienistas, políticos, legisladores...

La isla de Cuba es el escenario donde discurren *Las trampas del poder*, en tiempos de 1900, recién independizada de España e instaurada la república bajo supervisión estadounidense. Más allá de cuatro décadas abarca un relato histórico cuya espina dorsal es la figura del eugenista cubano Domingo Ramos. La biografía del personaje es polivalente, discurre bajo los epígrafes de innovación científica, institucionalización sanitaria, e internacionalización del modelo eugenésico cubano. Compartida con su coetáneo Eusebio Hernández, la homicultura fue una novedosa materia médica relativa a la mejora de la especie humana, fundamentada en el control integral de las etapas pre y postnatal. El proyecto tendría su desarrollo en el futurible *Palacio de la Homicultura*, siguiendo las líneas maestras de instituciones como el reputado sanatorio de *Battle Creeck*, en Michigan, y hospital infantil *Kaiserin Augusta Victoria* de Berlín. Concebido como un complejo para la investigación, asistencial y formativo, sobre una superficie de 42.000 m² se distribuirían hospitales, asilos, escuelas, comedores, bibliotecas, archivos, y laboratorios, necesarios para el cultivo del *nuevo hombre* cubano: *sano, fuerte, inteligente y de buenas costumbres*. Los deseos lo fueron, el palacio no se construyó. Mejor suerte corrieron la *Liga Nacional de Homicultura*, fundada en 1913, y la *Oficina Panamericana de Eugenesia y Homicultura*, instaurada en La Habana el año 1927. En el contexto internacional la suerte de Ramos corre en paralelo con su *partner* norteamericano Charles Davenport: fundador de la *Eugenics Record Office*, autor de libros polémicos como *Eugenics. The Science of Human Improvement by better Breeding* (Nueva York, 1910); *Heredity*

of Skin Color in Negro-white Crosses (Washington, 1913), y uno de los capitostes del eugenismo estadounidense. Como era previsible la contaminación política postergó al médico cubano, rechazado en la cercanía y animado en la distancia. Un final repetido en la historia de Cuba. La moraleja del libro es obvia: el poder de la ciencia. Para el caso, el poder de un modelo sanitario convertido en instrumento para consumir la manipulación racial. Si la ciencia promete controlar la naturaleza, la medicina, en particular, hará lo propio con el hombre del futuro a beneficio del inventario de una clase dirigente decidida a perpetuarse sacrificando al individuo. La genuina trampa del poder no es otra que proclamar la bondad de su intervencionismo arrogándose la certeza de una ciencia incierta. En *Las trampas del poder* se describe el problema en clave antiatlana, componiendo una relación rica en materiales inéditos, de numerosos matices, idas y venidas, propios de un afán enciclopédico que, a veces, disminuye la claridad expositiva. Veintiún apéndices documentales completan el texto acentuando su prestación histórica. Los degustadores del tema deben recuperar un título precedente de idéntica autoría y mayor alcance: *En busca de la raza perfecta* (Madrid, CSIC, 1999).

Andrés Galera

Zygmunt BAUMAN, *Modernidad y Holocausto*. Madrid, Sequitur, 2006, 270 pp.

Con la feliz reedición de *Modernidad y Holocausto* de Z. Bauman disponemos de un libro clásico e imprescindible para acercarnos al significado del Holocausto. A diferencia de otros ensayos en los que el programa genocida nazi no vendría a cues-

tionar la validez o legitimidad del proyecto ilustrado, tratando el acontecimiento más dramático del siglo XX como un simple accidente, sin duda digerible o asumible por una lectura finalista de la historia, la originalidad del análisis de este sociólogo polaco consiste en establecer una inquietante familiaridad entre modernidad y Holocausto. Lo que en no pocas ocasiones se ha querido presentar como un episodio más para el pensamiento contemporáneo, desprovisto, en cualquier caso, de un carácter epocal, a pesar de su dimensión trágica y de la emotividad que despierta, se convierte, de la mano de Bauman, en el paradigma para entender la entraña misma de la modernidad. El Holocausto cobra así una nueva luz y pasa a ser interpretado como un hijo, aborrecible en tanto que legítimo, de la cultura occidental; su retoño y su fracaso. A la sorpresa que provoca que la nación más culta llevase a cabo el exterminio sistemático, entre otros colectivos, del pueblo judío, Bauman reacciona no con incredulidad o indignación sino cuestionando la ecuación que con excesiva precipitación se establece entre barbarie y pre-modernidad para concluir que la Solución Final, antes que un resto de la sempiterna indómita naturaleza humana, la huella indeleble de nuestra animalidad, fue un producto específico de las sociedades racionalizadas, tecnificadas y burocratizadas. Ahora bien, para que estas tres características se pusieran al servicio de una cultura de la muerte, hubieron de unificarse en torno a una visión eugenésica del mundo en la que no tuvieran cabida aquellos que no encajaban con el ideario nazi racista, debiendo, en definitiva, ser extirpados del cuerpo social.

Entre los factores que hicieron factible la planificación y ejecución del delirante proyecto nazi de una Europa *judenrein*, 'limpia

de judíos', destaca el desarrollo médico-tecnológico alcanzado en el siglo XX, que traducido en términos éticos supone la adopción del principio de eficiencia como único criterio exigible a la ciencia, y la idea de burocracia, diagnosticada ya por Weber, que asigna un reparto escrupuloso de funciones de manera que cada decisión individual se separa de los resultados finales, quedando la responsabilidad subjetiva diluida, la conciencia moral desactivada. Esta mentalidad burocrática, que halla en las *Memorias* de Albert Speer un ejemplo sobresaliente, hacía del traslado de los deportados a los centros de exterminio en vagones para animales un simple cálculo de espacio o de las incipientes cámaras de gas móviles un conjunto de dificultades técnicas planteadas a los ingenieros. La división funcional del trabajo y la multiplicación de secciones en la estructura del Reich, cada una de ellas encomendada a una tarea singular, origen de no pocos conflictos, favorecía la invisibilidad y deshumanización de las víctimas, paso previo a su eliminación.

Por otra parte, el libro, rico en conocimientos históricos, sociológicos y psicológicos, desmonta con paciencia alguna de las afirmaciones que, por repetidas, han terminado por imponerse en los estudios del Holocausto. Concretamente, la vinculación entre antisemitismo y Holocausto y la influencia decisiva de los Consejos Judíos en el proceso de destrucción. La creación de los *Judenräte*, contra la opinión de Arendt, no fue tan determinante como ésta ha escrito. Lo realmente efectivo fue, por parte de las víctimas, la asunción de la máxima de supervivencia. Al tiempo que los judíos tomaban decisiones, guiadas por el criterio de racionalidad, los cada vez menos supervivientes facilitaban a los nazis el cumplimiento de su plan mortífero.

Todo lo que los judíos hicieron para su conservación les acercaba inexorablemente a su ruina.

El aspecto más discutible y sensible del texto es el intento de Bauman de fundamentar una teoría moral no en la sociedad como pretende el 'sociologismo moral' y que desde Durkheim se ha impuesto entre los sociólogos sino en bases pre-sociales lo que le conduce a postular la existencia de unos universales antropológicos como el rechazo al asesinato, el impulso espontáneo a ayudar al sufriente o el compromiso gratuito por el bienestar de los demás. Hay una responsabilidad moral primaria, previa a la socialización, que surge del encuentro con el otro, del hecho básico de 'estar juntos', teorizada por Lévinas, el filósofo de la alteridad, y que Bauman recupera quizás con demasiado apresuramiento. Lo que se colige de este planteamiento es que la naturaleza del mal no es caracteriológica sino social. No cabe atribuir la muerte de millones de personas al comportamiento enfermizo de unos individuos sádicos -lo que Arendt denominó "banalidad del mal"- sino a una estructura social asesina que logró que una parte importante de la población acallara esa "piedad animal" que sale al encuentro del otro y que sólo una minoría mantuvo viva. Como demuestra Bauman, a partir de los experimentos de Milgram, el silenciamiento de las inhibiciones morales se consiguió sustrayendo a la víctima del horizonte de actuación del agente, interponiendo entre una y otro un grupo de intermediarios, tal y como sucede en la sociedad burocratizada. La cultura burocrática, gracias a su complejidad y racionalidad, favorecía que cada participante en el proceso rutinario se viera a sí mismo como un simple peón dentro de una partida que convertía en inocua su acción.

No es previsible, confiesa Bauman, que en un futuro cercano vuelva a tener lugar un episodio como el vivido en Europa hace más de 60 años a pesar de que las condiciones que lo vieron nacer -burocracia y *racionalidad instrumental*- persistan. La solución del autor para que no se produzca un hecho semejante, nunca idéntico, es promover el pluralismo en la sociedad y reforzar al máximo los controles sociales. Y aún así habrá que estar alerta ya que cada vez que se discrimina o excluye al otro reproducimos, a pequeña escala, los mismos presupuestos teóricos que hicieron del sueño hitleriano un proyecto de ingeniería social.

Luis Aragón González

SILENOS. Psicoanálisis y actualidad, vol. 0, n.º 1, enero 2007. Asociación Española de Psicoanálisis del Campo Lacaniano.

Esta nueva revista SILENOS con un organizado y estructurado diseño y casi de tamaño bolsillo, nace en la encrucijada entre el Psicoanálisis, la Psicología y la Psiquiatría, con dos objetivos ambiciosos: por un lado, dar impulso al trabajo epistémico y al debate científico, y por otro lado, hacerse eco de los avatares políticos y sociales, de esta sociedad cada vez más adicta a consignas y tópicos, aún cuando el interés epistémico ha decaído y los escasos interrogantes que surgen son producto del malestar introducido por los cambios y exigencias institucionales, o del malestar entre los que trabajan con la locura.

Y por este sendero han comenzado a caminar desde el primer número que comentamos, y cuyo primer gran mérito consiste en la elección temática: «Salud Mental.

¿Instrumento de control social?». Aunque en la variedad de formas que adoptan los sistemas sociales frente a la locura en su intento de excluirla, controlarla, eliminarla y hasta instrumentalizarla, se evidencian los modos en los que los estados y las sociedades ejercen su poder y sustentan los modos de dominio, control y exclusión inherentes a toda organización social. La gran paradoja es que esas formas de dominio, control y segregación no dejan de aparecer en sí mismas llenas de locura cuando son contempladas con la distancia que da la pertenencia a otra cultura o el paso del tiempo.

Salud Mental cuyo concepto surge para superar los límites y alcances que hasta mediados del siglo XX tuvo la Psiquiatría, con algunos resultados que hoy lamentablemente continúa de alguna actualidad (mecanismos asilares y de control social). Y cuya política actual podría sintetizarse en que el síntoma debe desaparecer, el paciente debe incorporarse al circuito de producción y no hay que perder demasiado tiempo. No deja de ser paradójico que mientras más bienestar colectivo hay mayor sea la afluencia del malestar individual a los dispositivos de Salud Mental, porque el riesgo de la modernidad es que el sujeto, al salir de la institución a la sociedad, internalice su segregación, y no estará ni en el interior ni en el exterior social, estará segregado en el interior de sí mismo, autoexiliado de sí mismo.

Sin embargo, parecería, por tanto, decadente en una sociedad como la actual en la que impera el *carpe diem, quam minimum credula postero* («apodérate del día, nunca confíes en lo posterior»), pero que, sin embargo, está hoy con más actualidad que nunca. Quizá porque la gran tentación del siglo veinte y, tal vez, la que ha costado más cara, por sus efectos inmediatos y por el desencanto que ha generado después, ha

sido la de creer en todo lo globalizado, totalizador (con sus proyectos holistas y prometeicos) daría lugar al hombre nuevo, rechazando, claro está lo parcial, fragmentario y diverso.

Este primer número, cuyo índice se dispone como un tríptico: con una primera parte con un Editorial y una entrevista a Rafael Ingloot, una parte central con los artículos en los que se van cuestionado supuestos axiomas y supuestos saberes como el DSM o la CIE, el mercado de los fármacos, encuentro y desencuentro de la psiquiatría y el psicoanálisis y la salud mental y una tercera parte dedicada a la clínica.

La revista presenta los artículos de Andrés Múgica («¿Qué es la salud mental?»), Francisco Cervilla («Terapia cognitivo-comportamental: ignorancia del sujeto»), Joseph Moya («La salud mental aquí, ahora y en el futuro. Una reflexión desde Catalunya»), Segundo Machado («Razón psiquiátrica y malestar: apuntes»), Ángel Martínez («El nuevo mercado de las aflicciones: Fetichismo y artes de persuasión en el consumo de antidepresivos»), Blanca Sánchez («Salud mental, Locura colectiva») y Joseph Monseny («La psiquiatría y el psicoanálisis en salud mental»), y los casos clínicos de Carmelo Sierra («Nombrar las cosas por su nombre») y Olga Correas («El niño del pijama azul») que sobrevuelan la configuración de las condiciones del acto de escuchar la demanda y reconocer en ella el decir del sujeto y cómo construir esa posición de escucha en el seno de la institución de Salud Mental donde se reúnen y separan la psiquiatría y el psicoanálisis.

Los procesos de naturalización de las aflicciones humanas y su reconversión en enfermedades se amplifican hoy en día por la mayor disponibilidad de los usuarios a la resolución de sus malestares mediante la

ingesta de psicofármacos. Y su uso indiscriminado va acompañado de un mensaje que forcluye al sujeto, que lo desresponsabiliza. Se ha pasado de la responsabilidad subjetiva a la culpabilidad del neurotrasmisor.

De manera que para la psiquiatría actual la locura es fruto de una enfermedad biológica que nada tiene que ver con la subjetividad. Pero la locura, la psicosis es una estructura subjetiva como se pone de manifiesto cuando se escucha sin prisa.

La subjetividad es excluida del campo de lo psíquico, y por ello, el sujeto sólo encuentra su entidad como co-extensiva de una organicidad que sólo le da como estatuto el de ser consumidos fundamentalmente de medicamentos pero también de cuidados, ya no es paciente, es usuario.

Pero el psicoanálisis no está llamado a combatir el poder médico, sino que tiene un saber que alivia a los humanos de lo real de sus síntomas, y su deber es transmitirlo. Los psicoanalistas pueden ayudar a impedir, junto con otros, que en nombre de cualquier universal se olvide la particularidad de cada uno, y deben saber transmitir el interés que tiene para todos esa particularidad, sea de sujeto neurótico o psicótico.

Como puede verse en estos párrafos de cada artículo, por sí solos mantienen el pulso y despiertan sugerencias e interrogantes. Se entiende, pues, que esta revista no disponga de un apartado sobre Debates, ya que toda ella está dedicada a abrir el diálogo, la reflexión, las aportaciones y nuevos puntos de vista. De manera que reflexionar sobre psicoanálisis y actualidad como reza el subtítulo de la Revista, permite contemplar la actualidad como un artificio, fruto de los amos que monopolizan la información.

Seguro que en la revista SILENOS hay esperanza como declara Manuel Rebollo en el Editorial porque hay *wishful thinking*, el

deseo del deseo, hará que no muera la esperanza del cambio. Sin duda, psicoanalistas, psicólogos o psiquiatras encontrarán en esta nueva revista un contrapunto y una refrescante alternativa. Y la pregunta continúa en el aire ¿ha dejado de ser la psiquiatría y por extensión la asistencia en Salud Mental, un instrumento de control social?

Fernando Mansilla Izquierdo

Vladimir JANKÉLÉVITCH, *La muerte*, Valencia, Pre-Textos, 2002, 444 pp., trad. y pról. de Manuel Arranz.

La muerte, afirma Jankélévitch (1903-1985), es nuestra condición vital, «es el medio de vivir y el impedimento de vivir». Sin embargo, la muerte carece de *profundidad* para él, no es un abismo sino una compañía inevitable y muy cerca de la normalidad. Quizá por ello su ejercicio en este libro gigantesco, de 1966, resulta ser envolvente y casi atmosférico: Jankélévitch usa un lenguaje coloquial pero injerta ciertos vocablos técnicos y muy matizados; cada poco, salta de la literatura a la filosofía, y retorna desde la reflexión hasta el ejemplo concreto; va de los antiguos a los modernos con sus citas continuas, a la vez que construye párrafos torrenciales que las corroboran, matizan o complementan.

Es *La muerte* un hermoso texto por su capacidad para arrojar a las aguas del pensamiento creador, por volcar ahí todos los argumentos de su *moralía* y por desplegar su poderoso flujo verbal, muy legible gracias al traductor. Su inspiración arranca de una larga enseñanza oral así como de las experiencias continuas como moralista y gran lector que fue. Sus referencias lejanas son tanto Platón o los estoicos (Epicteto y

Marco Aurelio), como Plotino y los padres de la Iglesia. Pero la modernidad está muy presente: aparecen Gracián y Pascal, que resuenan en el siglo barroco; Schelling, Kierkegaard y Schopenhauer, que marcan cierto pensamiento del siglo XIX; y, ya en su centuria, Unamuno y Bergson se personan con sus juicios. Por otra parte, Jankélévitch apela a la literatura, sobre todo a autores como Tolstoi, Andreiev o Bunin, pues sus padres siempre hablaron ruso en casa. Todo ello, sin guardar un orden temporal básico.

Pero Jankélévitch –autor de libros como *La paradoja de la moral*, *El perdón*, *El mal*, *La ironía*, *Lo puro y lo impuro*– no sólo recrea muy diversas voces y reflexiones, sino que nos ofrece otros registros. Así, en esta obra casi atemporal, surge un nombre clave de la medicina desde 1800, Bichat; y tal referencia le remite a la aparición del par muerte-vida en la cultura del siglo XIX: es un saludo a sus padres, ambos médicos formados en Montpellier, Anna Ryss y Samuel Jankélévitch, y algo más. Su padre había querido escribir sobre la muerte a partir de su experiencia clínica y de sus copiosas lecturas. Pues él, que no sólo tradujo a Hegel, Schelling, Croce o Berdiaev, sino también una docena de obras de Freud, gran amigo suyo. Y Vladimir Jankélévitch utiliza incluso muchas de sus notas para su libro.

Además nunca olvidó, como vemos finalmente en *La muerte*, los campos de exterminio, campos que pese a todo no pudieron *extirpar* un universo de palabras y de formas de introspección que nos constituye. De hecho, *La muerte* fue un volumen iniciado durante la Resistencia. Y es más, en su polémico librito *Lo imprescriptible*, que apareció póstumamente, planteará sin contemplaciones todo lo que nunca puede

cancelarse: ese genocidio que ha marcado psicológica y culturalmente la década final del siglo XX o muchas discusiones de hoy en día.

M. Jalón

Michihiko HACHIYA, *Diario de Hiroshima de un médico japonés (6 de agosto-30 de septiembre de 1945)*, Madrid, Turner, 2005, 238 pp.

Como trasfondo de las experiencias de desvalimiento psicológico y de radical extrañeza padecidos por miles de personas en las últimas décadas –nuevas deportaciones, muros, exclusión de la ciudadanía; huidas forzadas e imposibles; bombardeos y mentiras planificados; reciclaje del colonialismo o del racismo; exaltación de las creencias occidentales– no deja de situarse la destrucción extrema de ciudades inermes, ese acoso aterrador que, hacia mediados del siglo XX, se inició en la España de la Guerra Civil, por el fascismo, y que tuvo su cumbre en el Japón, como herida abierta al concluirse la segunda Gran Guerra.

El testimonio de Hachiya –director del Hospital de Comunicaciones de Hiroshima en 1945– es un documento excepcional de este último cataclismo. Pues él pudo oír la explosión atómica (y afortunadamente no verla, pues se hubiera quedado ciego), un estallido intenso que afectó letalmente a cien mil personas, al inicio, y emocionalmente a muchísimas más: «Las sombras del jardín se desvanecieron, el panorama poco antes luminoso y soleado era ahora oscuro, brumoso... Vi confusas siluetas humanas, algunas parecían ánimas en pena, otras se movían con aire dolorido, con los

brazos extendidos muy separados del cuerpo, como espantapájaros... Había algo común a toda la gente con la que me crucé, el más absoluto silencio».

En una ex-ciudad devastada, quemada, carbonizada industrialmente, fantasmagórica, los pocos vivos requieren ayuda en ese hospital no derribado. Hachiya, al tiempo que va recuperándose de sus heridas, hace posible que su ex-dispensario pueda ser un mínimo punto de apoyo para ellos. Su profesión de médico y de reorganizador desde la nada de la salud pública se centra en las quemaduras, en las hemorragias internas que desembocan en diarreas, en raras erupciones y caídas de pelo, en la agranulocitosis, que provoca amigdalitis gangrenosa; es decir, en el acabamiento humano de tantos ciudadanos. Pero, además de dormir y conversar o tranquilizar, este hombre pundonoso y representante del decoro, la decencia entre los humanos –como tantas obras literarias japonesas, las antiguas o las de los siglos XIX y XX– escribe cada día un texto conciso y nada histérico, denso, humilde, casi tranquilo, y sobre todo profundo.

Dos meses de anotaciones de este médico japonés suponen finalmente uno de los libros más importantes sobre la vida ordinaria en el siglo XX. Para todos. Porque, paradójicamente, como dice, en su prólogo de 1971, Elias Canetti (publicado luego en *La consciencia de las palabras*), «nunca he llegado a conocer tanto a un japonés como en este *Diario*». Lo cual significa acercarse paso a paso a un otro casi destruido pero que rebulle dignamente, visita a los demás, se mueve con lentitud, hace cábalas sobre el origen de su mal, sobre las futuras amenazas; un otro que se vuelve del todo cercano, es decir entero, despojado del despotismo de la historia o del poder autoritario de su país,

así como de todo color local, esto es, de las distorsiones más obvias de nuestro cada vez más inoportuno «Oriente».

M. Jalón

Ernesto FERIA JALDÓN, *Baudelaire. Su corazón al desnudo*. Seguido de *Comentarios a los Pequeños Poemas en Prosa*, Madrid, Huerga y Fierro, 2000, 270 pp.

Este libro contiene un ensayo psicopatográfico de la personalidad creativa que fue Charles Baudelaire. Ahondar con la herramienta analítica, en el espacio subjetivo de un autor como Baudelaire, ahora sabemos que solo puede hacerse desde las resonancias que el poeta ha podido suscitar en el autor de este ensayo. Estas resonancias personales vivamente sentidas, se completan en un ámbito conceptual que aspira a desentrañar y hacer comprensible la vida-obra del poeta desde su posicionamiento subjetivo ante sí mismo, ante su tiempo y aquellos personajes de su vida y de su «novela familiar» que dejaron su impronta en una sensibilidad extremada como la de Baudelaire.

Enmarcado conceptualmente en el pensamiento de Freud y Lacan, este ensayo se inserta en esta tradición de búsqueda de modelos provisionales que den cuenta de la subjetividad humana, de la conducta del hombre concreto. Esta aspiración, que el autor piensa legítima desde una ciencia de la subjetividad, ha sido objeto de su reflexión en otros ensayos, más concretamente en el recientemente publicado *El Deseo y la Libertad. Notas para una ontología científica* (Sevilla, Alfar, 2004) así como en *Crítica de la Razón tecnológica* (Huelva, Diputación Provincial de Huelva, 1994). A mi

juicio se muestra muy consciente del terreno conjetural en el que ha de moverse, y que algunos consideran fuera del alcance de las ciencias empíricas. Pero la cautela no debe impedir los legítimos intentos de colonizar el espacio subjetivo alcanzando proposiciones significativas sobre la conducta de los seres humanos y sus determinantes.

Asistimos, por tanto, en el desarrollo de este ensayo al entrelazamiento y conexión de un conjunto de aspectos que procedentes de la vida y de la obra de Baudelaire son unificados en torno a nociones complejas de fundamento psicoanalítico. Esta tarea aspira a dar sentido a lo que se sabe que contiene las marcas de lo inefable, en unos casos y de la incompletud en los más. Esta conciencia de los límites no impide que se mantenga en el conjunto de la obra la aspiración a la descripción de una topografía subjetiva donde lo escrito, lo dicho y las actitudes de Baudelaire, se abran a una comprensión más amplia desde la singularidad, en este caso, de sus *fantasmas*. Ernesto Feria Jaldón trata de acercarnos en este ensayo a la idea de que el camino de la investigación psicoanalítica se constituye en insustituible si queremos alcanzar una más extensa comprensión de la personalidad compleja que exhibió Baudelaire. Libro crítico con planteamientos fenomenológico-existenciales –de los que el autor mismo se nutrió ex-tensamente en su trayectoria intelectual– y especialmente crítico con Sartre, trata de seguir las huellas de una vida y de una obra en su mutua determinación, introduciendo modos de entender que encierran sus lógicas fuera de una intuición crítica inmediata. Se hace por tanto obligado el pasaje por los instrumentos conceptuales que aquí se ponen a prueba y que han de demostrar su eficacia interpretativa.

Baudelaire es aquí visto frente a sus determinantes e imposibilidades subjetivas, –neuróticas en su caso– las mismas, que según el autor, le permitieron abrirse a un nuevo espacio de elaboración poética y le llevaron a culminar un destino singular de inquebrantable profundidad artística y humana. Se trata en este ensayo de desvelar las claves de este *pathos* baudelero, convocando los puntos de máxima tensión artística y vital de un poeta que merece para el autor el calificativo de «esencial». Una esencialidad que no se entiende desde una concepción metafísico-idealista sino como aquella que coloca la función del artista en el centro de su comunidad humana de referencia y que abre con su arte el campo de la representación y con ello da *posibilidad* a esa comunidad en cuanto es capaz de nombrar y aquilatar las nuevas respuestas a las preguntas fundamentales que gravitan sobre el espíritu humano. Como se verá, para el autor, Baudelaire se encuentra abierto precisamente a esa tarea por cuanto está enfrentado a sí mismo y abismado hacia su suceso interior –una de las múltiples dimensiones/direcciones del narcisismo– que remite a una nostalgia primordial que para el autor imposibilita el acceso de Baudelaire a una proyección neta y sin obstáculos de su Deseo. Deseo que se precipita entonces así hacia la muerte, que se repliega sobre sí mismo a la búsqueda de su propia aniquilación, hacia su propia destrucción. Como refiere el autor: «Solo le queda un recurso –pero sin justificación, es decir, con plena autenticidad– el de exponer a la luz brillante de su poesía la problemática de su ambivalencia afectiva en carne viva y las sombras siniestras de su *perversidad*». Una perversidad que, desde un oscuro lugar de la conciencia, le atenaza demoníacamente y le lleva al desprecio, al

hastío y al abandono de todo posible éxito, pero también al goce exquisito de una rara voluptuosidad destructiva.

Formalmente el libro está configurado al modo de un catálogo de temas que tratan de rodear el espacio próximo e íntimo de Baudelaire. No se trata de poner en conexión la aportación poética, crítica y ensayística de Baudelaire con la emergencia de la modernidad que indiscutiblemente representa su obra, no es por tanto un ensayo crítico-literario, tampoco se trata de hallar las determinaciones sociológicas o externas del conjunto de sus comportamientos u opiniones, y como éstas influyeron en su creación, como lo intentara W. Benjamin. Se prefiere, en este ensayo, alcanzar una matriz subjetiva que dé unidad a la ligazón vida-obra del poeta. Se lo quiere encontrar en las experiencias afectivas primeras de su vida, en aquellas en las que, la experiencia psicoanalítica, ha puesto su referencial teórico más esclarecedor en lo que atañe a la ligazón del hombre con su Deseo. Deseo que, en Baudelaire, como aquí se explicita, es vida, conjunción armónica, proyección fecundante que se lanza al rescate de lo más oculto, de lo más proscrito, de lo excluido, para hacerlo retornar con el envoltorio efímero de la ofuscante perfección de lo bello. Pero también deseo mortal, búsqueda ciega de una oscura consumación extática en un movimiento espiritual hacia lo devastado, refugio trágico de aquellos que sufren de la nostalgia mortífera de lo primigenio. Voluptuosidad y auto-sacrificio vienen a definir, para el autor, los puntos de tensión desde los que se hacen aprehensibles algunos de los caracteres de este destino singular y su proyección recurrente, obsesiva, en su arte.

El conjunto de sus opiniones y actitudes son llevadas al fontanal desde donde brotan

en su fondo afectivo y sentimental, se ha tratado de establecer con ello una tupida red de sentido que ha anudado lo que estaba separado tanto como lo oscuramente intuido de la *excentricidad* o de la *perver-sidad* baudeleriana. Su singularidad es por ello, en este ensayo, llevada al punto en que toma contacto con la sustancia genérica de lo humano y donde se hace, por tanto, asequible a una comprensión más compleja y abierta al sentido. Se ha dejado de lado en esta travesía todo impulso de idealización que, por otro lado, solo conduciría a profundizar las identificaciones alienantes que frecuentemente desvirtúan, ya desde sus inicios los más loables intentos de acercamiento psicológico a un autor.

En este ensayo se opta, por tanto, por recorrer el camino que va desde el influjo sensible y emotivo de la vida y la obra baudeleriana al dibujo inacabado que necesariamente representa todo intento de aproximación psicológica, desde un espíritu, que quiere compatibilizar, en la crítica, la contenida identificación de autor con el más alambicado concepto clarificador, la sucesión azarosa del destino humano y artístico de Baudelaire con la repetición recurrente de obsesiones y fantasmas, la superficie insignificante de una actitud, con el fondo pasional donde se la hace tomar asiento. Esta apuesta por llevar a su *cubil* –como gustaba decir Nietzsche– nuestras valoraciones no encuentra pocos obstáculos, pues se trata de establecer continuidad donde en la superficie hallamos lo discontinuo o lo insignificante. La vida amorosa de Baudelaire, su obstinación rebelde, sus identificaciones literarias, su enfermedad fatal, su recurrente melancolía, constituyen el inacabado mosaico sobre el que se desliza un análisis que huye premeditadamente de ese otro extremo de la idealización, ahora per-

versa, que goza secretamente de los dolores y las agonías de la víctima.

En un tiempo donde la mercadería ha alcanzado el sagrado espacio de la intimidad, que se ha constituido en un nuevo filón a explotar, nueva y fatal vuelta de tuerca del proceso de desacralización, se hace necesario aproximarse a libros como éste. La actitud ética que preside esta incursión en una intimidad como la de Baudelaire le lleva irremediamente al autor de este ensayo a la identificable hermandad que se deja entrever tras una cuidada actitud analítica. Ahora sabemos que no podemos conocer positivamente sino desde la construcción participativa y dialógica en la que hacemos uso de nuestra propia intimidad que ahora pasa a constituirse en el delicado instrumento sensible que nos puede abrir a un reconocimiento del otro y de nuestras diferencias.

Ernesto Feria Martín

J. M. COETZEE, *Contra la censura. Ensayos sobre la pasión por silenciar*, Barcelona, Debate, 2007, 350 pp.

Coetzee, el novelista sudafricano que se nacionalizó en Australia el pasado año, va a aumentar su cosecha narrativa, en 2008, con *Diary of a Bad Year*. Pero el conocimiento y disfrute de su misteriosa obra –es uno de los pocos escritores originales de las últimas décadas–, no puede dejar de lado un ámbito complementario de escritura tan suyo: el ensayo, el ámbito de un minucioso creador e intelectual que a la vez es un insólito lector, pues, por encima de todo, deja que los libros analizados en su ensayística *hablen* al máximo, siendo capaz además de ofrecer chispazos novedosos sobre su significado.

Tras serle concedido el premio Nobel en 2003, afortunadamente se han recuperado no solo algunas de sus novelas anteriores, sino también otras obras de ese rango: *Elizabeth Costello* (Mondadori, 2004) y *Costas extrañas, ensayos 1986-1999* (Debate, 2004), libro en el que por cierto se han cortado, injustificadamente, tres artículos sobre temas africanos (véase *Stranger Shores*, Vintage, 2002). Faltan aún otros más; así *Doubling the Point* (1992), de donde extrae dos apartados para insertarlos en *Contra la censura*, y el muy reciente *Inner Workings: Literary Essays 2000-2005* (Knopf, 2007) donde Coetzee continúa visitando «costas extrañas», ahora gracias a Svevo, Walser, Celan, Benjamin, Bruno Schulz, a Faulkner, Bellow o Gordimer.

Si en los últimos libros citados el peso de la literatura es manifiesto, en éste de 1996 –titulado originariamente *Giving Offense: Essays on Censorship*– agrupa textos de distinta índole, escritos entre 1988 y 1993, que fueron revisados a fondo para fundirlos en un libro coherente. De modo que todos apuntan ahora a una preocupación muy del siglo XX: la del silenciamiento y la total negación, la de la respuesta implacable ante una *ofensa* imaginaria o real, la del poder para acallar a alguien y evitar toda trasgresión, la capacidad para modificar cierto tipo de expresión discordante o, en fin, para encarcelar y apagar a su autor. Y es que, ante cierta acusación de ofensa, como decía Freud, «la negación –consecuencia de la expulsión– pertenece al instinto de destrucción».

Contra la censura nada tiene de ejercicio de salón. Cuatro de sus doce capítulos se refieren al *apartheid*, a la censura en Sudáfrica que se estableció sistemáticamente entre 1960 y 1970, a las violentas

persecuciones de dos contemporáneos sudafricanos: los escritores Brink y Breytenbach. (Piénsese, en cambio, en el oscuro y deliberado olvido que hay en España de las décadas de amordazamiento, y de su efecto hoy en cierto uso desleal de la mentira como instrumento político). No trata sólo Coetzee, por ejemplo, de auscultar tres disidencias en países del Este –destaca ahí su escrito sobre Ossip Mandelstam–, u otras formas de censura como la del erotismo, partiendo del escándalo que produjo un libro tan cargante como *Lady Chatterley*, o como la de la ubicua pornografía, discutiendo con la feminista MacKinnon, sino que trata de ver cómo, indirectamente, incide sobre la escritura en general (sin excluir la propia), sobre la verdad de quien se ha visto tocado por la guadaña censora e, incluso, sobre cierta idea actual de *verdad*.

Ahora bien, en absoluto vamos a resumir los argumentos concretos que desfilan por esta obra, que como veremos remite a las restantes. Al recomendar vivamente su lectura –como un ensayo claro, honesto, lleno de dudas creativas, excelentemente escrito y ponderado, «erasmístamente» evasivo por añadidura–, añadimos que, en contra de lo que opinan algunos críticos, Coetzee no sustenta radicalmente una posición particular ante los argumentos arriba citados, pese a sus idas y venidas, sino que los narra, los somete a tensiones contradictorias, y nos deja sobre todo el recuerdo encendido de su inquietud.

En muchos libros suyos –como sucede en su reflexión indirecta sobre el trato despótico a los animales, bajo la máscara de Elizabeth Costello–, ensayo y literatura logran a veces fundirse; y quizá por ello nos da una moderna, dolorosa e inquietante impresión de inestabilidad. Es más, en su

novela *Foe* vemos asimismo una obra fundamental para conocer su compleja idea de verdad novelesca y ahondar en el autor de *Robinsón Crusoe*; o también en *El maestro de Petersburgo* hay una apelación directa a Dostoyevski que, por un lado, refuerza lo ficticio de su relato pero que, por otro, hace ver que está abordando un problema esencial con su «imitación» poética: el de si es posible seguir estrictamente la tradición. No en vano, por añadidura, Defoe y Dostoyevski son autores analizados en dos ensayos de *Costas extrañas*.

También las dos entregas de su autobiografía, *Infancia y Juventud*, son extraordinarios tanto por su introspección y calidad verbal como por su modo de dar cuenta indirecta, en el primero, de la situación de una familia blanca sudafricana y en el segundo, del Londres que vivió en solitario Coetzee. Ciertas novelas como pueden ser *Esperando a los bárbaros* y *En medio de ninguna parte* –o todas, en realidad–, aun siendo de un trazado hermético, dibujan mundos enrarecidos que son trasunto de su país de origen, violento en grado sumo; tienen partes desmadejadas y partes geniales, son abstractas y muy concretas, como si fuesen jirones de una vida interna lacerada por la historia. Quizá convenga tener en cuenta sus artículos, clínicos y curiosos hasta ser obsesivos, sobre el lenguaje de Kafka o sobre los *Diarios* de Musil para poder comprender más a fondo su perspectiva creadora.

Sucedee que la pieza central de *Contra la censura*, la más completa y novedosa, es un texto sobre Erasmo, que fue tan literato como pensador. Coetzee de pronto abandona el siglo XX y se vuelca sobre un autor censurado, un editor abierto, un enorme crítico, radical, nada partidista, huidizo y valiente. Su nombre aquí nos recuerda la tra-

gedia del erasmismo español –ayer y hoy– así como los libros rotos, tachados, mutilados que hay en nuestro país en varias bibliotecas; por su parte Coetzee se vuelve al historiador Huizinga, encarcelado por los nazis, holandés como los otros dos, y recuerda su monografía sobre el humanista, en particular, su efecto hacia 1930 como libro de combate contra la censura en ciernes.

Más generalmente Coetzee habla del *Elogio de la locura* como la manifestación del punto de vista más plural –el de Erasmo–, en un siglo XVI dividido en facciones, escindido, enloquecido, en el que cada cual se siente temeroso de sus propias palabras, esto es, receloso ante el eco real o ficticio de sus escritos. Y se detiene ahí: Coetzee cita los análisis de Foucault en la *Historia de la locura* sobre un Erasmo que objetivaría el desvarío al atraparlo en el discurso moral; o la respuesta de Derrida a esa idea, al decir que no hay una locura soberana que pueda llegar a transmitirse (aparece sólo en Foucault como pensamiento negativo); o, finalmente, la posición lacaniana ante esa locura como renuncia a plantear un *sujeto que sabe*. Y sobre todo vemos cómo Coetzee hace uso de René Girard; no de su dudoso esquema antropológico, ni de su antifreudismo, ni de su estilo claramente religioso (y bastante censor): él se limita a recordar su idea de *deseo imitativo*. Cierta mecanismo imitador entraría, dice Coetzee, en el acto de censura, pues éste penetra en el censurado, lo envuelve y acaba por determinar su respuesta.

Sin convertirlo en modelo alguno, lo usa pues el escritor una y otra vez, para ver lo que está detrás de muchos *efectos de censura*, en los que el perseguido termina atrapado en un campo de fuerzas no querido, insistente y pegajoso. No en vano apela Coetzee rápidamente –ante semejante cír-

culo de la imitación– a los mecanismos proyectivos indicados por Freud («La negación», «Un caso de paranoia»), o a las ideas lacanianas desplegadas en *De la psicosis paranoica*. Pero lo que supone en conjunto es un recordatorio de que éstos –o Bataille, Barthes, Sontag, Dworkin y decenas de figuras–, le han inspirado en sus valoraciones y le han permitido expresarse con conocimiento de causa en un territorio que oscila entre lo personal y lo colectivo, entre la psicología y el modo de gobernar modernos. Pues este libro, con una claridad juiciosa e independiente, quiere mantenerse más bien en la aparente llanura del escritor.

Es esa misma prudencia la que le permite decir, finalmente, que la razón halla la horma de su zapato en la manía persecutoria, con independencia de ese despreciable acto censor: «En el discurso que estoy desarrollando, un discurso de crítica (del verbo *krino*, ‘acusar, someter a juicio’), he colocado bajo sospecha la censura. Sin embargo del mismo modo que pongo a la censura bajo la sospecha de ocultar su auténtica naturaleza, de estar gobernada secretamente por la paranoia, tampoco mi crítica puede escapar a la dinámica paranoide de juzgar y expulsar. La culpa siempre está en otra parte, siempre es desplazada» (p. 241).

Por cambiar de ángulo, esa misma situación «desplazada» es a la que se ve conducida siempre la protagonista de *Elizabeth Costello*, cuando percibe que su modo de hablar públicamente en defensa de los animales se vuelve inquietantemente abstracto y casi absurdo. O asimismo la viven, más literariamente, los protagonistas errantes de *Vida y época de Michael K* y de *La edad de hierro* en circunstancias bélicas, en dos situaciones límite en las que los actos de violencia y de refugio parecen en parte reflejar

se entre sí, de modo que la *culpa* se complica e interioriza (sin que se pierda nunca de vista dónde está la agresión de partida): son dos escritos sobre la destrucción presente, y sobre las pesadillas de la inseguridad que nos acechan cada vez más cerca.

En fin, todo ese «desplazamiento» quizá sea una de las claves del peregrinar constante del propio Coetzee, que, nacido en un año bélico, 1940, ha vivido en África, Europa, América y Australia. Podemos entenderlo así, por un momento, como un mecanismo suyo para eludir todo tipo de silenciamientos, empezando por los del *apartheid*, que Coetzee ha sabido conjurar con un silencio propio y un apartarse periódicamente de ciertos refugios episódicos, para darnos a cambio una obra íntegra sobre el desarraigo actual. Pues él trata en su narrativa de los excluidos o refugiados y, en el fondo, de ese marco actual de controles y censuras paternalistas que se refleja en tantos *campamentos* y *ayudas* a los que, por ejemplo, escapa –a costa de sobrevivir como un indigente– Michael K, eso sí pudiendo al menos decirse: «Me he librado de los campamentos; puede que, si procuro no llamar la atención, también me libre de la caridad».

Mauricio Jalón

Torquato TASSO, *Los mensajeros*, Valladolid, Cuatro, 2007, 172 pp.

Entre los documentos antiguos sobre la locura destaca la vida y la obra de Torquato Tasso. Nacido en 1544 y muerto en 1595, sus cincuenta años de furibunda existencia discurrieron en una época fecunda de la cultura pero cruelmente tormentosa.

Reconocido como una de los cuatro poetas más importantes de Italia, su vida

fue una carrera triunfal hasta el año 1574, momento en que publica su obra más conocida y por la que ha pasado a la posteridad, *Jerusalén liberada*. Después, todo su porvenir de cortesano en la corte de los Este de Ferrara se complicará. Tras someter inocentemente su obra a la supervisión de cuatro censores, que de inmediato plagaron el texto de objeciones, su biografía se convirtió en una carrera de obstáculos mientras que su equilibrio mental desaparecía.

Rechazado por los aristócratas, que no le consideraban a su altura, su mundo se transformó en una odisea paranoica donde alternan, confusa e indistintamente, la verdad de sus razones con el desvarío de sus interpretaciones. Entre calumnias, siervos infieles y amigos desleales, su desconfianza se intensifica, se siente amenazado por la Inquisición y teme ser envenenado. Pronto su conducta se ve desordenada y empieza a llamar la atención por sus ideas y sus extravagancias. Finalmente, en marzo de 1579, fue apresado y conducido al hospital de Sant'Anna por orden del Duque de Ferrara. Allí permaneció siete años y cuatro meses. A su salida solo le quedaban nueve años de vida que transcurrieron sin disminuir la desgracia.

El libro que ahora comento, *Los mensajeros*, contiene sus prosas más personales, redactadas en plena crisis, durante su reclusión hospitalaria.

El primero de los escritos, «La fuga», le valió la reputación de melancólico y pendenciero irascible. Consiste en un breve comentario sobre los reproches recibidos durante los últimos años, previos al encierro, y la malevolencia de sus calumniadores que justifican su huida de Ferrara. «De modo que consintió el señor Duque que otro me usurpara la posesión de mis composiciones, que ya le habían sido dedica-

das, para que, no perfectas, no íntegras, no revisadas, salieran a la luz y fueran censuradas por aquel sofista que desde hacía ya muchos años venía preparando armas contra mí». Tal es el tono con que intenta desenmascarar la perfidia que le atormenta.

En «El mensajero», el más largo y profundo de los textos recogidos en el libro, Tasso desarrolla la valoración de su diálogo con los espíritus que habitualmente le hablan. El contenido de este capítulo eleva el tono y el interés del libro para el psiquiatra, en la medida en que se interroga sobre la condición y la veracidad de los discursos que escucha. Analiza su diferencia con los sueños, y se interroga sobre esencia de unas imágenes que «no puede ver aquí quien tenga los ojos empañados por el velo de la humanidad». Es memorable su explicación sobre la existencia de los espíritus, genios y demonios, creencia común a todos los mortales de su época –y no solo de los psicóticos–, que considera condicionada por la conocida necesidad de la naturaleza de no dar saltos, continuidad que determina la necesidad de establecer una escala intermedia entre lo superior y lo inferior, entre Dios y los mortales. Presencia, por otra parte, que despierta múltiples interrogantes sobre la historia de la esquizofrenia, pues cabe que la presencia de voces inefables y automáticas en las psicosis modernas tengan algo que ver con la desaparición de la creencia en los espíritus, que tanto acomodaban y facilitaban el discurso delirante.

En «De amores y desuniones» asistimos a un diálogo entre Torquato y Danese Cataneo, con intervención posterior de un tercer invitado, Sanminiato, donde se

debate sobre la superioridad del poeta enamorado. De inspiración platónica, contiene una bella argumentación sobre la superioridad de la escritura. Jerarquía que corre paralela en su argumentación a la primacía de los espíritus sobre la de los cuerpos. El texto concluye con una profunda consideración sobre las relaciones del odio y el amor, que Tasso subraya del siguiente modo: «Niego que el amor y el odio sean opuestos en grado máximo, porque esta oposición se debe considerar o en un mismo género o en dos géneros diferentes, o decir que el amor y el odio son contrarios como dos géneros contrarios. Y bajo ninguna de estas modalidades son el amor y el odio contrarios». De esta suerte conduce nuestro autor el hilo de su reflexión que resume finalmente en cincuenta conclusiones, de las que destaco como ejemplo dos. La XXIX, donde enuncia que «los ojos son los que más gozan y de lo que más se goza en el amor», y la XXV: «Ninguna amada es ni puede ser ingrata. Ningún amor alcanza nunca su fin».

El libro, que se cierra con un sabroso comentario sobre «El arte del diálogo», es un texto singular, brillante y lleno de sugerencias psicopatológicas. Valga como muestra final para despertar el interés del lector, esta vibrante descripción: «La melancolía hay que considerarla más como hidra que como quimera, porque apenas el melancólico ha truncado un pensamiento, nacen en su lugar, que con mortíferas mordeduras le hieren y le laceran».

Fernando Colina

LIBROS DE LA A.E.N.

Estudios

1. M. GONZÁLEZ CHÁVEZ (ed.), *La transformación de la asistencia psiquiátrica*, 1980.
2. A. PORTERA, F. BERMEJO (eds.), *Demencias*, 1980.
3. S. MASCARELL (ed.), *Aproximación a la histeria*, 1980.
4. T. SUÁREZ, C. F. ROJERO (eds.), *Paradigma sistémico y terapia familiar*, 1983.
5. V. CORCÉS (ed.), *Aproximación dinámica a las psicosis*, 1983.
6. J. ESPINOSA (ed.), *Cronicidad en psiquiatría*, 1986.
7. J. L. PEDREIRA MASSA (ed.), *Gravedad psíquica en la infancia*, 1986.
8. J. A. FERNÁNDEZ SANABRIA, J. MAURA ABRIL, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ (eds.), *I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N.*, 1986.
9. R. INGLOTT (ed.), *El quehacer en salud mental*, 1989.
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 contención*, 1990.
13. M. DESVIAT (ed.), *Epistemología y práctica psiquiátrica*, 1990.
14. A. INGALA, R. GÓMEZ, J. FRÈRE, A. GONZÁLEZ, *II y III Jornadas de la Sección de Psicoanálisis, «El malestar en la cultura»*, 1992.
15. P. SANROMÁN 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. SUÁREZ (eds.), *Psicosis de la infancia y 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 (ed.), *Ética y praxis psiquiátrica*, 2000.
24. F. RIVAS (ed.), *La psicosis en la comunidad*, 2000.
25. E. GONZÁLEZ, J. M. COMELLES (eds.), *Psiquiatría transcultural*, 2000.
26. F. CARLES, I. MUÑOZ, C. LLOR, P. MARSET, *Psicoanálisis en España (1893-1968)*, 2000.
27. T. ANGOSTO, A. RODRÍGUEZ, D. SIMÓN (eds.), *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría*, 2001.
28. C. GISBERT (ed.), *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental*, 2003.
29. A. ESPINO, B. OLABARRÍA (eds.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España*, 2003.
30. M. HERNÁNDEZ MONSALVE, R. HERRERA VALENCIA, *La atención a la salud mental de la población reclusa*, 2003.
31. J. M. ÁLVAREZ, R. ESTEBAN (eds.), *Crimen y locura*, 2005.

32. B. MORENO KÜSTNER, *El registro de casos de esquizofrenia de Granada*, 2005.
33. A. REY, E. JORDÁ, F. DUALDE y J. M. BERTOLÍN (eds.), *Tres siglos de psiquiatría en España (1736-1975)*, 2006.
34. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA, *La práctica analítica en las instituciones de Salud Mental*, 2005.
35. J. LEAL RUBIO, A. ESCUDERO NARS (eds.), *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en Salud Mental*, 2006.
36. F. PÉREZ (ed.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*, 2006.
37. A. DíEZ PATRICIO, R. LUQUE LUQUE (eds.), *Psicopatología de los síntomas psicóticos*, 2006.
38. A. DíEZ PATRICIO, *Análisis del discurso psicótico*, 2006.
39. R. GÓMEZ ESTEBAN, E. RIVAS PADILLA (eds.), *La integración del psicoanálisis en la sociedad de nuestro tiempo*, 2007.

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, *Cien años de Psiquiatría*, 1999.
8. Étienne ESQUIROL, *Sobre las pasiones*. Joseph DAQUIN, *Filosofía de la locura*, 2000.
9. Tomaso GARZONI, *El teatro de los cerebros. El hospital de los locos incurables*, 2000.
10. Juana DE LOS ÁNGELES, *Autobiografía*, 2001.
11. François 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 Paul SCHREBER, *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, 2003.
16. Raymond QUENEAU, *En los confines de las tinieblas. Los locos literarios*, 2004.
17. Timothy BRIGHT, *Un tratado de melancolía*, 2004.
18. CICERÓN, *Conversaciones en Túsculo*, 2005.
19. DIDEROT (ed.), *Mente y cuerpo en la Enciclopedia*, 2005.
20. Marsilio FICINO, *Tres libros sobre la vida*. Luigi CORNARO, *De la vida sobria*, 2006.
21. Patrick DECLERCK, *Los naufragos*, 2006.
22. Giovan Battista della PORTA, *Fisiognomía I*, 2007.
23. John DONNE, *Biathanatos*, 2007.

Distribuye: LATORRE LITERARIA, Madrid, tel. 91 8719379.

CRITERIOS PARA LA ACEPTACIÓN DE ORIGINALES

1. Los trabajos que se remitan deberán ser inéditos. Se enviará el original a la Redacción de dos formas: en papel DIN A4 y por correo electrónico (revistaaen@dip-valladolid.es).
2. El texto estará compuesto en un programa Word para PC o para Mac. Tecléese el texto con la máxima austeridad: a) no emplear nunca negritas, pues sólo se admiten redondas o cursivas; b) no utilizar letras de distintos tamaños; c) no imitar formatos de edición, como división de palabras al final de línea, dobles columnas, centrados, sangrados distintos al de un punto y aparte; d) no dejar líneas en blanco, excepto una sola para separar cada sección.
3. La primera página debe incluir el título y la autoría, así como un breve resumen de 20 palabras acompañado de tres o cuatro palabras clave para índices: todo ello, en castellano e inglés.
En página final, se incluirá un asterisco seguido de los nombres y apellidos completos, profesión y lugar de trabajo de cada autor, correo electrónico al que dirigir la correspondencia sobre el original.
4. Cuando sea oportuno, el texto se adaptará a los apartados clásicos: introducción (incluyendo los objetivos del artículo), métodos, resultados y discusión final.
5. Las citas se identificarán en el texto mediante el sistema de notas al final de documento, que facilita el programa Word, y se emplearán siempre números arábigos.
6. Para confeccionar la bibliografía, en caso de que apareciesen dos o tres autores, se escribirían separados cada uno de ellos mediante punto y coma. Si hubiese más de tres, sólo se escribiría el primero, seguido de: y otros.
7. En el caso de los libros se especificará la autoría por este orden: apellido del autor, iniciales de su nombre, título (en cursiva), lugar de la edición (en castellano), editorial, año.
En el caso de las revistas, se especificará de este modo: apellido del autor, iniciales de su nombre, título del artículo (entrecomillado), nombre de la revista (en cursiva), año, volumen, número, páginas. Cada una de las especificaciones, en ambos casos, tienen que ir entre comas*.
8. Si hay tablas se señala su posición en el texto, aunque se agrupen al final del documento o en un archivo distinto. Van numeradas consecutivamente. Las abreviaturas han de explicarse a pie de gráfico.
9. El Consejo de Redacción se rige por las siguientes directrices:
 - a) Se acusará recibo de todo artículo remitido a la *Revista*.
 - b) Los manuscritos serán revisados anónimamente por expertos en el tema abordado, quienes informarán sobre la conveniencia de introducir modificaciones en el artículo o sobre la posibilidad de publicarlo sin más.
 - c) Finalmente, la responsabilidad de la decisión de publicar o no un original ya evaluado —así como de determinar su fecha de aparición— corresponde al Consejo de Redacción y, en última instancia, al Director.

* Ejemplos: MORRIS, T. E.; HILER, A., *What is Identity?*, Nueva York, Columbia University, 1999.
 COLE, P., y otros, «El delirio», en ARJONA, L. (ed.), *Las crisis*, Sevilla, Disliber, 2006, pp. 213-219.
 PATRÁN, C., «Trastornos de identidad», *Nueva Revista de Psiquiatría*, 2004, XI, 23, 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.....
 Teléf.....

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