



## SUMARIO

### EDITORIAL

#### ORIGINALES Y REVISIONES

R. Inglott Domínguez, R. Touriño González, E. Baena Ruiz, J. Fernández Fernández  
INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA: SU DISEMINACIÓN  
EN UN ÁREA DE SALUD . . . . . 9

María Alonso Suárez, M<sup>a</sup> Fe Bravo Ortiz, Alberto Fernández Liria  
ORIGEN Y DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO Y CUIDADOS PARA  
PACIENTES MENTALES GRAVES Y CRÓNICOS EN LA COMUNIDAD . . . . . 25

Oscar Martínez Azumendi  
ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA SECTORIZADA EN LAS TRES ÚLTIMAS DÉCADAS.  
EFECTOS SOBRE LOS INGRESOS DEL ÁREA URIBE COSTA EN VIZCAYA. . . . . 53

Rebeca García Nieto  
VIRGINIA WOOLF: Caso Clínico . . . . . 69

#### DEBATES

Reyes Vallejo Orellana, Fernando Sánchez-Barranco, Pablo Sánchez-Barranco  
SEPARACIÓN O DIVORCIO: TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LOS PADRES Y LOS HIJOS . . . . . 91

#### HISTORIA

Vicente Sánchez Vázquez, Teresa Guijarro Granados, Yolanda Sanz López  
LA OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA EN LOS TRIBUNALES PARA NIÑOS EN ESPAÑA (1889-1975).  
LOS TERCARIOS CAPUCHINOS Y LA PSICOLOGÍA . . . . . 113

Fernando Dualde Beltrán  
LA PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA PSIQUIATRÍA FRANQUISTA:  
ESQUIZOFRENIA, EUGENESIA Y CONSEJO MATRIMONIAL . . . . . 131

#### INFORMES

M<sup>a</sup> Carmen Benedito Monleón, M<sup>a</sup> Carmen Carrió Rodríguez,  
Gema del Valle del Valle, Agustín Domingo González  
PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO GRUPAL PARA ABORDAR  
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA . . . . . 165

M<sup>a</sup> Eugenia Diez Fernández  
DOCUMENTO A.E.N SOBRE LA PROPUESTA DE REGULACIÓN DEL TRATAMIENTO  
AMBULATORIO INVOLUNTARIO DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS PSÍQUICOS . . . . . 177

#### LIBROS

#### PÁGINAS DE LA ASOCIACIÓN



## TABLE OF CONTENTS

### EDITORIAL

#### ORIGINAL PAPERS AND REVIEWS

R. Inglott Domínguez, R. Touriño González, E. Baena Ruiz, J. Fernández Fernández  
FAMILY INTERVENTION IN SCHIZOPHRENIA: EXPANDING THE PROGRAMME  
IN A HEALTH AREA . . . . . 9

María Alonso Suárez, M<sup>a</sup> Fe Bravo Ortiz, Alberto Fernández Liria  
ORIGIN AND DEVELOPMENT OF COMMUNITY-BASED FOLLOP-UP, AND CARE PROGRAMMES  
FOR CHRONIC AND SEVERE MENTAL PATIENTS . . . . . 25

Oscar Martínez Azumendi  
SECTORISED PSYCHIATRIC SERVICES IN THE LAST THREE DECADES. OBSERVED EFFECTS  
ON PSYCHIATRIC ADMISSIONS IN URIBE COSTA AREA IN BISCAY . . . . . 53

Rebeca García Nieto  
VIRGINIA WOOLF: Clinical case . . . . . 69

#### DISCUSION

Reyes Vallejo Orellana, Fernando Sánchez-Barranco Vallejo, Pablo Sánchez-Barranco Vallejo  
SEPARATION OR DIVORCE: PSYCHOLOGICAL DISORDERS ON PARENTS AND CHILDREN . . . . . 91

#### HISTORY

Vicente Sánchez Vázquez, Teresa Guijarro Granados, Yolanda Sanz López  
PSYCHOLOGICAL OBSERVATION IN SPANISH JUVENILE COURTS (1889-1975).  
CAPUCHIN BROTHERS AND PSYCHOLOGY . . . . . 113

Fernando Dualde Beltrán  
PREVENTION OF MENTAL ILLNESS IN SPANISH PSYCHIATRY DURING FRANQUISM:  
SCHIZOPHRENIA, EUGENICS AND PREMARITAL COUNSELLING. . . . . 131

#### REPORTS

M<sup>a</sup> Carmen Benedito Monleón, M<sup>a</sup> Carmen Carrió Rodríguez,  
Gema del Valle del Valle, Agustín Domingo González  
PSYCHOLOGICAL GROUP THERAPY TO MANAGE DEPRESSION SYMPTOMATOLOGY . . . . . 165

M<sup>a</sup> Eugenia Díez Fernández  
DOCUMENT S.N.A. REGARDING THE PROPOSAL OF REGULATION OF THE INVOLUNTARY  
OUTPATIENT TREATMENT OF PEOPLE WITH MENTAL DESORDER . . . . . 177

#### BOOKS

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



## SOBRE LA PROPUESTA DE REGULACIÓN DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS PSÍQUICOS

Hace algo más de dos años, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), propugnó la creación de un Comité Técnico-jurídico, en el que participaron inicialmente sólo juristas, y al que se añadieron profesionales del ámbito sanitario y social, al objeto de crear un grupo de estudio y análisis de la normativa legal existente en el ámbito de la Salud Mental y el impulso de nuevas normas y, especialmente, para arbitrar mecanismos que permitieran aplicar tratamientos ambulatorios bajo control judicial. Tras varias reuniones, y como consecuencia de diferentes estudios previos desarrollados desde la Oficina del Sindic de Greuges de la Comunitat Valenciana, este Comité elaboró una propuesta de reforma legislativa consistente en añadir un apartado nuevo al artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que explícitamente reconoce la posibilidad de instaurar un tratamiento involuntario ambulatorio.

Ello suscitó la presentación en el Parlamento Español, por el grupo parlamentario catalán (Convergència i Unió), de una Propuesta de Modificación de la ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos (BOE de 19 de julio de 2004).

Sobre esta propuesta, en los últimos meses se ha intensificado el debate en distintos foros, perfilándose dos posturas opuestas, tanto de los profesionales de salud mental como del sistema judicial, como se ha evidenciado en unas Jornadas celebradas en Barcelona en septiembre de 2004, organizadas por el Consejo General de Poder Judicial. Las conclusiones establecen posiciones a favor y en contra del tratamiento ambulatorio involuntario, así como se resalta el consenso general en cuanto a las deficiencias del sistema sanitario actual en la atención de las enfermedades mentales, al tiempo que se sitúa el punto de discusión sobre la bondad de que una reforma legislativa pueda paliar estas deficiencias.

La AEN, que ha jugado un papel activo, y decisivo en algunos momentos, en torno a los temas de legislación, no puede ni quiere permanecer al margen de este debate. La Junta Directiva ha discutido este tema en diferentes ocasiones, vía e-mail

y de forma monográfica. La opinión varía desde los que se muestran claramente en contra a los que piensan que puede ser una medida oportuna en algunos casos. Además, ha sido el motivo de grupos de trabajo en algunas Asociaciones Autonómicas, como la Balear, y de mesas redondas en las Jornadas de varias Asociaciones Autonómicas, como las celebradas en octubre en Madrid.

En línea con lo anterior, la Junta Directiva acordó la creación de un grupo de trabajo, con profesionales expertos en aspectos jurídicos, éticos y clínicos, con el fin de hacer una revisión de la situación en otros países y procurar dar respuesta entre otras a las siguientes preguntas:

- En nuestro medio, ¿Qué aporta una medida de este tipo?.
- ¿Se podría obviar esta medida si se dispusiera de recursos suficientes para instaurar programas de seguimiento con visitas domiciliarias?.
- ¿Es suficiente un (o varios) depot al mes para que un paciente esté compensado?.
- Si se considerara necesaria la regulación del tratamiento ambulatorio, ¿dónde se incluiría?: legislación general civil, legislación sanitaria general sobre tratamientos no consentidos, o legislación específica para enfermos mentales.
- Riesgos de la medida
- Consecuencias del incumplimiento de la medida
- Tras ésta medida ¿sería posible conseguir una mínima vinculación con el paciente?.
- ¿Que se hace si a pesar de todo el paciente no acude? ¿Se le ingresa de manera preventiva? ¿se le detiene? ¿se va a su casa a intentar convencerle?.
- ¿Podría evitar una medida aún más restrictiva (y comprobada con los antecedentes previos) como son los reingresos hospitalarios, más aún si son involuntarios, y más aún si son con intervenciones «desagradables y de gran desgaste» para el propio paciente y la familia?

El grupo de expertos, tras el intercambio de la información disponible y la discusión en una reunión presencial, elaboró un documento enviado a la Junta Directiva. En la reunión de la Junta de 28 y 29 de enero se ha discutido este informe y, tras un intenso y fructífero debate, y la incorporación de algunas propuestas, se ha aprobado. El documento, por su importancia e interés, se publica en la sección de Informes del presente número, cuya lectura recomendamos desde este editorial.

Un aspecto resaltado por todos los componentes del grupo de expertos y desde la Junta Directiva es nuestra convicción de que la propuesta formulada por FEAFES de reformar el artículo 763 de la LEC para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos, obedece fundamentalmente a la falta de desarrollo de un modelo comunitario integral de atención a la salud mental, y la falta de regulación de un Plan Integral de Atención Sociosanitaria que cubra las complejas necesidades de las personas que sufren trastornos mentales graves.

Sin embargo, desde la AEN rechazamos esta propuesta al considerar, no sólo que no garantiza y/o aporta beneficios para el tratamiento de los pacientes con trastornos mentales, sino que puede ser perjudicial. En nuestra opinión, el problema central y más urgente no es tanto la necesidad de reformar el marco legal, sino la insuficiencia de recursos y falta de desarrollo de servicios que hagan frente a los problemas y a las necesidades de las personas con trastornos graves y a la cuestión de la cronicidad.

Nuestro país, como señala el documento, dispone de un marco legal suficiente para garantizar la atención integral a las personas que sufren trastornos psíquicos: la ley General de Sanidad de 1986, que en su artículo 20, enumera los principios que deben regir en la atención a la Salud Mental, y La ley 41/2002 de Autonomía del Paciente. Esta Ley, de extraordinaria importancia y escasamente conocida y/o aplicada por los profesionales sanitarios, avanza en la creación de espacios de libertad del paciente frente al sistema sanitario.

Además, esta propuesta de reforma legislativa, al contemplarse sólo para pacientes con trastornos psíquicos, introduce de nuevo el riesgo de estigma y marginación de los pacientes mentales respecto de los demás usuarios de la Sanidad y, con ello, pone en riesgo el valor de la normativa que garantiza los derechos fundamentales de los pacientes.

La AEN siempre se ha mostrado contraria a la promulgación de cualquier legislación específica para las personas que sufren trastornos mentales, por considerarla discriminatoria y estigmatizante. Legislaciones de este tipo, a pesar de tener excelentes intenciones, como la necesidad de proteger la mayor vulnerabilidad de los pacientes, contienen también elementos discriminatorios en la medida en que conculcan el principio de igualdad de los ciudadanos ante la Ley. Por tanto, mas que proteger al paciente con trastorno mental, agravaría sus diferencias.

Por otra parte, la propuesta presentada por FEFES es imprecisa, no señala los criterios para su aplicación, no considera los riesgos de generalización, ni aborda las actuaciones a emprender para garantizar el cumplimiento. Es razonable esperar que tratándose de imponer un tratamiento contra la voluntad del paciente, las posibilidades de incumplimiento aumentarán. En ese caso, no están claras las consecuencias del incumplimiento (ingreso del paciente, incapacitación, etc).

Además, la aplicación del tratamiento ambulatorio involuntario conlleva el riesgo de simplificar el tratamiento a una intervención psicofarmacológica, cuando cada día hay mas evidencias de que el tratamiento integral y/o combinado (farmacológico, psicoterapia y rehabilitación psicosocial) es el más eficaz para los trastornos graves. También es preciso considerar las posibles consecuencias adversas de este tipo de tratamiento sobre la relación terapéutica ya que la aplicación de una medida coercitiva añade dificultades a la necesaria relación entre el paciente y el terapeuta.

Finalmente, una importante reflexión a realizar es si la promulgación de esta reforma legislativa que permitiría la aplicación de tratamientos involuntarios favorece o dificulta el empoderment del paciente. Entendiendo el proceso de empoderment como «la capacitación de las personas para tomar las decisiones en relación con su salud y sus cuidados de forma más autónoma y responsable». La aplicación del tratamiento involuntario puede fomentar la desresponsabilización de los profesionales sanitarios por delegación en el sistema judicial y la instalación del paciente en la pasividad, la dependencia y la regresión. Un modelo de atención inspirado en el empoderment trata de potenciar las capacidades propias del paciente, favorece una mayor responsabilidad en el manejo de la enfermedad y mejora la adhesión al tratamiento, e implica pasar de un modelo paternalista de relación terapeuta-paciente a un modelo de decisiones compartidas. La participación del paciente en la toma de decisiones, el consentimiento y el pacto asistencial basado en la confianza entre los profesionales sanitarios y el usuario son ejes fundamentales en la evolución del tratamiento y posterior rehabilitación.

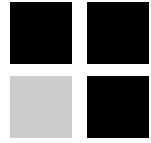
A nivel internacional, si bien existen algunas experiencias de aplicación de fórmulas de tratamiento ambulatorio involuntario, en especial en países con tradición jurídica anglosajona, hasta el momento actual no existe suficiente evidencia científica sobre la eficacia de este tipo de medidas, ni evaluaciones concluyentes sobre los pros y los contras que lleva su aplicación (WHO, 2003). Tampoco existen recomendaciones en el marco Europeo sobre la conveniencia de introducir reformas legales específicas para regular este tipo de tratamiento, tal como se desprende del «Las recomendaciones del Consejo de Ministros para la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales», aprobado por el Consejo de Europa en el año 2004.

En esta misma línea podemos situar la «Declaración Europea de Salud Mental», suscrita por distintos Gobiernos, incluido España, durante la Conferencia Ministerial organizada por la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se celebró recientemente en Helsinki (Finlandia). Los distintos Gobiernos se comprometieron, entre otras cosas, a desarrollar servicios comunitarios, eliminar los estigmas que sufren los enfermos, fomentar su reinserción en la sociedad, ofrecer a los pacientes la posibilidad de implicarse en su autocuidado, y promover legislación que acabe con la discriminación.

M<sup>a</sup> Eugenia Diez Fernández  
Vicepresidenta de la AEN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Nota: Parte de estas ideas son extraídas de la opinión de los miembros de la Junta Directiva de la AEN y del Grupo de Expertos formado por Dña Alicia Roig, D. Onésimo González, D. Juan Medrano, D. Fernando Santander, D. Julián Espinosa, D. Fermin Mayoral, Dña Ana Esther Sánchez, D. Fernando Santos, y D. José Leal.

SECCIÓN



ORIGINALES Y REVISIONES







R. Inglott Domínguez, R. Touriño González, E. Baena Ruiz, J. Fernández Fernández

# INTERVENCIÓN FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA: SU DISEMINACIÓN EN UN ÁREA DE SALUD

FAMILY INTERVENTION IN SCHIZOPHRENIA:  
EXPANDING THE PROGRAMME IN A HEALTH AREA

## ■ RESUMEN

Se presenta el proceso de diseminación de un programa de intervención familiar en la esquizofrenia en un área de salud, integrado en la asistencia habitual de la red de salud mental. Se discuten las razones que han hecho posible su implantación.

*Palabras clave:* Intervención familiar, Psicoeducación, Esquizofrenia.

## ■ SUMMARY

It is here submitted the dissemination process of a family intervention program in schizophrenia in a health area, implemented in ordinary mental health settings. We discuss the reasons for its implantation.

*Key words:* Family intervention, Psychoeducation, Schizophrenia.

## ■ INTRODUCCIÓN

La capacidad para la diseminación de los programas psicosociales que han demostrado su eficacia supone actualmente un problema de primera magnitud, constituyendo un desafío para los sistemas asistenciales (1). Disponemos ya de un conocimiento importante sobre las prácticas «basadas en la evidencia», pero nos faltan conocimientos sobre cómo implantarlas y diseminarlas en los servicios de salud mental. Esta situación ha llevado a que algún autor proponga que es necesario desarrollar una «ciencia» de la implementación de las prácticas basadas en la evidencia (2).

Las intervenciones familiares se consideran actualmente imprescindibles dentro de una atención organizada y compleja a un problema también complejo: la esquizofrenia. Sin embargo, y aunque disponemos de modelos de intervención de probada eficacia, no se han incorporado a la práctica cotidiana de los servicios de salud mental. La mayoría de los modelos existentes ha surgido del ámbito de la investiga-

ción, en equipos muy especializados en la atención familiar. El reto actual es emplear las enseñanzas de los programas disponibles, para elaborar e implantar intervenciones que tengan continuidad en el tiempo y estén integradas y adaptadas a los servicios asistenciales existentes.

Las intervenciones familiares han demostrado su eficacia en la disminución de recaídas psicóticas, en mejorar el clima familiar y el funcionamiento social (3,4). Actualmente la intervención familiar se recomienda en guías de tratamiento de la esquizofrenia y protocolos de consenso de expertos (5,6). Lehman y Steinwachs (7) en el estudio PORT (Schizophrenia Patient Outcomes Research Team) recomiendan la intervención familiar durante un periodo de al menos 9 meses, incluyendo una combinación de educación sobre la enfermedad, apoyo, entrenamiento en resolución de problemas e intervención en crisis. Las intervenciones familiares van también demostrando ser eficaces cuando son utilizadas por clínicos en los servicios comunitarios (8, 9). A pesar de todas estas evidencias, las intervenciones familiares siguen sin tener una implantación suficiente en la atención habitual. La realidad es que sólo una minoría de las familias que tienen contacto con los pacientes esquizofrénicos ha recibido apoyo e información sobre la enfermedad.

Recientemente, algunos autores han precisado las dificultades para la implantación de las intervenciones familiares en la práctica habitual y han propuesto una serie de estrategias para superar las barreras a su implantación (8,10,11,12). Cuando un programa pretende pasar de la investigación a la práctica debe tener en cuenta las demandas de los gestores, los intereses de los clínicos y las necesidades y demandas de la población a la que se dirige.

Los gestores pueden suponer un obstáculo para la diseminación por su preferencia por los procesos más tecnológicos frente a los psicosociales, el interés por resultados a corto plazo y una desconfianza o desconocimiento de la eficacia de estos programas. Leff (8) considera que los principales problemas para la implantación derivan de una falta de entendimiento de los «gestores» de los servicios comunitarios de la necesidad de relevar a los profesionales que desarrollen estos programas de otras responsabilidades. En ésta misma línea McFarlane (13) aconseja trabajar simultáneamente con clínicos y gestores, y su programa de formación comienza con un día dedicado a los gestores y clínicos «senior».

Por parte de los clínicos la puesta en marcha de la intervención familiar puede suponer un cambio «ideológico» en aquellos que todavía sustentan teorías sobre la enfermedad mental que culpabilizan a la familia. Pueden simplemente dudar o desconocer su eficacia, o carecer de la formación necesaria para ponerla en práctica. Se recomienda una formación intensiva y de larga duración, con supervisión y apoyo tras realizarla. Los principios de la intervención familiar deben ser utilizados en el periodo formativo: buscar la alianza, mantener actitudes de baja emoción expresada (8). Otro problema importante es cómo integrar el nuevo programa en una actividad

asistencial habitualmente masificada. Los clínicos pueden considerar la intervención familiar como algo costoso y que requiere mucho tiempo, siendo difícil de integrar en la consulta diaria. La falta de apoyo o reconocimiento institucional tampoco anima a realizar el esfuerzo. En ocasiones la disponibilidad de las familias obliga a realizar estos programas fuera del horario laboral normal.

Aunque las familias, en principio, expresan sus necesidades de información y apoyo, no siempre están dispuestas o tienen la disponibilidad para asistir. Pueden vivir la intervención como una nueva carga por pensar que se les va a exigir más responsabilidades, o como una nueva «oportunidad» para que los clínicos les culpabilicen. La reticencia de las familias es más habitual en casos de evolución avanzada, en los que la desesperanza se mezcla con posibles malas experiencias en el pasado en su contacto con los clínicos. Muchos familiares son reacios a compartir su realidad con otros familiares por vergüenza, y ante el estigma que supone la enfermedad. Es necesario adaptar la intervención a la realidad sociocultural local y a las características de cada familia, tanto en el contenido del programa como en el horario y en el formato (unifamiliar o multifamiliar).

Mueser et al. (14) señalan la importancia de poder contar con una persona responsable de asegurar que los programas de intervención familiar se lleven a cabo. Entre las funciones de este profesional estarían las de preparar a los clínicos en el trabajo con familias y participar en actividades de formación continuada; también se responsabilizaría de la puesta en marcha y supervisión de los programas para familias. La existencia de un responsable del programa es necesaria para proporcionar un apoyo continuado al proyecto, que asegure que el entusiasmo original asociado con una nueva intervención no se pierda en cuanto se convierta en parte del tratamiento estándar (11).

En Gran Canaria, y partiendo de la experiencia en los Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial, se lleva a cabo un programa de intervención familiar elaborado a partir de otros modelos existentes (15, 16, 17, 18). Este programa se ha generalizado en la red de salud mental, llevándose a cabo también actualmente en siete de las ocho unidades de salud mental comunitarias de la isla. Compartimos como filosofía de nuestra intervención los presupuestos básicos del modelo de Kuipers et al. (18):

1. La esquizofrenia se conceptualiza como un trastorno de base biológica. El modelo de estrés-vulnerabilidad se utiliza para explicar cómo, en una persona vulnerable, un acontecimiento estresante puede desencadenar la enfermedad o una recaída.
2. No se culpabiliza a los familiares, sino al contrario se les considera como agentes terapéuticos. Se reconoce la carga y el estrés que supone convivir con una persona con esquizofrenia.
3. Se enfatiza el trabajo en colaboración con la familia, estableciendo objetivos, prioridades y tareas. Se comparte la información acerca de la enfermedad.

4. Se considera a las familias con sus necesidades y sus capacidades. Se refuerzan sus potencialidades para abordar los problemas.
5. La intervención familiar se ofrece como parte de una estrategia global de tratamiento. No se pretende sustituir el procedimiento habitual por la intervención familiar.

El objetivo del presente artículo es describir el desarrollo y diseminación de un programa de intervención familiar en la esquizofrenia en el Área de Salud de la isla de Gran Canaria.

## ■ DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DE DISEMINACIÓN DEL PROGRAMA DE APOYO Y COLABORACIÓN FAMILIAR EN LA ESQUIZOFRENIA (PACFE) EN LA ISLA DE GRAN CANARIA

### *1. Ámbito de la experiencia.*

El Área de Salud de Gran Canaria comprende un ámbito territorial cuya demarcación es la propia isla de Gran Canaria, con una población de derecho cifrada en 789.908 habitantes a 1 de enero de 2003. La atención a la salud mental se organiza a partir de 8 unidades básicas de salud mental comunitaria (UUSSMM) dependientes de dos gerencias de atención especializada, de las que también dependen dos unidades sectoriales de hospitalización psiquiátrica de agudos o de «internamiento breve» (UUIBB), cada una en el correspondiente hospital general. Una de las UUSSMM se halla actualmente en proceso de desdoblamiento, por lo que el número total a corto plazo será de 9. En la Tabla 1 se recogen datos del contexto asistencial que concierne al contenido de este trabajo.

En la red de salud mental de Gran Canaria, la atención a la población con diagnóstico de esquizofrenia o cualquier otro tipo de psicosis constituye una prioridad, explícitamente recogida como tal en los documentos que regulan su funcionamiento. A medida que la red se desarrolla, la mencionada atención se sitúa de forma cada vez más nítida en una perspectiva rehabilitadora, cuyo marco es el Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP). Esto ha sido posible por varias razones, entre las que destacaremos una: a diferencia del criterio adoptado en otras comunidades o áreas, en Gran Canaria la rehabilitación psicosocial de los enfermos mentales se planifica y dirige desde los servicios de salud, que son los que asumen la dirección del PIRP. Éste, no obstante, tiene un patrón de desarrollo horizontal, con participación de diversos sectores y niveles de la Administración que se coordinan a través del Consejo Insular de Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario (CIRPAC), presidido por el Director del Área de Salud.

Tabla 1

Ámbito territorial	Unidades de Salud Mental	Dependencia	Hospital de referencia	Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial
Sector Norte de Las Palmas + municipios del Centro de la isla (275.560 habitantes)	Puerto Ciudad Alta Ganolajes	Gerencia A	Doctor Negrín	Casa del Marino San Francisco I San Francisco II
Sector Sur de Las Palmas (148.224 hab.)	Triana Lasoo	Gerencia B	Insular	
Municipios del Norte y Oeste de la isla (99.521 hab.)	Beñadero	Gerencia A	Doctor Negrín	Gáldar
Municipios del Nordeste de la isla (102.223 hab.)	Telde	Gerencia B	Insular	Telde
Municipios del Sur de la isla (164.180 hab.)	Vecindario (en proceso de desdoblamiento)	Gerencia B	Insular	Vecindario Maspalomas

El PIRP de Gran Canaria apuesta por un modelo dinámico de articulación de la atención sociosanitaria en el ámbito de la salud mental. Por eso contempla la rehabilitación psicosocial como un proceso ordenado y multifactorial, cuyo desarrollo cabe representar en un par de coordenadas: una iría desde la cota más básica de atención hasta la más especializada; la otra, desde la más sanitaria hasta la menos sanitaria (podría también decirse «desde la más sanitaria hasta la más social», pero entender lo primero como ajeno a lo segundo nos parece falaz). Cada actuación del PIRP tiene un lugar en ese doble eje, de modo que el *punto cero* de la rehabilitación psicosocial coincide con el momento mismo del diagnóstico por los servicios de salud. Corresponde a la USM detectar las necesidades básicas de rehabilitación, registrarlas en la correspondiente ficha (vinculada al registro acumulativo de casos psiquiátricos) y elaborar un primer diseño individualizado de rehabilitación, así como decidir sobre la necesidad de intervenciones rehabilitadoras más específicas y/o menos sanitarias. Todo ello se ordena y articula según el esquema básico del PIRP, que es el siguiente:

a) Línea de seguimiento en la comunidad

Corresponde a los equipos de las UUSSMM desarrollar íntegramente los subprogramas de esta línea, bien sea por sus propios medios o a través de la coordinación con los servicios sociales de base, los centros de acogida y otros recursos de la comunidad. Una de las áreas de intervención en esta línea es la intervención familiar.

- b) Línea de dispositivos rehabilitadores específicos  
Integrada por unidades funcionalmente independientes, cuyo objetivo es responder a necesidades de rehabilitación que la línea de seguimiento en la comunidad no alcanza a cubrir. Funcionan en estrecha coordinación con las UUSSMM, a las que proporcionan el correspondiente feed-back. Tales unidades son:
- *Centros de día de rehabilitación psicosocial (CCDDRRPP)*. Existen un total de 7 de carácter público en el Área de Gran Canaria, con 5 talleres prelaborales anexos, y su oferta actual es de 240 plazas. Entre las áreas de actividad de los CCDDRRPP se incluye la intervención familiar.
  - *Unidades de rehabilitación de área (UURRAA)*. Su modelo de funcionamiento es el de comunidades terapéuticas, con atención durante las 24 horas. En el Área de Gran Canaria existen 2, que habrán de redistribuirse en 3 a partir de 2005, con un total de 90 plazas.
- c) Línea de apoyo social y comunitario  
Con los siguientes subprogramas:
- *Subprogramas de empleo*
    - Empleo protegido
    - Apoyo al empleo
  - *Subprogramas de alojamiento alternativo*
    - Pisos y pensiones tuteladas
    - Mini-residencias
  - *Subprogramas de apoyo coyuntural y tiempo libre*

La experiencia de intervención familiar que nos ocupa ha sido puesta en marcha desde dos enclaves concretos del PIRP, y su implantación ha tenido lugar en dos tiempos bien diferenciados. En un primer tramo, de carácter piloto, la experiencia se desarrolló exclusivamente en los centros de rehabilitación psicosocial, integrados como ya se ha dicho en la segunda línea del PIRP. En el siguiente tramo, de generalización o diseminación propiamente dicha, la experiencia se extendió a la primera línea o de seguimiento en la comunidad, con asiento en las unidades de salud mental.

## 2. *Objetivos*

A diferencia de lo que tiende a ser la norma en otras comunidades o áreas de salud, se ha perseguido un desarrollo plenamente integrado y homogéneo de la intervención familiar a todo lo ancho del área de salud, de modo que no quede circunscrita a las actividades de un equipo más o menos liberado -y menos aún concertado- para tales funciones. En lugar de considerar la intervención familiar como una práctica deseable pero aleatoria en el tratamiento de la esquizofrenia, el objetivo es que llegue a establecerse como:

- un componente insustituible de dicho tratamiento
- una prestación permanente, generalizada y con las siguientes garantías:
  - a) disponible por igual para todos los usuarios de la red de salud mental
  - b) integrada en los servicios de dicha red
  - c) a cargo de los mismos equipos que se ocupan del resto del tratamiento
  - d) suficiente para asegurar, en condiciones apropiadas, una alianza estable y de largo alcance entre familia y profesionales
  - e) indisoluble del conjunto de la rehabilitación psicosocial

De este modo se ha pretendido alcanzar, en su grado máximo, los objetivos de diseminación que se postulan para este tipo de programas.

### *3. Metodología*

#### A. MODELO A IMPLANTAR

Describimos a continuación el PACFE tal y como se viene desarrollando desde el inicio de la experiencia, en la etapa de diseño desarrollada en los CCDDRRPP, señalando en su caso las escasas modificaciones introducidas con posterioridad.

##### A.1. Fase de preselección de familias

Se incluyen en el programa familias de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, siguiendo los criterios establecidos por Dixon et al., 2000 (19):

- grado de interés de la familia (basta con un miembro interesado, sin contar al propio paciente)
- extensión y calidad de su implicación (tras trabajo previo por parte del equipo)
- evidencia de objetivos que puedan ser compartidos por los clínicos, el paciente y algunos familiares
- certeza de que uno y otros eligen el PACFE frente a otras posibles alternativas

##### A.2. Fase de conexión-evaluación

Persigue los siguientes objetivos:

- Evaluar las dimensiones que conciernen al programa: magnitud de la disfunción, repercusión familiar, capacidad de contención y de evolución a largo plazo...
- Establecer la línea base para la evaluación del proceso.
- Transmitir la importancia de la colaboración familiar.
- Introducir el encuadre adecuado para la intervención.
- Neutralizar algunas representaciones inculporias.

Esta fase es de duración variable, y su implementación tiene lugar sobre la base de planificar adecuadamente y reorientar los contenidos de las agendas habituales de los servicios.



### A.3. Fase de intervención propiamente dicha

Comprende intervenciones multifamiliares sistemáticas e intervenciones unifamiliares selectivas. Estas últimas sólo tienen lugar excepcionalmente, tras la detección y delimitación de una dificultad muy concreta e imposible de abordar en el contexto multifamiliar.

En cuanto a la intervención multifamiliar, sus condiciones son:

- 5 a 8 familias por grupo, sin incluir al paciente.
- Grupos cerrados en cuanto a unidades familiares, aunque no en cuanto a los miembros de cada unidad.
- Entre 1,5 y 2 años de duración.
- Trabajo individual simultáneo con los pacientes.

El esquema de la intervención es en dos módulos sucesivos:

#### A.3.1. *Módulo psicoeducativo*

Objetivos:

- mejorar la información sobre la enfermedad
- ofrecer cauces adecuados para la elaboración emocional
- establecer las pautas generales de actuación para la resolución de problemas

Estructura general:

- 1 sesión semanal (2 horas) durante 6-8 semanas.
- mínimo de 2 profesionales por sesión (más el supervisor, si alguno de ellos está en formación). Una vez realizado el curso teórico-práctico, cada profesional cuenta con al menos un año de supervisión.
- evaluación conjunta de cada sesión (1/2 hora).

Medios y equipamiento:

Cada sesión del módulo psicoeducativo cuenta con el correspondiente apoyo de imágenes, pensadas para facilitar la participación activa de todos los asistentes. Los autores del artículo elaboraron un amplio material de apoyo, del que han ido seleccionando un total de 93 unidades, en soporte informático para presentación audiovisual. Este material aparece incluido en una publicación próxima a editarse (20).

La infraestructura que consideramos indispensable:

- Sala de reuniones con espacio suficiente para la disposición semicircular de entre 15 y 20 asistentes.
- Ordenador y cañón de proyecciones, o bien proyector de transparencias.
- Pizarra para anotaciones.



Estructura de las sesiones:

- 1º. Socialización previa
- 2º. Descripción de objetivos de la sesión y repaso de la sesión anterior
- 3º. Desarrollo de los contenidos de la sesión
- 4º. Socialización final

Contenido de las sesiones:

- 1ª Sesión: ¿Qué es la Esquizofrenia?
- 2ª Sesión: ¿Cuáles son las causas de la Esquizofrenia?
- 3ª Sesión: ¿Qué hacer frente a la Esquizofrenia?: Los recursos terapéuticos.
- 4ª Sesión: ¿Qué hacer frente a la Esquizofrenia?: La participación de la familia.
- 5ª Sesión: Lo que la familia puede hacer por ayudar al paciente.
- 6ª Sesión: Recapitulación. Perspectivas de futuro. Discusión final.

Alguna de las sesiones podría requerir, según las características del grupo, un desarrollo en dos jornadas.

### A.3.2. Módulo de ayuda a la recuperación y resolución de problemas

Objetivos:

- ayuda a la resolución de problemas cotidianos
- mejora de la comunicación familiar (escuchar a los demás, respetar el turno de palabra, expresar ordenadamente las opiniones, clarificar los mensajes...)
- elaboración del duelo y aceptación de la enfermedad
- establecimiento y/o potenciación de las redes de apoyo

Estructura general:

Aunque la hemos variado ligeramente a lo largo del tiempo, su conformación actual es la siguiente:

- Primer año: una sesión mensual de 2 horas (10-12 al año).
- Segundo año: una sesión trimestral de 2 horas (4 al año).

Medios y equipamiento:

- Sala de reuniones con espacio suficiente para la disposición circular de entre 15 y 20 asistentes.
- Pizarra para anotaciones.
- Eventualmente pudiera hacerse necesario el repaso con proyector.

Estructura de las sesiones:

- 1º Socialización previa

- 2º Revisión sesión anterior
- 3º Ronda de problemas
- 4º Selección de un problema concreto
- 5º Ronda de propuestas
- 6º Selección de las propuestas más adecuadas para el problema elegido
- 7º Implementación de la propuesta seleccionada
- 8º Socialización final

Planificación y evaluación de sesiones:

- *Planificación previa*: Repaso del desarrollo y de los acuerdos de la última sesión. Análisis de conjunto y por familias. Discusión de los acontecimientos relevantes durante el intervalo.
- *Evaluación posterior*: Análisis de las anotaciones recogidas sobre las intervenciones *a)* de los profesionales y *b)* de los familiares. Valoración crítica de las primeras. Discusión sobre la marcha del grupo y de las distintas familias. (Durante la etapa de diseño del PACFE este análisis se hizo de forma muy minuciosa, con revisión de grabaciones y registro sistemático de una serie de parámetros).

En el curso de este módulo puede considerarse la posibilidad de una intervención unifamiliar. Esta debe ser discutida e incluso planificada en el contexto del grupo multifamiliar y, como ya se ha dicho, debe centrarse en la resolución de un problema bien definido y delimitado. Las intervenciones unifamiliares incluyen al paciente y se desarrollan según el esquema clásico de resolución de problemas, con sesiones semanales o quincenales de 1,5 horas. La metodología de trabajo de estas sesiones ha sido expuesta en otra parte (20).

## B. CRONOLOGÍA DE LA DISEMINACIÓN

Contando con la ventaja del armazón proporcionado por el PIRP, en el que todos los equipos de la red están implicados, los autores de este artículo decidieron iniciar una experiencia de diseminación progresiva de la intervención familiar en la esquizofrenia, para desarrollar a partir de ahí un programa estable de ámbito insular. Las etapas de dicha experiencia habían de desarrollarse de forma imbricada (sin que ninguna se interrumpiese por el inicio de la siguiente), tal como se muestra en el Gráfico 1 y se describe a continuación.

GRÁFICO 1  
 HITOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL PACFE

ÁMBITO	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
<i>CCDDRRPP</i>		DISEÑO			DESARROLLO RESTRINGIDO		
<i>ÁREA DE SALUD</i>		INFORMACIÓN, CONSULTA Y SENSIBILIZACIÓN					
<i>RED DE SALUD MENTAL</i>					FORMACIÓN		
<i>UUSSMM</i>					DISEMINACIÓN 1ª FASE		

### B.1. Diseño y desarrollo restringido del programa

En septiembre de 1998, tras la apertura de los primeros CCDDRRPP, los autores de este trabajo iniciaron en dichos centros los trabajos preliminares del PACFE, con la metodología que se describe arriba. Aunque se pretendía dar respuesta a una exigencia de la propia programación de los CCDDRRPP, el incipiente desarrollo del PIRP y la implicación en el mismo de los equipos básicos de salud mental permitieron concebir aquel trabajo como una experiencia piloto para la ulterior generalización del procedimiento a toda el área de salud. Con posterioridad, e independientemente de su diseminación a través de las UUSSMM, el PACFE se sigue desarrollando de forma simultánea, complementaria e integrada en los CCDDRRPP.

### B.2. Información, consulta y sensibilización

A partir de enero de 1999, el proyecto de diseminación de la experiencia es expuesto de forma sistemática a los profesionales de la red, y de modo especial a jefes de servicio y coordinadores de las UUSSMM. El objetivo de estos contactos es distribuir información sobre los programas de intervención familiar, intercambiar criterios sobre la viabilidad del proyecto y acordar el desarrollo de las subsiguientes fases. De este modo se procede a elaborar conjuntamente un calendario de formación, con una oferta que posibilite la inclusión de profesionales pertenecientes a todos los equipos de salud mental. Esta fase se prolonga formalmente hasta dos años después de iniciada la siguiente, culminando con la presentación del programa en jornadas abiertas a todo el personal sanitario (Hospital Doctor Negrín, junio de 2001) y con una ponencia en las II Jornadas Internacionales de Actualización Psiquiátrica (Hospital Insular, noviembre de 2001). Con posterioridad a esa fecha, la implantación del modelo de intervención familiar ha sido objeto de numerosas reuniones de trabajo con los equipos de las UUSSMM.

### B.3. Formación

a) Los autores del artículo han desarrollado desde octubre de 1999 hasta la fecha una actividad formativa permanente sobre intervención familiar en la esquizofrenia, dirigida a profesionales de diferentes áreas de salud (psicólogos, psiquiatras, enfermeros psiquiátricos y trabajadores sociales). En la isla de Gran Canaria se han impartido hasta ahora cuatro cursos teórico-prácticos, partiendo de un módulo común de 60 horas de duración. Como requisito previo a la implantación del programa se desarrollaron tres cursos:

- para enfermeros psiquiátricos, en el último trimestre de 1999;
- para trabajadores sociales, entre el primero y el segundo trimestre de 2000;
- para psiquiatras y psicólogos, entre el segundo y tercer trimestre de 2000.

Estos cursos, altamente interactivos, permitieron contar en principio con un número de 57 profesionales debidamente entrenados para iniciar el proceso de implantación en las UUSSMM. Sin embargo, tal como expusimos en la Introducción y se podrá constatar en el siguiente epígrafe, no es sólo el número y la motivación de los profesionales lo que garantiza la diseminación de estos programas.

La experiencia acumulada nos inclina hoy a obviar el sesgo uniprofesional en la orientación de los cursos. Por eso el cuarto, impartido a 30 profesionales en el último trimestre de 2002, incorporó enfermeros psiquiátricos, psicólogos, psiquiatras y profesionales en formación. El material didáctico del módulo formativo se ha pulido y perfilado con el tiempo, constituyendo la base de diversos cursos y talleres desarrollados en otras áreas y comunidades (a destacar los cursos desarrollados en distintas áreas de salud de la Comunidad Canaria, organizados por la Escuela de Servicios Sanitarios y Sociales de Canarias, y el programado conjuntamente por la Asociación Castellano-Manchega de Neuropsiquiatría y el Centro Regional de Salud Pública de Castilla-La Mancha).

b) La continuidad de la formación, que constituye a nuestro juicio un aspecto fundamental del programa, no se limita a introducir esta formación básica en las rutinas de los servicios. Todas las intervenciones uni o multifamiliares de las UUSSMM han sido supervisadas directa y sistemáticamente por uno de nosotros.

### B.4. Diseminación

En marzo de 2001 se procede a la evaluación de las primeras familias en las unidades de salud mental. A partir de ahí, y con la supervisión aludida, se ha implantado paulatinamente el programa en 7 de las 8 unidades de salud mental: Canalejas, Ciudad Alta, Lasso, Puerto, Telde, Triana y Vecindario. En el momento de redactar este artículo se han terminado de obviar los impedimentos circunstanciales que impedían su desarrollo en una de dichas unidades, la de Bañaderos. Tales circunstancias

merecerían ser analizadas con más detenimiento en otro lugar. Aunque en principio cabe hablar de imponderables (coincidencia de bajas laborales prolongadas), se impone también otro tipo de evidencias, como es la del escaso impacto de este tipo de programas en la política de recursos humanos de las gerencias de atención especializada.

Sea como fuere, confiamos en que a finales de 2004 el PACFE se habrá implantado con carácter pleno en toda el área de salud, y que su desarrollo contará definitivamente con dos vertientes integradas y complementarias: la de los centros de día de rehabilitación psicosocial y la de las unidades de salud mental.

En años sucesivos pretendemos extender la práctica de la intervención familiar en la esquizofrenia a otros dispositivos de la red de salud mental de Gran Canaria: unidades de internamiento breve, unidades de estancias intermedias y unidades de rehabilitación de área. Sin embargo, la base de la diseminación ya se habrá establecido en esta primera fase, con 201 familias evaluadas para el programa de las que 170 se han incorporado al mismo y 152 lo han finalizado o están en vías de finalizarlo. Los datos correspondientes pueden consultarse en las Tablas 2 y 3.

Tabla 2

EL PACFE EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL: INICIO DE LA DISEMINACIÓN	
FAMILIAS PRESELECCIONADAS	130
FAMILIAS QUE SUPERARON LA FASE DE CONEXIÓN-EVALUACIÓN	124
FAMILIAS QUE INICIARON EL MÓDULO PSICOEDUCATIVO	99
FAMILIAS QUE ABANDONARON DURANTE O DESPUÉS DEL MÓDULO PSICOEDUCATIVO	8
FAMILIAS QUE HAN CONTINUADO EN EL PROGRAMA	91
<i>QUE LO FINALIZARON</i>	42
<i>QUE ESTÁN POR FINALIZARLO</i>	49
MEDIA DE FAMILIAS POR GRUPO	5,9
MEDIA DE MIEMBROS QUE PARTICIPÓ POR FAMILIA	1,35
FAMILIAS PENDIENTES DE INICIAR EL PROGRAMA A CORTO PLAZO (2º semestre 2004)	19
FAMILIAS PENDIENTES DE INICIAR EL PROGRAMA A MEDIO PLAZO (1º semestre 2005)	25

Tabla 3

EL PACFE EN LOS CENTROS DE DÍA DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	
FAMILIAS QUE INICIARON EL PROGRAMA	71
FAMILIAS QUE FINALIZARON EL PROGRAMA	61
FAMILIAS QUE ABANDONARON	10
NÚMERO DE GRUPOS	12
MEDIA DE FAMILIARES POR GRUPO	5,9

## ■ CONCLUSIONES

La diseminación e implantación de un programa de intervención familiar en la esquizofrenia en Gran Canaria ha sido el fruto de varios factores: en su inicio fue fundamental la firme convicción y el apoyo de la dirección del PIRP, junto con un grupo de profesionales interesados en llevarlo a cabo. Este grupo inicial adaptó a la realidad local otros modelos existentes y puso en práctica un programa de intervención, que fue modificándose según los resultados de la experiencia. Posteriormente se formó a otros profesionales en la aplicación de la intervención. En su diseminación por la red de salud mental también ha sido determinante el apoyo y supervisión por parte de uno de nosotros a los profesionales que iniciaban esta intervención.

Desde nuestra experiencia podemos resumir las condiciones para la implantación de programas de intervención familiar en las siguientes:

- Implicar a instancias directivas
- Constituir un grupo de profesionales motivados
- Desarrollar una formación extensa
- Apoyar y supervisar tras la formación
- Adaptar el programa a la realidad asistencial y cultural
- Responsabilizar a una persona del desarrollo del programa

## ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Chicharro, F., Uriarte, J.J., «*Gestión clínica y Rehabilitación Psicosocial. Los nuevos modelos de gestión y la asistencia a la enfermedad mental severa*», en Gisbert, C. (coordinadora), Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003, pp. 231-273.
2. Ganju, V., «Implementation of Evidence-Based Practices in State Mental Health Systems: Implications for Research and Effectiveness Studies». *Schizophr Bull*, 2003, 29 (1), pp. 125-131.
3. Mari, J.J. ; Streiner, D, *The effects of family intervention for those with schizophrenia, 1996*, Cochrane Database Syst Rev (3).
4. Penn L. D.; Mueser K.T., «Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia», *Am J Psychiatr*, 1996, 153, pp. 607- 617.
5. Frances, A.; Docherty, J.P.; Khan, D.A. «Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Schizophrenia», *Journal of Clinical Psychiatry*, 1996, 57 (suppl 12B), pp. 1- 58.
6. American Psychiatric Association, *Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia*, Washington, DC, APA, 1997.
7. Lehman, A.F; Steinwachs, D.M., «At Issue: Translating Research Into Practice: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) Treatment Recommendations», *Schizophr Bull*, 1998, 24 (1), pp.1-10.
8. Leff, J, «Family work for schizophrenia: practical application». *Acta Psychiatr Scand*, 2000, 102 (suppl. 407), pp. 78-82.

9. Selwood, W., «Needs-based cognitive-behavioural family intervention for carers of patients suffering from schizophrenia: 12-month follow-up», *Acta Psychiatr Scand*, 2001, 104, pp. 346-355.
10. Dixon, L., y otros, «Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities», *Psychiatr Serv*, 2001, 52, pp. 903-910.
11. Ameson, C.S.; Liberman, R.P, «Rehab Rounds: Dissemination of Educational Classes for Families of Adults With Schizophrenia», *Psychiatr Serv*, 2001, 52, pp. 589-592.
12. McFarlane, W. R., y otros, «Predictors of Dissemination of Family Psychoeducation in Community Mental Health Centers in Maine and Illinois», *Psychiatr Serv*, 2001, 52, pp. 935-943.
13. McFarlane W.R., «From research to clinical practice: dissemination of New York State's family psychoeducation project». *Hosp Comm Psychiatry*, 1993, 44 (3): pp. 265- 270.
14. Mueser, K. T.; Fox, L., «Family-Friendly Services: A modest proposal», *Psychiatr Serv*, 2000, 51, pp.1452.
15. Anderson, C., Reiss, D.; Hogarty, G., *Esquizofrenia y familia (Guía práctica de psicoeducación)*, Buenos Aires, Amorrortu, 1988 .
16. McFarlane, W.R., y otros, «Multiple family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia», *Arch Gen Psychiatry*, 1995, 52, pp. 679-687.
17. McFarlane, W.R., *Multifamily Groups in the Treatment of Severe Psychiatric Disorders*, New York, Guildford Press, 2002.
18. Kuipers, L., Leff, J. ; Lam, D., *Family work for schizophrenia; a practical guide*, London, Gaskell, 1992, 2002.
19. Dixon, L., y otros, «Update on family psychoeducation for schizophrenia», *Schizophr Bull*, 2000, 26 (1), pp. 5-20.
20. Touriño González, R.; Inglott Domínguez, R.; Baena Ruiz, E.; Fernández Fernández, J. *Guía de Intervención Familiar en la Esquizofrenia*. Barcelona, Glosa, 2004

Autores:

R. Inglott Domínguez. Psiquiatra

R. Touriño González. Psiquiatra

E. Baena Ruiz. Psicólogo

J. Fernández Fernández. Psicólogo

Plan Insular de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria

Correspondencia:

R. Inglott Domínguez. PIRP.

Hospital Juan Carlos I. Calle Real del Castillo 152. Las Palmas de Gran Canaria, 35014

ringdom@terra.es

ringdom@gobiernodecanarias.org





*María Alonso Suárez, M<sup>a</sup> Fe Bravo Ortiz, Alberto Fernández Liria*

# ORIGEN Y DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO Y CUIDADOS PARA PACIENTES MENTALES GRAVES Y CRÓNICOS EN LA COMUNIDAD

ORIGIN AND DEVELOPMENT OF COMMUNITY-BASED FOLLOW-UP, AND CARE PROGRAMMES FOR CHRONIC AND SEVERE MENTAL PATIENTS

## ■ RESUMEN

En el presente trabajo se revisan los distintos modelos de Programas de Seguimiento y Cuidado de enfermos mentales graves y crónicos en la comunidad (Modelo de agencia, «case management» clínico, «case management» intensivo, tratamiento asertivo comunitario, modelo de competencias y modelo rehabilitador) y se analizan sus características diferenciales. Así mismo se describen los programas de estas características que se han desarrollado en el estado español en las últimas décadas y se presentan los resultados preliminares del estudio IPSE («Impacto de los Programas de Seguimiento y Cuidados en personas con trastornos Esquizofrénicos en la Comunidad») en cuanto a: la valoración cualitativa de los programas por parte de los usuarios y familiares, las características que contribuyen al adecuado funcionamiento del programa y a la consecución de los objetivos, y los obstáculos comunes a su adecuada implementación.

*Palabras clave:* Programas de Seguimiento y Cuidado, «Case Management», Tratamiento Asertivo Comunitario, Programas de Continuidad de Cuidados

## ■ SUMMARY

Different models of community care for chronic mental health patients (broker case management, clinical case management, intensive case management, assertive community treatment, rehabilitation model and strengths model) and their characteristics are reviewed. Spanish programs developed in the last decades in this field are described and the preliminary results from IPSE study (Impact of Community Care Programs in Persons with Schizophrenia) are presented in relation to: subjective valuation of the programs made by patients and family, components of the programs which contribute to their adequate functioning and consecution of results, and common obstacles found for their adequate implementation.

*Key words:* Community Care Programs, Case Management, Assertive Community Treatment, Continuity of Care.

## ■ INTRODUCCIÓN

Los movimientos de reforma de la atención psiquiátrica que cobraron cuerpo a principios de los años sesenta del pasado siglo XX, se organizaron asumiendo una buena colección de mitos que los resultados de la misma fueron obligando a poner en entredicho y que llevaron a desarrollar nuevas estrategias y nuevos conceptos. Según uno de estos mitos, el desarrollo de recursos comunitarios, como los Centros de Salud Mental Comunitaria a los que el Acta Kennedy de 1963 dio pié, iba a proporcionar un sistema alternativo de atención (que sólo iba a necesitar ser complementado con breves y ocasionales estancias en las unidades de los hospitales generales) a los pacientes graves y crónicos que la *desinstitucionalización* hizo salir de los hospitales psiquiátricos. El informe de 1978 de la Comisión Presidencial de Salud Mental hubo de dar la razón a las voces que desde el umbral de los setenta denunciaban que, lejos de ocurrir esto, los nuevos recursos se emplearon en atender necesidades de personas que antes no acudían a las estigmatizadas instituciones psiquiátricas (de los – mal – llamados *trastornos mentales menores* a los *sanos preocupados*) y que, tanto los pacientes que habían sido desinstitucionalizados, como los que debutaban con sus trastornos graves y crónicos después del cierre de los hospitales psiquiátricos, quedaban con facilidad abandonados a su suerte (1). De ello se deducía que era preciso desarrollar nuevos tipos de recursos *intermedios* (2).

Para finales de los 70, sin embargo, era patente que, aún en los lugares en los que los recursos que hubieran servido para cubrir las necesidades de estas poblaciones se habían desarrollado tanto dentro como en el entorno de los sistemas de atención a la salud mental, podía suceder que tales posibilidades no fueran utilizadas por la población más necesitada de ellos, sencillamente porque, precisamente, su trastorno les hacía difícil o carente de interés el acceso a estas (3;4).

En esos mismos años se pone de manifiesto la necesidad de desarrollar programas para resolver específicamente este problema y se empiezan a desarrollar y a poner a prueba las primeras propuestas (5-7). Este tipo de programas se extendieron como la pólvora por los Estados Unidos de América en los 80 y, con variaciones en cuanto a denominación, y vinculación con los modos tradicionales de actuar, por Europa poco después. En los primeros noventa, empezaron a desarrollarse en nuestro país (8). La polémica sobre su papel y su utilidad tiene hoy más fuerza que nunca. A ella pretende contribuir este trabajo y el proyecto IPSE en el que se enmarca.

## ■ PROGRAMAS DE SEGUIMIENTO Y CUIDADOS EN LA COMUNIDAD: DEFINICIÓN Y MODELOS

Los programas a los que se refiere este artículo aparecen en la literatura con múltiples denominaciones: *case management* (bárbaramente traducido, a veces, como *manejo de casos*), programas de tratamiento asertivo comunitario, programas de se-

guimiento y cuidados para pacientes graves y crónicos, programas de coordinación de cuidados, programas de continuidad de cuidados...

Se trata de programas por los que se asigna a un profesional (o, a veces, a un paraprofesional) o un equipo específico, un paciente que, debido a un trastorno mental, va a tener que usar sucesiva o simultáneamente un abanico de diversos recursos de salud mental, sanitarios, sociales o comunitarios (8-10).

Su desarrollo ha sido muy diverso en contextos y culturas asistenciales y los procedimientos e indicadores utilizados para su evaluación y las consiguientes conclusiones sobre su eficacia también lo han sido. En este trabajo intentaremos partir de una visión comprehensiva para dar cuenta de esta diversidad a la vez que de sus factores comunes.

Mariano Hernández (11), por ejemplo, utiliza el término *seguimiento comunitario* para referirse conjuntamente a ellos: «el término seguimiento comunitario se viene utilizando para describir las intervenciones que consisten en acompañar a la persona en su medio de vida, proponerle una relación de ayuda para superar las dificultades que surgen a diario, y para sortear las barreras internas y externas que le impiden utilizar los recursos necesarios para su integración social».

Estos programas constituyen una forma de organizar el acceso a la atención que precisan las personas con enfermedad mental crónica. No son tratamientos en sí mismos sino el vehículo a través del cual se van facilitar los tratamientos, rehabilitación, cuidados y apoyo necesarios.

Existen distintos modelos de organizar estos cuidados que tienen cabida en esta definición.

#### *Modelos de programas de seguimiento y cuidados*

Existen dos formas principales de clasificar los distintos modelos existentes. Por una parte, la que describe las funciones que distintas propuestas llevan a cabo. Es una descripción de tipos, de clases, atendiendo a lo que prototípicamente se hace dentro de cada modelo. Otra forma de clasificar estos programas es exponiendo las dimensiones en las que existen diferencias entre unos modelos y otros. Así, Thornicroft (12), indica doce ejes que definen los programas de *case management* en la práctica: atención individual o en equipo; cuidados directos o derivación a otros servicios; intensidad de las intervenciones; grado de control presupuestario; programa en servicios sociales o sanitarios; estatus del coordinador de cuidados (*case manager*); especialización de coordinador de cuidados; ratio profesional: paciente; participación del paciente; lugar de los contactos; nivel de la intervención (individual, red o sistema); y población diana. Por tanto, en función de la posición que un programa adopte en cada eje podríamos estar ante múltiples opciones, lo cual refleja la auténtica variedad que existe en la práctica real.

Con fines didácticos resulta más útil la clasificación en modelos, en clases sobre las que posteriormente se señalan qué dimensiones particulares las separan. Así, Mueser et al (13) proponen seis modelos distintos: 1) modelo de agencia de servicios (*broker case management*), 2) *case management* clínico, 3) *case management* intensivo, 4) tratamiento asertivo comunitario, 5) modelo de competencias y 6) modelo rehabilitador; y, posteriormente, señalan en qué punto de algunas dimensiones se sitúan (ver tabla 1).

Tabla 1  
 TIPO DE PROGRAMA DE *CASE MANAGEMENT* POR DIMENSIONES DE LA RED DE TRABAJO (tomado de Pescosolido et al [14])

<b>Tipo de Programa de CASE MANAGEMENT</b>				
<b>DIMENSIONES DE RED DE TRABAJO</b>	<b>Estándar case management (broker)</b>	<b>Case management clínico</b>	<b>Tratamiento asertivo comunitario (ACT)</b>	<b>Tratamiento asertivo comunitario familiar</b>
Número de lazos o vínculos con el programa	Uno	Uno	Varios	Varios
Frecuencia de la interacción	Variable (a necesidad)	Regular	Diaria a semanal	Diaria a semanal
Dirección de los vínculos	Unidireccional	Recíproco	Recíproco	Recíproco
Funciones de los vínculos	Limitadas (derivaciones)	Centrados en el tratamiento	Difusos/ múltiples	Difusos/ múltiples
Carga afectiva de los lazos	Débil	Débil a moderada	Moderada a fuerte	Moderada a fuerte
Amplitud de vínculos del programa con profesionales	Baja	Baja	Moderada a alta	Moderada a alta
Amplitud de vínculos del programa con familiares y miembros de la comunidad	Ninguna o baja	Baja	Baja a moderada	Moderada a alta
Densidad / interconexión entre vínculos	-	Baja	Alta entre paciente y equipo; alta entre miembros del equipo.	Alta entre paciente y equipo; alta entre miembros del equipo; alta entre equipo y la familia y miembros de la comunidad; alta en familiares y miembros de la comunidad.

La misma estrategia de clasificación es la de Pescosolido et al (14) que propone cuatro modelos: 1) *case management* estándar (*broker case management*), 2) *case management* clínico, 3) tratamiento asertivo comunitario y 4) tratamiento asertivo comunitario familiar (FACT). La tesis principal de Pescosolido et al es la que todos los

modelos de *case management* pretenden la reconstrucción del tejido social de sus usuarios. Cada modelo construye esas redes sociales comunitarias de seguridad de forma distinta. Así, describen cada modelo en una serie de dimensiones (ver tabla 1) referidas a su manera de establecer vínculos entre el paciente y el coordinador de cuidados; entre el coordinador de cuidados y los recursos sanitarios, sociales y familiares; entre los miembros de equipo, etc.

Por tanto, siguiendo a Mueser et al. (13) y a Pescosolido et al. (14), distinguiremos seis modelos:

1. Modelo de agencia de servicios (*broker case management*)

Este fue el primer modelo de seguimiento comunitario que se articuló. Surgió como un intento de dar respuesta a la necesidad que se percibió de asegurar que los pacientes podían acceder a los recursos y tratamientos adecuados, y de fomentar la continuidad y eficiencia de estos cuidados cuando los pacientes eran dados de alta del hospital.

Las primeras descripciones de lo que hoy llamaríamos un coordinador de cuidados o *case manager* responden a este modelo en el que este papel lo desempeña un profesional, con frecuencia no-clínico, que es responsable de la coordinación de los cuidados pero no de la provisión directa de cuidados. Estos agentes tienen como papel principal evaluar las necesidades de los pacientes, planificar la intervención, derivar a los pacientes a los servicios adecuados y coordinar a los distintos recursos implicados en el cuidado de un mismo paciente.

El vínculo con el programa se establece como una díada (coordinador de cuidados - paciente), en el que los contactos entre ambos se caracterizan por ser: 1) «a necesidad», cuando el paciente los requiere y generalmente iniciados por éste; 2) sin una regularidad; 3) sin una frecuencia intensa; 4) sin oportunidad para generar entre ambos una relación afectiva; 5) con funciones muy limitadas a las derivaciones y coordinación con otros recursos; y 6) con una pobre red de relaciones entre los miembros de la red del paciente (médicos, familiares, comunidad, etc.) (14). Estos modelos parten de la idea de que el paciente ha de estar interesado en el programa y la iniciativa para los contactos ha de partir del mismo. Además, este tipo de contactos suele devenir en una intervención de «apaga fuegos».

Algunas de las dificultades que pronto surgieron de este modelo se refieren a (13), (15): su insuficiencia para pacientes con necesidades complejas; la asunción de que no es necesaria una formación clínica para la identificación de las necesidades de los pacientes, la planificación de la intervención y el seguimiento de las intervenciones realizadas por profesionales clínicos; las discrepancias entre las necesidades valoradas por el coordinador de cuidados y los clínicos que llevan a cabo la intervención directa; la poco realista asunción de que va a haber disponible un recurso para las necesidades identificadas y que por tanto no va a

ser necesario que el coordinador de cuidados tenga que proveer algunos cuidados directamente; y la evidencia de que era necesario crear una alianza de trabajo, una relación terapéutica, entre el paciente y el coordinador de cuidados para lo que se hacen necesarias habilidades clínicas.

## 2. Modelo de *Case management* clínico (CMC, *clinical case management*)

Responde a la evidencia, encontrada en el intento de articular programas sobre el modelo anterior, de que era necesaria la formación y experiencia clínica para poder generar una relación terapéutica con los pacientes, y que con frecuencia los coordinadores de cuidados tenían que intervenir directamente y proporcionar algunos cuidados.

Desde este modelo se enfatiza la relación entre el paciente y el coordinador de cuidados y se requiere que éstos tengan formación clínica en psicoterapia y psicoeducación (16). Se espera que los coordinadores de cuidados intervengan directamente en varias áreas (17): (1) Fase inicial (citas, evaluación, planificación); (2) Intervenciones en el entorno (conexión con servicios comunitarios, consulta con familiares y otros agentes, mantenimiento y ampliación de la red social); (3) Intervenciones con el paciente (psicoterapia individual intermitente, entrenamiento en habilidades de la vida independiente, psicoeducación) y (4) Intervenciones con el paciente y su entorno (intervención en crisis, seguimiento).

Según Pescosolido et al (14), los modelos de *case management* clínico (incluirla el intensivo, el de competencias y el de rehabilitación), también basan el contacto en la díada coordinador de cuidados - paciente y también establecen pocos lazos con el resto de la red social del paciente. Se diferencian del modelo de agencia de servicios en que: 1) los contactos son iniciados por ambos, 2) el coordinador de cuidados es activo en el seguimiento y enganche del paciente; 3) en los lazos entre ambos se fomenta la reciprocidad frente a la unidireccionalidad de las atenciones; 4) las funciones de los contactos se centran en la adherencia a los tratamientos; 5) existe un vínculo afectivo entre ambos; y 6) los contactos son regulares aunque la frecuencia no sea muy intensa.

## 3. *Case management* intensivo (CMI, *intensive case management*).

Este modelo surge para dar respuesta a las necesidades más complejas de pacientes para los que el *case management* clínico no es suficiente. Además de las tareas y funciones recogidas por el modelo de agencia de servicios y por el modelo de *case management* clínico, el *case management* intensivo añade otras características: 1) una ratio paciente-profesional pequeña; 2) una actitud asertiva en la fase de enganche y mantenimiento de los pacientes en el programa con el fin de evitar abandonos; 3) énfasis en la intervención en la comunidad frente al

despacho; y 4) la focalización en el apoyo práctico en la solución de problemas de la vida diaria.

4. Tratamiento asertivo comunitario (ACT, *assertive community treatment*)

Este modelo fue creado en los años 70 por Stein y Test (18) como una alternativa al tratamiento hospitalario y supone un paquete de componentes que va más allá del modelo de agencia de servicios, del *case management* clínico y del *case management* intensivo. Los principales componentes del ACT son (19): 1) Un equipo multidisciplinar lleva a cabo la intervención e incluye al menos un psiquiatra y una enfermera; 2) Este equipo proporciona todos los cuidados de forma integrada en vez de derivar a los pacientes a otros programas; 3) La responsabilidad de los pacientes es del equipo al completo, no de un solo coordinador de cuidados, y cada miembro del equipo contribuye con su experiencia y especialidad; 4) Las ratios paciente- profesional son pequeñas, idealmente 10/1; 5) Las intervenciones se realizan principalmente en la comunidad (en el domicilio, en una cafetería, etc.) y el trabajo de despacho se deja para la planificación y coordinación del equipo; 6) El equipo pone énfasis en el adecuado uso de la medicación e intervienen en la prescripción y administración del mismo; 7) Se enfatiza el apoyo práctico en la solución de problemas de la vida diaria; 8) Existe una cobertura de 24 horas; 9) El programa será asertivo en el enganche y mantenimiento del contacto con el paciente, implicándole y responsabilizándole de su tratamiento, pero dispuestos a salir en su busca cuando exista riesgo de abandono; 10) El apoyo será individualizado y ajustado a las necesidades de cada paciente y 11) el programa está disponible por tiempo indefinido y no se da de alta a los pacientes.

En este modelo, por tanto, el vínculo del paciente con el programa ya no se basa en la dñada con un coordinador de cuidados sino en múltiples lazos con distintos miembros de un equipo. Además, este vínculo se basa en (14): 1) contactos regulares y muy frecuentes; 2) vínculos en los que se fomenta la reciprocidad y unos lazos cargados afectivamente; 3) múltiples contactos entre el equipo y el resto de la red social y profesional del paciente; y 4) una alta densidad en la red de trabajo dentro del propio equipo (reuniones, fluidez a la hora de compartir recursos, sentimiento de pertenencia al equipo, etc.). En el modelo de tratamiento asertivo comunitario familiar que describen estos autores se añade además una alta densidad en la red social tejida entre el equipo y la familia, y entre familiares y miembros de la comunidad de los pacientes.

Diversos estudios han mostrado la eficacia del ACT (13), (20), (21). Sin embargo, la posterior diseminación del ACT ha llevado a que algunos de sus componentes no se desarrollen sistemáticamente en su totalidad. Además, algunos programas de *case management* clínico o intensivo, que presentan similitudes con el ACT,

también se han mostrado efectivos. Esto ha llevado una importante polémica en torno a si es necesaria la fidelidad de los programas de seguimiento al ACT, en todos sus componentes, para lograr adecuados resultados y, en torno a cuáles son los componentes responsables de los resultados del ACT.

Los programas de *case management* comparten objetivos con el ACT y algunos principios y componentes son comunes. Sin embargo, presentan casi siempre diferencias fundamentales con el ACT. Así, normalmente cada paciente es asignado a un coordinador de cuidados que es responsable del seguimiento, muchos servicios se conciertan con otros recursos, la ratio paciente-profesional suele superar 30:1, un mayor porcentaje de las intervenciones se realiza en el despacho, y la cobertura 24 horas generalmente se coordina con el servicio de urgencias del hospital. El modelo más alejado del ACT es el modelo de agencia de servicios (*broker case management*), pero en los modelos de *case management* clínico e intensivo estas diferencias pueden ser una cuestión de grado, dimensional. De hecho, en ocasiones es difícil distinguir un programa que un estudio define como de ACT y que explica qué componentes no se implementaron, de un programa que un estudio define como CMI cuya descripción incluye múltiples componentes del ACT. Mueser et al. (13) encuentran que la única diferencia entre ACT y CMI es que el equipo comparte la responsabilidad de todos los pacientes en el ACT mientras que cada paciente es asignado a un coordinador de cuidados en el CMI.

##### 5. Modelo de competencias (*strengths model*)

Se desarrolló como respuesta al énfasis excesivo que desde algunos modelos de *case management* se hacía en los déficits y discapacidades de los pacientes frente a sus competencias y habilidades. Así, este modelo tiene una visión de los pacientes con enfermedad mental severa y crónica como personas que además de déficits tienen competencias a partir de la cuáles pueden seguir aprendiendo, creciendo y cambiando. Añadió además la visión de la comunidad y del entorno cercano del paciente como fuente natural de apoyo en vez de cómo un obstáculo a su integración. Otras características incluyen (22): 1) la visión de la relación entre el coordinador de cuidados y el paciente como algo fundamental; 2) el énfasis en prestar los cuidados en la comunidad; y 3) el respeto a la autodeterminación de los pacientes como guía de la intervención.

Este influyente modelo, más que aportar nuevas ideas sobre cómo han de funcionar y organizarse estos programas añadidas a las propuestas del CMI o del ACT, enfatiza una filosofía o visión de los pacientes que ha impregnado a casi todos los programas de seguimiento y cuidados en la comunidad, ya sean CMI, CMC o ACT.



6. Modelo rehabilitador

Al igual que el modelo de competencias, este modelo se centra en prestar servicios y cuidados basándose en los deseos y metas que tienen los pacientes, en vez de partir de la necesidades o metas que el sistema de salud mental define (23). Se distingue de otros modelos por poner especial énfasis en el entrenamiento en habilidades instrumentales y sociales necesarias para la vida autónoma en la comunidad.

Tabla 2  
 MODELO DE PROGRAMA DE SEGUIMIENNTO Y CUIDADOS EN LA COMUNIDAD SEGÚN  
 CARACTERÍSTICA DEL PROGRAMA (tomada del mueser et al (13))

MODELO DE PROGRAMA DE SEGUIMIENNTO Y CUIDADOS EN LA COMUNIDAD						
CARACTERÍSTICA DEL PROGRAMA	Breiter CM	CM Clínico	M. Competencias	M. Rehabilitación	Tratamiento Asertivo Comunitario	CM Intensivo
Ratio paciente/ profesional	1:50	1:30+	1:30-1:50	1:30-1:50	1:10	1:10
Españche y seguimiento asertivo	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Alto	Alto
Responsabilidad de los pacientes congeada en equipo	No	No	No	No	Si	No
Cobertura 24 horas	No	No	No	No	A menudo	A menudo
Decisión y participación del paciente	No	Baja	Alta	Alta	Baja	Baja
Énfasis en el entrenamiento en habilidades	No	Baja	Moderada	Alta	Moderada (?)	Moderada (?)
Frecuencia de contactos con el paciente	Baja	Moderada	Moderada	Moderada	Alta	Alta
Lugar de los contactos	Clínica	Clínica	Comunidad	Clínica/comunidad	Comunidad	Comunidad
Tratamiento integrado (proporcionado en su totalidad por programa)	Bajo	Moderado	Bajo (?)	Bajo (?)	Alto	Alto (?)
Provisión directa de cuidados y servicios	Bajo	Moderado	Moderado	Moderado	Alto	Alto
Población diana	EMS	EMS	EMS	EMS	EMS con elevado uso de servicios	EMS con elevado uso de servicios

Nota: (?) = área del modelo que no está clara; EMS: enfermedad mental severa

La tabla 2, tomada de Mueser et al. (13) refleja las diferencias entre estos seis modelos comentados:

Variedad de modelos y variedad de programas implementados

Como puede observarse, Mueser et al (13) tratan las características de los programas como variables dimensionales, a las que cada modelo da un mayor o menor grado de importancia. Cuando esto se extiende a la aplicación de los programas en la práctica se observa lo mismo. Cada programa, aunque se defina como dentro de uno de los modelos propuestos, es único en la énfasis que pone en cada uno de esos componentes. Incluso para variables que en la tabla aparecen como dicotómicas (sí/no), existe una gran variabilidad de un programa a otro. Por ejemplo, para la variable «responsabilidad de los casos compartida en equipo», que es la única diferencia que Mueser et al. encuentran entre un modelo ACT y un modelo CMI, también podríamos hablar de grados. Así, es posible que el equipo trabaje en conjunto la evaluación de necesidades y la planificación de la intervención y que después cada coordinador de cuidados se responsabilice de la intervención. También es posible que en la fase de intervención intervengan distintos miembros del equipo, aunque no intervenga todo el equipo. Otra forma de organizar esta responsabilidad compartida es que uno de los miembros del equipo trabaje en algún momento con todos los pacientes de los demás coordinadores de cuidados (por ejemplo, el trabajador social, o el responsable de un club de ocio).

Esta variedad en la implementación en los servicios, y la escasa descripción de qué es lo que realmente se está poniendo en marcha en los estudios de eficacia o efectividad, es una de las razones que ha avivado la polémica en torno qué modelo es realmente efectivo. Tres estudios, los tres en EEUU, ilustran esta variedad en la aplicación en la práctica de un modelo u otro.

En primer lugar, el estudio de McGrew et al. (24), en el que piden a 121 equipos que se definían a sí mismos como equipos de ACT que contesten a un cuestionario acerca de cuáles son los componentes críticos del ACT. Al margen de los resultados de este cuestionario, resulta relevante la variabilidad en la fidelidad al modelo ACT que presentaban estos programas, y que quedó reflejada en el hecho de que, para los análisis finales, escogieron únicamente a los 73 programas con alta fidelidad al ACT (que valoraban como «muy característico» al menos el 70% de 27 ítems definitorios del ACT). Por tanto, 48 de los 121 programas que se definían a sí mismos como ACT no tenían alta fidelidad con el programa.

Otro estudio que nos muestra esta variabilidad en los programas a la hora de implementar un modelo es el de Deci et al. (25), que localizan en todo EEUU a 322 programas de ACT. Los localizan pidiendo a los directores de los servicios de salud mental de área que identifiquen los programas que responden a la definición de: «equipos multidisciplinares de profesionales de salud mental que comparten un limitado y común número de pacientes y proveen cuidados comprensivos en la comunidad para adultos con trastornos psicóticos crónicos». Obtienen respuestas a un cuestionario sobre su funcionamiento y su fide-

dad a los principios del ACT de 304 programas. De los 304 programas, solamente 100 (33%) cumplía con seis características consideradas principales del ACT por los autores (responsabilidad de los pacientes compartida en equipo; ratio paciente-profesional menor de 1:20; administración diaria de la medicación si es necesario; inclusión de personal médico en el equipo; provisión de más del 60% de las intervenciones en la comunidad y provisión directa de los servicios más que concertación con otros recursos). Otro dato significativo es que el 45% de los programas aseguraban compartir la responsabilidad de los pacientes el equipo, el resto no. Además el 55% de los programas informaron que proveían de todos los cuidados necesarios a sus usuarios sin concertar servicios a otros recursos, el 39% informó de que proveía directamente la mayoría de los servicios y el 3% informó que solo proveía algunos servicios directamente.

Por último, Langer et al. (26) reciben respuesta a su encuesta de 323 programas de *case management*, que muestran una importante variabilidad de programa a programa en muchas características. Parece haber un consenso en algunas características básicas o mínimas que son las que caracterizan a los modelos de agencia de servicios (*broker case management*). Por ejemplo existe cierto consenso en torno a: 1) que un objetivo principal para la mayoría es prevenir la hospitalización; 2) o que es un valor del programa promover la capacitación (*empowerment*) de los pacientes, la normalización, la individualización y la dignidad; 3) que las actividades más importantes de los coordinadores de cuidados son vincular los pacientes con los proveedores de servicios, intervenir en la crisis, planificar la intervención y evaluar necesidades. Sin embargo, cuando se plantean objetivos, valores o actividades más propias de otros modelos de *case management* más completos (intensivo, clínico, competencias, rehabilitación), se reduce el porcentaje de programas que sitúan esas características dentro de las más importantes.

El que cada programa sea más o menos fiel al modelo al que se adscribe no siempre está relacionado estudios de eficacia de cuyas conclusiones se infiera una mejor manera de llevarlo a cabo. Lo más frecuente es que influyan otra serie de variables totalmente ajenas a lo que se sabe sobre qué funciona mejor. Por ejemplo, Teague et al. (27) advierten de la importancia de ciertos factores que pueden determinar el grado de fidelidad de un programa: factores del proceso y organizacionales. Así, aspectos como la formación inicial de los componentes del equipo, la claridad de la misión del programa, el apoyo de la administración etc., tienen también influencia. Estos aspectos son también señalados por Phillips et al. (28), que recogen la importancia de tener en cuenta a la hora de implementar un programa ACT (y evaluar su implementación) factores relacionados con la administración (financiación; métodos para asegurar adherencia al modelo, etc.), con el equipo del ACT (manuales, políticas y procedimientos; selección del personal; formación; etc.) y con los usuarios (satisfacción, etc.).

*Las experiencias de programas de seguimiento y cuidados en España*

En nuestro país, el primer intento que nos consta de introducir este tipo de programas en la oferta de atención a los pacientes graves y crónicos se produce en el contexto del proceso de reforma del antiguo Hospital Psiquiátrico Nacional de Leganés y su transformación en una red de servicios de base comunitaria. El programa se desarrolla después de casi dos años de discusiones (29-31)), pretende recoger los planteamientos de los programas ya desarrollados en otros países y se estructura como un programa longitudinal (esto es, que pretende establecer una forma de uso de los programas transversales de atención comunitaria, rehabilitación etc...) para pacientes que tienen como característica el requerir el uso simultáneo o sucesivo de varios dispositivos de la red. Se organiza con base en los Centros de Salud Mental de Leganés y Fuenlabrada, desde subequipos de los mismos integrados por diplomados en enfermería, trabajadores sociales y, en el caso de Fuenlabrada, auxiliares psiquiátricos.

Pocos meses después, en 1991, se desarrollan con planteamientos idénticos, los programas del área 3 de Madrid (a la que se traslada uno de los promotores de los anteriores), desde los Centros de Salud Mental de Alcalá y Torrejón, donde se confeccionan instrumentos estandarizados para la evaluación de los pacientes y la construcción de los planes individualizados de seguimiento y cuidados (32).

Desde estos dos primeros programas, se imparten en 1992, actividades de formación organizadas por la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial y la administración, dirigidos a profesionales de otras áreas de Madrid en algunos de cuyos distritos se ponen en marcha programas semejantes.

Desde este momento y hasta el año 2000, estos primeros programas son presentados en diferentes congresos y se desarrollan actividades docentes en otras comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Castilla La Mancha, Castilla León, Extremadura, Galicia) y en países con los que se están desarrollando programas de cooperación (Bosnia, Kosovo) y se publican los planteamientos iniciales, algunos datos sobre su desarrollo y reflexiones sobre dificultades y problemas para el mismo (33), (32), (34), (35).

En 1998 la Comisión Regional de Rehabilitación de los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid se plantea como uno de sus objetivos la puesta en marcha de Programas de Seguimiento en los Servicios de Salud Mental, elaborando unas recomendaciones sobre como deben implantarse. Estas recomendaciones son seguidas irregularmente, poniéndose en marcha algunos programas en algunos distritos. Pero no es hasta el año 2001 cuando el Departamento de Salud Mental de Madrid, crea un grupo de trabajo que genera un documento por el que el desarrollo de este tipo de programas es asumido oficialmente como un objetivo de los servicios de esta comunidad autónoma. El trabajo de este grupo de expertos es vinculado a la confección del Plan de Salud Mental 2003-2008 (36), y su implantación se constituye como

uno de sus objetivos prioritarios. Pasan a denominarse Programas de Continuidad de Cuidados y se crea la figura del Coordinador de Cuidados de Salud Mental, desarrollándose guías específicas para la implantación del programa en los servicios y para la confección del Plan de Atención Integral.

Desde la segunda mitad de los noventa se han desarrollado en todo el Estado Español otros programas que atienden a los mismos problemas con algunas diferencias en sus planteamientos y vinculación con el sistema de atención a la salud y los trastornos mentales.

En 1996 se inicia en Málaga un programa de tratamiento intensivo para pacientes graves, coordinado por un psiquiatra y que integra dos psicólogos, un enfermero un trabajador social, un terapeuta ocupacional y un número variable de auxiliares, que se hace cargo del tratamiento global de pacientes, y actualmente tiene su base en un hospital general (37).

En Avilés (Asturias), desde 1999, se desarrolla un Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario desde un equipo, independiente del Centro de Salud Mental, que se hace cargo de la atención integral de los pacientes a él derivados y que se compone de dos psiquiatras, dos enfermeros, dos auxiliares y una trabajadora social. Con posterioridad el modelo (muy próximo a los programas originales de ACT) se ha extendido a otras áreas del Principado de Asturias.

En otras comunidades autónomas se han puesto en marcha, más recientemente, programas, en general más parecidos a los originales de ACT (y, en esa medida a los Asturias y Andalucía más que a los de Madrid) que los primeros en el sentido de que se basan en la constitución de equipos independientes y no estructurados como un programa con base en el centro de salud mental para pacientes que no pierden el contacto con el psiquiatra de referencia en éste, sino que disponen de facultativos propios, que asumen esa función, y que se hacen cargo del tratamiento integral de los pacientes. Así, en Coruña y Lugo, se crean en 2001 unos Equipos de Continuidad de Cuidados, con base en hospitales de día y sólo dotados de un enfermero y un auxiliar supervisados por un psiquiatra del hospital de día, aunque la dirección del tratamiento de cada paciente sigue en manos del psiquiatra del CSM, y, en Albacete, en 2002 un Equipo de Tratamiento Comunitario Asertivo compuesto por un psiquiatra, un psicólogo, un enfermero, un auxiliar, un trabajador social y un terapeuta ocupacional. En Zamudio en 2001, como uno de los procesos en base a los que se constituye la Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación, se pone en marcha el Programa de Seguimiento / Hospital de Día para pacientes con TMS y clínica psicossocial severa.

Programas de estas características han sido también desarrollados desde asociaciones de familiares u ONGs, en algunos casos, con apoyo de la administración. En Cantabria, por ejemplo, la Asociación ASCASAM, lleva a cabo desde 1998 un Programa de Atención Domiciliaria Especializada con un equipo integrado por un psicólogo,

un trabajador social y un educador que presenta grandes dificultades de integración en la red. En otras comunidades, por ejemplo Madrid, los programas, sobre todo de atención domiciliaria, desarrollados desde algunas asociaciones se plantean como alternativos a la red en zonas en las que ésta no oferta esta prestación. No existe un censo de programas desarrollados desde asociaciones u ONGs y no hemos encontrado en la literatura información sobre ellos.

En Cataluña, donde el sistema de atención a la salud mental presenta características muy diferentes a las del resto del Estado por estar el sistema de provisión pública integrado muy frecuentemente por recursos de titularidad privada, se han puesto en marcha, desde 1997 hasta la fecha, además del Programa de Atención Específica a los Trastornos Mentales Severos, en cuyo diseño participaron un número alto de profesionales de la red y que es de aplicación generalizada, siete programas de case management, todos ellos concertados. Son los Planes de Servicios Individualizado (PSI), que en general tienen equipos que están integrados por profesionales de grado medio y los pacientes mantienen su relación con el psiquiatra del centro de salud mental (39-41). Señalar que también han diseñado programas para la población infantil: Programa de Atención a los Trastornos Mentales Graves en la Infancia y la Adolescencia. Las características de los programas desarrollados hasta la fecha en el territorio del Estado Español, se exponen en la tabla 3.

Tabla 3  
 PROGRAMAS DESARROLLADOS EN ESPAÑA

PROGRAMA	DEMININACIÓN	INICIO	PROFESIONALES	DEPENDENCIA	VINCULACIÓN A CSM	POBLACIÓN	PACIENTES
Área 8 Madrid	Seguimiento y Cuidados para Pacientes Graves y Crónicos	1999	6 DUE 4 TS 4 AUX 1 PSQ (coord.)	CSM	sí	400.000	200
Área 3 Madrid	Seguimiento y Cuidados para Pacientes Graves y Crónicos / Continuidad de Cuidados	1991	6 DUE 4 TS	CSM	sí	400.000	200
SSM Fuencarral (Área 5) Madrid	Rehabilitación y Seguimiento de Enfermos Mentales Crónicos y Graves / Continuidad de Cuidados	1996	3 DUE 2 TS (coord. Hasta agosto 2002) 1 PSQ (coord. desde Agosto 2002)	CSM	sí	200.000	132
Málaga	Tratamiento intensivo	1992	1 PSQ 2 PSICOL. 1 DUE 1 TS 1 TO 2-3 AUX	HS	no	500.000	89
Alicante	Tratamiento Asertivo Comunitario	1996	2 PSQ 2 DUE 3 AUX 1 TS	-	no	160.000	75
Albacete	Tratamiento Comunitario Asertivo	2002	1 PSQ 1 PSIC 1 DUE 1 AUX 1 TS 1 TO	-	no	160.000	45
Galicia	Equipo de Continuidad de Cuidados	2001	1 DUE 1 AUX	H de U	sí	-	-
Zamudio	Unidad de Gestión Clínica de Rehabilitación - Proceso Programa de Seguimiento / Hospital de Gto	2001		UBC REHABILITACION	no	723.120	60 plazas 151 pacientes
Castilla (ASOCASAM)	Programa de Atención Domiciliar Especializada	1996	1 PSIC 1 TS 1 EDU	-	no	-	-
Cataluña 1	Programa de Atención Especializada a los Trastornos Mentales Severos	1996	1 DUE 1 TS	CSM	sí	100.000	100
Cataluña 2	Programa de Atención a los Trastornos Mentales Graves en la Infancia y la Adolescencia	2002	1 PSQ o PSIC 1 DUE	CSM	sí	200.000	50
Cataluña 3	Plan de Servicios Individualizado (PSI)	2001	2 DUE 2 TS	-	sí	200.000	50

Abreviaturas: PSQ: Psiquiatra, PSIC: Psicólogo, DUE: Diplomado en Enfermería, TS: Trabajador social, TO: Terapeuta ocupacional, AUX: Auxiliar de Clínica, EDU: Educador

*Un ejemplo de variedad en los programas implementados: primeros datos provenientes de la observación en el proyecto IPSE*

El proyecto IPSE (Impacto de los Programas de Seguimiento en las Personas con Trastornos Esquizofrénicos en la Comunidad) se propone evaluar el impacto que la implementación de los Programas de Seguimiento y Cuidados tiene sobre el patrón de uso de servicios y otros dominios de resultado en una muestra de personas con

esquizofrenia. El estudio se lleva a cabo en cuatro Servicios de Salud Mental (SSM) de Madrid que difieren en el grado de implementación de estos programas. Al mismo tiempo, estos cuatro SSM de distrito pertenecen a dos áreas sanitarias (dos SSM en cada área) que difieren entre sí en algunas características que, simplificando, podríamos describir como mayor integración de los recursos sanitarios y de rehabilitación, mayor continuidad de cuidados y más recursos no hospitalarios en una de ellas.

El proyecto IPSE recoge información de diversas fuentes (usuarios, psiquiatra, coordinador de cuidados, datos del registro, familia) y sobre distintos dominios de resultado (uso de servicios, funcionamiento clínico, instrumental y social, satisfacción con los servicios, calidad de vida, etc.).

El proyecto se encuentra en una fase temprana. Sin embargo, podemos presentar algunos resultados cualitativos, fruto de la observación, en torno a las variables que facilitan y obstaculizan la implementación de estos programas. Durante 10 meses se han estado llevado a cabo en los propios SSM más de 200 entrevistas con pacientes con esquizofrenia derivados al Programa de Seguimiento y Cuidados, así como entrevistas con los responsables de cada programa y los coordinadores de cuidados del mismo.

#### 1. Valoración por parte de los usuarios y familiares

En primer lugar, ¿qué es lo que más valoran los usuarios y los familiares del programa? Con respecto al papel del coordinador de cuidados, puede decirse que lo más valorado es la disponibilidad, flexibilidad y trato personal del mismo. La relación de ayuda que se ha establecido con el coordinador de cuidados influye mucho en la valoración global que hacen de los servicios recibidos. Valoran mucho «poder hablar» con él, que «esté pendiente» de sus necesidades, que puedan recurrir a él aún fuera de las citas establecidas. Y al revés, se muestran menos satisfechos aquellos pacientes que perciben a su coordinador de cuidados como «la enfermera que pone la inyección». Aún así, la satisfacción es alta y puede ser debido a que no consideran que pueden esperar de su enfermera otra atención: «cumple con su función, me toma la tensión, me pone la inyección, es amable». Otro aspecto que parece generar mayor satisfacción es la adecuación del coordinador de cuidados a las necesidades individuales expresadas por el paciente. Esto se observa por las quejas de algunos pacientes cuando el coordinador de cuidados actúa de forma paternalista. Por ejemplo, cuando insiste en que el paciente mejore en áreas que el paciente no percibe como necesarias, o insiste en mantener la misma frecuencia de contactos aunque el paciente considere que podrían espaciarlas. Obviamente estos ejemplos se refieren a las situaciones en que esta insistencia no está justificada por las consecuencias negativas que podría conllevar dejar de insistir.

Con respecto al psiquiatra y su coordinación con el programa de seguimiento, existe gran satisfacción cuando perciben que el coordinador de cuidados detecta



sus necesidades y el psiquiatra está disponible cuando éste solicita un adelanto de cita. Cuando la coordinación entre el psiquiatra y el coordinador de cuidados es fluida, son pocos los pacientes que experimentan la derivación al programa de seguimiento como un abandono por parte de su psiquiatra, incluso en los casos en los que hay una reducción en el número de contactos que el psiquiatra mantiene con el paciente. Hay que resaltar que una de las principales demandas con respecto al trato con su psiquiatra se refiere a que les gustaría disponer de más tiempo para expresar sus necesidades en la consulta, expresada tanto por los familiares como por los pacientes. Si un paciente expresa insatisfacción con su psiquiatra suele estar más relacionado con la deficitaria alianza de trabajo, con percibirle como poco cercano, frío, con poca capacidad de escucha, que con aspectos como la frecuencia con que le atiende o los tratamientos que le indica. Esto sin olvidar que la demanda más repetida con respecto al psiquiatra, con casi tanta frecuencia como que le escuche más, es que le reduzca o elimine la medicación.

Con respecto a los servicios de forma global, una de las quejas, sobretudo de los familiares, es la de no haber sido derivados a tiempo a otros recursos: la de que ha pasado demasiado tiempo entre su primera consulta en el SSM y la derivación a un centro de rehabilitación psicosocial, por ejemplo. Los recursos con los que muestran más satisfacción son precisamente los centros de rehabilitación psicosocial y esto determina en gran medida su valoración global de la atención recibida. No muestran tanta satisfacción con los centros de rehabilitación psicosocial en los que la atención no es individualizada. Los recursos hacia los que los pacientes muestran menos interés en utilizar son todos los hospitalarios. Los que despiertan más interés son los recursos de rehabilitación. Aún así, son pocos los pacientes que expresan la necesidad de recibir más cuidados de los que reciben o interés por utilizar otros recursos aparte de los que ya utilizan, aunque en esto puede tener un importante peso la sintomatología negativa. También hay un importante número de pacientes que son reacios a participar en centros o actividades con otros pacientes, aunque perciban áreas de su vida en las que tienen necesidades. La razón principal está relacionada con evitar entrar en el rol de enfermo. Esto muestra la necesidad, para un importante número de pacientes, de que el programa de seguimiento provea algunos cuidados de manera directa, individualizada y utilizando recursos normalizados de la comunidad, sin recurrir a centros de rehabilitación. Un pequeño grupo de pacientes, que no responde al perfil de centro de rehabilitación o que lo rechaza, expresa la necesidad de ser atendido además por un psicólogo o de recibir psicoterapia.

Una observación que es importante destacar es la de que, con frecuencia, los pacientes menos satisfechos llevan menos tiempo en el programa, tienen menos conciencia de enfermedad y menor adherencia al tratamiento. Aunque suelen

mostrarse satisfechos con el trato personal recibido, acuden a las citas «por obligación» y desearían poder dejar de acudir y de tomar la medicación. Del equilibrio entre la asertividad y el respeto a la autodeterminación que emplee el programa en conseguir el enganche de estos pacientes, va a depender que se mantengan en el programa, se les pueda prestar apoyo para resolver sus necesidades y que, a largo plazo, mejoren su conciencia de enfermedad, su adherencia al tratamiento y estén satisfechos con la atención que se les ha dado.

Otra necesidad que emerge en las entrevistas con los pacientes y familiares, es la de aquellos pacientes que llevan hasta diez años siendo atendidos, que han utilizado todos los recursos existentes, que son dados de alta de estos recursos, pero que siguen necesitando apoyos para mantener el grado de autonomía alcanzado. Para estos pacientes se hace aún más necesario que el programa de seguimiento retome activamente el caso y también la posibilidad de acceder a recursos de baja exigencia que ayuden al mantenimiento de los logros alcanzados y la estructuración del tiempo.

Por último, la preocupación mayor que tienen tanto los familiares como los pacientes se refiere al futuro, a qué va a pasar con el paciente cuando falten los padres, que son la principal fuente de cuidados casi siempre. Demandan respuestas ahora, que contribuyan a reducir su preocupación hoy día, mediante algún tipo de plan que prevea a qué podrá recurrir su hijo. No les satisface la respuesta de que cuando llegue el momento se buscarán soluciones porque no estarán para verlo y la angustia la tienen ahora. Demandan, sobre todo, recursos residenciales y ayuda a domicilio.

## 2. Características que contribuyen al adecuado funcionamiento del programa y a la consecución de objetivos.

De las observaciones del equipo de investigación del proyecto IPSE sobre qué características de los programas que han participado en el estudio pueden llevar a mejores resultados pueden destacarse las siguientes:

- Que el equipo sea pequeño y que esté situado en un mismo emplazamiento, en un local cuya disposición facilite el trabajo en equipo.
- Que se haya instaurado algún procedimiento para identificar a potenciales usuarios del programa que evite depender únicamente de la identificación por parte del responsable clínico.
- Que los coordinadores de cuidados tengan una actitud activa y asertiva en la fase de enganche y en la de mantenimiento con el fin de evitar abandonos.
- Que parte de las intervenciones se realicen en la comunidad: acompañamientos, visitas domiciliarias, etc.
- Que además el programa tenga censados los distintos recursos comunitarios y trabaje con ellos de forma habitual.

- Que los coordinadores de cuidados tengan las habilidades terapéuticas necesarias para generar una alianza de trabajo con los pacientes.
  - Que los coordinadores de cuidados tengan la formación necesaria para ser capaces de proveer cuidados directamente: counselling, entrenamiento en actividades de la vida diaria, relajación, etc.
  - Que el coordinador de cuidados sea figura referente global siempre, aunque el paciente participe en otros recursos y, mientras tanto, se reduzca la intensidad de los contactos. Que se mantenga un contacto continuado con el paciente que permita retomar el papel principal sin esfuerzo cuando otros recursos terminan su intervención.
  - Que los responsables clínicos, generalmente psiquiatras, participen de la filosofía y prácticas del programa de seguimiento procurando coordinarse en las derivaciones al programa, las reuniones de seguimiento con el coordinador de cuidados, la planificación de la intervención, etc.
  - Que al menos uno de los miembros del equipo de seguimiento conozca a todos los usuarios del programa. Por ejemplo, el trabajador social, que interviene en casi todos los casos en un punto u otro.
  - Que el programa disponga de actividades propias que faciliten que otros miembros del equipo tengan contacto con los pacientes y contribuyan al seguimiento observando al paciente en otros contextos. Por ejemplo, grupo de socioterapia, club de ocio, grupos de familiares, etc.
  - Que se trabaje en equipo, a través de reuniones de discusión de nuevos casos, evaluaciones y planes de intervención.
  - Que exista una adecuada coordinación con otros recursos implicados en proveer cuidados.
  - Que se incluya el trabajo con la familia como uno de los objetivos fundamentales del programa.
  - Que el archivo de todos los documentos relacionados con el programa se realice en una subcarpeta dentro de la historia y que este archivo sea sistemático de forma que puedan encontrarse en ella: el protocolo de derivación que hizo el psiquiatra, el resumen de la evaluación, el plan de cuidados y sus sucesivas revisiones, los informes de los recursos que ha utilizado el paciente, etc.
3. Obstáculos comunes a la adecuada implementación de los programas de seguimiento y cuidados
- Los cuatro programas que participan en el estudio IPSE difieren en el grado en que esas características están en marcha. Las razones de esta diversidad son variadas y algunas dependen de aspectos como el emplazamiento del equipo o los recursos humanos de que se dispone, otras están determinadas por las actitu-

des y formación de los diversos equipos, y otras por factores que influyen en la falta de motivación del equipo tras años de funcionamiento de un programa. Simplificando, resumiremos los obstáculos para la puesta en marcha y el mantenimiento de programas de seguimiento y cuidados en cuatro: que no haya medios, que no se comparta la filosofía que subyace a estos programas, que falle la formación del equipo o que se pierda la motivación tras la rutina.

La *falta de medios* ha afectado al pleno desarrollo y mantenimiento de los programas participantes en el estudio en distintos sentidos. En primer lugar, en el hecho de que los coordinadores de cuidados van asumiendo cada vez más casos nuevos sin dar altas, puesto que se entiende el seguimiento como indefinido aunque vaya bajando en intensidad. Por tanto, resulta difícil equilibrar la agenda y dar la atención intensiva y con la frecuencia requerida a todos los pacientes que la precisan. Esto puede llevar que se preste atención a los pacientes más demandantes y se «pierdan» los más silenciosos que, como ya se sabe, no siempre son los que menos necesidades o sufrimiento tienen. También puede llevar a que la intervención se limite a situaciones de crisis y no se consiga uno de los objetivos principales, reducir la hospitalización. En segundo lugar, la falta de medios puede llevar a que los coordinadores de cuidados no dispongan de tiempo para actividades grupales o de coordinación. También la falta de medios puede afectar cuando no existen en el área recursos de rehabilitación, sociales, residenciales, culturales, etc. que pueden proveer algunos cuidados. En esos casos se hace necesario que el coordinador de cuidados intervenga directamente en muchas áreas y esto no es posible si tiene muchos pacientes en su agenda.

La *actitud del equipo, el que se comparta o no la filosofía que subyace a estos programas*, afecta a cómo se desarrolle el programa. Los distintos componentes del equipo del programa de seguimiento, así como los profesionales de equipo de salud mental en el que se integra y también los que pertenecen a los dispositivos que van a coordinarse con el programa (hospital, rehabilitación, etc.), han de compartir una serie de actitudes hacia el trabajo con esta población. Por citar algunos ejemplos, es fundamental que apuesten por la integración de las personas con enfermedad mental en la comunidad frente al internamiento, que sean capaces de trabajar en un equipo multidisciplinar donde cada profesional es necesario, que compartan una visión de la persona con enfermedad mental que se aleje del paternalismo, etc. En función de qué eslabón de la cadena de profesionales implicados sea el que no comparte esas actitudes, el efecto sobre el programa será distinto. Así, podría decirse que lo primero y fundamental para el programa se desarrolle plenamente es que el coordinador del servicio de salud mental donde se imbrica el programa de seguimiento «crea» en el programa y en la filosofía que conlleva. También los profesionales designados como coordinadores de cuidados son pieza clave sin cuyo compromiso el programa no funciona-

ría. Y después, por supuesto, con mucho peso, los responsables clínicos que van a derivar a los pacientes al programa, seguidos de todos los demás integrantes de la red sanitaria.

La falta de compromiso de alguno de estos eslabones en los distintos programas implicados en el estudio tiene influencia en cómo el programa se lleva a cabo. Por ejemplo, si en el equipo existe poca tradición en el trabajo multidisciplinar, puede resultar difícil aceptar las múltiples funciones que puede llegar a desempeñar el coordinador de cuidados. Esto puede llevar a que: los responsables clínicos no deriven a pacientes al programa de seguimiento; o a que cuando lo hacen dupliquen al coordinador de cuidados en sus funciones por las dificultades para delegar tareas o para compartir con otros profesionales la responsabilidad del tratamiento de los pacientes; o a que los coordinadores de cuidados encuentren incómodo o difícil coordinarse con el psiquiatra o responsable clínico por temor a que su opinión no sea valorada. Si los responsables clínicos no están implicados en la filosofía del programa pueden surgir dificultades para identificar potenciales candidatos, para transmitir una adecuada información al paciente acerca de en qué consiste el programa influyendo negativamente en la alianza terapéutica entre el coordinador de cuidados y el paciente, etc. Cuando es el coordinador de cuidados el que no «cree» en el programa puede ocurrir que eviten adquirir mayor responsabilidad sobre los pacientes.

*La formación del equipo* tiene un peso fundamental en cómo se desarrolla el programa de seguimiento y cuidados. Empezando por lo más básico, algunos coordinadores, sobre todo personal de enfermería, llegan al Servicio de Salud Mental sin ningún tipo de experiencia en este campo. Pero lo grave no es que una enfermera de cirugía cardíaca pida traslado y llegue a un servicio de salud mental, sino la nula formación que se le proporciona y el que haya de enfrentarse a sus nuevas tareas mediante la observación y de forma casi autodidacta. A partir de ahí, realizar el papel de coordinador de cuidados exige una formación específica. Esta puede ir dirigida a que se puedan desempeñar las funciones más básicas, como el modelo de agencia de servicios o *broker case management*. Esto es, formación para la evaluación de las necesidades del paciente, la planificación de la intervención, la elección de los recursos que proporcionarán cuidados, la derivación a los mismos y la coordinación que sigue. Si la formación del coordinador de cuidados es más extensa puede llevar a que desempeñe funciones propias de modelos de *case management* más complejos. Para ello se requiere formación en habilidades terapéuticas que permitan generar una alianza de trabajo con el paciente, así como otras habilidades que permitan el trabajo con la familia y con el resto de su red social. Un paso más allá lo constituye la formación que permite al coordinador de cuidados proveer cuidados directos: entrenamientos en relajación, psicoeducación, entrenamientos en habilidades de la vida diaria (manejo

transportes, manejo dinero, tareas domésticas, etc), coordinación de grupos de pacientes y/o familiares, etc. En los cuatro centros incluidos en el proyecto IPSE es variable la formación que tiene cada coordinador de cuidados y esto determina que las funciones que desempeñan sean más o menos complejas.

Pero no solo influye la formación del equipo de coordinadores de cuidados, sino también la de los responsables clínicos de los pacientes que son derivados a un programa de seguimiento y cuidados, generalmente psiquiatras. Los psiquiatras han de estar formados en la evaluación de la discapacidad, en la evaluación del funcionamiento psicosocial, en definitiva, en la evaluación de las características de los pacientes que permiten valorar si un paciente puede beneficiarse de un programa de seguimiento o de programas de rehabilitación. Para ello es importante también saber cómo funcionan estos programas, en qué principios se basan, que metodología emplean, y que puede esperarse de ellos, para poder tomar la decisión de presentar a un caso al equipo de seguimiento. Al igual que en el caso anterior, existe una gran variabilidad en la formación en esta materia de los psiquiatras que participan en el estudio IPSE. Esto influye en que, por ejemplo, algunos psiquiatras no deriven apenas pacientes al programa de seguimiento. Y esto ocurre no tanto por su actitud o sensibilidad hacia estas necesidades, sino también por su falta de formación para evaluarlas e identificar los recursos que podrían intervenir.

Otro de los obstáculos al pleno desarrollo de estos programas es *la decadencia tras la rutina*. Tal y como explica Hernández (11), «no siempre estos proyectos (los equipos, los gestores) responden a la prueba de fuego de la rutina, de la falta de estímulos o de reconocimiento externo. El riesgo es entonces el repliegue en protocolos más o menos meticulosos y en tareas administrativas, desactivando la relación con los pacientes y la población». Esta decadencia tras la rutina ha podido observarse en algunos aspectos del funcionamiento actual de los programas incluidos en el proyecto IPSE. En primer lugar, en lo que se refiere a la sistemática evaluación de necesidades y la elaboración de planes de cuidados con su revisión periódica. Es cierto que la cumplimentación de estos documentos y su archivo en la historia de forma rutinaria y protocolaria puede dejar de tener sentido así planteada, puesto que con frecuencia la tarea se realiza, se tiene en cuenta, aunque no se registre. Sin embargo, aún en los equipos más experimentados no debe suponerse que aunque no haya registro de estas tareas en documentos archivados, estas se están realizando adecuadamente. La elaboración de estos documentos es necesaria puesto que no solo sirve a las tareas concretas de evaluación y planificación. También ayuda a la discusión del caso en equipo, al abordaje de un paciente cuando el coordinador de cuidados habitual está ausente y a la evaluación periódica de los resultados del programa. La decadencia tras la rutina en este aspecto puede objetivarse cuando en la historia

nos encontramos con que: no hay anotaciones referidas a la intervención de coordinador de cuidados (tanto de las atenciones directas la paciente como de las coordinaciones con otros profesionales o recursos); no hay una evaluación de las necesidades del paciente archivada; no hay un plan de cuidados ni sus periódicas revisiones; y no están archivados en la historia los informes de otros profesionales o recursos que hayan intervenido.

Un segundo aspecto en el que la decadencia tras la rutina se hace notar es el trabajo en equipo. Tras varios años de funcionamiento del programa, de reuniones del equipo de seguimiento, de reuniones con el equipo de salud mental, con los equipos de los recursos de rehabilitación, con servicios sociales, con atención primaria, de reuniones bis a bis con cada psiquiatra, puede tenerse la impresión (no explícita) de que se han logrado unos canales de comunicación fluidos no formales que no hacen necesarias las coordinaciones más formales. Este desvanecimiento de las formalidades puede estar en parte justificado cuando realmente existe esa comunicación fluida. Es complejo establecer cuantas reuniones, con quién, su duración, los temas a tratar. El trabajo en equipo, y la formalización de la coordinaciones ha de ser tal que evite algunas de las siguientes consecuencias negativas de la falta de coordinación: los coordinadores de cuidados no conocen, no saben apenas nada, de los pacientes que otro coordinador de cuidados tiene en agenda; los pacientes con necesidades de recursos especializados son derivados a los mismos directamente por el psiquiatra sin pasar por el programa de seguimiento; aparecen algunos pacientes «perdidos», que han dejado de acudir a las citas del psiquiatra o del coordinador de cuidados, o de ambos, sin que uno o ambos lo sepa; un paciente «aparece» de nuevo en el programa tras un ingreso hospitalario del que no se tenía conocimiento hasta el que le dan el alta; a un paciente le dan el alta de un programa de rehabilitación y el programa no se ha coordinado con éste para retomar el papel principal en el seguimiento; un paciente fue derivado a rehabilitación y el coordinador de cuidados «cree» que está acudiendo; un paciente no es derivado formalmente a seguimiento por su psiquiatra pero se le está poniendo medicación mediante inyectable y, cuando termina esta forma de tratamiento, el coordinador de cuidados «no tiene claro» si ha de seguir viendo regularmente al paciente; se identifica la necesidad de que un paciente sea derivado al programa de forma indirecta, no a través del psiquiatra (informes de reiterados ingresos, repercusiones sobre otros miembros de la familia, etc) y no existe un clima que facilite comunicarle a su responsable clínico que se ha identificado esta necesidad; aumenta la tendencia a trabajar cada miembro del equipo en su «parcela»; etc.

Como se ha visto, existe una importante variedad en la implementación de los programas de seguimiento y cuidados entre los cuatro servicios de salud mental incluidos en el estudio IPSE. Como resumen, destacar que los usuarios están en

general satisfechos con la atención prestada y que parece fundamental en esta satisfacción su valoración de la relación personal que tienen con los profesionales que les atienden y su capacidad de escucha. Se han repasado así mismo cuáles son los componentes de los programas evaluados que se considera que contribuyen más positivamente a los resultados y los obstáculos que impiden que se implementen en su totalidad en unos programas u otros.

Como conclusión, recordar que existen diferentes modelos de programas de seguimiento y cuidados en la comunidad. Difieren en la forma de organizar la atención que proponen, en las tareas que consideran que ha de llevar a cabo el coordinador de cuidados y en los valores que orientan su aproximación a los pacientes. Además, la diseminación de los programas ha llevado a que exista una amplia variedad de programa a programa, aún entre programas que se adscriben a un mismo modelo. Esa variabilidad no suele estar justificada en estudios que muestran la mayor eficacia de la opción escogida. Suele depender de muchas variables como las características previas de los servicios en que estos programas se insertan, el presupuesto con el se cuenta, las características de equipo que pone en marcha el programa, etc. A la hora de poner en marcha un nuevo programa, no siempre se puede eludir que esas variables tengan un peso importante. Sin embargo, resulta fundamental no perder de vista qué es lo que dice la investigación acerca de cuál de estos modelos resulta más efectivo y qué característica o componente de cada modelo se relaciona con mejores resultados.

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. President's Commission on Mental Health. *Report to the President*. 1 ed. Washington DC: United States Government Print Office, 1978.
2. Bachrach L. *Deinstitutionalization: An analytical review and sociological perspective*. Rockville: National Institute of Mental Health, 1976.
3. Pepper B, Kirshner M, Ryglewicz H. «The Young Adult Chronic Patients; Overview of a Population». *Hospital and Community Psychiatry* 1981; 32:463-469.
4. Pepper B, Ryglewicz H. *The Young Adult Chronic Patient. New Directions For Mental Health Services* 14. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.
5. Turner J, Ten Hoor W. «NIMH community support program: a pilot approach to a needed social reform». *Schizophrenia Bulletin* 1978; 4:319-348.
6. Test MA. Continuity of care in community treatment. In: Stein LI, editor. *Community support systems on the long-term patients. New Directions for Mental Health Systems* 2. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
7. Stein LI, Test MA. Community treatment of the Young Adult Chronic Patient. In: Pepper B, Ryglewicz H, editors. *The Young Adult Chronic Patient. New Directions for Mental Health Systems* 14. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.



8. Fernandez Liria A, Garcia Rojo MJ. «Los programas de «Case Management». Conceptos basicos y aplicabilidad». *Revista de la AEN* 1990; X(32):65-75.
9. Fernandez Liria A. «Los programas de seguimiento y cuidados de pacientes graves y cronicos: un modelo de case management para la reforma psiquiatrica en Madrid». *La Rehabilitacio Psicossocial Integral a la Comunitat i Amb la Comunitat* 1995; 1(0):32-36.
10. Donas M, Fernandez Liria A. Programas de seguimiento y cuidados para pacientes graves y cronicos; un modelo español de case management. In: Rebolledo Moller S, editor. *Rehabilitacion Psiquiatrica*. Santiago: Universidad de Santiago, 1997.
11. Hernandez Monsalve M. Los programas de seguimiento intensivo en la comunidad: una alternativa a la hospitalizacion y ¿algo mas? En: F.Rivas, editor. *La Psicosis en la Comunidad*. AEN Estudios, 2000.
12. Thornicroft G. «The concept of case management for long-term mental illness». *International Review of Psychiatry* 1991; 3:125-132.
13. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. «Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management». *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24(1):37-74.
14. Pescosolido B, Wright E, Sullivan WP. «Communities of care: a theoretical perspective on case management models in mental health». *Advances in Medical Sociology* 1995; 6:37-79.
15. Burns T, Perkins R. «The future of case management». *International Review of Psychiatry* 2000; 12(3):p212-7p.
16. Lamb H. «Therapist-case managers: more than broker of services». *Hospital and Community Psychiatry* 1980; 31:762-764.
17. Kanter J. «Clinical case management: definition, principles, components». *Hospital and Community Psychiatry* 1989; 40(4):361-368.
18. Stein LI, Test MA. «An alternative to mental health hospital treatment. I: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation». *Archives of General Psychiatry* 1980; 37:392-397.
19. Bond GR, Drake RE, Mueser KT, Latimer E. «Assertive Community Treatment for people with severe mental illness». *European Psychiatry* 2001; 9(3):141-159.
20. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental health disorders. In: C.Adams, C.Anderson & De Jesus Mari, editors. *Schizophrenia Module of the Cochrane Database systematic Reviews*. London: The Cochrane Library. BMJ Publishing Group, 1998.
21. Ziguras SJ, Stuart GW. «A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years». *Psychiatric Services* 2000; 51(11):1410-1421.
22. Rapp C. Theory, principles and methods of the strenghts model of case management. In: Harris M, Bergman H, editors. *Case management for mentally ill patients: theory and practice*. Langhorne, PA: Harwood Academic Publishers, 1993: 143-164.

23. Anthony W, Forbess R, Farkas M, Cohen M. Rehabilitation oriented case management. In: Harris M, Bergman H, editors. *Case management for mentally ill patients: theory and practice*. Langhorne, PA: Harwood Academic Publishers, 1993: 99-118.
24. McGrew JH, Pescosolido B, Wright E. «Case manager»s perspectives on critical ingredients of assertive community treatment and on its implementation». *Psychiatric Services* 2003; 52(6):771-779.
25. Deci PA, Santos AB, Hiott DW, Schoenwald S, Dias JK. «Dissemination of assertive community treatment programs». *Psychiatric Services* 1995; 46(7):676-678.
26. Langer Ellison M, Rogers S, Sciarappa K, Cohen M, Forbess R. «Characteristics of mental health case management: results of a national survey». *The Journal of Mental Health Administration* 1995; 22(2):101-113.
27. Teague GB, Drake RE, Ackerson TH. «Evaluating use of continuous treatment teams for persons with mental illness and substance abuse». *Psychiatric Services* 1995; 46(7):689-695.
28. Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER, Mueser KT, Linkins KW, Rosenheck RA et al. «Moving assertive community treatment into standard practice». *Psychiatric Services* 2001; 52(6):771.
29. Fernandez Liria A, Garcia Rojo MJ. «Los programas de «Case Management». Conceptos basicos y aplicabilidad». *Revista de la AEN* 1990; X(32):65-75.
30. Fernandez Liria A. *El concepto de Paciente Cronico Adulto Joven. Pertinencia y relevancia para la planificacion de servicios de salud mental* (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Autonoma de Madrid, 1991.
31. Fernandez Liria A. Cronicidad en la psiquitría a finales del siglo XX. In: Rebolledo Moller S, editor. *Rehabilitación Psiquiátrica*. Universidade de Santiago de Compostela, 1997: 15-28.
32. Fernandez Liria A. *La historia clínica psiquiátrica en el área de salud*. Madrid: Fundacion para la Promocion de la Salud Mental, 1995.
33. Donas M, Fernandez Liria A. Programas de seguimiento y cuidados para pacientes graves y cronicos; un modelo espanol de case management. In: Rebolledo Moller S, editor. *Rehabilitacion Psiquiatrica*. Santiago: Universidad de Santiago, 1997.
34. Gonzalez Rodriguez A. «Programas de seguimiento o de continuidad de cuidados en la comunidad». *Psiquiatria Publica* 2001; 13(2):4-16.
35. Ximenez P, Fernandez C, Sanchez A. «Un programa de seguimiento y cuidados comunitarios de personas que padecen enfermedad mental crónica». *Trabajo Social Hoy* 2000; 28 bis((monografico 1er semestre 2000)).
36. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. *Plan de Salud Mental 2003-2008*. Madrid.: Consejeria de Sanidad, 2002.
37. Mayoral F. «Programa de tratamiento intensivo en la comunidad de pacientes de alto riesgo». *Revista de la AEN* 1997; 62:237-250.
38. Balsera Gomez J, Rodriguez Medina C, Caba Calvet R, Vega Prada R, Ruiz Ureña H,

- Berrueco Ortiz L et al. «La implantación y evaluación del modelo de gestión de casos (case management) en Cataluña: El programa PSI-TMS». *Actas Españolas de Psiquiatría* 2002; 30(6):350-357.
39. (...). *Plan de servicios individualizado (PSI)*. Quaderns de Salut Mental. Barcelona: CatSalut, 2003.
40. (...). *Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia*. Quaderns de Salut Mental. Barcelona: CatSalut, 2003.
41. (...). *Programa de atención específica a los trastornos mentales severos. Quaderns de salut mental*. Barcelona: CatSalut, 2003.

María Alonso Suárez

Psicóloga. Centro de Rehabilitación Laboral de Retiro (Madrid). Hermanas Hospitalarias de Sagrado Corazón de Jesús. Centro concertado con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

M<sup>a</sup> Fe Bravo Ortiz

Psiquiatra. Jefe de Sección de Salud Mental del Distrito de Fuencarral (Madrid). Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid

Alberto Fernández Liria

Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá

Dirección de contacto:

M<sup>a</sup> Fe Bravo Ortiz

C/. Amado Nervo nº 3, 5º C

28007 Madrid

E-mail: marife.bravo@uam.es

Este trabajo se enmarca dentro de las actividades del Proyecto IPSE, Proyecto de Investigación financiado por el FIS (PI020778) sobre «El Impacto de los Programas de Seguimiento y Cuidados en la atención a las personas con trastornos Esquizofrénicos en la comunidad»



*Oscar Martínez Azumendi*

# ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA SECTORIZADA EN LAS TRES ÚLTIMAS DÉCADAS. EFECTOS SOBRE LOS INGRESOS DEL ÁREA URIBE COSTA EN VIZCAYA.

SECTORISED PSYCHIATRIC SERVICES IN THE LAST THREE DECADES. OBSERVED EFFECTS ON PSYCHIATRIC ADMISSIONS IN URIBE COSTA AREA IN BISCAY

## ■ RESUMEN

Se estudian el número de ingresos psiquiátricos de una determinada área de captación, antes y después de la creación de un servicio comunitario de salud mental, analizándose tasas, tiempos, vías y hospital de ingreso, tiempos de estancia y continuidad de cuidados posthospitalización.

*Palabras clave:* servicios comunitarios de salud mental, ingreso psiquiátrico, tiempo de estancia, continuidad de cuidados.

## ■ SUMMARY

All psychiatric admissions from a given catchment area, before and after the creation of a community mental health centre, are studied. Rates, length of stay, derivation and hospital of admission as well as continuity of care are studied and trends presented.

*Key words:* community psychiatric services, psychiatric admission, length of stay, continuity of care.

## ■ INTRODUCCION

La aparición de las corrientes desinstitucionalizadoras, junto a los nuevos enfoques asistenciales de tipo comunitario y sus adaptaciones subsiguientes (1-7), desplazaron el foco asistencial del hospital hacia los recién creados Centros de Salud Mental (CSM), que en nuestro entorno se fueron abriendo progresivamente, en su mayor parte durante las dos últimas décadas del siglo pasado.

Si bien en nuestro ámbito, los CSM no fueron creados para hacer frente a un proceso planificado de desinstitucionalización más o menos masiva como en otros lugares, en cualquier caso nacieron con un alto nivel de expectativas acerca de sus capacidades para evitar la institucionalización de nuevos pacientes, así como con un papel muy importante en la prevención de cierto número de ingresos psiquiátricos.

De una forma esquemática, resumíamos (8) en función de la revisión de los trabajos publicados hasta entonces que, tras la creación de un CSM y en relación con el ingreso psiquiátrico, podíamos esperar una serie de fenómenos:

- 1) Aumento de la demanda de atención en general y de las hospitalizaciones en particular, en un primer momento.
- 2) Aparición de un fenómeno de «saturación» tras los primeros años.
- 3) Disminución de las largas estancias hospitalarias
- 4) Tendencia a hospitalizaciones más cortas con aparición del fenómeno de «puerta giratoria».
- 5) Posibilidad de aumento en el número de ingresos, incluso favorecidos desde el ámbito ambulatorio, si no se desarrollan a la vez recursos alternativos.

El tiempo ha ido matizando muchos de los primeros objetivos asistenciales, así como nos ha enfrentado con nuevas necesidades clínicas y actitudes de la población que demandan una atención que en los primeros años no era tan evidente. De esta forma, parte del debate asistencial parece haberse desplazado de la preocupación acerca del papel jugado por el ingreso psiquiátrico en el tratamiento de la enfermedad mental severa y posibles respuestas alternativas, a la situación de desbordamiento percibida en los CSM, fundamentalmente a cuenta de los que ha venido a llamarse «patologías menores».

En este contexto, no deja de tener interés que por un momento volvamos nuestra atención a algunos de los interrogantes que nos planteábamos tiempo atrás. Para ello, reduplicaremos estudios anteriores, de los que disponemos datos de las dos décadas pasadas tanto tras la creación de un CSM, como tiempo antes de su aparición. La comparación con los datos actuales no sólo nos permitirá un mejor conocimiento de cómo han evolucionado algunos de nuestros presupuestos primitivos, sino que puede ser la mejor forma de conocer y recapacitar sobre aspectos asistenciales tan importantes como son el ingreso psiquiátrico y la interrelación asistencial y continuidad de cuidados entre CSM y hospital.

## ■ MATERIAL Y METODOS

El estudio se circunscribe a un sector asistencial delimitado, que es atendido por un único CSM en coordinación con Atención Primaria que resulta la vía de derivación y entrada más importante. En caso de necesitarse una hospitalización psiquiátrica, esta se realiza a petición del CSM o a través de las Urgencias médicas generales en una planta específica del hospital psiquiátrico que le corresponde por la sectorización existente.

El CSM, siendo uno de los más antiguos de la Comunidad Autónoma, tiene ya una relativamente dilatada historia asistencial. Creado en 1982, con el apoyo de diversos Ayuntamientos consorciados y la Diputación de Vizcaya, se integró plenamente en Osakidetza en 1990. Históricamente atiende la salud mental ambulatoria de los 9 municipios que conforman Uribe Costa (140.173 hab. en 2001). Asimismo cuenta con servicios adjuntos de Hospital de Día, Toxicomanías y Trastornos de la Alimentación que en este caso atienden al área completa de Uribe (191.578 hab.) resultante de la ampliación posterior de cobertura asistencial a 25 municipios con la adhesión de los Centros de Erandio y Derio.

Interesados en utilizar la riqueza de perspectiva comparativa que nos da la existencia de estudios en años anteriores (9-12), así como evitar en lo posible eventuales diferencias secundarias a la propia práctica asistencial de los diferentes centros, limitamos la población a estudiar a aquellas personas domiciliadas en el área de Uribe Costa y que necesitaron de un ingreso psiquiátrico en el sector público en el año 2002.

La información, clínica y administrativa, fue recogida tanto del Registro de Casos Psiquiátricos de Vizcaya y de su memoria para el año 2002 (13), así como de los archivos documentales e historias clínicas del propio CSM para el grupo de pacientes que hubieran estado en contacto con el Centro.

Como hicimos en años anteriores, consideramos ingreso psiquiátrico toda aquella estancia de más de 24 horas de duración en un servicio hospitalario de psiquiatría no dedicado específicamente a la desintoxicación de drogas ilegales. De esta forma se excluirían aquellos ingresos con entrada y salida el mismo día y que no se sigan de un traslado consecutivo a otro hospital o unidad (2 casos en el Hospital de Zamudio y 1 en «Boxes» del Hospital de Basurto). Asimismo no se consideran 6 casos ingresados en la Unidad de desintoxicación de Galdácano.

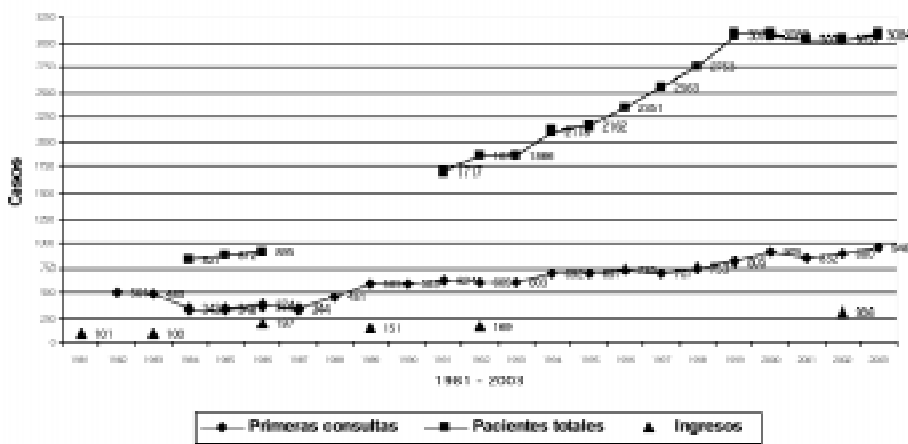
También siguiendo la misma metodología utilizada en años anteriores, consideraremos como un mismo episodio necesitado de ingreso todo el lapso temporal que un paciente permanezca hospitalizado, con independencia de posibles traslados que pueda sufrir entre hospitales o unidades de un mismo hospital. A pesar del posible interés que pueda tener la consideración de los ingresos administrativos totales, no controlar la existencia de este tipo de traslados no hace sino aumentar de forma artificial el número de ingresos, disminuyendo de la misma forma el tiempo medio

de estancia de los pacientes (14). Por este mismo motivo y de igual forma que definimos en ocasiones anteriores como mejor forma de controlar posibles situaciones como ensayos de alta, fines de semana o vuelta de fugas, 7 episodios de ingreso con menos de 72 horas entre el alta y un posterior reingreso han sido igualmente unidos. A la hora de considerar el hospital de ingreso, en los casos en que se han unido alguno de los ingresos entre si, no existe problema alguno cuando son trasladados entre plantas o pabellones de un mismo hospital, mientras que cuando se trata de traslados entre hospitales, se atribuye el ingreso al hospital donde el paciente permanece más tiempo ingresado.

■ RESULTADOS

Tasas de ingreso

Contando con la perspectiva numérica de años anteriores, en el 2002 se observa un importante incremento en el número de ingresos, que llega a triplicar a los observados en 1981 y que, aparte de políticas o prácticas asistenciales concretas, a simple vista parece correlacionar directamente con el espectacular incremento en la carga asistencial ambulatoria observada en el transcurso de estas dos décadas (Figura 1).



Sin unir todavía los diferentes ingresos consecutivos entre si, en 2002 se encuentran un total de 383 ingresos del área a estudio, lo que se corresponden con una tasa anual de 27,34/10.000 habitantes (31,07 observable en el resto de Vizcaya) o de 31,56/10.000 habitantes mayores de 14 años (34,98 en el resto de Vizcaya). Al unir estos ingresos según se ha descrito anteriormente, se convierten en 306 (reducción del 20,1 %), que se corresponde con una tasa anual de 21,85/10.000 habitantes



(tabla I) o de 25,22/10.000 habitantes mayores de 15 años. En este caso no disponemos de tasas comparables en el resto de Vizcaya, al no poder controlar los diferentes traslados. De todas formas, y aún manteniéndose bajo la media observable en el resto de Vizcaya, la tasa de ingreso es más del doble de la observable hace dos décadas. Cabe considerar, además, que el incremento observado en el número de ingresos a partir de 1986, aunque de poca importancia, sería ligeramente superior en caso de mantenerse los ingresos específicos de desintoxicación (6 en 2002), previsiblemente incluidos dentro del resto de ingresos en años anteriores y que a partir de entonces se excluyeron del estudio con la aparición de la Unidad de Desintoxicación de Galdacano.

#### Características sociodemográficas y diagnósticas

El mayor número de ingresos observados este año, no parece justificarse exclusivamente por un incremento en el número de ingresos que realiza una misma persona a lo largo del año (puerta giratoria), encontrando 166 casos con 1 único ingreso, 31 con 2, 16 con 3, 5 con 4 y 2 con 5). A pesar de ser el año estudiado con una mayor tasa de reingresos (en ese mismo año para las altas previas durante el mismo), la totalidad de ingresos registrados son realizados por 220 personas diferentes, lo que supone un importante incremento con respecto a años anteriores (tabla I).

Tabla I

Evolución en el número y tasas de ingreso 1981-2002, en Uribe Costa (con episodios consecutivos unidos entre si) y resto de Vizcaya (sin unir episodios consecutivos).

La ausencia de unión de episodios justifica cierta sobreestimación de la tasa encontrada en el resto de Vizcaya al compararlo con UC, que no invalida la tendencia observable. En el año 2002 se presentan también los ingresos totales (sin unir) como mejor forma de comparación con los datos disponibles para el resto de Vizcaya. Los datos de población son referidos al censo disponible inmediatamente antes del año a estudio.

	1981	1983	1986	1989	1992	2002
Población Uribe Costa	110.819	115.628	120.936	126.321	126.705	140.073
Ingresos del área	101	100	197	151	169	306 (383 sin unir)
Ing./10.000 hab.	9,11	8,65	16,29	11,95	13,34	21,85 (27,34 sin unir)
Personas diferentes	92	84	142	119	138	220
% de reingresos en el mismo año	8,9	16,0	27,9	21,2	18,3	28,1
Pobl. resto Vizcaya	1.078.459	1.089.131	1.056.171	1.056.623	1.028.401	982.564
Ing. resto Vizcaya	1137	1312	1586	1633	2106	3053
Ing./10.000 hab.	10,54	12,05	15,02	15,45	20,48	31,07

Comparando algunas de las principales variables sociodemográficas del grupo de personas que ingresa con la población de origen mediante la prueba del Chi<sup>2</sup>, a diferencia de años anteriores, ni el estado civil, ni municipio de residencia o lugar de nacimiento (dentro o fuera de la provincia), se asocian con diferencias significativas frente al resto de la población. Por el contrario y también de forma diferencial frente a años anteriores, se observa una mayor frecuencia de lo esperable en los ingresos de los varones. En relación con la edad, los grupos de edad de 30 a 39 y 40 a 49 se encuentran sobrerrepresentados, mientras que los grupos de edad mayores de 70 años aparecen en menor proporción de lo esperable. En la Tabla II se compara la proporción de personas necesitadas de ingreso a lo largo de los años, por agrupaciones de edad. Observamos que parecen disminuir proporcionalmente los ingresos para el grupo de edad entre 20-29 años, incrementándose entre 30-39 y 40-49.

Tabla II  
 Evolución temporal en los porcentajes de ingreso por grupo de edad  
 (sobre casos únicos anuales).

	1981	1983	1986	1989	1992	2002
15-19	6,5	0,0	7,8	5,0	2,9	5,0
20-29	30,4	32,5	25,5	41,2	15,2	17,3
30-39	20,7	22,9	22,0	21,8	29,0	28,6
40-49	18,5	12,0	18,4	9,2	20,3	24,1
50-59	15,2	19,3	16,3	12,6	13,8	10,9
60-69	7,6	8,4	5,0	7,6	8,7	8,6
70-79	1,1	3,6	4,3	2,5	6,5	4,1
> 80	0,0	1,2	0,7	0,0	3,6	1,4
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En relación con el diagnóstico, con un 1 % de los casos sin diagnosticar, predominan los trastornos esquizofrénicos u otras psicosis no orgánicas o afectivas (43,1 %). Le siguen aquellos otros con un trastorno afectivo (20,3 %); neurosis (14,7 %); toxicomanía (6,2 %) y alcoholismo (5,9 %). Una mínima parte de los ingresos totales se corresponden a trastornos de personalidad (4,2 %); psicosis orgánicas (2,0 %) y otros (2,6 %).

Agrupando aún más los diagnósticos según la clasificación utilizada tiempo atrás, y sin que esto presuponga implicación o similitud etiológica alguna, en la tabla III se presenta la evolución temporal en las proporciones de los diferentes diagnósticos. Observamos una marcada disminución proporcional de los ingresos por alcoholismo y otros trastornos, a favor de los grupos de las neurosis y trastornos de personalidad y psicosis «funcionales». En el caso de las toxicomanías no alcohólicas, si bien han disminuido en comparación a los primeros años, aumentan al compararlos con años más recientes.

Tabla III  
 Evolución temporal observable en la distribución por diagnósticos  
 de los ingresos totales anuales.

	1981	1983	1986	1989	1992	2002
Psicosis «orgánicas»	1,0	3,0	2,0	3,3	1,8	2,0
Psicosis «funcionales»	41,6	42,0	52,8	60,3	57,4	63,4
Neurosis y Trastornos de Personalidad	9,9	11,0	13,2	10,6	16,6	19,0
Alcoholismo	19,8	15,0	16,2	12,6	14,2	5,9
Toxicomanías	16,8	13,0	2,5	3,3	1,2	6,2
Otros	9,9	15,0	10,7	9,9	8,9	2,6
No consta	1,0	1,0	2,5	0,0	0,0	1,0

#### Vía de ingreso

La mayoría de los ingresos son realizados por personas conocidas previamente por el CSM, contando un 82,7 % de ellos con historia clínica abierta en él con anterioridad al primer ingreso sufrido ese año. Aún así, merece la pena resaltar que aproximadamente uno de cada cinco de los primeros ingresos del año corresponde a una persona desconocida previamente por el CSM. Según el modelo propuesto por Goldberg y Huxley (15), aparentemente entran directamente al 5º nivel del circuito asistencial especializado (ingreso hospitalario) sin pasar previamente por el 4º (atención ambulatoria especializada), al menos en lo que se refiere a los servicios públicos.

Considerando ahora los ingresos totales, podemos observar cómo en la medida que trascurren los años, cada vez es mayor la proporción de ingresos que habían sido atendidos en algún momento previo por el CSM (tabla IV). Llama, sin embargo, la atención la marcada reducción proporcional de los ingresos ingresados directamente desde el propio CSM, siendo el número total de ellos incluso inferior a lo observado hace una década a pesar del importante incremento en el número de ingresos totales. Los ingresos realizados durante el fin de semana (14 %), cuando el CSM permanece cerrado, tampoco pueden justificar el mayor número sin intervención ambulatoria, así como la distribución del día de ingreso en uno y otro grupo a lo largo de la semana es muy similar, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas si retiramos los ingresos realizados en sábado y domingo.

Tabla IV

Casos conocidos por el CSM antes de su ingreso y aquellos iniciados directamente por él. (% de ingr. totales: porcentaje de ingresos remitidos por el CSM sobre los ingresos totales; % de ingr. con H<sup>a</sup> C: porcentajes sobre sólo aquellos ingresos que eran conocidos previamente por el CSM y tenían H<sup>a</sup> Clínica abierta con anterioridad a dicho ingreso).

	1981	1983	1986	1989	1992	2002
Total ingresos	101	100	197	151	169	306
Ingresos con H <sup>a</sup> C.						
previa en el CSM	-	51 (51,0 %)	135 (68,5 %)	111 (73,5 %)	136 (80,5 %)	262 (85,6 %)
Remitidos por CSM	-	21	53	46	64	66
% de ingr. totales	-	21,0	26,9	30,5	37,9	21,6
% de ingr. con H <sup>a</sup> C.	-	41,2	39,3	41,4	47,1	25,3

#### Hospital de ingreso.

Uno de los más importantes logros en la racionalización asistencial conseguida a lo largo de estas dos últimas décadas es la sectorización, no sólo en el ámbito del tratamiento ambulatorio, sino también a la hora de la hospitalización. Mientras que en 1981 el 34,7 % de las personas del área se hospitalizaban fuera de la provincia, hace 10 años esta proporción se redujo al 1,2 %, aunque un 13 % lo seguía haciendo fuera de su hospital de referencia(12). En 2002, sin haber recabado información de algunas clínicas privadas visitadas anteriormente, sólo se encuentra un ingreso del área fuera de la provincia (unidad de psicosis refractarias de Vitoria) dentro de los hospitales públicos o concertados cubiertos por el Registro de Casos, persistiendo un 8,9 % de ingresos agudos tratados y dados de alta fuera del hospital de referencia.

#### Tiempos de hospitalización

Entre los ingresos del año 2002, existen dos cuya estancia se prolonga de forma ininterrumpida durante más de un año, lo que supone menos de un 1 % de los ingresos totales, frente al 2 a 4 % observable a lo largo de las décadas anteriores. Para evitar que estos casos distorsionen las medias de estancia, de igual forma que hicimos en años anteriores, tendremos en cuenta sólo los ingresos menores de 365 días. Entonces y a lo largo del tiempo, se puede observar una disminución progresiva de los tiempos de estancia medios que se sitúa en torno al mes en 2002. Esta disminución parece deberse a varias causas: a) Incremento de estancias menores de 10 días (1/4 de todos los ingresos); b) Disminución de la proporción de estancias superiores a 3 meses, a pesar del aumento en el número de días para este grupo; c) Disminución de la estancia media para el grupo de 10 a 90 días (tabla V). Sin embargo, tal y como se presenta en la misma tabla, la disminución en los tiempos medios

de estancia no lleva aparejada la disminución de las estancias totales generadas por los ingresos menores de un año, acercándose estas al máximo histórico observado hace 16 años.

Tabla V  
 Días medios de ingreso por períodos de estancia y porcentajes sobre el total de ingresos.

	1981		1983		1986		1989		1992		2002	
	Media días	%	Media días	%	Media días	%	Media días	%	Media días	%	Media días	%
Menos de 10 días	5	14,8	3	16,0	5	12,7	4	13,2	5	11,9	5,4	24,8
De 10 a 90 días	39	63,4	37	67,0	36	69,0	33	72,2	35	73,2	27,7	69,0
De 91 a 365 días	139	17,8	141	13,0	143	16,2	150	11,3	139	11,3	168,5	5,6
todos < 365 días	52	96,0	46	96,0	49	98,0	43	96,7	43	96,4	30,0	99,3
Estancias totales generadas por ingresos < 365 días	5044		4416		9457		6278		7009		9132	
nº ingresos > 1 año	4		4		4		5		6		2	

En relación con los ingresos de más larga duración (más de 1 año), en el 2002 disminuyen a 2, la mitad o tercera parte de lo observado en cualquiera de los años anteriores.

Al separar los ingresos según si han sido enviados directamente por el CSM o por otras vías (fundamentalmente urgencias), mientras que en años anteriores se observan estancias mucho más dilatadas para las personas ingresadas a través del CSM, en 2002 el tiempo medio de estancia se ha igualado para ambos grupos (tabla VI).

Tabla VI  
 Días medios de estancia según vía de ingreso y período de estancia.

	1981		1983		1986		1989		1992		2002	
	Otras vías	CSM	Otras vías	CSM	Otras vías	CSM	Otras vías	CSM	Otras vías	CSM	Otras vías	
Menos de 10 días	5	2	3	7	4	7	4	2	5	6,5	5,3	
De 10 a 90 días	39	42	36	41	34	40	31	35	35	29,7	27,1	
De 91 a 365 días	139	191	132	153	137	161	139	146	131	180,5	166,9	
Menos de 365 días	52	63	41	66	44	60	35	52	38	30,8	29,8	

#### Continuidad de cuidados posthospitalización

Algo más de la mitad (59,5 %) de los ingresos del 2002 consultan con el CSM en el mes siguiente a su alta hospitalaria, siendo un 37,6 % los que lo hacen dentro de la semana siguiente. Un 13,4 % lo hace más de 1 mes después del alta, y con un

paciente que aún sigue ingresado en diciembre de 2003, más de una cuarta parte de la totalidad de los ingresos (27,1 %) no contactan con el CSM tras el alta hospitalaria en esa fecha (tabla VII).

Tabla VII

Tiempos de demora entre el alta hospitalaria y el siguiente contacto con el CSM (fin del periodo de recogida de información: diciembre 2003).

Lapso de tiempo	n	%
en menos de 1 semana	115	37,6
entre 1 semana y 1 mes	67	21,9
entre 1 mes y 1 año	41	13,4
no contacta	82	26,8
sigue ingresado	1	0,3
Total	306	100,0

Si nos fijamos en las altas y derivaciones, tal y como son registradas en las salidas hospitalarias, nos encontramos que la gran mayoría son consideradas «altas médicas», presumiblemente con la indicación de tratamiento ambulatorio de seguimiento (tabla VIII). Aún así, hay a 17 altas que se remiten a una estructura intermedia (1 comunidad terapéutica y 16 a Hospital de Día del propio hospital de ingreso) sin contacto con el centro comunitario de referencia durante el periodo de seguimiento.

Tabla VIII

Demora en el contacto con el CSM según tipo de salida hospitalaria

Salidas del hospital	n	Alta médica	Fuga	Hos. de Día (propio hospital)	Comunidad Ter. (tox.)	Servicio sanitario no psiq.	Residencia	Sigue ingresado
Contactan en menos de 1 mes	182 (59.5%)	181 (64.6 %)	-	-	-	1	-	-
Contactan entre 1 mes y 1 año	41 (13.4%)	35 (12.5 %)	-	2	1	2	1	-
No contactan	83 (27.1%)	64 (22.9 %)	1	14	-	1	2	1
Totales	306	280	1	16	1	4	3	1

Más arriba veíamos que 45 (14,4 %) de los ingresos totales no habían contactado previamente con el CSM. Puede resultar de interés conocer si estos son remitidos para su seguimiento ambulatorio tras el alta. Para este cálculo se incluye un caso que fue derivado al servicio de Uribe Infante-Juvenil y otro al Centro de Uribe-Erandio

donde venían siendo atendidos. Encontramos que de los anteriores 20 (45,5 %) siguen sin contactar con el CSM tras el alta hospitalaria (tabla IX). Esos ingresos son realizados por 17 personas diferentes. Dado que en esta ocasión, para el estudio de la continuidad de cuidados, se han incluido también el resto de centros ambulatorios de fuera del área, de igual forma que fueron excluidos los ingresos desde el CSM de pacientes por él atendidos de otras áreas de captación, sabemos que 1 caso fue derivado a una estructura intermedia dependiente de Zamudio y otros 2 casos están en tratamiento en un CSM de fuera del área.

Tabla IX  
 Proporción de pacientes desconocidos antes del ingreso para el CSM  
 y contacto ambulatorio tras el alta hospitalaria.

	1983	1986	1989	1992	2002
Episodios sin Hª en CSM previa al ingreso (y % sobre ingresos totales)	49 (49,0)	62 (31,5)	40 (26,5)	32 (18,9)	44 (14,4)
Episodios sin Hª que contactan con CSM en < 1 mes (y % sobre ingresos sin Hª en CSM)	13 (26,5)	17 (27,4)	14 (35,0)	15 (46,9)	21 (47,7)
Episodios sin Hª y sin contacto posterior (y % sobre ingresos sin Hª en CSM)	26 (53,1)	38 (61,3)	20 (50,0)	17 (53,1)	20 (45,5)

## ■ DISCUSION

La aparición de los CSM se pronosticó iría asociada, con el paso del tiempo, a una disminución en el número de ingresos observables en su área de captación. Si bien esto ha podido ser así en otros lugares, tras más de 20 años de funcionamiento de uno de los primeros CSM creados en nuestro entorno, el fenómeno observado es precisamente el contrario, con un marcado incremento en el número de ingresos contabilizados y, lo que es más significativo, el número de personas diferentes necesitadas de ingreso a lo largo del año. La misma tendencia al alza, en el número total de ingresos, es observable en el resto de la provincia.

Es muy probable que este incremento esté en relación directa con el aparentemente imparable aumento en nuevas consultas y número de pacientes totales atendidos de forma ambulatoria. No han crecido, sin embargo, en igual proporción los recursos asistenciales disponibles, fundamentalmente aquellos de tipo intermedio que ayuden a mantener al paciente en su comunidad de origen y atender al mismo en situaciones de crisis, visitarle en su domicilio o salir al paso de eventuales abandonos del tratamiento. Recursos que son considerados piedra angular de aquellos servicios comunitarios de calidad que pretendan ofrecer una alternativa adecuada a la hospitalización psiquiátrica.

El incremento en el número de personas que ingresan durante el año 2002, se acompaña igualmente de un mayor riesgo de ingreso en ese mismo año tras cierto tiempo de alta hospitalaria. Esta mayor incidencia de reingresos en el año subsiguiente no es explicable por traslados entre diferentes hospitales o servicios, ya que los traslados consecutivos han sido controlados uniéndolos entre sí. Una posible explicación, al menos parcial, pudiera asociarse con la tendencia existente a dar altas tras periodos de estancia más reducidos, lo que parece confirmarse al encontrarse, para los ingresos encadenados de menos de 1 año de duración, tiempos medios de estancia menores (30 días) que en años anteriores.

A pesar de la disminución de los tiempos de estancia, debido al incremento en el número de ingresos realizados, no se consigue reducir el número de estancias totales generadas en el año, que se aproximan al máximo observado en todos los años a estudio, con el consiguiente coste económico asociado.

Al considerar algunas de las características sociodemográficas de las personas necesitadas de ingreso, a diferencia de años anteriores, no encontramos diferencias significativas frente al resto de la población de origen, a excepción de que este año parece ingresar más varones que lo esperable y sobre todo en grupos de edad más avanzada que anteriormente. El incremento en la edad media quizá refleje simplemente el envejecimiento del mismo grupo que inició sus ingresos en edad temprana hace ya tiempo, llevando aparejada otra posible explicación más esperanzadora que sería que en la actualidad los ingresos más tempranos pudieran haber sido evitados o retrasarse, bien por políticas asistenciales más activas o la aparición en este tiempo de nuevos tratamientos más eficaces o mejor tolerados.

Desde el punto de vista diagnóstico, antes de referirnos a los resultados observados, merece la pena destacar algunas limitaciones encontradas en la información disponible, fundamentalmente secundarias a la no codificación de diagnósticos múltiples, lo que impide evaluar con precisión la incidencia, por ejemplo, de los trastornos duales. Además de las explicable inconsistencias entre los diagnósticos realizados en los diferentes centros, se encuentran diferencias en la codificación derivadas de la utilización de clasificaciones diagnósticas no completamente equivalentes entre sí (CIE 9 y CIE 9 CM), con numeraciones, por ejemplo, diametralmente opuestas en el caso de los trastornos afectivos (16). Utilizando agrupaciones diagnósticas amplias, se observa cierta evolución en la proporción de las patologías necesitadas de ingreso, con un progresivo aumento para las psicosis «funcionales», neurosis y trastornos de personalidad, en detrimento del alcoholismo, toxicomanías y diagnósticos residuales. Sin poder precisar el alcance y explicación de esta evolución, e independientemente de que se trate de cambios reales en las pautas de ingreso, también podría reflejar exclusivamente hábitos o modas diagnósticas cambiantes a lo largo de los años, priorizándose un tipo u otro de diagnóstico como principal en caso de existir comorbilidad.



Con el transcurso de los años, cada vez son más las personas que han contactado previamente con el CSM antes de su ingreso. Aún así, incluso tras más de 20 años de existencia de servicios ambulatorios en el área, para una de cada cinco personas ingresadas, ese es el primer contacto con el circuito asistencial especializado en el sector público. Podíamos plantearnos la posibilidad de que alguno de estos ingresos pudiera haber sido evitado en caso de contar con servicios ambulatorios de intervención en crisis, a los que pudieran ser redirigidos desde las urgencias hospitalarias de forma alternativa. Por otra parte, y a pesar de ser cada vez menos los ingresos que no habían contactado nunca con el CSM, no deja de ser sorprendente el creciente número de personas que son hospitalizadas sin la intervención aparente del CSM, sin que esto pueda justificarse por encontrarse el Centro cerrado, por ejemplo durante los fines de semana. Básicamente pueden ser tres las explicaciones a este fenómeno, cada una de ellas en relación principal con uno de los sujetos intervinientes: a) Que con el paso del tiempo, los pacientes o sus familiares «aprenden» a solicitar atención urgente candidata a un ingreso en los servicios hospitalarios por dificultades en la accesibilidad ambulatoria. b) Derivación «informal» desde el CSM a las urgencias hospitalarias ante la imposibilidad de conseguir una cama en el momento de plantearse un ingreso, o como mejor forma de manejar la negativa del paciente al mismo. c) Tendencia, desde las urgencias hospitalarias y de forma independiente de otras variables clínicas o sociodemográficas (17), al ingreso preventivo o por otras presiones asociadas, de pacientes desconocidos para ellas, asociado asimismo al desconocimiento o inexistencia de recursos disponibles en caso de enviarlos a su domicilio en un estado precario. En cualquier caso, son posibilidades que necesitan estudios específicos ulteriores para acercarnos a su respuesta.

A pesar de que un 8,9 % de los ingresos son realizados fuera de su hospital de referencia, es innegable que en estos años la sectorización asistencial ha conseguido también racionalizar en gran medida el ingreso psiquiátrico. Así disminuye de forma muy apreciable la rotación interhospitalaria secundaria al ingreso consecutivo de un mismo paciente en hospitales diferentes, presumiblemente con el consiguiente ahorro económico y disminución asociada de molestias para el paciente y su familia.

Los tiempos de estancia son un tema muy sensible y controvertido por sus connotaciones, no sólo asistenciales y sanitarias, sino económicas y de gestión. Además, la diversidad de modelos a la hora de reflejar el tiempo que un paciente requiere permanecer ingresado, puede ser utilizado de forma interesada y poco iluminadora sobre la realidad asistencial dominante(14). Pensamos que la unión entre sí de episodios originados únicamente por traslados entre hospitales o plantas, no sólo disminuye los episodios de ingreso, sino que permite el conocimiento de un tiempo medio de estancia más realista y cercano a lo vivido por los pacientes. A lo largo de los años estudiados, se observa la disminución progresiva en la estancia media de los ingresos inferiores al año, tanto por el incremento proporcional de las estancias más

cortas, como por la disminución de las más largas. Aún así, esta media se mantiene en torno al mes, tiempo de estancia que se corresponde directamente con el observado en aproximadamente dos terceras partes de los ingresos menores del año. A pesar de la disminución de la estancia media, debido al aumento en el número global de ingresos, no se consiguen disminuir las estancias totales generadas, que alcanzan cotas casi máximas en el último año estudiado. En otras palabras, hace 20 años ingresaban menos casos que, a pesar de permanecer más tiempo, generaban menos estancias, es decir: a igualdad de niveles de ocupación, en estos momentos se necesitarían más camas para cubrir las necesidades del área.

Al considerar la vía de ingreso, en estudios anteriores encontramos diferencias en los tiempos de estancia, generalmente más dilatados para aquellos realizados desde el propio CSM y ante lo que barajamos diversas explicaciones que en esta ocasión no parecen ser necesarias al igualarse casi completamente los tiempos entre los dos grupos.

Globalmente puede ser preocupante comprobar que sólo el 59,5 % de los ingresos contactan con el CSM en el mes posterior a su alta, mientras que poco más de una cuarta parte no llega a contactar en el año subsiguiente. De estos últimos, la mayoría son «altas médicas» de las que se desconoce su derivación o seguimiento, apareciendo un cierto número de casos que se derivan a estructuras intermedias dependientes del propio hospital sin dependencia administrativa ni estratégica de los servicios comunitarios de referencia. Cabe resaltar que son precisamente aquellos pacientes previamente desconocidos por el CSM, los que parecen estar en mayor riesgo de no contactar tampoco tras el alta. Estos pacientes tampoco parecen estar atendidos en otros Centros ya que este año, a diferencia de los anteriores, hemos controlado este extremo, al menos en lo relativo al sector público, no pudiendo descartar que sean atendidos en consultas privadas. En cualquier caso, siendo conocido desde hace muchos años el alto riesgo de discontinuidad de cuidados existente tras el alta hospitalaria (18), parece seguir siendo un dato merecedor de la mayor atención tanto por su incidencia como por las implicaciones que conlleva aparejada dicha interrupción en el seguimiento de los pacientes graves.

#### ■ BIBLIOGRAFIA

1. Goffman E. *Internados*. Ed. Amorrortu, 1972.
2. Caplan G. *Principios de psiquiatría preventiva*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1980.
3. Bellak L. *Handbook of community psychiatry and community mental health*. Grune & Stratton. Nueva York, 1964.
4. Reed J, Lomas G. *Psychiatric services in the community. Developments and innovations*. Croom Health. Londres, 1984.

5. Bachrach LL. «An overview of deinstitutionalization». En Bachrach (ed.): *New directions for mental health services*, nº 17. Jossey-Bass. San Francisco, 1983.
6. Bennett, DH. Freeman, HL. *Community psychiatry. The principles*. Churchill Livingstone. Edinburgh, 1991.
7. Leff J. *Care in the community. Illusion or reality?* John Wiley & Sons, Chichester 1997
8. Martínez Azumendi, O. Tiempos medios de hospitalización psiquiátrica tras la creación de un centro de salud mental. *Psiquis* 1989; X: 30-36.
9. Martínez Azumendi, O. Yllá, L. Centro de salud mental y hospital psiquiátrico (I). Tendencia en las tasas de ingreso. *Anales de psiquiatría* 1990; 6 (9): 384-387.
10. Martínez Azumendi, O. Yllá, L. Ballesteros, J. Continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria. Evaluación de su existencia en un área determinada. *Psicopatología* 1991; 11 (1): 32-35.
11. Martínez Azumendi, O. Beitia, M. Análisis y evolución del ingreso psiquiátrico en el área de Uribe Costa. *Gaceta Médica de Bilbao* 1991; 88: 8-12.
12. Martínez Azumendi, O. Beitia, B. Beitia, M. Doce años de hospitalización psiquiátrica en el área de Uribe Costa. Un estudio de seguimiento. *Gaceta Médica de Bilbao* 1995; 92: 128-130.
13. Asistencia psiquiátrica y salud mental extrahospitalaria de Vizcaya. Memoria 2001-2002 (Edición CD). Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
14. Martínez Azumendi, O. Beitia, B. Beitia, M. Diferencias en los tiempos medios de hospitalización psiquiátrica, según el criterio metodológico utilizado en la recogida de información. *Osasunkaria* 1995; 10: 2-6.
15. Goldberg D, Huxley, P. *Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care*. Tavistock Publications. London, 1980.
16. Eizmendi JR, Martínez Azumendi, O. Cuando codificamos un diagnóstico como 296.2 ¿nos referimos a un episodio depresivo o maníaco? *Norte de salud mental* 2002; 14: 77-78.
17. Viinamaki, H. Tienari, P. Niskanen, M. y cols. Factors predictive of referral to psychiatric hospital among general hospital psychiatric consultations. *Acta Psychiatr. Scand.* 1998; 97: 47-54.
18. Bachrach, LL. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am. J. Psychiatry* 1981; 138: 1449-56.

Oscar Martínez Azumendi  
Psiquiatra  
Centro Salud Mental Uribe Costa, Osakidetza  
Servicio Vasco de Salud.

Correspondencia:

Oscar Martínez Azumendi  
Centro de Salud Mental Uribe Costa  
C/ San Nicolás 2. 48992 Getxo – Vizcaya  
oscarmar@wpanet.org

#### AGRADECIMIENTOS

A Dolores Goiriena, Registro de Casos Psiquiátricos (Osakidetza - Salud mental extrahospitalaria de Bizkaia), por su desinteresada ayuda y disponibilidad.

El trabajo pudo realizarse con una ayuda de la Dirección de Salud Mental Extrahospitalaria de Bizkaia, financiada por la Dirección Territorial de Sanidad dentro de su Contrato Programa.

*Rebeca García Nieto*

# VIRGINIA WOOLF: Caso Clínico

«VIRGINIA WOOLF: CLINICAL CASE»

## ■ RESUMEN

Sabido es que Virginia Woolf es considerada como una de las escritoras más importantes del siglo XX. En este trabajo, se realiza un breve análisis de los aspectos más relevantes de la vida y de la obra literaria de la escritora. Después de unos breves comentarios sobre su biografía, se estudia la relación entre su estilo literario y algunas de sus obras más conocidas con los síntomas de la psicosis maniaco-depresiva que padecía. A lo largo de este trabajo, se hace especial hincapié en la relación de Virginia con el lenguaje: su dependencia de él y la insuficiencia de éste en el último período de su vida. Por último, se hace un rápido repaso de las principales teorías psicológicas de la manía, subrayando especialmente la importancia de la teoría psicoanalítica y las llamadas teorías cognitivo-conductuales de tercera generación, debido a sus estudios sobre la relación entre el lenguaje y las enfermedades mentales.

*Palabras Clave:* Virginia Woolf, lenguaje, maniaco-depresivo, literatura, psicología.

## ■ SUMMARY

It is well-known that Virginia Woolf is considered as being one of the most important writers in the 20<sup>th</sup> century. In this work, some of the most eminent aspects of the writer's life and literary work are analyzed briefly. After some brief comments on her biography, it is studied the relationship between her literary style and some of her well-known works with the symptoms of the manic-depressive psychosis which she suffered from. Throughout this work, her relationship with language is highlighted: her dependance on it and the insufficiency of language in the late period of her life. Finally, a quick revision of the main psychological theories concerning mania is made, especially giving relevance to the psychoanalytic approach and to the so-called «cognitive-behavioural theories of third generation», due to its studies of the relationship between language and mental illnesses.

*Key Words:* Virginia Woolf, language, manic-depressive, literature, psychology.

## ■ JUSTIFICACIÓN

Virginia Woolf, una de las escritoras más importantes del siglo XX, ha sido objeto de múltiples tesis doctorales debido a su capacidad de introspección y su habilidad para escrutar minuciosamente sus pensamientos. Además su estado mental está ampliamente documentado a través de sus diarios y obras de ficción, lo que la hace atractiva a los ojos de psicólogos y psiquiatras interesados en conocer cómo se vive «desde dentro» la psicosis maníaco-depresiva que padeció durante prácticamente toda su vida y la llevó al suicidio el 28 de Marzo de 1941 tras arrojarle al río Ouse con los bolsillos llenos de piedras.

Por otra parte, puesto que en su época no había disponible ningún tratamiento específico para la psicosis maníaco-depresiva, la enfermedad puede ser observada siguiendo su curso natural. Hoy en día, episodios tan severos y duraderos serían difíciles de encontrar. En 1949, sólo 8 años después de su muerte, se descubrió que el litio podría ser útil para tratar el trastorno bipolar.

## ■ PSICOBIOGRAFÍA

Sin duda, la más complicada de sus novelas fue su «novela familiar». Algunos autores afirman que antes de que un niño nazca, el niño «existe» ya en la imaginación de sus padres. El lugar que un niño ocupa en la familia proviene de esa imaginación parental y de la forma en que el niño real se adapta a esa imagen que sus padres tienen de él. En el caso de Virginia, se puede decir que antes de nacer no existió en la imaginación de sus padres, ya que no era una hija esperada.

Muchos de sus biógrafos (1) coinciden en afirmar que no debería haber nacido y con esta afirmación no hacen referencia únicamente a los deficitarios métodos anticonceptivos de la época, sino que para sus padres la vida había dejado de tener sentido hacía bastante tiempo. La muerte estuvo siempre omnipresente en casa de Virginia incluso antes de que ella naciera, ya que ambos padres habían enviudado de sus respectivos cónyuges antes de tomar la decisión de casarse.

Ambos padres aportaron hijos de su anterior matrimonio, por lo que la casa de Virginia estaba siempre abarrotada. Su padre tuvo una hija que era deficiente. Su madre tuvo 3 hijos: Gerald, Stella y George (su preferido). En sus diarios Virginia dijo que no tenía ni un solo recuerdo de haber estado a solas con su madre.

La relación con su padre fue siempre ambivalente, sobre todo después de la muerte de Julia. Él era el punto de referencia de Virginia en lo que a literatura se refiere (su padre publicó varios libros). Malcolm Ingram (2) un psiquiatra norteamericano, va más allá y afirma que ambos eran extraordinariamente parecidos, ya que los dos dependían constantemente del apoyo de figuras femeninas.

La hermana mayor de Virginia (Vanessa) nació en 1879, y un año después (1880) nació Thoby. Cuando Virginia nació (1882), estos dos hermanos estaban muy unidos.

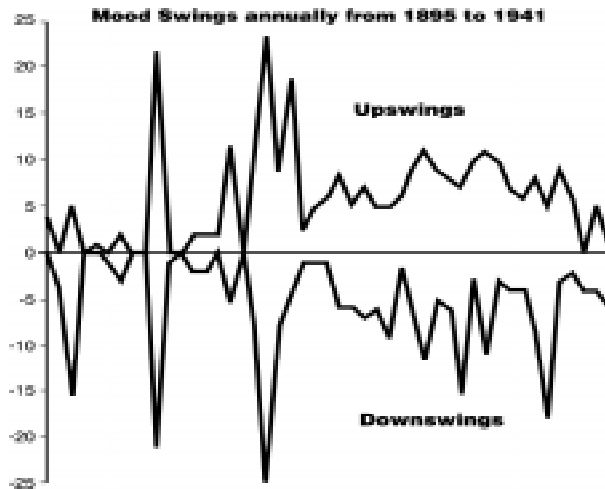
A medida que los tres hermanos fueron creciendo, empezaron los celos y la rivalidad entre las hermanas por la atención de Thoby. La relación de rivalidad, celos y dependencia entre las dos hermanas, en la que más tarde nos detendremos, continuaría durante el resto de su vida. Adrian, el hermano menor, nació en 1883.

Virginia fue una niña que comenzó a hablar más tarde que sus hermanos y desde pequeña se mostró hábil e ingeniosa en el uso de las palabras. Sus conocidos decían que unas veces era tímida y otras destacaba por su forma de ser extrovertida. A lo largo de su vida tuvo una gran vida social, salvo cuando se veía obligada al aislamiento social por prescripción médica.

Comenzó a escribir su primera obra de ficción a la edad de 8 o 9 años un periódico semanal («Hyde Park Gate News») que hablaba de las vivencias de su familia. Freud fue uno de los primeros en darse cuenta de la necesidad de algunos niños de modificar con la imaginación sus relaciones con los padres y hermanos. La creación de este periódico se inició como un juego entre las dos hermanas, y respondía a esa necesidad que muchos niños tienen.

Winnicott (3) habla de un área intermedia que no pertenece a la realidad psíquica interna ni tampoco al mundo exterior. Es el área de la ilusión, el lugar de la vida imaginativa del niño, intermediario entre lo interno y lo externo. En esta zona privilegiada para el desarrollo de la creatividad Virginia hallaría refugio en esta primera etapa de su vida.

El recurrir a la fantasía sería algo que siguió haciendo hasta el final de sus días. Según Melanie Klein (4) todos los individuos interpretamos la realidad ambiental en función de nuestras fantasías sin que este hecho sea considerado sinónimo de falta de sentido de realidad o indicio de enfermedad mental. Aunque para esta autora la principal función de la fantasía es satisfacer los impulsos instintivos prescindiendo de la realidad externa, la fantasía tiene un aspecto defensivo que no se puede obviar: la fantasía es una defensa contra la realidad externa, interna o contra otras fantasías (por ejemplo, las fantasías maníacas serían un buen ejemplo de este aspecto, ya que éstas impiden la aparición de las fantasías depresivas subyacentes).



Como puede observarse, el gráfico elaborado por el psicólogo clínico Thomas Caramagno (5) recoge los cambios de estado de ánimo sufridos por Virginia Woolf desde 1895 (fecha en que sufrió su primer episodio) hasta 1941 (año en que murió).

La parte superior del gráfico refleja los períodos maníacos e hipomaníacos de Virginia. La parte inferior refleja las fases depresivas de su enfermedad. Como puede observarse no hay período maníaco sin su contrapartida depresiva y viceversa. También puede apreciarse que los brotes de mayor intensidad están recogidos en la parte izquierda del gráfico, tuvieron lugar en la adolescencia y en la juventud de Virginia. Sin embargo, en los últimos 20-25 años (recogidos a la derecha del gráfico) los períodos de enfermedad son menos intensos.

En la parte izquierda se observan los 3 grandes brotes sufridos por ella (verano de 1895, mayo 1904 y julio 1913).

En 1895, a la edad de 13 años, tuvo su primer episodio poco después de la muerte de su madre. Virginia tuvo en primer lugar un episodio depresivo que duró aproximadamente 6 meses. Se culpaba a sí misma por la muerte de su madre, tendía a menospreciarse sobre todo al compararse con su hermana Vanessa y los desconocidos la aterrorizaban. Después, comenzó a estar irritable e inquieta.

En 1897, su hermanastra Stella, que hasta entonces había hecho las veces de madre, murió de peritonitis cuando estaba embarazada. Su padre no permitió a sus hijos volver a pronunciar el nombre de Stella y, de algún modo, aquella casa quedó sumida en un absoluto silencio.

El concepto de muerte es uno de los más difíciles de asimilar para todo ser humano. Supone representar algo que es imperceptible, en el límite de lo impensable, algo a lo que no se puede poner palabras: el no-ser. En su caso, debió ser si cabe



más difícil puesto que la muerte era algo de lo que nunca se hablaba en casa, su padre no les permitía expresar sus emociones. El único que tenía «autoridad» suficiente para gritar y expresar su dolor era precisamente él. Éste fue el origen de las malas relaciones de Sir Leslie y sus hijos.

En 1904 muere su padre. Un mes más tarde de la muerte de su padre volvió a sentirse triste y culpable. Comenzó a oír voces que la incitaban a hacer disparates y finalmente, se tiró por la ventana de su casa sin graves consecuencias para ella.

El tercer episodio de la enfermedad de Virginia tuvo lugar en 1913. Poco antes de este brote, Virginia se había casado con Leonard Woolf. Este período de la enfermedad de Virginia está muy bien documentado porque Leonard llevaba un minucioso diario de la enfermedad de su esposa.

En los períodos de manía, su marido describe su incesante hablar: «hablaba casi sin parar durante 2 o 3 días», se hacía preguntas y se contestaba a sí misma. Incluso, una mañana, Leonard la descubrió hablando con su madre. Su lenguaje se volvía incoherente, decía que era una «mezcla de palabras disociadas». Estaba irritable, la emprendía contra él y, por regla general, contra todos los hombres. Además, padeció de varios episodios de estupor maniaco e insomnio.

En los períodos depresivos creía que ella tenía la culpa de su estado y que su situación era un castigo merecido. No podía concentrarse ni escribir y se negaba a comer porque la daban asco las partes de su cuerpo relacionadas con la comida (boca, tripa...). Tendía a menospreciarse, sobre todo cuando se comparaba con su hermana Vanessa.

La propia Virginia relacionaba su temor a las relaciones sexuales y la repulsión que su cuerpo la producía con los abusos sexuales que sufrieron (ella y su hermana) por parte de sus hermanastros: Gerald y George. Su cuerpo le producía tanta vergüenza que no podía soportar el verse contemplada en un espejo. Al parecer, sus primeras relaciones sexuales con Leonard reactivaron recuerdos de su pasado particularmente dolorosos para ella.

Es difícil saber hasta qué punto llegó el contacto físico de Virginia con sus hermanastros. También es difícil precisar durante cuánto tiempo tuvieron lugar los abusos; muchos críticos afirman que desde que murió su madre hasta que se casó con Leonard (precisamente el período de la vida de Virginia en que los episodios de enfermedad fueron más intensos).

Aunque desde un punto de vista estructural no puede describirse una organización psicopatológica determinada en las personas que han padecido abusos sexuales en la infancia, son frecuentes los rasgos depresivos en los que predomina el sentimiento de culpa, la vergüenza y la baja autoestima.

Malcolm Ingram (2) afirma que es improbable que el abuso sexual fuese la causa de la aparición de la enfermedad bipolar en Virginia, pero también afirma que podría haber tenido una relación directa con las dificultades que tuvo para mantener rela-

ciones sexuales en la vida adulta y con su dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura e intimidad.

Por otra parte, otros autores (Bowlby, Jacobson, Furman,...) relacionan también la pérdida de figuras importantes en períodos tempranos de la vida con episodios depresivos en la vida adulta.

Sin embargo, en relación a la enfermedad bipolar, la mayor parte de autores resaltan la importancia del factor hereditario en su causalidad. En el caso de Virginia, se puede afirmar que existe una historia de trastornos afectivos (enfermedad depresiva y maníaco-depresiva) en su familia paterna: Su abuelo tuvo al menos 3 episodios depresivos. Su primo-JK Stephen- fue un prometedor escritor que desarrolló un trastorno maníaco y tuvo que ser confinado debido a su agresividad. El padre de Virginia padeció también episodios depresivos y su madre Julia, tuvo un duelo patológico tras la muerte de su primer marido, momento a partir del cual se sintió muerta.

Su hermana también tuvo un episodio depresivo tras perder el hijo que esperaba. Los síntomas que presentó eran similares –según los familiares- a los que solía presentar Virginia.

#### ■ ANÁLISIS DE SU OBRA

Después de haber hecho un rápido recorrido por los acontecimientos más señalados de la psicobiografía de Virginia, me voy a detener en algunos aspectos de su obra de ficción y sus diarios, ya que podría decirse que la relación entre la enfermedad de Virginia y su obra literaria es bidireccional.

#### ENFERMEDAD →→→ LITERATURA

Probablemente, sería ir demasiado lejos preguntarse si Virginia Woolf habría sido capaz de crear la obra que la ha hecho famosa si su existencia hubiera estado constreñida por la camisa de fuerza de la cordura. Lo que si podemos afirmar es que ella misma aseguraba que entresacaba el material para su obra de ficción de las experiencias vividas por ella en sus frecuentes períodos de enfermedad, especialmente en los fases maníacas, en los que «las ideas manaban como un volcán». Un ejemplo de esto aparece en la siguiente cita: «Después de estar enferma y sufrir todo tipo y variedad de pesadillas y una percepción de intensidad exagerada – mientras estaba en la cama solía inventar frases durante todo el día- y de esta manera esbozaba todo lo que creo que ahora, a la luz de la razón, intento poner en prosa».

Parece ser que algunos de los síntomas propios de la enfermedad, especialmente el pensamiento ideofugal (fuga de ideas) facilitaban la creatividad de Virginia. En la fuga de ideas nos encontramos con un estado de hiperconciencia muy intenso facili-

tado por una relajación de los mecanismos inhibitorios psíquicos y por un descenso en el umbral sensorio-perceptivo normal. Esto se traduce en la aparición en el campo de la conciencia de un excesivo número de ideas asociadas por medio de diferentes métodos de asociación: asociación fonética, contigüidad temporo-espacial, semejanza externa... El bajo umbral sensorial favorece que diferentes estímulos externos, corporales y psíquicos, movilicen nuevas ideas (6).

Un curioso ejemplo de asociación puede encontrarse en el siguiente párrafo: «Durante la guerra, las olas montan unas sobre otras y arremete con sus juegos idiotas hasta que parece que el mundo entero se desmorona en lujuria desatada» (7). En esta frase, puede apreciarse cómo asocia la anarquía de la naturaleza con la brutalidad de la guerra y con el sexo. La mayor parte de imágenes utilizadas por Virginia están relacionadas con el agua. Virginia relaciona el agua con la impasibilidad de la naturaleza ante el destino humano y, sobre todo, con la tranquilidad de la muerte.

Jane Dunn (8) afirma que Virginia asociaba deseo sexual y muerte como consecuencia de algunos acontecimientos de su vida: su hermanastra Stella murió poco después de quedarse embarazada y «perdió» a su hermana Vanesa cuando ésta aceptó la proposición de matrimonio de Clive Bell sólo dos días después de la muerte de su hermano Thoby.

Otros síntomas propios de la manía pueblan sus novelas y diarios. Por ejemplo el fenómeno denominado «fuga de pensamiento». Según Cabaleiro Goas, en algunos pacientes maniacos, pese al estado de verborrea que presentan, sus ideas o pensamientos son mucho más rápidos que sus palabras. Entonces los pacientes se muestran autistas y perplejos (fuga de pensamiento).

Otras anotaciones se refieren a la velocidad de los pensamientos (fenómeno conocido como taquipsiquia). Por ejemplo, cuando dice que «los pensamientos volaban por delante y la razón iba a la zaga».

A veces, los pensamientos se la presentaban en forma de voces. Dice: «Seguir mis pensamientos era como seguir una voz que habla demasiado deprisa para que la anote un lápiz; y la voz era la mía propia diciendo cosas innegables, impercederas, contradictorias» (9)

Virginia utilizó algunas experiencias autobiográficas en sus obras de ficción. Así, en «Mrs. Dalloway» (10) incluye experiencias reales para ilustrar la locura de su protagonista: Septimus. En su primer brote, Virginia escuchaba cantar a los pájaros en griego y veía al rey Eduardo VII oculto detrás de unos arbustos gritando obscenidades. Mucho se ha especulado sobre estas experiencias.

La imagen de los pájaros cantando en griego «que no existe el crimen, que no hay muerte» aparece en Mrs. Dalloway. También en la novela «Los años» (11) utiliza una figura similar: Philomela, violada por Teseo es convertida en ruiseñor y condena-

da a cantar su dolor sin que nadie la entienda. El fenomenólogo Roger Poole (12) lo relaciona con los abusos sexuales sufridos a manos de sus hermanos, incomunicables socialmente.

Respecto a escuchar a Eduardo VII gritando obscenidades, guarda relación con un hecho que la ocurrió a Virginia siendo niña. Una noche, Virginia escuchó y vio a un hombre borracho gritando obscenidades bajo su ventana. Al día siguiente, preguntó a sus padres y éstos la dijeron que no había sido verdad, que había sido la pelea entre dos gatos. En este ejemplo la realidad era distorsionada por sus padres a causa de los tabúes de la sociedad victoriana.

#### LITERATURA →→→ ENFERMEDAD

El último gran brote de Virginia tiene lugar en 1915. No parece casual que fuese precisamente por aquella época cuando se publicó su primer libro «Fin de Viaje» (13). Al parecer, lo que más estabilizó a Virginia no fue el hecho de escribirlo, sino la buena acogida de dicha novela. Siempre tuvo miedo de que su escritura no fuese más que una colección de frases sin sentido, una prueba de su locura, por tanto las buenas críticas recibidas fueron para ella una especie de certificado de cordura.

El hecho de que Virginia escribiera acerca de sus experiencias más íntimas influyó en la evolución de la psicosis maniaco-depresiva que padecía. Así, y por citar solo algunos ejemplos, escribir «Noche y Día» (14) «apaciguó su mente»; sin embargo, al escribir obras más realistas como «Los años» o la biografía de su amigo Roger Fry se produjo un empeoramiento de su enfermedad: estas obras parecían exigir una fidelidad a los hechos que acrecentaba la ansiedad de la escritora.

#### ■ LA NECESIDAD DEL LENGUAJE

Me voy a extender más en este apartado dedicado al lenguaje porque para nosotros –psicólogos y psiquiatras- es la principal vía de acceso al interior del paciente. Además, las palabras son una de nuestras principales herramientas de trabajo.

En primer lugar, es necesario subrayar la «dependencia» del lenguaje de Virginia Woolf. En su diario, hace referencia a su necesidad de «hacer más y más frases, y así interponer algo duro entre ella y la mirada fija de las doncellas, la mirada de los relojes, las caras que se quedan mirando indiferentes...». Virginia deja entrever que escribir era para ella la pantalla que oponía ante todo lo que temía: la conciencia del transcurso del tiempo, las miradas de la gente... Como más adelante se comentará, hacia el final de su vida, este sistema de protección se vino abajo dejándola indefensa.

La técnica empleada por Woolf es una variante de la «corriente de conciencia» popularizada por James Joyce o William Faulkner (en «El ruido y la furia»). En el ámbito de la psicología el término fue introducido por William James.

La variante utilizada por Virginia es conocida como «monólogo interior». Esta técnica ha sido definida como «la conversación del yo con el otro yo que soy yo mismo». En esta técnica la autora se experimenta a sí misma como un objeto de su experiencia. Durante toda su carrera quiso narrar lo que experimentaba en el umbral de la conciencia, en el preciso momento en que estaba siendo testigo del monólogo en soledad de la mente, en ese verse viendo.

A veces, resulta difícil saber con seguridad quién nos habla en las novelas de Woolf debido al uso del estilo indirecto libre (esta técnica consiste en el uso de la tercera persona en lugar de la primera). Utiliza esa técnica para evitar utilizar el pronombre «yo». Para ella, la palabra «yo» es sólo «un símbolo cómodo para alguien que no existe realmente».

La técnica de Virginia permite un acceso directo al interior de los personajes, y nos proporciona una especie de ventana a los misteriosos espacios interiores de la autora. A través de su obra de ficción Virginia logró exorcizar partes de sí misma y de su pasado que no podía apartar de su cabeza:

### *1. Sus padres*

Al escribir «Al faro» (15) cambió su relación con sus padres muertos décadas antes. Virginia dice que hizo consigo misma lo que los psicoanalistas hacen con sus pacientes. Expresó algo largo tiempo sentido y lo dejó descansar. Se refiere a la omnipresencia de su madre, casi más real que cuando estaba viva. Ella oía su voz y su risa hasta que tuvo 44 años. Con su madre, Virginia se condenó al silencio. Ella podía escucharla, pero era sólo su madre quien hablaba. Ella guardaba silencio, la muerte de su madre la hizo «buscar entre palabras que no sabía».

La relación con su padre muerto dos décadas antes era muy distinta. Había cosas que hubiera sido imposible decirle en voz alta pero fue capaz de decírselas en el contexto de su enfermedad: Dice que hasta que escribió «Al faro» solía encontrar sus labios moviéndose, solía reñir con él, diciéndose a sí misma todo lo que nunca le dijo... cosas que era imposible decir en voz alta. Escribir «Al faro», le proporcionó una oportunidad para decirles cosas que antes no les había dicho. Lo que Virginia no podía verbalizar lo ponía en boca de sus personajes que actuaban así como una especie de intermediarios entre ella y sus personas significativas: tanto vivas como muertas.

La psicóloga clínica Katherine Dalsimer (16) señala que tal vez la experiencia de las pérdidas tempranas convirtió a la memoria en un asunto de especial importancia para Virginia. Fue la memoria la que la mantuvo en conexión con los muertos, ya que los recuerdos son la única forma que tenemos de conservar lo que, de lo contrario, estaría irrevocablemente perdido.

Virginia solía preguntarse por qué algunos momentos en apariencia insignificantes permanecían nítidos en su cabeza y sin embargo, era capaz de ignorar años enteros. A los primeros, los llamaba «momentos de existencia». Esos momentos de

exaltación sensorial recuerdan la noción de epifanía de James Joyce. Estos momentos pueden estar relacionados con un síntoma frecuente en los episodios maníacos: la hiperestesia o el aumento de intensidad y viveza de las percepciones. Estas experiencias de Virginia hicieron que en muchos de sus relatos se privilegie el código visual. La mayor parte de sus novelas pueden describirse más fácilmente mediante imágenes visuales que mediante palabras. Al igual que Wittgenstein, Virginia es también partidaria de redimir las carencias del lenguaje mostrando las cosas en lugar de tratar de explicarlas (17)

Además, la percepción del tiempo está ligada con esos momentos en que, por alguna razón, la belleza del mundo es revelada y, sin embargo, está a punto de perecer. En estos momentos, el tiempo se congela y se convierte en tiempo puro. Las imágenes de estos momentos de eternidad fugaz pueblan sus obras. Bergson plantea también esta dualidad del tiempo: el tiempo cronológico y el tiempo interior. El tiempo cronológico es inexorable, el interior está lleno de momentos que crean la ilusión de lo duradero. Gracias al desacuerdo entre ambas modalidades de tiempo la vida es infinita y, sin embargo, pasa como un rayo (18)

En los depresivos, la percepción del tiempo se lentifica; en los períodos de manía, se acelera. Estas experiencias están ampliamente desarrolladas en el libro «El tiempo vivido» de Minkowski (19)

## 2. *La locura*

En «Mrs. Dalloway», a través de su personaje Septimus Smith bucea en las experiencias de su enfermedad. Este personaje es tachado de loco por los psiquiatras guardianes de la normalidad en la época victoriana porque rechazó las normas y las ilusiones que consolaban a los ciudadanos de la sociedad en que vivía.

Septimus es enviado a la guerra (1ª Guerra Mundial.) y allí se le enseña a no sentir. Al volver a casa, los estratos dominantes de la sociedad –sirviéndose del discurso dominante, en este caso científico- tratan de segregarlo y silenciarlo para mantener la normalidad por la que luchó. Según Foucault (20), existe un conflicto de poder entre locura y razón. La razón sería el discurso dominante, el discurso utilizado por la sociedad para mantener el status quo y la locura sería un intento de trasgresión de este discurso, una especie de rebelión contra el orden dominante.

Septimus Smith tenía alucinaciones visuales en las que todo lo que había visto en el frente volvía a agredir su vista, asociaba toda experiencia con lo vivido en la guerra (por ejemplo, el sonido de las campanas llegaba a sus oídos como un cañonazo). Septimus también tenía delirios megalomaniacos: únicamente él conocía el significado y el destino del mundo. El delirio de grandeza es un ejemplo de delirio congruente con el estado de ánimo. Además, los mensajes que Septimus tenía que comunicar al mundo («No existe la muerte», «No existe el mal») son ejemplos del principal mecanismo de defensa utilizado por el paciente maníaco: la negación (di-

rectamente implicado en la poca conciencia de enfermedad de estos pacientes).

Algunos autores como Minow-Pinkey (21) dicen que la locura de Septimus es una «locura verbal». Este psiquiatra dice que Septimus había perdido la capacidad de distinguir entre significativo y significado. Septimus confunde los objetos reales y las palabras. Para él, las palabras no se refieren a ningún aspecto de la realidad, sino que son señales que se refieren a él pero no reconoce como propias.

En «Mrs. Dalloway» Virginia deja entrever su creencia sobre la causa de su enfermedad. Para ella, era el no sentir nada ante la muerte de un ser querido lo que desencadenaba la enfermedad. Por eso, Septimus se psicotiza cuando es incapaz de sentir nada ante la muerte de su mejor amigo en el frente.

### 3. *Virginia y el sexo*

Se ha hablado mucho acerca de su orientación sexual, aunque este aspecto no resulta nada claro. Virginia se casó con Leonard en 1912, pero durante toda su vida tuvo relaciones sentimentales de algún tipo con mujeres. El aspecto sexual de estas relaciones es incierto, los críticos coinciden en afirmar que nunca fueron más allá de unas caricias. Hay personas que afirman que hay que ver estas relaciones en el contexto de la búsqueda de una figura materna que acompañó a Virginia desde que perdió a su madre y luego a su hermanastra Stella. Según ella, el hecho de que la mayor parte de esas mujeres fuesen muchos años más mayores que ella apoyaría esta idea.

Hay que destacar la relación de Virginia con su hermana, parecida peligrosamente a una relación sentimental. La relación triangular de Virginia y sus dos hermanos, se repitió en su vida adulta. Ahora el triángulo lo formaban: Virginia, Vanesa y el marido de ésta, Clive Bell. Virginia se interpuso entre Vanesa y Clive al igual que lo hizo con Vanesa y Thoby. De algún modo, Virginia utilizaba a Clive para acercarse a Vanesa. En una carta de Virginia a Clive dice «Bésala todo lo que puedas en aquellos lugares que me pertenecen particularmente... el cuello... y el brazo». En una carta de Vanesa a Virginia escribe: «Estoy profunda y apasionadamente enamorada de ti sin ser correspondida»; y Virginia a Vanesa: «Gracias a Dios que tu belleza está arruinada, porque así puede enfriarse mi amor incestuoso».

La ambigüedad sexual de Virginia se pone de manifiesto en alguno de sus personajes femeninos. Así Clarissa Dalloway casada con Richard Dalloway, afirma que el momento más feliz de su vida se produjo cuando su amiga Sally Seton (en la vida real su amiga Madge Vaughn) la besó. Foucault dijo que la homosexualidad era una trasgresión, un intento de cambio de las normas establecidas (entre las cuales se incluye la heterosexualidad) (20). Así, Clarissa renuncia a sí misma para cumplir con las normas establecidas por los estratos dominantes. Olvida su feliz pasado con Sally (ya que para ella el precio de la cordura era el olvido) y a cambio decide vivir en una «cama estrecha» en un «cuarto de calidad conventual».

A través del personaje Clarissa Dalloway, Virginia describe su vida sexual como el voluntario retiro de una monja de clausura. La biógrafa Jane Dunn afirmó que su desinterés sexual podía ser una estrategia de supervivencia, ya que el sexo era para ella una intrusión básica en su identidad.

Sus dificultades a la hora de mantener relaciones sexuales son también descritas en su primera obra («Fin de viaje») (13). La protagonista Rachel Vinrace guarda importantes paralelismos con la escritora: su locura, su suicidio y su frialdad sexual. De hecho se sirvió de sus primeras experiencias sexuales para dotar de contenido a esta obra: Cuando el protagonista masculino la tocaba, su cabeza se esforzaba para no estar allí. Rachel sentía su cabeza, separada del resto del cuerpo, yaciendo en el fondo del mar. Aprendió a embotar sus emociones y apagar las reacciones de su cuerpo ante el deseo de un hombre, se quedaba tumbada, fría y quieta como una muerta. La protagonista de la historia muere antes de consumir las relaciones sexuales en su luna de miel.

Antes mencioné la vergüenza y el rechazo que Virginia sentía hacia su cuerpo. La relación de Virginia con su cuerpo es explorada a través del personaje Rhoda de «Las Olas» (7).

Virginia solía tener frecuentes experiencias de despersonalización. Antes de su primer brote, Virginia tuvo una vivencia de este tipo: un día cuando iba a cruzar un charco sintió que no podía cruzar porque «su identidad no estaba». Dice: «Fui arrasada por el aire, como una pluma y luego cuando volví, fui obligando al pie a cruzar. Regresé con dolor, reintegrándome a mi cuerpo...». Virginia tenía frecuentemente experiencias en que se sentía alejada de su cuerpo y tenía que golpear los nudillos contra algo duro para volver. Ella describe esta experiencia diciendo que su cuerpo estaba como guardado en una milagrosa vitrina impenetrable a cualquier sonido, y la mente, libre de todo contacto con los hechos (22).

Las experiencias de despersonalización se asocian a menudo a un sentimiento de irrealidad (lo que se conoce como desrealización). Conviene recordar que estas vivencias de extrañamiento son nosológicamente inespecíficas, no son patognomónicas de ninguna enfermedad concreta.

Muchos de los rasgos que presenta Rhoda eran agrupados por Ronald Laing en su concepto de «inseguridad ontológica», detallado en su libro «El yo dividido» (23). Según este autor, la persona que se siente «ontológicamente segura» se siente real y viva, tiene una continuidad en el tiempo y en el espacio, se experimenta como una persona entera diferenciada del resto del mundo, y vive segura dentro de su cuerpo.

Sin embargo, Rhoda carece de prácticamente todas estas características. Carece de continuidad temporal, dice: «no logro que un momento se funda con el siguiente. Para mí son violentos todos, están separados todos. No sé cómo emparejar minuto con minuto hasta que constituyan el todo entero e indivisible al que llamáis vida». No se concibe a sí misma como una entidad separada de otras personas. Rhoda



exclama que no es solo una persona. Dice: «Soy muchas personas, no sé quien soy o cómo distinguir mi vida de las tuyas». «No hay división entre ellos y yo». La propia Virginia en su diario dice: «Somos fragmentos y mosaicos, no entidades puras, monolíticas y consistentes».

Los problemas de identidad de Rhoda van más allá: ella no se siente real. Cuando se mira al espejo dice: «No tengo cara», «No soy nadie», «no estoy aquí». «Otras personas tienen cara. Están aquí. Su mundo es el mundo real». Por eso, Rhoda imita a los demás buscando una cara, se atrinchera detrás de las acciones y palabras de otros, pero para el lector es imposible concebir a Rhoda como un personaje distinto de los otros.

Al igual que a Rhoda, a Virginia le acompañó un sentimiento perpetuo de extrañeza respecto a su cuerpo. Le resultaba difícil experimentarse a sí misma como alguien real y completa, coextensa con su cuerpo y diferenciada del resto del mundo. Todas experiencias se agrupan en las alteraciones de la conciencia del Yo.

Mención especial requieren los suicidios de los dos protagonistas de «Las olas»: Rhoda y Bernard. Es imposible leer el libro y no recordar el suicidio de la propia Virginia. Ninguno de los dos suicidios se plantea como algo trágico: Rhoda camina tranquilamente hacia el mar mientras se acerca a la marea baja de su vida. Según ella, su muerte es «un retorno natural al mar inmortal del que nunca, en los ritmos de su imaginación, se ha distanciado». En cuanto a Bernard, antes de ir hacia el encuentro de las olas, tiene una fantasía en la que se ve a sí mismo arrastrado por las aguas río abajo. Hay que señalar que la novela se publicó en 1931 (diez años antes del suicidio de la propia Virginia).

Por otra parte, es curioso que fragmentos de la carta de suicidio que le escribió a su marido en 1941, aparecieran ya en su primera novela «Fin de Viaje» (1915). Parece que su forma de morir se estaba gestando en su cabeza desde mucho tiempo atrás. Un hecho de su pasado que podría tener relación con estas fantasías fue el suicidio de una mujer que se ahogó en el lago Serpentine de Hyde Park que presencié siendo niña. En general, se puede afirmar que algunas imágenes de su pasado, jamás dejaron de tener vigencia para ella. Muchos críticos dicen que la enfermedad de Virginia puede entenderse como un viaje hacia un pasado del que nunca logró salir del todo.

#### ■ LA TRAMPA DEL LENGUAJE

En sus últimas obras, Virginia se va dando cuenta de los «fallos» de su sistema defensivo: las palabras, porque como dice su personaje Bernard «La vida, quizás, no se presta a las manipulaciones a las que la sometemos cuando intentamos contarla». Virginia pone en boca de Bernard las siguientes afirmaciones: «Para el dolor se carece de palabras» o «Tampoco las palabras que creamos como última defensa ante la conciencia de nuestra propia muerte sirven».

La verdadera catástrofe de las novelas de Woolf no se produce cuando los protagonistas mueren, sino cuando las palabras la fallan y solo queda la brutalidad de los objetos. En esas circunstancias, los personajes son como niños indefensos sin el refugio de las frases: «Cuando el silencio cae, yo me disuelvo», dijo Bernard. El terror de Bernard cuando las palabras no acuden a la llamada de su boca es similar al de un niño desvalido sumido en la oscuridad. Heidegger estableció la oposición entre la oscuridad (en la ausencia de palabras) y la claridad en presencia de éstas. Samuel Beckett dijo que una palabra no es más que una ofensa al silencio del que está hecho el universo. Cuando las palabras no vienen a la boca de Bernard- y, por tanto, de Virginia- llega un aterrador silencio, un inmenso y silencioso vacío, similar al que existía al principio, cuando el lenguaje no había hecho aparición en la historia de la humanidad, ya que «Antes que el Verbo fue la Nada» (17).

Esta experiencia de no encontrar la palabra le resultaba familiar, fue lo que experimentó una y otra vez ante la muerte de sus seres queridos: la ausencia es incomodable al lenguaje.

Por otra parte, se da cuenta de que el lenguaje que utiliza es una ilusión. Utilizamos palabras de otros, el lenguaje nos es dado. A este respecto, la postura de Virginia es similar a la de Kierkegaard o Jaspers quienes piensan que el lenguaje no puede traducir más que la exterioridad de los seres y las cosas, pero es inadecuado para manifestar el fondo del pensamiento. Lacan señala también la imposibilidad de la palabra para representar completamente al ser.

Las anotaciones de su diario a finales de 1940 muestran que el lenguaje se había convertido para ella en una fuente de sufrimiento. Dice: «Todos los escritores son desdichados (...). Los carentes de palabra son dichosos». Esta cita nos hace reflexionar sobre la naturaleza ambigua que tenían las palabras para Virginia en esta época: ella luchaba por acallar el lenguaje de la enfermedad, que extrañamente se manifestaba, al igual que en su obra creativa, a través de palabras. La lucha de Virginia con el lenguaje en aquel momento era la lucha contra unas palabras que no podía reconocer como propias: luchaba por hacerse sujeto de un lenguaje que la objetivaba.

Al final perdió la batalla, perdió todo control sobre el lenguaje. Como dice Bernard «Se encontraba sin cobijo frente a las frases». El lenguaje que antes utilizaba a voluntad para crear las obras que la harían famosa, dejó de ser válido para protegerla de los hechos. Dice: «Las palabras se desploman de repente sobre mí» «Se acumulan a mis espaldas en tales cantidades que sería terrible que no fueran otra cosas que agua enfangada».

Experiencias similares han sido descritas por otros escritores. Así, Sartre en «La Náusea»(24) dice: «Estoy en medio de las Cosas Innombrables. Me encuentro solo, sin defensas, rodeado por ellas...», o en la novela «El innombrable» de Samuel Beckett (25), donde los ruidos y el silencio y la brutalidad de los objetos ocupan el lugar donde previamente estaban las palabras. También Eugene Ionesco en «La tragedia

del lenguaje» (26) expone el alcance de la desintegración del lenguaje. Para éste autor, la desintegración del lenguaje supone la desaparición de la identidad de las personas.

No se puede decir con seguridad qué fue lo que pasó en sus últimos días, sobre todo porque ella fingía estar normal. Ocultó a todos que oía voces. Según cuenta en su diario, al final de sus días los muertos volvieron. En su diario dice: «No es posible acostarse, no hay olvido. Se han roto los correas con que los muertos ataron el fardo de los recuerdos...».

La tarde antes de morir estuvo ordenando los libros de su padre. No sólo volvieron a hablarla sus padres ya fallecidos, sino que también volvieron los recuerdos de George y Gerald como ponen de manifiesto sus cartas.

#### ■ DISCUSIÓN TEÓRICA:

A decir verdad, no hay muchas teorías psicológicas sobre la manía, al menos en comparación con el amplio número de teorías que tratan de explicar la depresión (27)

##### *Teorías psicológicas de la manía*

Desde un punto de vista psicodinámico, en la manía –a diferencia de lo que sucede en la melancolía- el Yo domina la pérdida del objeto. Mientras que en la melancolía el Yo es derrotado por el Superyó, en la manía el conflicto queda negado y se emancipa del objeto que le hizo sufrir. El principal mecanismo defensivo de la manía es la negación, lo que dificulta el insight y la conciencia de enfermedad de este tipo de pacientes.

Dentro del movimiento psicoanalítico, además de Freud y Lacan (en quienes nos detendremos posteriormente), y Melanie Klein, de la que anteriormente hablamos al tratar de las fantasías maníacas, destacan:

Bertram Lewin: Este autor concibe la manía como una interrupción defensiva de la depresión. Según Lewin, la manía es un fenómeno regresivo defensivamente inducido, es decir, se vuelve a un estado anterior de funcionamiento del yo en el que la relación con la realidad se guía por el principio de placer.

Dov Aleksandrowicz. subraya la importancia de los rasgos de personalidad narcisista y la exagerada necesidad de autoestima de este tipo de pacientes. Son, por tanto, especialmente vulnerables a las experiencias que les hacen sentirse despreciados o rechazados. Para este autor, la manía sería un mecanismo de defensa del sujeto frente a sus sentimientos de baja autoestima, sentimientos que suelen exacerbarse durante la fase depresiva.

Fuera del ámbito psicoanalítico, destaca el modelo de diátesis-estrés. Este modelo defiende que algunos individuos pueden heredar la vulnerabilidad a padecer un trastorno bipolar. La probabilidad de manifestar realmente esta vulnerabilidad de-

pende de otros factores: acontecimientos vitales estresantes, habilidades de afrontamiento, etc. Anteriormente se hizo alusión a los antecedentes de trastornos afectivos en los familiares de Virginia, especialmente en su familia paterna y se hizo referencia también a los sucesos desencadenantes de la enfermedad de Virginia: la muerte de sus padres y su matrimonio (uno de los sucesos que generan más estrés a los individuos).

Un autor que defiende una explicación compatible con este modelo es Aaron Beck. Sin embargo, su explicación de la etiología de la manía está menos elaborada que su explicación de la teoría de los trastornos depresivos o de ansiedad, ya que no especifica los factores de personalidad que pudieran constituir elementos de vulnerabilidad que al interactuar con acontecimientos estresores dieran lugar al desencadenamiento de la enfermedad.

#### ■ LA IMPORTANCIA DEL LENGUAJE EN LAS ENFERMEDADES MENTALES

Por último, vamos a destacar la importancia del lenguaje en las enfermedades mentales. Ya el fundador de la psicología, Wundt, puso de manifiesto la importancia del estudio del lenguaje. Desde aquel momento, el lenguaje ha sido estudiado por muchos autores. En la actualidad destacan los estudios de Nancy Andreasen sobre el habla de los pacientes esquizofrénicos. Otros autores como Singer y Wynne se han dedicado a estudiar el estilo de comunicación propio de las familias de pacientes con trastornos diversos. Estos estudios son principalmente descriptivos, pero han sido pocas las corrientes teóricas que han relacionado directamente el lenguaje con la etiología de las enfermedades mentales. Aquí vamos a comentar brevemente dos de estas corrientes: la corriente psicoanalítica y las llamadas teorías cognitivo-conductuales de tercera generación. Como ahora veremos, ambas teorías son capaces de explicar algunos de los aspectos que hemos comentado.

##### *Corriente psicoanalítica*

El psiquiatra Philip Chaslin planteó la pregunta de si era la locura la que originaba los trastornos del lenguaje que padecían los pacientes psicóticos, o más bien era al revés: si era un trastorno del lenguaje el que originaba la locura.

Freud (30) había afirmado que las palabras estaban involucradas en la patogenia de los síntomas, tanto neuróticos como psicóticos. Según él, es el lenguaje el que da forma a los síntomas.

Posteriormente, Lacan seguirá esta línea apuntada por Freud. Lacan afirma que, en cierto modo, el sujeto es un efecto del lenguaje. En las psicosis, el lenguaje se emancipa y el sujeto es hablado por el lenguaje; éste, habla a través del sujeto. Esta idea encaja con lo experimentado por Virginia cuando decía que había perdido el control sobre las palabras, cuando éstas se la imponían y no podía hacer nada para evitarlo. Cuando un sujeto no consigue simbolizar con su lenguaje normal lo que

experimenta, surge un lenguaje delirante. Eso es lo que experimentó la escritora, cuando el lenguaje normal dejó de cumplir su antigua función, apareció un vacío y después aparecieron las voces y los delirios. Cuando el lenguaje se emancipó dejó de servirla como sistema de protección: ya no podía contarse historias para «calmar el vacío de su inexistencia».

Por otra parte, Lacan afirma que el sujeto está dividido: el sujeto desconoce sus deseos, los motivos que le impulsan a actuar. Lacan enfatiza la importancia de este desconocimiento. Para él, la conciencia es una ilusión.

*Teorías cognitivo-conductuales de tercera generación:*

Bajo este epígrafe se incluyen algunas terapias surgidas recientemente como la terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes) (28). Esta última se basa en la Teoría del marco relacional: desarrollada en la Universidad de Maynooth (Irlanda), Universidad de Reno (Nevada) y Universidad de Almería. Los principales representantes de esta teoría son Stephen Hayes y Dermot Barnes-Holmes. Ambos desarrollan la teoría del lenguaje apuntada por Skinner en los 50.

Los representantes de la «Teoría del Marco Relacional» (29) afirman que el hecho de ser seres verbales, es decir, de vivir dentro de una comunidad verbal, nos convierte en seres con autoconocimiento. Este hecho nos facilita una mejor adaptación en determinadas circunstancias, pero también el autoconocimiento desarrollado en la historia verbal individual puede originar un gran sufrimiento en otras.

Según esta teoría, nacemos en un mundo verbal y, desde pequeños, la comunidad verbal nos enseña a observar nuestros estímulos o eventos privados mediante el reforzamiento de los enunciados que se refieren a ellos. De esta manera, además de aprender pensamientos, sentimientos y emociones, aprendemos a calificarlos como positivos o negativos. Por ejemplo, a veces se producen ciertos cambios en el organismo que sirven de alarma y aprendemos a calificarlos de «dolor» y a evaluarlos como negativos. También la reflexión o vuelta hacia uno mismo es parte del repertorio que los defensores de esta teoría llaman autoconocimiento y que es, según ellos, un efecto secundario del lenguaje.

Según Skinner (31), esos estímulos privados autoobservados constituyen la conciencia. De acuerdo con este razonamiento, la conciencia es un producto del reforzamiento de una comunidad verbal.

Dependiendo de las condiciones estímulares presentes (evaluadas como positivas o negativas según la historia personal del sujeto) se activarán pensamientos y recuerdos de un tipo o del otro. Así, el recuerdo de eventos negativos sobrevendrá cargado de emociones negativas, y lo mismo sucedería con los recuerdos positivos. Es un efecto natural del lenguaje que sobrevengan pensamientos negativos o positivos al comparar la vida de otro y la propia, al comparar la vida de hoy y la de ayer o la de hoy y la futura.

Para resumir, lo que esta teoría enfatiza es precisamente la importancia de la historia de aprendizaje (verbal) que hace que un estímulo tenga un valor positivo o negativo para el individuo. Según esta teoría, detrás de los síntomas está la hiperconciencia o la «hiperautoreflexividad». Como se dijo anteriormente, Virginia estaba muy pendiente de los contenidos de su conciencia, además los pensamientos y recuerdos de su pasado invadieron su campo de conciencia hasta el final de sus días sin que ella pudiera hacer nada para apartarlos.

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Bell, Q., *Virginia Woolf*, Barcelona, Lumen, 2003.
2. Ingram, M., *Virginia Woolf Psychiatric History*, [www.ourworld.composerve.com/homepages/malcolm](http://www.ourworld.composerve.com/homepages/malcolm)
3. Marcelli, D.; De Ajuriaguerra, J., *Psicopatología del Niño*, Barcelona, Masson, 1992.
4. Klein, M., *Obras Completas*, Barcelona, Paidós, 1993.
5. Caramagno, T., *The flight of the mind*, University of California Press, 1992.
6. Equiluz Uruchurtu, J.I., *Introducción a la psicopatología*, 2001.
7. Woolf V., *Las Olas*, Madrid, Cátedra, 1994.
8. Dunn, J., *Vanesa Bell, Virginia Woolf: Historia de una conspiración*, Barcelona, Circe, 1993.
9. Gordon, L., *Virginia Woolf, vida de una escritora*, Barcelona, Seix Barrall, 1986.
10. Woolf, V., *La señora dalloway*, Barcelona, lumen, 2003.
11. Woolf, V., *The Years*, HBJ Book, 1969.
12. Poole, R., *La Virginia Woolf desconocida*, Madrid, Alianza, 1982.
13. Woolf, V., *Fin de Viaje*, Barcelona, Luis de Caralt, 1984.
14. Woolf, V., *Noche y Día*, Barcelona, Lumen, 1984.
15. Woolf, V., *Al faro*, Madrid, Cátedra, 1999.
16. Dalsimer, K., *Virginia Woolf: Becoming a Writer*, Yale University press, 2001.
17. Bernal, O., *Lenguaje y ficción en las novelas de Beckett*, Barcelona, Lumen, 1970.
18. Guzmán, F., «Las dos lenguas de Virginia Woolf», *Cuadernos Hispanoamericanos*, 1982, 389, pp. 347-360.
19. Minkowski, E., *El tiempo vivido*, Méjico, FCE, 1973.
20. Min-Hua, W., *Power*, «Madness and Sexuality in Mrs. Dalloway», *Foreign Language and Literature*, 2003, pp.7-28.
21. Minow-Pinkey, M., *Virginia Woolf and the problem of the subject*, Rutgers University Press, 1987.
22. Woolf, V., *Un cuarto propio*, Gijón, Júcar, 1991.
23. Laing, R., *El yo dividido*, Fondo de Cultura Económica, 1964.
24. Sartre, J.P., *La Náusea*, Madrid, Unidad Editorial, 1991.
25. Beckett, S., *El Innombrable*, Madrid, Alianza, 2001.

26. Ionesco, E., «Notas sobre la Cantante Calva: La tragedia del lenguaje», *Cahiers des Saisons*, 1959.
27. Belloch, A.; Sandín, B.; Ramos, F., *Manual de Psicopatología*, Madrid, McGraw-Hill, 1995.
28. Hayes, S.C., «Making sense of spirituality», *Behaviourism*, 1984, 12, pp. 99-110.
29. Luciano, C., «Análisis de los contextos verbales que atrapan y liberan el trastorno de evitación experiencial (TEE) en la terapia de aceptación y compromiso (ACT)», *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2005, 37, 2.
30. Feixas, G.; Miró, T., *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*, Barcelona, Paidós, 1993.
31. Hardy Leahey, T., *Historia de la Psicopatología*, Madrid, Prentice Hall, 1998.

Autora

Rebeca García Nieto  
P.I.R. –Psicólogo Interno Residente  
Centro de Salud Mental Delicias  
Paseo Juan Carlos I, Nº18  
47012- Valladolid

Dirección:

Rebeca García Nieto  
C/. García Morato 29a, 2ºT  
47007- Valladolid  
983-132368  
Rebecag2001@yahoo.es





SECCIÓN  
DEBATES





*Reyes Vallejo Orellana, Fernando Sánchez-Barranco Vallejo,  
Pablo Sánchez-Barranco Vallejo*

## SEPARACIÓN O DIVORCIO: TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN LOS PADRES Y LOS HIJOS

SEPARATION OR DIVORCE: PSYCHOLOGICAL DISORDERS ON PARENTS AND CHILDREN

### ■ RESUMEN

Tras señalar el papel psicológico para los hijos del grupo familiar, se ha revisado la literatura científica sobre las consecuencias que acarrear en los niños las separaciones o divorcios, resaltando las ventajas e inconvenientes de la custodia compartida o en solitario, así como las características de los síndromes denominados de Alienación Parental, Progenitor Malicioso, e Interferencia Severa que tanto alteran el proceso de la ruptura de la pareja y un trastorno más tardío llamado Síndrome de la Falsa Memoria.

*Palabras claves:* Separación, Divorcio, Custodia compartida, Custodia en solitario, Síndrome de Alienación Parental, Síndrome del Progenitor Malicioso, Síndrome de Interferencia Grave, Síndrome de la Falsa Memoria.

### ■ SUMMARY

Upon outlining the key psychological role that the family group exerts on the children, we have examined the current available research data analyzing the potential impact that the separation or divorce may have on them. A special emphasis has been dedicated to review the pros and cons of the shared and individual modalities of child custody. Finally, we have included a description of several syndromes such as the Parental Alienation Syndrome, Malicious Parent Syndrome, and the Severe Interference Syndrome, as well the late-onset False Memory Syndrome, provided their negative effect on the process of separation or divorce.

*Key words:* Separation, Divorce, Joint custody, Sole custody, Alienation Parental Syndrome, Malicious Parent Syndrome, Severe Interference Syndrome, False Memory Syndrome.

## ■ INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva psicológica se considera la «familia» (término que no implica en nuestro trabajo ninguna connotación conservadora o tradicional, haciendo referencia a un grupo estable de convivencia constituido por una figura parental masculina y otra femenina, unidos por intereses afectivos, etc.) como el contexto social más privilegiado de influencia y de eventual optimización del desarrollo biopsicosocial humano. La posición aventajada de este tipo de agrupación humana cobra una importancia definitiva a lo largo de los tres primeros años de vida de los niños que se desarrollan en ella, ya que a partir de esta edad otros entornos sociales (guardería, escuela, compañeros, etc.) van a añadir nuevos influjos a los aportados por tal constelación en el proceso evolutivo ya iniciado.

Debe subrayarse que la función de la «familia» va más allá de garantizar la supervivencia y el crecimiento físico del hijo, dado que es también la promotora principal de su desarrollo social y afectivo, gracias a lo que el sujeto puede transformarse, desde el inicial individuo biológico que es al nacer, en una individualidad biopsicosocial o persona. En ello resulta esencial el establecimiento de relaciones de vinculación afectiva o de apego del niño con sus progenitores o figuras que se encarguen de su cuidado.

Ya al final del primer año de vida, el bebé está ligado afectivamente con ciertas figuras significativas de su entorno cercano, aunque será desde entonces cuando tales relaciones se van a enriquecer y a afianzar a partir de un proceso interactivo con las personas que le son importantes, precisamente las llamadas figuras de apego. Una vez establecido el lazo afectivo con ellas, el niño muestra su vinculación afectiva a través de conductas que buscan la proximidad física y el mantenimiento del contacto con las personas con las que se siente emocionalmente ligado, quienes ejercerán una poderosa influencia sobre su desarrollo psicológico y social. Pues bien, de acuerdo con Sroufe (1), una historia de interacción fundamentada en el cuidado e interés por el otro es el factor más importante para establecer un apego seguro, mediante el cual el bebé utiliza a sus figuras significativas como base para el bienestar emocional y la exploración del entorno, siendo además una herramienta clave para que vaya descubriendo y ampliando su conocimiento del mundo.

Los estudios realizados sobre la vinculación afectiva en los primeros meses de la infancia, evidencian que los bebés desarrollan este nexo con ambas figuras parentales y que las funciones de las mismas son similares. En lo que se refiere a la relación con la figura paterna, ya a los tres meses de vida se puede predecir la seguridad del vínculo entre ella y el bebé (2). Hay que insistir al respecto, en contra de lo que tradicionalmente se ha considerado, que los estudios referidos a este aspecto evidencian que la figura parental masculina puede ser igual de sensible y tener la misma capacidad de respuesta ante las necesidades y demandas del hijo que la figura materna. En particular, los padres varones que están muy cerca de sus bebés ejercen sobre ellos una influencia positiva muy significativa en el ámbito cognitivo (3, 4, 5).

Ha de resaltarse que la calidad de las relaciones afectivas que se forman en la infancia determina la capacidad para establecer relaciones íntimas durante toda la vida adulta, de modo que la relación entre el niño y sus padres es para siempre, siendo un vínculo que los une en el espacio y perdura en el tiempo. Por ello, los niños que en la infancia tienen una base de seguridad y pueden contar con las figuras parentales, desarrollan y afianzan el suficiente sentimiento de confianza en sí mismos como para relacionarse con el mundo de manera sana y provechosa: cuanto más seguro sea el vínculo afectivo de un niño con los adultos que lo cuidan y educan, más garantía hay de que se convierta en un adulto psicológicamente adaptado e independiente y de que establezca buenas relaciones con los demás (6).

#### ■ EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA SEPARACIÓN O EL DIVORCIO EN LOS HIJOS

La provisión de estabilidad afectiva y emocional que requiere el desarrollo infantil puede verse seriamente amenazada por la separación o el divorcio de los padres, especialmente cuando el apego aún no está suficientemente afianzado (7). Es conocido, al respecto, que la mayor proporción de ellos tiene una media de edad de seis años o menos en el momento de la ruptura, de cuyo conjunto una gran parte muestra más desajustes psicológicos a lo largo de su vida que los que pertenecen a familias intactas, si bien tales desajustes no siempre alcanzan niveles clínicos (8, 9, 10).

Las conexiones existentes entre la separación o el divorcio de los padres y las anomalías conductuales o caracteriales del niño han sido propuestas desde una amplia variedad de trabajos de investigación, a partir de los cuales se han identificado algunas variables que pueden incidir más significativamente que otras en la aparición de diversos trastornos psicopatológicos infantiles, habiendo permitido también una aproximación a las vivencias infantiles que desarrollan los hijos en este conflicto.

En este campo, Hetherington, Bidges e Insabella (11) señalan como relevantes una serie de características en el comportamiento del niño tras el cambio de la composición de la «familia», los efectos negativos de la ausencia de la figura paterna junto a la típica situación de la custodia de la madre, el incremento del estrés económico en el grupo con las subsiguientes consecuencias en el trato al hijo, los problemas que derivan del cambio que supone pasar de tener dos padres a tener uno solo y lo negativo que trae consigo la existencia de tensión interparental en el hijo.

Wallerstein y cols. (12, 13) han considerado que el sexo del niño determina diferencias en el desajuste tras un divorcio o separación, evidenciando que los chicos varones parecen tener mayores dificultades para superar la crisis, tanto en la intensidad de sentimientos negativos como en su duración, presentando más problemas escolares y más irritabilidad que las niñas.

Por su parte, Buchanan, Maccoby y Dornbusch (14) clasifican en tres categorías los factores que afectan al ajuste del niño después del divorcio o separación: la

pérdida de uno de los padres, los enfrentamientos entre los progenitores y la disminución de sus funciones de paternidad.

Para McLanahan y Sandefur (15), el factor más relevante lo constituye la ausencia de la figura paterna, asociándola con un menor aprovechamiento escolar, tanto en chicos como en chicas, un bajo nivel de empleo laboral en el caso de los varones en la adultez y maternidades precoces cuando se trata de muchachas. La presencia del padre para un desarrollo armónico de los hijos también resulta crucial en el estudio de Amato y Gilbreth (16). De acuerdo con sus resultados, el bienestar del hijo se sustenta en el ejercicio de una paternidad con autoridad moral y la existencia de estrechos sentimientos de afecto entre padre e hijo, siendo ello el mejor predictor de los resultados respecto a una inadecuada formación escolar, externalización de conductas problemáticas e internalización de problemas emocionales.

En cuanto a los estudios encaminados a conocer las vivencias infantiles, cuando tiene lugar el divorcio o la separación de los padres, los resultados empíricos permiten una buena aproximación a esa realidad. A partir de la revisión llevada a cabo por Amato (17) y Amato y DeBoer (18) sobre investigaciones realizadas en la década de 1990, los resultados encontrados indican que los adultos y niños de «familias» separadas o divorciadas puntúan más bajo que sus iguales de «familias» intactas en el campo de las habilidades sociales y presentan mayores conflictos en sus propios matrimonios. Estos hallazgos difieren, sin embargo, de los encontrados inicialmente por Cherlin, Chase-Lansdale y McRae (19), según los cuales las dificultades de los niños ya eran patentes antes del divorcio o la separación. No obstante, en un estudio posterior de Cherlin, Kiernan y Chase-Lansdale (20), los resultados sí coincidieron con los de Amato (17) y Amato y DeBoer (18), al constatarse que los sujetos de «familias» separadas o divorciadas tenían dificultades psicológicas importantes después de que llegaran a la adultez. Esta prolongación en el tiempo de los desajustes no se confirmó en el estudio de Hetherington y Kelly (21), aunque sí encontraron elevados niveles de ansiedad en adultos y jóvenes de «familias» divorciadas o separadas, problemas en sus relaciones con el otro sexo, así como cuando eventualmente acceden al desempeño de funciones de paternidad, hallazgos que coinciden con los encontrados en el estudio longitudinal realizado por Wallerstein y Lewis (22).

Considerando que, por la diversidad de factores que participan, los impactos del divorcio o separación pueden ser muy diferentes para cada niño, la mayor parte de la literatura científica al respecto es coincidente en que tales experiencias modifican completamente sus vidas: la gran mayoría de los hijos de separados o divorciados, ya desde los años inmediatamente posteriores a tales eventos, muestran marcadas anomalías en sus desarrollos, ya que cuando se produce una separación o un divorcio, tanto la infancia como el ejercicio de las funciones de paternidad de la pareja rota se ven desafiadas, aunque sea también cierto que en muchos casos tanto hijos como padres se pueden ver liberados de una convivencia infeliz e incluso a veces de situa-

ciones con un final más o menos trágico. En el caso de los progenitores, el desafío surge porque tienen que reestablecer el funcionamiento económico, social y parental y en el caso de los hijos porque, a todas las edades, luchan con la desconcertante demanda de tener que redefinir sus contactos con ambos padres.

Todo ello se hace más complejo en aquellos casos en los que el progenitor custodio, que generalmente suele ser la madre, tiene que hacer frente no sólo a la sobrecarga de tensiones y tareas propias de su misión, sino también al lógico desajuste emocional asociado con la tensa situación que suele conllevar la ruptura con la pareja. Es por eso que, con relativa frecuencia, la figura parental encargada de la custodia (las más de las veces la madre) desempeña prácticas educativas erráticas, con poco control sobre el comportamiento del hijo y escasa sistematicidad en el seguimiento de reglas, con las consecuencias negativas que son de prever en el desarrollo de los hijos.

El estado de crisis del niño, cuando todavía está presente el lógico desequilibrio emocional del padre o de la madre tras la separación o el divorcio, puede exacerbar los problemas entre ellos en lugar de servir de apoyo mutuo, lo que es especialmente influyente cuando los hijos son menores de tres años (11, 12).

Los grandes cambios en las relaciones con ambos padres se acompañan de una elevada ansiedad en los hijos, especialmente cuando la ruptura los coge por sorpresa, pues, dadas las peculiaridades de la psicología infantil, y teniendo en cuenta que el amor y la dedicación de sus padres han desaparecido, tal sensación de pérdida lleva a los niños de todas las edades a la conclusión de que las relaciones personales armónicas son irrealizables, y, aún en los casos en que esas relaciones sigan siendo relativamente adecuadas, no hay garantías de que se mantengan en el futuro. Estas creencias suelen continuar presentes en la adolescencia y en la adultez, al estar reforzadas por la experiencia personal en los años cercanos al pos-divorcio o pos-separación, debido al interés que los padres mostraron por hacer patente el desafecto que sentían el uno por el otro (12, 13, 21, 22).

Si el momento de la separación o el divorcio de los padres ocurre siendo los hijos menores de seis años, sus primeras reacciones son de temor y de una profunda sensación de tristeza y de pérdida, conmoción e infelicidad, particularmente en el período de la ruptura y en el inmediatamente posterior. La mayor parte de ellos sienten una gran soledad, desconcierto e ira hacia sus padres, sentimientos que siguen siendo muy poderosos décadas después.

Para los menores de seis años, perder la disponibilidad de sus padres supone el mayor precipitante de angustia, dada la escasa capacidad que poseen para reconfortarse ellos mismos, angustia que está presente tanto si los padres son afectuosos como indiferentes, extrañando mucho al padre que se ha ido, temiendo no volver a verlo jamás. Además, debido a las limitaciones cognitivas que los niños aún poseen, al temor de la desaparición de uno de sus padres se une la amenaza de que el otro

también pueda irse, lo que hace más frecuente el llanto desconsolado, la intensificación exagerada de conductas de aproximación y contacto físico con la figura parental que ejerce la custodia, la aparición de conductas regresivas en la alimentación, las alteraciones en el control de esfínteres y en el ritmo del sueño, así como la aparición de conductas rituales (sobre todo en torno al momento de irse a dormir), todas ellas como medidas de control mágico de las separaciones del progenitor, dado que cualquier pérdida de la mera visión del que ejerce de custodio es vivenciada como susceptible de una nueva pérdida o abandono, con el consiguiente acrecentamiento de la angustia.

Como era de esperar, las temáticas de soledad y de miedo al abandono se hacen más intensas en los casos en los que el niño ha sido testigo de cualquier tipo de violencia entre sus padres, más aún si alguno de los progenitores estaba bajo los efectos del alcohol u otras sustancias tóxicas y hay palabras de chantaje por en medio en relación con quitarse la vida o matar al otro. Estas experiencias no sólo ponen en marcha una intensa angustia en los momentos en que tienen lugar, sino que continúan actualizadas en el recuerdo del niño con todo lujo de detalles, o bien se convierten en temas recurrentes en los sueños. Esto significa que, aunque el niño, por la edad en que la que tienen lugar esos hechos, no tenga una clara consciencia de las mismas, las vive como genuinos traumas psicológicos, creando la habitual sintomatología del trastorno por estrés postraumático, síntomas que permanecen a lo largo de mucho tiempo, a veces toda la vida. Es por eso que, en algunos jóvenes y adultos, la vivencia de la ruptura entre los padres aparece inopinadamente en forma de episodios fragmentados, a modo de «flash», en situaciones claves de sus existencias, especialmente cuando sus relaciones adultas atraviesan puntos críticos.

Hay multitud de evidencias, pues, que la crudeza del sufrimiento que experimentan los componentes de una pareja tras la ruptura de la misma, marca emocionalmente al niño de forma indeleble. Puede que, con el paso del tiempo, las influencias de los conflictos que rodean la separación o el divorcio de los padres vayan suavizándose en intensidad, pero no suelen olvidarse nunca de forma total.

Por otra parte, las consecuencias de la separación o divorcio de los padres también afecta seriamente el desarrollo social de los hijos, al fracturarse las redes de apoyo social con las que contaban hasta entonces. Con frecuencia, tras el divorcio o la separación, los niños han de reubicarse en un barrio nuevo y en una escuela distinta, con la consiguiente pérdida de sus relaciones con sus iguales y con las actividades hasta entonces habituales, viéndose obligados a realizar un muy costoso esfuerzo adaptativo a esos nuevos contextos. Junto a estas circunstancias, en el hogar se encuentran con unas funciones paternas seriamente disminuidas, justo en el momento en el que necesitan más que nunca de un entorno estable y sensible, para desarrollar su personalidad tanto fuera como dentro de la «familia». Con frecuencia, los cambios consecuentes a la separación obligan a algunos de los hijos a asumir una serie de responsabilidades dentro del hogar, como, por ejemplo, hacer de



cuidadores de los hermanos más pequeños, o, incluso, a tener que proteger a un padre o a una madre emocionalmente necesitados. Esta eventualidad puede ser motivo de orgullo para el niño e incluso favorecer el desarrollo del sentimiento de compasión y de responsabilidad moral, pero, si la situación es prolongada, el precio que han de pagar es muy alto, pues pierden la ocasión de disfrutar de los privilegios de la infancia y de la adolescencia, así como de importantes aspectos de su desarrollo social.

En contraste con sus pares de «familias» unidas, los hijos de grupos familiares separados o divorciados, juegan menos, participan poco en actividades extraescolares y no se implican mucho en programas de enriquecimiento escolar o vacacional. Estas diferencias se deben, además de a la generalizada situación de precariedad económica que suelen tener estas «familias», a la menor disponibilidad de los padres para llevar a los hijos a estos tipos de acontecimientos, y, más frecuentemente, al cambio de vecindario y escuela habituales, así como a causa de las interrupciones a que obliga el cumplimiento del régimen de visitas del padre no custodio (22).

Por todo lo comentado hasta ahora, se puede afirmar que la gran mayoría de los hijos de padres separados o divorciados no tienen una infancia feliz. Pero, es más, la añoranza de los jóvenes después de haber perdido esas oportunidades de disfrutar de su infancia, continúa décadas después, como reiteradamente hemos señalado.

#### ■ ¿CUSTODIA COMPARTIDA O EN SOLITARIO TRAS LA SEPARACIÓN O EL DIVORCIO?

En gran parte de las separaciones y divorcios, los padres toman sus propias decisiones respecto a la custodia de los hijos sin tener que recurrir al sistema legal vigente en su comunidad o país. Por lo general, estos acuerdos comunes incluyen que la madre se haga cargo de la custodia física de los hijos, sin que se impida la continuidad de los contactos con el padre o de que éste siga involucrado de alguna forma en la educación de los hijos. No obstante, con miras a salvaguardar el desarrollo infantil, hay una serie de legislaciones que tratando de regular el divorcio o de la separación de una pareja contemplan la equidad entre madres y padres como posibles custodios de los hijos, lo que se conoce como custodia legal compartida (23). Pero, aun en los casos en los que uno de los padres obtenga la exclusividad de la custodia, el acceso del niño al padre no custodio es fomentado y protegido por dichas leyes, al dotar a éste de la libertad para ejercer su derecho de visitas, incluso en los casos de separaciones o divorcios conflictivos o cuando la custodia del hijo es objeto de disputa legal entre ambos progenitores.

Los primeros estudios realizados sobre la custodia compartida, indicaban que los niños afrontan mejor la situación de la separación o el divorcio cuando la madre ostenta la custodia, siempre que puedan ver frecuentemente al padre (12, 24). Los trabajos de Hetherington, Cox y Cox (25, 26) también informan de los beneficios del

contacto continuado con el padre cuando la madre es la responsable de la custodia, siempre que la intensidad del conflicto entre la pareja no sea demasiado elevada y que ambos sean personas emocionalmente estables. No obstante, las fallas metodológicas de estos estudios pioneros, especialmente por el sesgo de las muestras seleccionadas, propiciaron nuevas investigaciones con muestras de niños que vivían con sus madres, confirmándose algunos efectos positivos cuando existía contacto con el padre no custodio, aunque sin evidenciar cuáles eran los beneficios que derivaban del contacto elevado con el progenitor ausente del hogar (27, 28, 29). En esta línea de investigación, otros estudios hallaron que los beneficios en los hijos con contactos habituales con el padre no custodio surgían a determinadas edades y en períodos concretos de tiempo después de la separación o el divorcio, pero no de forma generalizada, pues cuando el contacto era frecuente, los chicos mostraban niveles bajos en su autoestima (30). Es más, cuando los niños vivían con su madre y un sustituto del padre, el contacto elevado con el padre biológico no establecía relación con la incidencia de problemas de conducta en el hijo. En cambio, cuando vivían con el padre y una sustituta de la madre, esos problemas eran menos frecuentes cuando tenían a menudo contacto con la madre biológica.

Por otro lado, la resolución legal de compartir la paternidad puede presentar, desde el punto de vista psicológico, diferencias en cuanto a la manera de desempeñarla. El estudio longitudinal de Maccoby, Buchanan, Mnookin y Dornbusch (31) detectó tres patrones psicológicos de custodia compartida después del divorcio: de cooperación, de hostilidad entre la pareja y de aislamiento entre sí de la pareja.

Los padres que adoptan el estilo cooperativo, se caracterizan por hablar frecuentemente entre ellos acerca de los asuntos que conciernen a los hijos, procurando no interferirse mutuamente y acordando entre ambos las funciones a desempeñar dentro de cada hogar respecto a los mismos. El patrón de hostilidad se caracteriza en cambio por un contacto mantenido con el otro miembro de la pareja, pero con marcada animosidad o enfrentamiento mutuo. En estos casos, es frecuente que, indistintamente, argumenten que el otro siempre boicotea las visitas a los hijos. Lógicamente, cuando los padres adoptan este tipo de comportamiento, suelen haber bastantes problemas cada vez que los niños disfrutan del contacto presencial con uno u otro progenitor, ya que esa situación engendra la irritación de uno de los padres y el consiguiente sentimiento de decepción del niño. Por último, en cuanto a la pauta de aislamiento entre los padres, que es el prototipo de actuación parental más frecuente entre padres separados o divorciados que tienen hijos mayores, habitualmente los progenitores se comunican entre sí utilizando al hijo como portador de mensajes que suelen conllevar un contenido más o menos hostil hacia al otro, con lo que evitan la necesidad de tener que confrontarse entre ellos. Sin embargo, con el paso del tiempo, es habitual que el aislamiento entre los padres se vaya haciendo más frecuente y los patrones conflictivos vayan disminuyendo paulatinamente.

En principio, y a pesar de que el niño reparte su vida entre dos hogares diferentes, el estilo cooperativo resulta ser el de menor motivo de conflictos. Las dificultades que pueden derivar de la cooperación de los padres en la custodia del hijo, obedecen a la incidencia de variables como la edad (cuanto más jóvenes son los progenitores, más posibilidades de conflictos), el tamaño de la «familia» (cuanto más amplia, más dificultades), que la custodia haya sido o no determinada legalmente, que se den diferencias en la percepción de los padres de cómo se involucró el otro en la crianza del hijo antes de la separación o el divorcio y de la presencia de criterios distintos en la consideración del bienestar del niño en el hogar de uno u otro progenitor.

A pesar de que desde la década de los setenta del pasado siglo la custodia compartida ha sido considerada, sobre todo en los países anglosajones, como la mejor opción en la separación y el divorcio, porque se supone que salvaguarda mejor el bienestar de los hijos habidos en esas parejas (32, 33), todavía sigue abierto el debate entre partidarios y oponentes a la misma (34, 35, 36). Los argumentos a favor de la custodia compartida se han centrado en los beneficios para el niño de mantener las relaciones con ambos padres. Por el contrario, el principio de la igualdad legal de los progenitores para ejercer sus funciones en el cuidado y educación de los hijos, ha sido objeto de crítica por parte de algunos autores, al alertar sobre el posible riesgo de conflictos de lealtad en los niños que mantienen lazos afectivos estrechos con ambos progenitores, alterando la necesidad de estabilidad en la vida del niño y perjudicándolos por la exposición continuada de éste al conflicto entre los padres, al intensificarse la tensión entre la pareja en virtud del contacto que sus visitas pueden acarrear.

En opinión de Turkat (37), el acuerdo igualitario respecto a las responsabilidades parentales que implica la custodia compartida, no siempre se cumple en una gran mayoría de casos. El tipo más habitual de acuerdo de custodia compartida conlleva la designación de uno de los padres como el que primariamente reside con el hijo y del otro como el que no reside habitualmente con él. Esto supone que uno de los padres, justamente el residente, desempeña durante más tiempo sus funciones con el niño, tiene mayores responsabilidades hacia él y disfruta más de su presencia. En cambio, el padre no residente no tiene tales ventajas, siendo el que usualmente se encarga del apoyo económico. Esta situación evidentemente no responde a lo que judicialmente se entiende y considera que es la custodia compartida (38).

Desdichadamente, la literatura revela un amplio número de informes que evidencian que los padres separados o divorciados no siempre facilitan la cooperación en los términos legales establecidos en el proceso (39, 40). Esa realidad no es sorprendente, si se tiene en cuenta que muchos procesos de separación o divorcio se sustentan en la incapacidad de permanecer unidos sentimentalmente los miembros de la pareja, por lo que no es lógico suponer que vaya a tener una trayectoria distinta

después de la ruptura de la convivencia, o, sencillamente, porque los que se han separado o divorciado puedan ser demasiado optimistas respecto a esa nueva situación. El problema se hace aún más patente cuando se consideran las conductas antagonistas que, a menudo, desempeñan los litigantes durante todo el proceso de separación o divorcio (41), que pueden ir desde la denuncia del empleo de tácticas soterradamente maliciosas por parte del contrario, hasta el fomento de la animosidad entre los amigos o los parientes cercanos (42).

Obviamente, al margen de los condicionantes legales que sustenten el otorgar una paternidad compartida o de los factores que expliquen la desobediencia de la misma, lo cierto es que algunos padres desempeñan conductas dañinas, y, por tanto, no actúan por el mejor interés de sus hijos (43). En opinión de Turkat (37), la base de la custodia compartida es asegurar que los hijos de padres separados o divorciados tengan el beneficio de mantener la influencia de ambos padres como medida de protección a sus desarrollos armónicos. Por tanto, en nuestra opinión y dado lo delicado del tema, la decisión legal de otorgar la custodia compartida a una pareja divorciada debe ser valorada con sumo cuidado, porque si un progenitor no contribuye o asume razonablemente su responsabilidad para con sus hijos, está promocionado en ellos su disfunción personal (44, 45).

#### ■ PATERNIDAD COMPARTIDA Y RIESGOS DE DISFUNCIÓN EN EL DESARROLLO DE LOS HIJOS: SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL, SÍNDROME DEL PROGENITOR MALICIOSO, SÍNDROME DE LA INTERFERENCIA SEVERA Y SÍNDROME DE LA FALSA MEMORIA

Como ya se ha comentado anteriormente, al margen del tipo de custodia que se acuerde, la separación o el divorcio de los padres siempre supone un importante impacto negativo en el desarrollo global de los hijos. Desgraciadamente, a esta situación se pueden sumar una serie de factores circunstanciales que, especialmente cuando se trata de una ruptura teñida por la confrontación o el conflicto entre los componentes de la pareja, intensifican la disfunción evolutiva de los niños. En estos casos, y con mayor frecuencia de lo que fuera deseable, los conflictos emocionales asociados con la separación o el divorcio de los padres se intensifican, convirtiéndose los hijos en víctimas de situaciones (sutiles o manifiestas) de manipulación, por parte de uno o de ambos progenitores, para despertar el odio hacia el otro. Concretamente, nos referimos a trastornos específicos como el Síndrome de Alienación Parental (SAP) (46, 47, 48, 49, 50, 51, 52) y a cuadros derivados, como el Síndrome del Progenitor Malicioso (SPM) (53) y una forma clínica especial, que puede denominarse Síndrome de la Interferencia Severa (SIS). En época más tardía, en la adolescencia, puede dar la cara el Síndrome de la Falsa Memoria (SFM) (54).

De tales anomalías parentales, es relativamente frecuente la estrategia dada por el Síndrome de Alienación Parental de Gardner (46). Se trata de una maniobra en la que uno de los padres dirige, de forma solapadamente sutil y perversa, a los hijos contra el otro progenitor, sin que exista una justificación razonable para ello. Gardner (54) lo delimita como un desorden que surge casi exclusivamente en los contextos de disputa por la custodia del hijo, abocando en programaciones que tienen como objetivo central alienar a un progenitor, haciendo una especie de «lavado de cerebro» contra el otro progenitor o induciendo a esa alineación mediante una campaña de desprestigio contra el padre victimizado. No se trata sólo de un «lavado de cerebro» de uno de los padres contra el otro: los propios hijos en esa manipulación, a menudo contribuyen y complementan lo que se ha previsto para la programación contra el padre-víctima. Si la maniobra tiene éxito, tal cuadro puede llegar a crear multitud de trastornos en todos los sujetos implicados (48, 50, 54). Esta entidad clínica fue ampliada por Darnall (55), al considerar que, en muchos casos, el padre que desarrolla la campaña de desprestigio hacia el otro progenitor manipula acontecimientos reales hasta convertirlos en irreconocibles.

En cualquiera de estos casos, estas conductas son altamente perjudiciales para los hijos victimizados, el padre objeto del daño y las relaciones entre ambos, socavando seriamente la paternidad compartida. Este tipo de actuaciones psicopatológicas es habitual en los procesos de separación o divorcio en los que los padres entablan una intensa lucha por obtener la custodia de los hijos y también en las disputas que entablan respecto a las visitas y aspectos relacionados con el litigio en general, como la disolución de los bienes económicos de la pareja (56).

Por la malvada sutileza del proceso, la detección del Síndrome de Alienación Parental no resulta fácil. En opinión de Aguilar Cuenca (57), existen una serie de criterios que ayudan a identificar la instauración de este trastorno en el proceso de ruptura de la pareja: a) que el niño trate al otro padre como a un desconocido, sintiendo su proximidad como una agresión a su persona; b) que existan muestras sin fundamento de desamor hacia el progenitor rechazado, que se justifican utilizando argumentos basados en situaciones pasadas banales y en conductas o características protagonizadas por el progenitor rechazado carentes de toda importancia e incluso absurdas; c) que se observen signos de odio total y absoluto hacia el padre rechazado, sin concesiones, dando muestras los chicos de sentir una adhesión y devoción incondicionales hacia al progenitor manipulador, al que defiende sin admitir ningún tipo de razonamiento dirigido en su contra; d) que haya claras manifestaciones de una constante desacreditación del padre alienador hacia el otro progenitor a lo largo del proceso de la separación o el divorcio, llegando el niño a interiorizar esos argumentos hasta formar parte de su pensamiento y juicios, resultando chocante los términos que emplea para referirse a la figura parental atacada, llegando a relatar detalladamente pasajes que realmente no vivieron o presenciaron; y, e) el odio que

siente la figura parental anómala y el hijo no sólo está dirigido hacia la figura desprestigiada, sino a todo el entorno familiar de éste (abuelos, tíos, primos, etc.), cuando previamente se había tenido con ellos adecuadas relaciones afectivas.

Según la intensidad del proceso de alienación, Gardner (49, 54) diferenció tres tipos de Síndrome de Alineación Parental: leve, moderado y severo. Estas tres modalidades no constituyen entidades nosológicas precisas, sino tres formas graduales en el continuum del SAP.

El tipo leve, se corresponde con la etapa en donde se producen las visitas con el padre no custodio, sin que aún ocurran grandes situaciones de conflicto. Todavía, la intensidad de la fase de desprestigio es de baja intensidad, aunque ya se haya iniciado, los sentimientos de culpa con el padre desprestigiado están aún presentes en el niño y los lazos afectivos que le une a ese progenitor, siguen siendo relativamente fuertes.

En el tipo moderado, comienzan los conflictos en las visitas con el padre no custodio, especialmente en el momento de la entrega de los hijos, siendo frecuentes los enfrentamientos entre la pareja. La campaña para denigrar al otro progenitor se acentúa, ampliándose los ámbitos del descrédito y haciéndose cada más frecuente. El niño muestra claramente su afecto positivo hacia el padre atacante, a la vez que culpabiliza al otro de todas las situaciones de conflicto que surgen. En esta fase, suele iniciarse la extensión del rechazo hacia la familia del progenitor no custodio. El padre manipulador se encarga de informar arbitrariamente al niño de la marcha del proceso legal, así como de las iniciativas legales emprendidas en su contra por el otro progenitor. Igualmente, comienzan las interferencias de las visitas, utilizando excusas de toda índole, bien para acortarlas, bien para impedir las. Lógicamente, los lazos afectivos con el padre no custodio se van deteriorando y se intensifican los establecidos con el padre custodio. Cuando el trastorno se sitúa en este nivel, si hay varios hijos, es frecuente que el mayor participe más en el proceso del desprestigio, tratando de implicar a los hermanos más pequeños.

El tipo severo aparece cuando la tarea de desprestigio es extrema y continua. Las visitas con el padre no custodio se hacen imposibles o, sencillamente, se anulan con reiteradas provocaciones y entorpecimientos. Si, a pesar de todo, hay visitas, el mutismo selectivo por parte del hijo suele ser un arma muy empleada. Además, en el momento de los encuentros con el padre no custodio, los menores reaccionan con llanto desconsolado, inquietud y angustia, lo que puede inclinar a la creencia de algún tipo de maltrato por parte del mismo. En este nivel, el odio hacia este progenitor es extremo y también la ausencia de culpa por ello. Es frecuente que el padre difamador suavice por entonces sus ataques, dando la impresión de no tener responsabilidad alguna en las reacciones y actitudes que adoptan los hijos. El objetivo se logra si los vínculos afectivos con el otro progenitor quedan definitivamente rotos.

Las consecuencias del Síndrome de Alienación Parental en los hijos son muy severas. Según Aguilar Cuenca (57), la principal es que el niño víctima pierde sus vínculos afectivos con uno de los progenitores, ruptura que origina una serie de reacciones negativas, como elevados niveles de angustia y miedo a la separación del progenitor manipulador, sobre todo ante la presencia del otro padre. Estas disfunciones emocionales provocan, a su vez, particularmente en los niños pequeños, alteraciones en los patrones de alimentación y del sueño, aparición de conductas regresivas, bajo rendimiento académico y atencional, pérdida de habilidades sociales, ausencia de empatía y escaso control de los impulsos. Igualmente, los niños que son víctimas del SAP poseen una autoestima muy baja que intentan elevar a través del reconocimiento y el afecto de los otros, utilizando la manipulación con esas personas. Pero, como no siempre lo logran, las ocasiones para sentirse frustrados suelen ser frecuentes y mal controladas.

Por otro lado, cualquier tipo de infidelidad hacia el padre alienador es duramente castigada por éste, siendo habituales los chantajes afectivos, la retirada de las muestras de cariño e incluso los castigos físicos o de otro orden. A largo plazo, los efectos del trastorno son muy negativos si, ya adulto, el sujeto tiene ocasión de comprobar cuáles fueron realmente las relaciones con el padre alienante, lo que aboca en la decepción y el desengaño por haber sido utilizado por él, apareciendo entonces sentimientos de culpa con respecto al progenitor objeto de la desacreditación.

Turkat (37) propone que los criterios que deben tenerse en cuenta para considerar disfuncional una paternidad compartida, son, en primer lugar, que uno de los padres viole significativamente el acuerdo legal de paternidad compartida al que está sujeto, empleando conductas hostiles o falta de cooperación hacia el otro padre, y, en segundo lugar, que esos comportamientos afecten muy negativamente a los niños implicados y al otro padre. A partir de estas dos premisas, se pueden distinguir tres tipos de conductas que evidencian la violación del acuerdo de paternidad compartida: a) que la conducta hostil esté directamente dirigida al otro padre; b) que la hostilidad hacia el otro padre se ejerza de manera indirecta; y, c) que se lleve a cabo actos de no cooperación. Estos tres aspectos pueden tener diferentes grados de disfuncionalidad, según cómo los desempeñen los implicados.

En otro trabajo, Turkat (58) resalta que la manifestación clínica de disfunción en la paternidad compartida más frecuente es el impedimento injustificado, por parte del padre custodio, de las visitas acordadas legalmente para el padre ausente del hogar, estimándose llamativamente elevado el número de niños que son injustamente víctimas de esta maniobra (59). En opinión de Turkat (37), otros obstáculos que crean problemas en la paternidad compartida son los de impedir que el niño hable por teléfono con el padre no residente, que éste no participe en el historial escolar o médico del niño, o que el padre custodio tome precauciones para evitar que el niño intervenga en actividades extra-escolares en las que el otro padre pudiera estar pre-

sente. Naturalmente, estos últimos tipos de conductas tienen menos potencial dañino, pero, no obstante, es importante que los profesionales tengan en cuenta estos actos de no-cooperación de «bajo perfil» a la hora de evaluar la situación.

Una variante del SAP es el llamado Síndrome del Progenitor Malicioso (53), en el que el padre custodio hace que sean directamente los hijos los que realicen la misión patológica de hacer daño al otro progenitor, sirviendo de herramienta en una campaña de castigo al padre en múltiples niveles. Al respecto, algunas de las más destructivas formas de disfunción en la paternidad compartida pueden incluir el secuestro, el abuso físico y el crimen, en cuyo caso podríamos hablar del Síndrome de Interferencia Severa (SIS).

Finalmente tiene interés señalar que un efecto relativamente tardío que puede traer consigo el SAP es un trastorno que Gardner (54) bautizó como Síndrome de la Falsa Memoria (SFM), que aparece en jóvenes, sobre todo en chicas, que han sido víctimas de la manipulación de uno de los padres. Este síndrome se caracteriza fundamentalmente por la creencia persistente en el hijo de que ha sido objeto de abuso sexual en la infancia, lo que no ha sucedido realmente, incluyendo elementos absurdos o imposibles, así como que algunos de los miembros cercanos de la familia facilitaron dicho abuso, todo lo cual se suele recordar en el curso de intervenciones psicoterapéuticas con ausencia de culpa.

## ■ CONCLUSIONES

La «familia» es la base del desarrollo humano, dado que es el contexto social privilegiado para dotar de las condiciones necesarias que favorezcan el que sus miembros inmaduros, inexpertos e insuficientes, como son los hijos, alcancen su autonomía a todos los niveles. Además de los cuidados físicos necesarios que garanticen su supervivencia, la «familia» es la que proporciona el clima afectivo indispensable para que el proceso evolutivo transforme al ser biológico que es un bebé, en una persona, en un ser biopsicosocial.

En ese proceso de transformación de individuo biológico en persona, la afectividad ocupa un lugar excepcional. Desde muy tempranamente, los bebés empiezan a desarrollar vínculos afectivos con ciertas figuras significativas del entorno familiar: se trata del apego. A medida que esos lazos afectivos se van consolidando, se despierta en el niño la necesidad de adentrarse y explorar otros entornos sociales que, externos al entorno cotidiano, constituyen el mundo. Para que esto tenga lugar, es necesario que los adultos respondan empáticamente a las demandas de afecto y protección que reclama el bebé. Cuando las respuestas de los adultos a las necesidades del niño son estables, consistentes y amorosas, la convicción de que se es muy valioso para los padres se irá afianzando cada vez más, instaurándose los fundamentos del desarrollo del sentimiento de confianza básica en sí mismo, sustentado en la



seguridad de disponibilidad incondicional de los padres, lo que proporciona recursos imprescindibles ante cualquier situación que pueda implicar peligro o amenaza a su persona.

La calidad de estas primeras relaciones afectivas no sólo son claves para el desarrollo emocional, sino que también tienen repercusiones muy importantes en el desarrollo social del niño, al constituirse en el modelo representacional que va a guiar el tipo de relaciones que el sujeto establezca en el futuro.

Esta necesidad inicial de seguridad o estabilidad afectiva, se ve seriamente amenazada cuando, por un divorcio o una separación, se rompe el grupo familiar. En estas circunstancias, el mundo afectivo del niño se ve zarandeado por la pérdida o ausencia de uno de sus pilares de seguridad: uno de los padres. Ante la separación de los mismos, todos los hijos, especialmente los menores de seis años, sienten una gran conmoción que trae consigo una intensa angustia, tristeza y dolor, pudiendo despertarse en ellos un miedo cerval a ser completamente abandonados. Estos trastornos emocionales, por desgracia, no suelen superarse con el paso del tiempo, sino que, por el contrario, permanecen con mayor o menor intensidad a lo largo de la vida (37).

Habida cuenta de que las tasas de separación y de divorcio son elevadas en el mundo entero, se tiende a minimizar las consecuencias negativas que pueden acarrear en los hijos, tratando de aliviar las consecuencias de las rupturas por medio de ciertas medidas legales con las que proteger a los hijos, como son la custodia compartida y en menor medida en solitario.

Desde el ámbito de la psicología, los estudios realizados con objeto de analizar los pros y los contras de estas dos opciones no son unánimes en sus conclusiones, estando hoy día abierto el debate entre los que defienden la conveniencia de la custodia compartida, frente a los que la critican como solución ideal. Para los defensores de la custodia compartida, el argumento de base estriba en la garantía de que los hijos sigan disfrutando del contacto con ambos progenitores, tratando así de evitar las interferencias afectivas que la ausencia de relaciones entre ellos puede provocar en el desarrollo emocional y social de los hijos. Naturalmente, estos autores descartan la posibilidad de compartir la custodia en aquellos casos en los que uno de los progenitores presenten, o hayan presentado, conductas delictivas del tipo que fuere, graves trastornos psiquiátricos, abusos de sustancias legales o no y otras alteraciones psicopatológicas graves. Por su parte, los críticos de esta opción legal, alertan acerca de las violaciones de las que, con más frecuencia de lo esperado, es objeto el acuerdo establecido por la orden judicial. Sobre la base de esta realidad, hay autores que advierten de la disfuncionalidad de la custodia compartida cuando los hijos se convierten en víctimas de las manipulaciones de uno de los padres para hacer daño al otro, hasta el punto de originar diversos síndromes patológicos y patologizantes (SAP, SPM, SIS, SFM).

Dada la indeseable ocurrencia de estas circunstancias, y en aras de promover el desarrollo armónico de los más indefensos, se hace imprescindible que los distintos profesionales que intervienen en un proceso de separación o divorcio, sobre todo cuando hay hijos menores, se muestren sensibles a la posibilidad de una manipulación de alguno de los padres en la realidad de los hechos, porque ello pondría en evidencia que la figura parental en cuestión carece de credenciales que garanticen el ejercicio de su función de salvaguarda en el desarrollo integral de sus hijos.

En cualquier caso, y por todo lo expuesto hasta ahora y con miras a favorecer un desarrollo infantil sano, consideramos que ante una situación de separación o divorcio en donde hayan implicados hijos de corta edad, se hace indispensable que los padres continúen proporcionándoles la seguridad y el afecto incondicional que necesitan para su adecuado ajuste y progreso evolutivo, lo que implica facilitarles el acceso libre y frecuente al progenitor no custodio, siempre que no se den contraindicaciones por trastornos psiquiátricos graves, etc. (60). Esta recomendación requiere, pues, que se involucren lo menos posible a los hijos en los problemas surgidos entre ambos progenitores, habida cuenta que la ruptura de las relaciones en una pareja debiera afectar sólo y exclusivamente a sus dos miembros básicos.

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Sroufe, L.A., From infant attachment to promotion of adolescent autonomy: Prospective, longitudinal data on the role of parents in development, en J. G. Borkowski; S.L. Ramey; M. Bristol-Power (eds.), *Parenting and the child's world: Influences on academic, intellectual and social-emotional development*, Mahwah, N.J., Erlbaum, 2002, pp 187-202.
2. Fox, N.A.; Kimmerly, N.H.; Schafer, W.D., «Attachment to mother/attachment to father: A meta-analysis», *Child Development*, 1991, 62, pp. 210-225.
3. Parke, R.D., Fathers and families, en M.H. Bornstein (ed.), *Children and parenting, Vol. 3*, Hillsdale, N.J., Erlbaum, 1995.
4. Parke, R.D., «Father involvement: A developmental psychology perspective», *Marriage and Family Review*, 2000, 29, pp. 28-42.
5. Parke, R.D., Parenting in the new millennium, en J.P. McHale; W.S. Grolnick (eds.), *Retrospect and prospect in the study of families*, Mahwah, N.J., Erlbaum, 2002.
6. Fagot, B.I., «Attachment, parenting and peer interactions of toddler children», *Developmental Psychology*, 1997, 33, pp. 489-499.
7. Beckwith, L.; Cohen, S.E.; Hamilton, C.E., «Maternal sensitivity during infancy and subsequent life events relate to attachment representation at early adulthood», *Developmental Psychology*, 1999, 35, pp. 693-700.
8. Amato, P.R.; Keith, B., «Parental divorce and adult well-being: A meta-analysis», *Journal of Marriage and the Family*, 1991, 53, pp. 43-58.

9. Amato, P.R.; Keith, B., «Parental divorce and the well being of children: A meta-analysis», *Psychological Bulletin*, 1991, 110, pp. 26-46.
10. Guidubalci, J.; Perry, J.D., «Divorce and mental health sequelae for children: A tow year follow-up of nation wide sample», *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1985, 24, pp. 531-538.
11. Hetherington, E.M., Bridges, M.; Insabella, G.M., «What matters? What»s does no? Five perspectives on the association between marital transition and children»s adjustment», *American Psychologist*, 1998, 53, pp. 167-184.
12. Wallerstein, J.S.; Kelly, J.B., *Surviving the break up: How children and parents cope with divorce*, New York, Basic Books, 1980.
13. Wallerstein, J.S.; Blakelee, S., *Second chances: Men, women and children a decade after divorce*, Boston, Mass., Houghton Mifflin, 1989.
14. Buchanan, C.M., Maccoby, E.E.; Dornbusch, S.M., «Adolescent and their families after divorce: Three residential arrangements compared», *Journal of Research on Adolescence*, 1992, 2, pp. 261-291.
15. McLanahan, S.; Sandefur, G., *Growing up with a single parent: What hurts, what helps*, Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1994.
16. Amato, P.R.; Gilbreth, J.G., «Non-resident fathers and children»s well being: A meta-analysis», *Journal of Marriage and the Family*, 1999, 53, pp. 43-58.
17. Amato, P.R., «The consequences of divorce for adults and children», *Journal of Marriage and Family*, 2000, 62, pp. 1269-1287.
18. Amato, P.R.; DeBoer, D.D., «The transmissions of marital stability across generations: Relationship skills or commitment to marriage?», *Journal of Marriage and Family*, 2001, 63, pp.1038-1051.
19. Cherlin, A.J.; Chase-Landsdale, P.L.; McRae, C., «Effects of parental divorce on mental health throughout the light course», *American Sociological Review*, 1998, 63, pp. 239-249.
20. Cherlin, A.J.; Kiernan, K.E.; Chase-Lansdale, P.L., «Parental divorce in childhood and demographic outcomes in young adulthood», *Demography*, 1995, 32, pp. 299-318.
21. Hetherington, E.M.; Kelly, J., *For better or for worse: Divorce reconsidered*, New York, Norton, 2002.
22. Wallerstein, J.S.; Lewis, J.M., «The unexpected legacy of divorce. Report of a 25-year Study», *Psychoanalytic Psychology*, 2004, 21, 3, pp. 353-370.
23. Bauserman, R., «Child adjustment in joint-custody versus sole-custody arrangements: A meta-analytic review», *Journal of Family Psychology*, 2002, 16, 1, pp. 91-102.
24. Hess, R.D.; Camera, K.A., «Post-divorce family relationships as mediating factors in the consequences of divorce for children», *Journal of Social Issues*, 1979, 35, pp. 79-96.

25. Hetherington, E.M.; Cox, M.; Cox R., The aftermath of divorce, en J.H. Stevens; M. Matthews (eds.), *Mother-child, father-child relations*, Washington, D.C., NAEYC, 1978.
26. Hetherington, E.M.; Cox, M.; Cox, R., Effects of divorce on parents and children, en M.E. Lamb (ed.), *Non-traditional families*, Hillsdale, N.J., Erlbaum, 1982, pp. 233-288
27. Clingempeel, W.G.; Segal, S., «Stepparent-stepchild relations and the psychological adjustment of children in stepmother and stepfather families», *Child Development*, 1986, 57, pp. 478-484.
28. Furstenberg, F.F., Jr.; Morgan, S.P.; Allison, J.L., «Paternal participation and children's well being after marital dissolution», *American Sociological Review*, 1987, 52, pp. 695-701.
29. Jacobson, D.S., Family type, visiting patterns, and children's behavior in the stepfamily: A linked family system, en K. Pasley; M. Inhinger-Tallman (eds.), *Remarriage and step-parenting*, New York, Guilford Press, 1987, pp. 257-272.
30. Bray, J.H.; Berger, S.H., «Non-custodial father and paternal grandparent relationships in stepfamilies», *Family Relations*, 1990, 39, pp. 414-419.
31. Maccoby, E.E.; Buchanan, C.M.; Mnookin, R.H.; Dornbusch, S.M., «Post divorce roles of mothers and fathers in the lives of their children», *Journal of Family Psychology*, 1993, 7, 1, pp. 24-38.
32. Bow, J.N.; Quinnell, F.A., «Psychologist's current practices and procedures in child custody evaluations: Five years after American Psychological Association guidelines», *Professional Psychology: Research and Practice*, 2001, 32, pp. 261-268.
33. Hardcastle, G.W., «Joint custody: A family court judge's perspective», *Family Law Quarterly*, 1998, 32, pp. 201-219.
34. Bender, W.N., «Joint custody: The options of choice», *Journal of Divorce and Remarriage*, 1994, 21, 3-4, pp. 115-131.
35. Goldstein, J.; Freud, A.; Solnit, A.J., *Beyond the best interests of the child*, New York, Free Press, 1973.
36. Kuehl, S.J., «Against joint custody: A dissent to the General Bull moose theory», *Family and Conciliation Courts Review*, 1989, 27, 2, pp. 37-45.
37. Turkat, I.D., «Shared Parenting Dysfunction», *The American Journal of Family Therapy*, 2002, 30, pp. 385-393.
38. Dunne, J.E.; Hudgins, E.W.; Babcock, J., «Can changing the divorce law affect post-divorce adjustment?», *Journal of Divorce and Remarriage*, 2000, 33, pp. 35-54.
39. Greenberg, L.R.; Gould, J.W., «The treating expert: A hybrid role with firm boundaries», *Professional Psychology: Research and Practice*, 2001, 32, pp. 469-478.
40. Kitzman, K.M.; Emery, J.R., «Child and family coping one year after mediated and litigated child custody disputes», *Journal of Family Psychology*, 1994, 8, pp. 150-159.

41. Marlow, L.; Sauber, R.S., *The Handbook of Divorce Mediation*, New York, Plenum Publishing, 1990.
42. Turkat, I.D., «Custody battle burnout», *The American Journal of Family Therapy*, 2000, 28, pp. 201-215.
43. Ehrenberg, M.F.; Hunter, M.A.; Eltherman, M.F., «Shared parenting agreements after marital separation: The roles of empathy and narcissism», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, 64, pp. 808-818.
44. Johnston, J.R., «High-conflict divorce», *The Future of Children*, 1994, 4, pp. 165-182.
45. Lamb, M.E.; Sternberg, K.J.; Thompson, R.A., «The effects of divorce and custody arrangements on children's behavior, development and adjustment», *Family and Conciliation Court Review*, 1997, 35, pp. 393-404.
46. Gardner, R.A., «Recent trends in divorce and custody litigation», *Academy Forum*, 1985, 29, pp. 3-7.
47. Gardner, R.A., *The Parental Alienation Syndrome and differentiation between fabricated and genuine child sex abuse*, Cresskill, N.J., Creative Therapeutics, 1987.
48. Gardner, R.A., *Family Evaluation in Child Custody Mediation, Arbitration and Litigation*, Cresskill, N.J., Creative Therapeutics, 1989.
49. Gardner, R.A., «Legal and psychotherapeutic approaches to the three types of Parental Alienation Syndrome Families. When psychiatry and law joint forces», *Court Review*, 1991, 28, 1, pp. 14-21.
50. Gardner, R.A., *Thee Parental Alienation Syndrome: A Guide for mental health and legal professionals, 2th.*, Cresskill, N.J., Creative Therapeutics, 1992.
51. Gardner, R.A., «Family therapy of moderate type of Parental Alienation Syndrome», *The American Journal of Family Therapy*, 1999, 29, pp. 195-212.
52. Gardner, R.A., *Therapeutic interventions for child with Parental Alienation Syndrome*, Cresskill, N.J., Creative Therapeutics, 2001.
53. Turkat, I.D., «Divorce related Malicious Parent Syndrome», *Journal of Family Violence*, 1999, 14, pp. 95-97.
54. Gardner, R.A., «The relation between the Parental Alienation Syndrome (PAS) and the False Memory Syndrome (FMS)», *The American Journal of Family Therapy*, 2004, 32, pp. 79-99.
55. Darnall, D., *Divorce causalities: Protecting your children from Parental Alienation*, Dallas, Texas, Taylor Publishing Company, 1998.
56. Cartwright, D., «Expanding the parameters of Parental Alienation Syndrome», *American Journal of Family Therapy*, 1993, 21, 3, pp. 205-215.
57. Aguilar Cuenca, J.M., *S. A. P. Síndrome de Alineación Parental*, Córdoba, Almuzara, 2004.
58. Turkat, I.D., «Child visitation interference in divorce», *Clinical Psychology Review*, 1994, 14, 8, pp. 737-742.

59. Children's Rights Council, *Annual Convention Brochure*, Washington, D.C., Children's Rights Council, 1994.
60. Chase-Landsdale, P.L.; Hetherington, E.M., «The impact of divorce on life-span development: Short and long term effects», *Life-Span Development*, 1990, 10, pp. 105-150.

Reyes Vallejo Orellana  
Psicóloga,  
Profesora de la Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

Fernando Sánchez-Barranco Vallejo  
Médico. Sevilla.

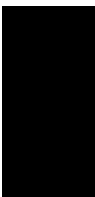
Pablo Sánchez-Barranco Vallejo  
Psiquiatra  
Department of Psychiatry  
New York University School of Medicine. Bellevue Hospital Center  
New York, NY, USA.

Correspondencia:  
Reyes Vallejo Orellana  
Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla  
C/. Camilo José Cela, s/n.  
41018 Sevilla  
reyesval@us.es

SECCIÓN



HISTORIA







Vicente Sánchez Vázquez, Teresa Guijarro Granados, Yolanda Sanz López

# LA OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA EN LOS TRIBUNALES PARA NIÑOS EN ESPAÑA (1889-1975) (I) LOS TERCIARIOS CAPUCHINOS Y LA PSICOLOGÍA

PSYCHOLOGICAL OBSERVATION IN SPANISH JUVENILE COURTS (1889-1975) (I)  
CAPUCHIN BROTHERS AND PSYCHOLOGY

## ■ RESUMEN

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

En este primer artículo se aborda históricamente la relación de los religiosos con la psicología, sus condicionantes políticos e ideológicos y su modelo criminológico.

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

## ■ ABSTRACT

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

This first article deals with a historical approach to the relation of friars to psychology, their political and ideological determinants, and their criminological model.

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

## ■ INTRODUCCIÓN

La observación psicológica en los establecimientos auxiliares de los Tribunales de Menores en España va indefectiblemente unida a la Congregación de los Terciarios Capuchinos, fundada por el padre Luis Amigó en el año 1889, en la ciudad de Valencia. Su creación tiene un marcado carácter finalista en relación a la intervención educativa con los menores disociales. Su objetivo es hacerse cargo de los reformatorios que por aquella época comienzan a abrirse en España. En el capítulo primero de sus Constituciones se explicitan claramente los fines de la Congregación: la educación correccional, moralización y enseñanza de ciencias y artes a los acogidos en Escuelas de Reforma y demás establecimientos similares, tanto públicos como privados (1).

En esta época, el poder público delegaría en manos privadas las Casas de Reforma, supliendo, de esta manera, las entidades privadas las carencias oficiales. No cabe la menor duda que fue el estamento religioso el que mostró más sensibilidad por el tema, llevando la iniciativa a la hora de hacerse cargo de tales Casas de Reforma. Sin embargo la participación de algunas comunidades religiosas en el ramo de los establecimientos para menores no respondió, evidentemente, a un reclamo positivista. Supuso, antes bien, un apéndice del monopolio clerical en materia educativa (2).

En este sentido la relación entre los Terciarios Capuchinos y la atención a los menores abandonados y delincuentes hay que contextualizarla, en sus inicios, en la política general del episcopado español de la Restauración de implantar su papel hegemónico y dominante sobre la educación. El medio utilizado será, como sabemos, las congregaciones religiosas, algunas de ellas dedicadas exclusivamente a la enseñanza. La afirmación del derecho de la Iglesia a inspeccionar los contenidos educativos de las escuelas fuesen públicas o privadas; la obligatoriedad de la enseñanza de la religión en los centros docentes, especialmente en la enseñanza media; el derecho de la Iglesia a crear sus propias instituciones educativas; la minusvaloración de los derechos y deberes del Estado en esta materia son, con mayor o menor intensidad según las circunstancias, los temas que continúa y reiteradamente va a plantear la Iglesia durante la Restauración (3).

Frente a la postura confesional católica de los conservadores, se levanta todo el grupo de intelectuales ligados a la Institución Libre de Enseñanza (ILE) con sus presupuestos de tolerancia, coeducación de sexos y neutralidad religiosa aplicada al contexto escolar, sustentados en el principio de secularización y laicismo de las instituciones públicas y en especial de la enseñanza. Por ello la derecha clerical española siempre ha considerado como su más poderoso enemigo a las fuerzas intelectuales y sociales que hallaron su expresión en la Institución Libre de Enseñanza (4).

Estas dos concepciones radicalmente antagónicas respecto a la enseñanza responden a una dinámica social más amplia. Son consecuencia, como en el siglo XVIII,

de un doble conflicto: contra el lastre de la tradición, el deseo de renovación; contra el deseo de renovación, el orgullo de la originalidad nacional (5).

Esta confrontación ideológica y política entre católicos e institucionalistas tendrá su correlato, como más adelante veremos, en la pugna por el control de los Reformatorios y por la formación de sus educadores cuando se creen años más tarde los Tribunales para Niños.

El proceso de acercamiento de los Padres Terciarios Capuchinos a la psicología, ligado a su trabajo educativo, pasa por una serie de etapas o fases que conviene desarrollar.

#### ■ PRIMERA ETAPA (1889-1924)

Al año siguiente de su fundación, en 1890, un grupo de religiosos sin experiencia educativa y sin conocimientos especiales de psicología y pedagogía, se hicieron cargo de la Escuela de Reforma de Santa Rita en Carabanchel Bajo.

Desde los primeros momentos se manifiesta una cierta inquietud por el estudio, asistemático aún, de los menores ingresados, con la finalidad de establecer una reeducación individualizada atendiendo a sus características personales. Dentro de la reducida esfera en que vive y se mueve la Escuela de Santa Rita, se apela a todos los recursos hábiles de que se dispone, y se ensayan y aplican los medios racionales y los resortes que el estudio, la observación y la experiencia han sugerido y sugieren cada día a los religiosos para adoptar, dentro siempre del reglamento oficial, no sólo un régimen general para la buena marcha y armonía de la Escuela, sino también y principalmente el régimen particular e individual conforme con el estado, fuerzas, aptitudes, inteligencia, vocación especial y modo de ser peculiar de cada corrigiendo, a fin de no exigirle más de lo que pueda, pero sí todo lo que deba (6).

Respecto a los primeros intentos de bosquejar estudios personalizados se tienen referencias (7) de la existencia de un fichero en la Escuela de Santa Rita (1910) donde se recogían datos acerca de las condiciones físicas y fisiológicas de los menores. Se completaban con descripciones que los educadores hacían respecto del comportamiento en el Centro, rendimiento escolar, incidencias, etc.

El interés por conocer los métodos de reeducación de los menores delincuentes y un cierto afán de perfeccionamiento se puede apreciar en los viajes que, ya por estas fechas, realizan algunos de los religiosos. Así, Javier de Valencia, en 1906, inicia los viajes de estudios por Europa (8); y en 1910, Domingo de Alboraya visita los principales establecimientos de Bélgica, Inglaterra, Francia y algunos de Italia, becado por el Ministerio de Gobernación (9).

Tras la creación de los Tribunales de Menores en 1918 se hacen cargo, comenzando por Amurrio (1920), de la mayoría de los Reformatorios españoles: Madrid, Zaragoza, Valencia, Sevilla, etc.

## ■ SEGUNDA ETAPA (1925-1936).

Hasta el año 1924 no se aprecia en el trabajo de los Terciarios Capuchinos ninguna relación con la psicología imperante en la época. A partir de esta fecha se va a producir un cambio radical, de tal manera que las sistematizaciones, los métodos, las exploraciones psicopedagógicas de esta etapa van a perdurar prácticamente inalterables hasta el declive de la Orden en torno a 1980. En esta época se revaloriza y desarrolla el interés por la psicología aplicada a la reeducación de los menores delincuentes como manifiesta Tomás Roca (10): fue a partir de este momento histórico cuando toman cuerpo y fuerza los estudios de psicología. Se regulan por entonces los viajes de estudio que tanto fruto proporcionaron a la Congregación abriéndole las nuevas fronteras de la ciencia experimental.

En todo el proceso de constitución de los Tribunales para Niños en España, y sobre todo en su desarrollo práctico que incluye la fundación de instituciones auxiliares, se encuentra una figura de enorme relevancia, ligada a los círculos católicos de la época: Gabriel María De Ybarra y de la Revilla, amigo y colaborador de Montero Ríos fue, a la muerte de éste en 1923, el impulsor de los Tribunales Tutelares. Promotor, asimismo, de la formación psicológica de los Padres Terciarios en un intento de contrarrestar las críticas de los intelectuales de la Institución Libre de Enseñanza acerca de la escasa formación de los educadores que atendían los Reformatorios. Todo ello en el seno de la confrontación ideológica en torno a la enseñanza a la que hemos hecho referencia anteriormente. Su colaboración con la Congregación de los Terciarios Capuchinos fue muy estrecha, a su iniciativa se debe la creación de la Casa de Observación del Salvador en Amurrio que fue el centro de gestación, junto al reformatorio Príncipe de Asturias (1925) de Madrid, de los métodos psicológicos de estos religiosos. El quehacer político y social de Ybarra, con enorme influencia en las esferas de la derecha tradicional, propició que la dirección de ambas instituciones de menores fueran asumidas por los Terciarios Capuchinos (11).

Las primeras iniciativas de formación psicológica corren a cargo de los frailes León de Alacuas y García Llavata. En diciembre de 1924 se trasladan a Barcelona, que es el punto más floreciente de la psicología española de la época. Entablan relación con el Dr. Mira y López que les adiestra en el manejo de material psicotécnico en el Instituto de Orientación Profesional. A través de Folch y Torres conocieron y aprendieron el manejo de la Escala de Binet. También establecieron contacto con Fernando Palmés que había organizado los laboratorios de psicopedagogía en los colegios de los jesuitas (12).

En 1925 se inaugura el Reformatorio del Príncipe de Asturias en Carabanchel Bajo y los Terciarios Capuchinos se hacen cargo de su dirección. El padre García Llavata monta el primer laboratorio de psicología de la congregación. Aquí trabaja en la adaptación del método de análisis funcional de la inteligencia de Vermeylen que se

utilizará sistemáticamente en los Reformatorios españoles hasta mediados de la década de los setenta (13).

El Reformatorio de Amurrio se creó en 1920 pero no dispuso de laboratorio de psicología hasta unos años después, en 1926. Estos dos laboratorios psicológicos, en Madrid y Amurrio, van a ser los centros desde donde se van a ir configurando los métodos de exploración y se van a marcar las líneas directrices al resto de los Reformatorios españoles.

En estos momentos, entre 1925 y 1928, la pugna por la influencia educativa en los reformatorios entre la Institución Libre de Enseñanza y los círculos católicos entra en una especial dialéctica. Las repetidas acusaciones de los institucionalistas tachando a los educadores religiosos de los reformatorios de falta de formación científica, indujo a la comisión directiva de los Tribunales Tutelares a legislar sobre el asunto. Así, en 1926 se aprobó una Real Orden donde se exigía al personal directivo de los reformatorios una determinada formación específica en temas de menores. El mínimo de conocimientos teóricos, además de formación práctica que se requería, debía extenderse a las áreas de psicología experimental, fisiología, psiquiatría, pedagogía normal y correccional y, por último, derecho del menor (14).

En 1928 se crean en el Reformatorio Príncipe de Asturias de Madrid y en el Reformatorio de Amurrio un Centro de Estudios Psicopedagógicos para la formación del personal religioso (o seculares afines) de la Obra. A este respecto es especialmente ilustrativa la siguiente cita del padre, terciario capuchino, Tomás Roca (15): *Aquello no había sido nada más que un clarinazo dado por Ybarra a los de la Institución Libre de Enseñanza. La preparación –se refiere a los cursos de formación– ante el temor de que los institucionalistas consiguieran el monopolio de la expedición de títulos a los educadores que ellos formarían en la Escuela que proyectaban fundar.*

En estos cursos de formación, que se suceden alternativamente en Madrid y Amurrio, vemos como profesorado, además de los religiosos más dedicados a la psicología, a los juristas Gabriel M<sup>o</sup> de Ybarra, José Guallart o Manuel Lasala; Folch y Torres dando pedagogía correccional; Martínez Saralegui catedrático de psicología en el colegio El Pilar de Madrid y creador del reloj moral; Juan Zaragüeta, profesor de la Universidad de Madrid, amigo de José Germain, quien bien pudo ser el que conectó a los religiosos con el Instituto Psicotécnico de Madrid, algunos de cuyos aparatos aparecen en el laboratorio de psicología de Amurrio.

A partir de este momento la Casa del Salvador de Amurrio (y en menor medida el Reformatorio de Madrid) se convierte en el centro piloto de los Reformatorios españoles, elaborando la metodología y técnicas que posteriormente se impondrán en todas las Casas de Observación dependientes de los Tribunales de Menores. La ficha de observación general donde se estructuran todos los datos (médicos, psicológicos y pedagógicos) relevantes del menor, se perfila y diseña en Amurrio.

Durante los veranos de 1926 a 1929, Gabriel M<sup>a</sup> de Ybarra junto a Luis Folch, psicólogo e inspector del Tribunal Tutelar de Barcelona, visitan los principales centros de reeducación de menores de los países centroeuropeos. La relación de centros visitados, analizados y descritos (16) es especialmente llamativa para la época y fiel reflejo de la incansable labor de Ybarra en el tema de los menores delincuentes. En 1926 visitaron el Centro de Observación y la Escuela Central de Dificiles, ambas en Moll, acompañados por Maurice Rouvroy. De la visita de ambos establecimientos educativos quedó tan entusiasmado Ybarra que tomó la decisión de enviar por su cuenta, obtenido el permiso de los superiores de la Congregación, a los sucesivos directores de Amurrio para que residieran una temporada en Moll y contrastaran su propia experiencia con la de M. Rouvroy (15).

A partir de 1928 se realizan numerosos viajes de estudios al extranjero. En este mismo año, Pérez de Alba y de Torrente se desplazan al Centro de Observación de Moll (Bélgica) dirigido por el pedagogo belga Maurice Rouvroy, profesor de la Universidad Libre de Bruselas. L'«Etablissement Central D'Observation pour Enfants difficiles de Moll-Huttes, fundado en 1912, era por entonces un establecimiento modelo destinado a niños delincuentes. Su influencia en la pedagogía correccional belga e incluso europea de la primera mitad de siglo, llegó a ser muy importante. Incluso, más tardíamente, encontramos su influencia en el célebre Centro de Reeducción de Boscoville en Canadá (17).

Rouvroy sirvió de punto de referencia para los Terciarios Capuchinos y su centro de Moll fue visitado por éstos en numerosas ocasiones.

La organización del centro se fundamenta en la filosofía imperante en los Tribunales para Niños de principios de siglo: tener en cuenta la personalidad del niño por encima de la gravedad del delito cometido. Se recomendaba la observación previa, mediante un protocolo biopsicopedagógico, de los niños que habían de ser juzgados y reeducados, obteniendo así su grado de responsabilidad y educabilidad (18). Una detallada descripción del centro y sus procedimientos correccionales podemos encontrarla en la referencia que hace Ybarra (16) a partir de las visitas que realizó a este centro.

Bélgica era por esta época un centro activo del estudio del niño normal y anormal (19). Pérez de Alba y de Torrente, en este mismo viaje, conectan e intercambian impresiones con el médico y pedagogo belga Decroly, quien pertenece a esa generación de médicos y de físicos belgas que fueron atraídos, a finales del siglo XIX y principios del XX, por la paidología y la pedagogía experimental.

Posteriormente, en 1930, Subiela y Paiporta trabajan en el Instituto de Orientación Profesional del Sena en la sección de psicotecnia con su director Lahy, que por aquel entonces era a su vez secretario de las Conferencias Internacionales de Psicología y Psicotecnia. Continuaron su aprendizaje en el ya nombrado Centro de Observación de Moll y en los centros alemanes para psicópatas de Euskirchen y Rheindahlen.

Se sucedieron varios viajes de otros religiosos que visitaron establecimientos de Francia, Bélgica, Holanda y Alemania. En 1931, José Ramos y Vicente Cabanes estuvieron en el Centro de Moll y en Bruselas conocieron el Office Intercomunale d'Orientation et Selection Professionnelle creado, por Decroly y Christiaens en 1914 (20, 21, 22). Posteriormente numerosos Terciarios Capuchinos siguieron formándose en el Centro de Observación de Moll que ejerció enorme influencia en la reeducación de menores en España.

Todas estas experiencias y los conocimientos adquiridos tuvieron su medio de difusión a través de la revista psicopedagógica *Adolescens Surge*, creada en 1930.

La intensa actividad en el plano psicológico desplegada en todos estos años, desembocaron en la II Asamblea de Psicopedagogos de la Congregación, celebrada en la Escuela de Reforma de Santa Rita en 1930, que fue una reunión cumbre en la que se perfeccionaron y modelaron los principales métodos psicopedagógicos de la Congregación de los Terciarios Capuchinos (1). De esta manera se establece, prácticamente, todo el sistema que va a ser objeto de descripción en este trabajo y que va a permanecer inamovible, salvo modificaciones puntuales, a lo largo de los años.

Este trabajo de estudio y espíritu de formación de los Terciarios Capuchinos no era la tónica general en todas las órdenes religiosas que se dedicaban a los menores, como se desprende de esta parte de la correspondencia de Ybarra, en 1931, dirigida al presidente de la Confederación Nacional Católica de Padres de Familia: *Es de sumo interés que los religiosos que se dediquen a esta Obra sean, además de religiosos, educadores especializados. Esto se ha conseguido de los Terciarios Capuchinos, que han sabido ponerse a la altura de su misión, han estudiado instituciones extranjeras y han comprendido que en estos tiempos hay que servir a Dios con la técnica* (23).

### ■ TERCERA ETAPA (1937-1950).

Todo el proceso de organización y de sistematización de métodos de exploración quedó interrumpido por la Guerra Civil española y sus secuelas en los años posteriores. La desaparición cruenta de un número considerable de religiosos y la destrucción de reformatorios como el Príncipe de Asturias de Madrid, produjo un efecto devastador. La desolada situación económica de la posguerra y la autarquía franquista no eran precisamente las mejores condiciones para abordar el estudio y tratamiento de los menores. Por entonces, el trabajo psicológico con los menores se centra casi exclusivamente en Amurrio, donde se retoman en el año 1939 los cursillos de especialización psicopedagógica.

#### ■ CUARTA ETAPA (1951-1980).

En estas fechas se renueva la actividad de los Terciarios Capuchinos en relación a la pedagogía y psicología de los menores delincuentes.

Aparece, en 1949, una nueva revista *Surgam* que viene a rellenar el vacío dejado por la desaparición de *Adolescens Surge*. Se reanudan las conferencias psicopedagógicas de la Congregación y se organizan sistemáticamente cursos de formación en el Centro de Estudios Psicopedagógicos de Amurrio.

Tomás Roca (24) denomina a esta etapa de resurgimiento pero en el análisis efectuado a los contenidos de la nueva revista *Surgam*, su medio de comunicación psicopedagógica, no corroboran ese optimismo. Efectivamente hay un nuevo impulso, pero que no supera el trabajo creativo realizado en torno a los años treinta.

A pesar del enorme avance que experimenta la psicología en España con la creación de la licenciatura de psicología y la aparición de revistas de alto contenido científico como la *Revista de Psicología General y Aplicada*, los Terciarios Capuchinos siguen empleando la misma metodología de exploración que si bien estaba justificada por el nivel de conocimientos de los años veinte, resulta obsoleta para 1970.

En los primeros años de la revista *Surgam* aparecen sistemáticamente referencias a pruebas simples, pero prácticas, de exploración psicopedagógica, que a partir de 1953 dejan de publicarse. Las revistas de 1963-1964 apenas contienen artículos de psicología y cuando aparecen es haciendo referencia a los métodos clásicos sin aportaciones nuevas (25). Las fichas psicopedagógicas posteriores continúan ancladas asimismo en el pasado (26). Cuando aparecen referencias novedosas, como por ejemplo, al *Psicodiagnóstico de Rorschach*, éstas resultan excesivamente divulgativas (27).

Aunque los Terciarios Capuchinos continuaron trabajando en los reformatorios españoles hasta la década de los ochenta, no modificaron sustancialmente los instrumentos de sus primeros momentos, como se puede apreciar. Así en 1950 se publica un estudio sobre la personalidad de los niños de los reformatorios teniendo como base el reloj moral que se empleaba en 1943 (28 y 29). Juan Antonio Martín (30) publica en 1963 un estudio estadístico de validación y sigue recurriendo a los instrumentos del período que reseñamos (en este caso al Método de Exploración Mental de Ramos elaborado durante la Guerra Civil). Un año más tarde, 1964, se publica *Los métodos pedagógicos y psicológicos del Instituto* (1), donde se sigue manteniendo el prototipo de exploración de la época de apogeo. En el análisis de los documentos del Centro de Observación del tribunal Tutelar de Menores de Córdoba se ha podido constatar que desde 1945 a 1975 se aplicaron sin variación prácticamente las mismas pruebas que se diseñaron en el centro matriz de Amurrio (31). En la misma línea que estamos exponiendo se encuentran, para finalizar esta argumentación, los métodos psicológicos del *Manual Pedagógico de los Terciarios Capuchinos* (32).



En todo este tiempo sólo cabe señalar como aportación novedosa la creación del Cuestionario Analítico de Personalidad de Amurrio (33), que no fue usado sistemáticamente en los Reformatorios, pero alcanzó gran divulgación, usándose actualmente, en los colegios religiosos de nuestro país.

Este paulatino empobrecimiento de la exploración psicológica que se observa a partir de los años cuarenta se puede explicar por factores socio-históricos y doctrinales. Con la implantación de la Dictadura del general Franco la Iglesia Católica se declara religión oficial del Estado. Los Terciarios Capuchinos ejercen su influencia, sin contestación alguna, en los Reformatorios españoles. El afán de superación para responder a las críticas y cuestionamiento de los sectores ligados a la Institución Libre de Enseñanza desaparecen al finiquitar el Instituto tras la Guerra Civil.

Los mejores y más cualificados representantes de la psicología española del primer tercio de siglo tuvieron que exilarse por sus ideales políticos liberales: José Germain, Mercedes Rodrigo, Emilio Mira y López, etc. con lo que el desarrollo de la psicología en España experimentó un verdadero desastre.

El período de autarquía de los primeros años del régimen franquista (34) impidió los viajes de estudio al extranjero que tan provechosos habían sido para los Padres Terciarios que se dedicaron a la psicología.

Hay que tener muy en cuenta la supeditación jerárquica de los psicólogos de las Casas de Observación a la Iglesia Católica, al ser miembros de una orden religiosa. De tal manera estaba establecida esta supeditación que cualquier innovación en el método de exploración psicológica debía contar con el *Nihil Obstat* de las altas jerarquías eclesiásticas, no precisamente dispuestas a la tolerancia, dado que el catolicismo español pretendió ser el más íntegro, puro y omnipresente de todo el urbe e inventó una especie de plus de ortodoxia que le daba superioridad supuesta sobre el resto de los catolicismos nacionales (35).

Y por último, una barrera importante del deterioro que analizamos es la sujeción doctrinal de estos psicólogos al modelo de sujeto derivado de la filosofía aristotélico-tomista. Difícilmente el espectacular auge de la psicología de los últimos cincuenta años podía compaginarse con una concepción de la conducta y del sujeto sustentada en base al análisis de conceptos como potencia, alma, sustancia, accidente, voluntad, etc. La osificación del sistema se hacía inevitable por la exagerada disciplina al modelo referencial y el respeto exacerbado por la tradición.

En resumen el período más floreciente y que presenta más interés de la exploración psicológica de los Terciarios Capuchinos, no entramos en otros aspectos como por ejemplo la pedagogía correccional, se concentra entre los años 1924 a 1934.

### ■ CONDICIONANTES HISTÓRICOS E IDEOLÓGICOS

El marco histórico cultural donde se contextualizan los condicionantes socio-estructurales de la labor psicológica de los Terciarios Capuchinos, hay que situarlo en la política del Episcopado español de la Restauración borbónica (1875), que configura a los religiosos como fuerza hegemónica y dominante de todo el sistema educativo del país.

La estrategia utilizada fue la creación de órdenes religiosas *ad hoc* (3). De esta manera Luis Amigó funda en Valencia, en 1889, la Congregación Religiosa de los Terciarios Capuchinos, con la finalidad de hacerse cargo del ámbito educativo concerniente a la reeducación de los menores delincuentes (1).

La promulgación de la ley de Tribunales para Niños de 1918 propició la creación de Reformatorios de menores, que empezaron a ser regentados por los Terciarios Capuchinos, apoyados en todo momento por Gabriel M<sup>a</sup> de Ybarra, que junto a Avelino Montero Ríos pasan por ser los pilares del movimiento tutelar español (11).

El acercamiento de los Terciarios Capuchinos a la psicología aplicada puede comprenderse de modo más plausible a partir de las siguientes consideraciones.

- a) La posición educativa de la Iglesia Católica era contestada durante la Restauración por los intelectuales ligados a la Institución Libre de Enseñanza (ILE). Una crítica contundente de éstos hacía referencia a la escasa o nula formación pedagógica y psicológica de los frailes que se ocupaban de los Reformatorios de menores, así como del escaso valor científico de sus métodos de reeducación. En la década de los años veinte, la ILE intentó crear una escuela de formación para educadores y asistentes sociales en contacto con menores delincuentes. Ybarra reaccionó creando el Centro de Estudios Psicopedagógicos de Amurrio (1928) para la formación del personal de los Reformatorios y contrarrestar de este modo la iniciativa de la ILE.
- b) Gabriel M<sup>a</sup> de Ybarra, por su posición política y social ligada a las esferas de la derecha tradicional católica, estaba inmerso en la confrontación que su grupo mantenía con la ILE. Pero además, Ybarra, hombre de profundos sentimientos cristianos, se apartaba del ala más radical de su grupo pensando que a Dios no sólo hay que servirlo con fe sino con técnica (13) e indudablemente estaba muy alejado de las siguientes palabras de Maura (1853-1925) citadas por Tuñón de Lara (36): «Menos escuelas y más bueyes que aren». Ybarra fue el mecenas de la formación de los Terciarios Capuchinos dedicados a la psicología, propiciando y costeando de su bolsillo los viajes de estudios al extranjero y poniéndolos en contacto con la nueva psicología que se desarrollaba en España, fundamentalmente Barcelona, en aquella época.
- c) El Derecho Penal positivista del siglo XIX, desplazando la atención desde la pena al delincuente, influyó directamente en los conceptos de la criminología tutelar de menores planteándose el estudio y observación psicológica de los mismos de

- cara a su proceso de reeducación. No se trataba tanto de castigar como de reeducar y consecuentemente se hacía necesario el estudio científico del menor delincuente. En este sentido es paradigmático el libro *Tribunales para de Niños* (37) de Cuello Calón, catedrático de Derecho Penal en la Universidad de Barcelona.
- d) La actuación individual de un grupo de Terciarios Capuchinos (García Llavata, Ramos Capella, Pérez de Alba, Cabanes, etc.), que no escatimaron esfuerzos para formarse en la psicología aplicada de la época, conectando con la corriente más progresista de la psicología neoescolástica ligada a la escuela de Lovaina de Mercier (38). La cuestión de introducir los métodos psicológicos en los Reformatorios de la Orden fue una cuestión controvertida, enfrentándose el grupo anterior a un conjunto de detractores internos quienes consideraban que con la sola presencia de un médico era más que suficiente, desvalorizando el papel que podría jugar las técnicas psicológicas al uso (10). Sin la insistencia y dedicación de este grupo de frailes el sistema de exploración psicológica en las Casas de Observación posiblemente no se habría podido llevar a cabo.

En definitiva se intenta concretar e ilustrar con las cuatro consideraciones anteriores la tesis de Bertrand Russell (39) que se explicita en la siguiente cita: Los filósofos (puede leerse psicólogos) son al mismo tiempo efectos y causas: resultado de sus circunstancias sociales, de la política y de las instituciones de su época, causas, si son afortunadas, de creencias que moldean la política y las instituciones de épocas posteriores.

#### ■ EL MODELO DE SUJETO

En otro orden de análisis, conviene destacar que todo el sistema de exploración psicológico desarrollado por los terciarios capuchinos, y que se describirá en la segunda parte de este libro, iba encaminado a la reeducación educativa de los menores delincuentes, por lo que con toda propiedad se podría aseverar que sus aplicaciones se enmarcan dentro de una Psicología pedagógica aplicada.

A la hora de examinar su quehacer concreto y los instrumentos utilizados hay que tener en cuenta, por una parte, su adscripción ideológica a los principios del catolicismo imperante, y, por otra, más interesante, la necesidad constante de remitirse a la psicología experimental neoescolástica. Su sistema teórico de referencia, que determina al alma y sus facultades como objeto de su psicología, está continuamente presente en la selección y elaboración de sus instrumentos de exploración, que se irán describiendo.

La expresión más contundente de lo anterior queda de manifiesto en la adaptación que hace Ramos Capella (40) del Método de Vermeylen, donde las funciones mentales exploradas son modificadas para ajustarse mejor a su denominada psicolo-

gía racional (41). Varios años estuvimos utilizando el procedimiento de examen mental de Vermeylen, con la puntuación y los resultados obtenidos por el P. Gabriel G. Llavata, pero siempre abrigamos el deseo de modificar el sistema, a fin de acomodarlo a nuestra filosofía tradicional. Este fue el motivo principal de la modificación. El problema de la adaptación a la filosofía tomista de los instrumentos de exploración de las funciones intelectuales pudo salvarse con la obra de Ramos Capella, sin embargo un asunto más peliagudo se les planteó a la hora de encontrar un instrumento válido para explorar la personalidad o el carácter y ajustarlo a sus principios teóricos rectores.

El estudio de la personalidad entronca directamente con el modelo de sujeto como sustrato de los procesos y estados psicológicos con que opera el investigador (42). Del mismo modo, la tradicional psicología de las facultades concebía éstas como principios operativos de un alma que le sirve de sustrato. En la medida que la personalidad representa lo propio que cada individuo pone en el comportamiento, es indudable que la conducta no es reducible a una relación funcional directa entre estímulos y respuestas. Entre ambos ha de mediar una estructura apropiada. Tal estructura es el sujeto del comportamiento y la forma de entender este va íntimamente asociada a la forma de entender la personalidad (42).

En la década de los años veinte, el instrumento más relevante y de mayor proyección para el análisis de la personalidad era el Psicodiagnóstico de Rorschach (43). Éste era conocido por los psicólogos de la Casa de Observación de Amurrio (44), pero sólo se utilizó parcialmente en algunas ocasiones y con escasa formalización, según se desprende de las Memorias de Amurrio examinadas. La dificultad mayor estribaba no en el instrumento en sí, sino en la teoría dinámica que lo sustenta, difícilmente armonizable con la teoría neoescolástica. Como sustituto se ideó un artilugio de exploración no por especulativo menos interesante y curioso: El reloj moral, que más adelante se describe.

El modelo de sujeto de la psicología neoescolástica parte de una concepción dualista de la persona: la persona humana como sustancia, no accidente, individual de una naturaleza racional (45). Las operaciones vitales vegetativas están sustentadas en el organismo. Mas por lo que respecta a las operaciones mentales del ser humano, la forma sustancial responsable de ellas viene de fuera del mundo físico, de un alma intelectual capaz de perdurar después de la muerte del cuerpo.

Esta concepción del sujeto, y por lo tanto de su actividad psicológica, la conducta, va a ser primordial para comprender tanto los instrumentos utilizados y la gestación del sistema general de exploración expuesto, cuanto para entender el declive posterior acaecido a partir de los años cincuenta.

La pujanza de las teorías psicoanalíticas y su proyección en España en el primer tercio de siglo (46) no pasó desapercibida para los psicólogos de las Casas de Observación, aunque sólo fuese para manifestar su disconformidad. Su rechazo manifiesto

(44) parte del antagonismo entre la concepción freudiana del mundo y la cosmovisión cristiano-católica (47, 48, y 49). Este rechazo se plantea en términos ideológicos, esto es, como una pugna entre los sistemas de representaciones (conceptuales, valorativas e incluso intuitivas) de dos grupos de prácticas sociales distintas.

En cuanto a las consideraciones de la conducta desde el punto de vista dinámico, al señalar la existencia de motivaciones inconscientes y por tanto la falta de control del sujeto sobre parte de sus actos, se estimó inadmisibles, para los teóricos neoescolásticos. La necesidad absoluta de la libertad del sujeto respecto a sus actos era premisa sine qua non para la existencia de la responsabilidad personal y garante de la noción de pecado. El castigo eterno se sustenta en su concepto de pecado y ambos constituyen pilares fundamentales del sistema ideológico católico-tomista: Por encima de los hábitos innatos y adquiridos, Dios ha dado al hombre la Libertad, con la que puede dominarlo todo y dominarse a sí mismo, hasta adquirir la personalidad que el hombre quiera (50).

Por lo que respecta a otro gran modelo de la época, el conductismo, conocido en España por los psicólogos de entonces (51), su craso empirismo y materialismo junto a la defensa del paradigma fisicalista en psicología, difícilmente podría haber sido fuente de referencia para el irrenunciable sentir espiritualista de los neoescolásticos.

Curiosamente, a pesar de la no aceptación del conductismo como modelo, en el reglamento para la Escuela de Reforma de Santa Rita en Madrid, aprobado por Real Decreto de 6 de abril de 1899, se aprueba un sistema de vales nominales (Capítulo VIII. De los premios y castigos), cuya estructura corresponde a una técnica basada en los principios del condicionamiento operante: la economía de fichas (52).

#### ■ EL MODELO CRIMINOLÓGICO DE LAS CASAS DE OBSERVACIÓN

A lo largo de su historia el hombre ha tratado de explicarse el sentido y las motivaciones de la conducta disocial desde diversos ámbitos: filosófico, legal, religioso, literario, etc. Aunque la Criminología como ciencia es relativamente joven, no carece de historia y esta es la historia de las teorías del desarrollo de la personalidad. Como sea que aparezca una nueva teoría de la personalidad es aplicada inmediatamente al delincuente.

La posición mantenida por los psicólogos de las Casas de Observación respecto a la delincuencia y criminalidad, hay que ubicarla en un cuerpo doctrinal ecléctico sustentado en dos grandes pilares:

- a) Las ideas correccionalistas y positivistas de los penalistas, que propiciaron la legislación de los Tribunales Tutelares de Menores (Montero Ríos, Ybarra, Cuello Calón, etc.), basadas en el principio de que el fin de la pena no podía ser la retribución social por el delito cometido sino la reeducación del delincuente. Su punto de vista se desplaza del delito al delincuente, quien se hace susceptible de

estudio para la aplicación del tratamiento más adecuado dadas sus características individuales.

Esta posición está claramente explicitada por el padre Roca (15), cronista de la labor de los Terciarios Capuchinos y persona muy ligada a Ybarra, al señalar que lo importante es conocer más que el hecho delictivo, el temperamento y la manera de ser del menor delincuente para aplicar el tratamiento educativo a la medida de su personalidad.

- b) La finalidad de la observación psicológica del menor delincuente iba encaminada a la aplicación del tratamiento educativo oportuno. Sus bases educativas se fundamentan en los preceptos religiosos de la Iglesia Católica y en el concepto de persona de la filosofía neoescolástica de la época.

Una de las posiciones sustentadas por el positivismo, el determinismo de la voluntad por factores biológicos, psicológicos o sociales, atenta contra la existencia del libre albedrío (53), punto esencial del canon católico. La existencia de la libertad del hombre se revela como condición sine qua non para la existencia del pecado en la doctrina católica, por lo que se hacía necesario rechazar la tesis del criminal nato: la tara ancestral no conduce fatalmente al crimen (54) o como dijo posteriormente, R. Albó (55), el laboratorio Psicotécnico ha podido confirmar técnicamente nuestras manifestaciones de hace años, según las cuales las condiciones patológicas y las dolencias físicas no deben considerarse como causa delictígena.

Juntamente con el principio de libertad de la voluntad se ha de tener en cuenta otro, no menos fundamental para entender su modelo delictivo, que es el de la inclinación al mal como consecuencia del pecado original. De aquí la imagen del delincuente como joven caído en la maldad por falta de control de la voluntad. Se consideraba que el delincuente no ha sabido oponer a una tendencia nociva la fuerza de detención obligada para que no se produjera el delito. De aquí su planteamiento reeducativo: hay que corregir a los menores tratando de cambiar sus malas costumbres, sus hábitos viciosos, en hábitos buenos y de fortificar su voluntad que en muchos es muy débil (56).

Esta falta de moralidad y voluntad, canales del delito, se interpretaba como una consecuencia de la confluencia de factores sociales, familiares y escolares negativos. Por regla general estas influencias obran indirectamente y por mutua asociación. El menor que falta a la escuela se pasa muchas horas en la calle, lee revistas pornográficas o de aventuras excitantes, permanece tardes enteras en el cine y acaba delinquiendo. El niño que vive en una zona inmoral tiene a menudo un hogar nocivo, habita en un tugurio malsano y contrae pésimas amistades, hasta acabar, generalmente, reuniéndose con alguna banda de jóvenes delincuentes (55).

Completando en algunos aspectos lo anterior, vamos a terminar este apartado con las características generales de la delincuencia apuntadas por J.J. Piquer (57),

que fue subdirector del laboratorio psicotécnico del Tribunal Tutelar de Menores de Barcelona: a) Existen barrios con mayor frecuencia delictiva que otros; b) La delincuencia infantil está en relación directa con el abandono moral de los hijos, de la vida desordenada de los padres, de las condiciones miserables del hogar y del ambiente vicioso de la calle; c) Hay barrios con delitos típicos y propios; y, d) Existe una elevada correlación entre delincuencia y población inmigrada.

Llama poderosamente la atención que, a pesar de detectar como causa de la delincuencia las condiciones sociales y familiares de abandono y miseria, en ningún momento hemos podido apreciar una sola referencia que criticara y pusiera en cuestión las condiciones sociales que hacían inevitable la existencia de esa miseria y abandono.

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez M y Martín JA. Métodos Pedagógicos y Psicológicos del Instituto. Amurrio: Centro de Estudios Psicopedagógicos; 1964.
2. Roldán Barbero H. Historia de la prisión en España. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias; 1988.
3. Puellas Benítez M. Educación e ideología en la España contemporánea. Barcelona: Labor; 1991.
4. Carr R. España 1908-1936. Barcelona: Ariel; 1969.
5. Vilar P. Historia de España. Barcelona: Crítica; 1978.
6. Alboraya D de. La escuela de Reforma de Santa Rita. Madrid: Imprenta Hijos de Hernandez; 1906.
7. Pérez de Alba JM<sup>a</sup>. Nuestro procedimiento pedagógico. *Adolescens Surge* 1931; 4: 349-357.
8. Roca T. Historia de la Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos de Nuestra Señora de los Dolores. Madrid: Gráficas Litograph; 1981.
9. Alboraya, D de. La escuela de reforma Santa Rita. Madrid: Imprenta Hijos de Hernández, 1906. op. cit.
10. Roca T. Registro personal acumulativo del alumno. *Surgam* 1976; 327-328: 3-18
11. Roca T. Los que hicieron la historia. *Surgam* 1981; 362: 25-38.
12. Roca T. Notas Históricas. *Surgam* 1975; 314-315: 3-14.
13. Roca T. Iniciación del movimiento científico amigoniano, *Surgam*, 1981, 362, 17-24.
14. Pérez de Alba JM<sup>a</sup>, Los cursos científicos organizados por los tribunales tutelares para preparación del personal. *Adolescens Surge* 1931; 2: 116-128.
15. Roca T. Historia de la Obra de los Tribunales Tutelares de Menores en España. Madrid: Consejo Superior de Protección de Menores; 1968.

16. Ybarra GM<sup>a</sup>. Temas del Centro de Estudios del Reformatorio de Amurrio. Bilbao: La Editorial Vizcaina; 1945.
17. Guindon J. Las etapas de la reeducación. Valencia: Marfil; 1972.
18. Rouvroy M. L'«établissement central d'observation pour enfants difficiles de Moll-Huttes et l'oeuvre de la protection de l'enfance organisée par Ministère de la Justice de Belgique. A Crianza Portuguesa 1948; VIII: 205-235.
19. Chateau J. Los grandes pedagogos. México: Fondo de Cultura Económica; 1959.
20. Ramos J. Impresiones de un viaje I. *Adolescens Surge* 1931; 7: 491-496.
21. Ramos J. Impresiones de un viaje II. *Adolescens Surge* 1932; 2: 87-100.
22. Ramos J. Impresiones de un viaje III. *Adolescens Surge* 1932; 4: 173-199.
23. Roca T. Historia de la Congregación de Religiosos Terciarios Capuchinos de Nuestra Señora de los Dolores. Madrid: Gráficas Litograph, 1981.
24. Roca T. Notas Históricas. *Surgam* 1975; 314-315: 3-14.
25. Martín JA. Método de exploración mental del padre Ramos. *Surgam* 1964; 179: 75-84.
26. Subiela J. La ficha psicopedagógica. *Surgam* 1966; 213: 11-20.
27. Martín JA. Apuntes sobre el psicodiagnóstico de Rorschach. *Surgam* 1965; 190: 12-16.
28. Martínez M. Características de personalidad del niño del Reformatorio I. *Surgam* 1950; 14: 16-22.
29. Martínez M. Características de personalidad del niño del Reformatorio II. *Surgam* 1950; 18-19: 7-14.
30. Martín JA. Estudio estadístico sobre el método de exploración mental. Amurrio: Cepa.
31. Sánchez Vázquez V. Características socio-familiares y demográficas en conductas disociales infanto-juveniles de Córdoba (1945-1975). Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad de Sevilla; 1993.
32. González F. y Tortajada E. Manual Pedagógico de los Terciarios Capuchinos. Valencia: Surgam; 1985.
33. Martín JA. Cuestionario Analítico de Personalidad de Amurrio. Amurrio: Cepa; 1966.
34. Tamames R. Historia de España Alfaguara VII. La República. La Era de Franco. Madrid: Alianza; 1973.
35. Tusell J. La Dictadura de Franco. Madrid: Alianza; 1988.
36. Tuñón de Lara M. Medio siglo de cultura española (1885-1936). Madrid: Tecnos; 1970.
37. Cuello Calón E. Tribunales para Niños. Madrid: Victoriano Suárez; 1917.
38. Rodríguez Domínguez S. Trayectoria histórica de la psicología en España. En: García L, Moya J, Rodríguez S, eds. Historia de la Psicología I. Introducción. Madrid: Siglo XXI; 1992: 75-109.



39. Russell B. Historia de la Filosofía occidental. Madrid: Espasa-Calpe; 1947.
40. Ramos Capella J. Método de exploración mental. Bilbao: Editorial El Pueblo Vasco; 1943.
41. Bulnes JP. Psicología. Madrid: Razón y Fe; 1941.
42. Pinillos JL. Principios de Psicología. Madrid: Alianza; 1975.
43. Rorschach H. Psicodiagnóstico. Buenos Aires, Paidós; 1977.
44. Cabanes V. Observación Psicológica y Reeducción de Menores. Vitoria: Centro de Estudios de Amurrio; 1940.
45. Sertillanges AD. Las grandes tesis de la filosofía tomista. Buenos Aires: Desclée de Brouwer; 1948.
46. Carpintero H. y Mestre M<sup>a</sup>V. Freud en España. Valencia: Promolibro; 1987.
47. Vergallo J. Educación y criminalidad a la luz del psicoanálisis I. Surgam 1956; 85: 11-16.
48. Vergallo J. Educación y criminalidad a la luz del psicoanálisis II. Surgam 1956; 86: 23-27.
49. Vergallo J. Educación y criminalidad a la luz del psicoanálisis III. Surgam 1957; 87: 19-23.
50. Arrese D. de. La persona humana. Madrid: Anro; 1962.
51. Viqueira JV. La Psicología contemporánea. Barcelona: Labor; 1930.
52. Mayor J. y Labrador FJ. Manual de modificación de conducta. Madrid: Alhambra; 1984.
53. González Zorrilla C. La justicia de menores en España. En: De Leo G, ed. La justicia de menores. Barcelona: Teide; 1985: 109-143.
54. Pérez de Alba JM<sup>a</sup>. Algunas ideas sobre el examen moral de los menores y procedimientos para realizarlo IV. Adolescens Surge 1933; 6: 317-323.
55. Albó R. Factores Influyentes. Barcelona: S.A. Horta de Impresiones; 1945.
56. Pérez de Alba JM<sup>a</sup>. Algunas ideas sobre el examen moral de los menores y procedimientos para realizarlo I. Adolescens Surge 1933; 3: 125-129.
57. Piquer JJ. El niño abandonado y delincuente. Madrid: C.S.I.C; 1946.



Fernando Dualde Beltrán

# LA PROFILAXIS DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA PSIQUIATRÍA FRANQUISTA: ESQUIZOFRENIA, EUGENESIA Y CONSEJO MATRIMONIAL

PREVENTION OF MENTAL ILLNESS IN SPANISH PSYCHIATRY DURING FRANQUISM: SCHIZOPHRENIA, EUGENICS AND PREMARITAL COUNSELLING.

## ■ RESUMEN

El presente trabajo pretende profundizar en la idea de que la ruptura y novedad que supuso el franquismo en la psiquiatría española afectó más —parafraseando la popular dicotomía jasperiana de la época— a la forma que a su contenido. Para ello, relajamos en primer lugar una revisión historiográfica sobre la eugenesia en España, que completamos con el análisis de los presupuestos que algunos psiquiatras españoles (Vallejo Nágera, Sarró Burbano, Solé Sagarra, Marco Merenciano) mantuvieron sobre las ideas eugenésicas en la España franquista, autores significativos por los textos que escribieron sobre esquizofrenia, psicosis cuya supuesta y aún no encontrada base orgánica hereditaria constituyó uno de los principales problemas asistenciales no resueltos del franquismo, apto para todo tipo de consideraciones eugenésicas. Su posicionamiento, manifestado en escritos publicados antes de la guerra civil, estuvo más sujeto a influencias morales que a una elaboración teórica consistente, y caracterizándose por el rechazo del determinismo en pro de una serie de medidas ambientales que se vieron reforzadas por el carácter controlador y autoritario del régimen franquista.

*Palabras clave:* Eugenesia, teoría psiquiátrica, España, historia, siglo xx.

## ■ ABSTRACT

This article develops the idea that franquism introduced a break in Spanish psychiatry more related to the form than to its contents. After a review work on eugenics in Spain, we analyze the theoretical approaches maintained by some Spanish psychiatrists, namely Vallejo Nágera, Sarró Burbano, Solé Sagarra and Marco Merenciano. These authors wrote about schizophrenia, a psychosis with a hypothesized -but never found- organic basis and also a major problem of psychiatric assistance that gave way to eugenic considerations. Their approach on that matter, yet elaborated before the civil war, was based more on moral reasons than on a sound theoretical ground, and rejected determinism in favor of environmental measures favoured by the authoritarianism of Franco's regime

*Key words:* Eugenics, psychiatric theory, Spain, history, 20th century

*Distinto es el caso, ciertamente, cuando se trata de esquizofrenias reactivas, pues la fase de remisión favorece el matrimonio del esquizofrénico, más todavía el libertinaje sexual de la hembra esquizofrénica, con peligro de procreación de hijos naturales, futuros hospicianos, que, como los legítimos, están amenazados de herencia de la enfermedad mental... empero los casos de esta naturaleza no son tan numerosos que justifiquen una medida general.*

VALLEJO NÁGERA (1940), *Tratamiento de las enfermedades mentales*, p. 201

## ■ INTRODUCCIÓN

La frase con que González Duro (1) describe el panorama de la psiquiatría española durante el franquismo, sigue siendo representativa de una de las opiniones más extendidas entre los historiadores de la psiquiatría de dicho periodo: «Quedaron en el país, naturalmente, los psiquiatras que habían militado en el bando nacionalista. Ellos ocuparon casi de inmediato los puestos oficiales de mayor relevancia, y se dedicaron, en la medida de lo posible, a la tarea de crear e impulsar una psiquiatría «nueva» que, haciendo tabla rasa con todo lo anterior, fuese adecuada con el «nuevo orden» surgido de la victoria<sup>1</sup>». Este enfoque, que parte del análisis de la ideología de los autores más representativos del periodo, y estudia los mecanismos por los cuales su discurso psiquiátrico se puso al servicio del orden establecido, se ha visto enriquecido en los últimos años con la aparición de una serie de trabajos en los que se revisan distintos aspectos de la psiquiatría franquista desde perspectivas diferentes, y que contribuyen a configurar un panorama ligeramente distinto, aunque no menos halagüeño, del que sugiere el entrecomillado.

Así, el trabajo de González de Pablo (2) plantea un doble patrón de asimilación de las ideas de la escuela de Heidelberg en España, en función del modelo escogido por los psiquiatras para alcanzar la legitimación profesional: la consecución del prestigio científico en el primer tercio del siglo xx, frente al control de la profesión durante el franquismo: «... el del saber y el del poder. En el primero se primó la consecución de un mejor conocimiento de la patología mental en la incorporación de las nociones de la psiquiatría heidelberguense; en el segundo la introducción de las ideas de Heidelberg se hizo sobre todo para configurar y apuntalar una determinada parcela de poder e influencia dentro del marco de la medicina. En último término, al menos en lo que atañe a la incorporación de formas de pensamiento, saber y poder van indefectiblemente unidos; la diferencia entre ambos modelos estriba en que en un modelo se da primacía a la adquisición de saber sobre la de poder y en el otro se prioriza la preocupación del poder sobre la del saber<sup>2</sup>».

Casco Solís (3, 4), por su parte, es uno de los autores que mejor ha estudiado la psiquiatría española durante el franquismo, contando con sendos trabajos exhaustivos y documentados. En el primero de ellos, enuncia los elementos que caracteriza-



ron de forma transversal a la psiquiatría oficial de dicho periodo: la simplicidad, la arbitrariedad, y la anulación del sujeto. En un segundo trabajo, dedicado a la periodización de la psiquiatría durante el franquismo, Casco Solís añadirá, como características propias del periodo, la tardía normalización académica de la psiquiatría y el abandono de la asistencia. No obstante, también reconoce la existencia de aportaciones valiosas, como las provenientes de líneas de investigación abiertas durante la guerra civil, otras derivadas de la fenomenología y la antropología existencial, así como algunas más procedentes de la medicina psicosomática o la psiquiatría antropológica. En cuanto a la ideología, es interesante su opinión respecto a si «hubo o no un cuerpo doctrinal y una práctica psiquiátrica que pudiera ser denominada como psiquiatría fascista». Casco Solís (3: 206-7) responde negativamente, justificándolo en la debilidad teórica del pensamiento reaccionario español, que no consiguió elaborar «una teoría acabada —política, nacionalista y totalitaria— del hombre y del Estado», en la presencia de una antropología católica que desactivaba los intentos fascistas, en especial el racismo y, por último, en el desinterés general del Régimen por las cuestiones psiquiátricas.

De este modo, lo que pareció ocurrir al árbol de la ciencia psiquiátrica durante dicho periodo fue que, desprovisto de buena parte de sus ramas —posiblemente las mejores—, las restantes alcanzaron un desarrollo que llegó, en algunos casos, al extremo de la aberración<sup>3</sup>.

El presente trabajo pretende profundizar en la idea de que la ruptura y novedad que supuso el franquismo en la psiquiatría española afectó más —parafraseando la popular dicotomía jaspersiana de la época— a la forma que a su contenido. Para ello, revisaremos los presupuestos que algunos psiquiatras españoles mantuvieron sobre las ideas eugenésicas en la España franquista, autores significativos por los textos que escribieron sobre esquizofrenia, psicosis cuya supuesta y aún no encontrada base orgánica hereditaria constituyó uno de los principales problemas asistenciales no resueltos del franquismo, apto para todo tipo de consideraciones eugenésicas.

## ■ REVISIÓN HISTORIOGRÁFICA

### *1. Origen y desarrollo de la eugenesia*

En la Europa de finales del siglo XIX, la confluencia de las corrientes antropológicas, las teorías evolucionistas —entre ellas, el darwinismo—, y las ideas filosóficas que postulaban el factor biológico como determinante de las condiciones de los cambios sociales, dio lugar a la aparición de la eugénica o eugenesia<sup>4</sup> como parte del conjunto de elaboraciones teóricas cuya finalidad era analizar y encontrar soluciones al problema de la población y —al hilo de las ideas mantenidas inicialmente por Morel y posteriormente generalizadas— de su degeneración. No hay que olvidar que, de

acuerdo con las corrientes citadas, la población se conceptuaba en el sentido de pueblos o razas llegando, en casos extremos como el del propio Galton —padre de la eugenesia—, a plantear la identidad entre estas últimas y las clases sociales. En este contexto, el determinismo biológico, con su creencia en la heredabilidad no sólo de los rasgos físicos, sino también de las capacidades físicas, mentales y morales del individuo, en un reduccionismo que confundía la biología con los aspectos morales y éticos de la organización de la sociedad y la relación entre los seres vivos, determinaba cada vez más la importancia de disponer de medidas tanto para la mejora de la población como para la detección de los sujetos que no se ajustaban a la norma establecida, los «degenerados».

Y es que no debe perderse de vista que las capacidades mentales y morales son determinantes en la relación del individuo con la sociedad, pues representan el punto de conflicto entre ambas instancias. Cada vez que la sociedad se sienta amenazada —y el temor a la muerte o a la pérdida de bienes se encuentra en un lugar prioritario—, cada vez que tema por la integridad de los valores establecidos, independientemente de la autenticidad que legitime dicho temor, la sociedad intentará controlar a aquellos elementos a quienes encuentra —o hace— responsables de la amenaza, a través de tres mecanismos: la integración, la segregación o la marginación. De esta forma, en la Europa de finales del siglo XIX, no resultaba extraño el establecimiento de un discurso circular en el cual la dificultad para la integración social o para la consecución de un nivel adecuado de productividad, eran vistos como producto, —cuando no causa—, de degeneración, y los individuos que las padecían pasaban a ser considerados portadores de peligros reales o potenciales para la sociedad, sujetos a transmisión hereditaria. Tales individuos recibían la denominación de enfermos mentales, anormales, pervertidos o delincuentes, y eran subsidiarios de medidas de segregación o de marginación, lo que reforzaba aún más su exclusión. Y para prevenir la transmisión de aquellos aspectos «hereditarios» considerados no deseables no se encontró mejor forma de hacerlo que a través del control de la reproducción de los individuos. Así, la esterilización se convirtió en la principal medida para prevenir la degeneración.

## *2. La introducción de la eugenesia en España en el primer tercio del siglo XX*

La recepción y desarrollo de las ideas sobre eugenesia en España ha sido estudiada por diversos autores. Entre ellos, los trabajos de Álvarez Peláez (5-13) son de obligada consulta para comprender todo este proceso<sup>5</sup>, al tiempo que aportan una descripción del contexto general en el que surgieron en Inglaterra y Estados Unidos las primeras ideas al respecto y las vicisitudes hasta su institucionalización<sup>6</sup>. El último de sus trabajos permite ver «las relaciones y coincidencias entre el pensamiento biológico, la higiene mental y los conceptos eugénicos que se fueron formando y creando, a partir de los principios de esta doctrina, en España... En España y en su higiene mental podemos percibir claramente tanto la adscripción a las ideas bio-

lógicas y eugénicas como forma de explicación de la existencia de trastornos mentales, como la asunción de la bondad de las medidas propuestas por la eugenesia, así como las contradicciones en que se podía caer y se caía en el uso de estas ideas... Lo cierto es que las concepciones eugénicas fueron utilizadas por todas las ideologías, integradas, a su manera, en todas las ideologías<sup>7</sup>».

Como bien ilustra Álvarez Peláez (12: 114), «Las ideas eugénicas obtuvieron gran popularidad por sus principios apoyados en el conocimiento científico. Esta doctrina, que utiliza la ciencia como respaldo y justificación de sus opiniones y su oferta de soluciones, alcanza también, con matices, variaciones y diversas interpretaciones, un gran apogeo y una gran difusión en la España de los años veinte». Siguiendo a esta misma autora (6: 205-8), podemos afirmar que las ideas eugenésicas penetraron en España de forma casi simultánea a su reconocimiento en el panorama científico internacional, principalmente a través de los escritos de unos pocos autores españoles que comenzaron a aparecer en la década de los años diez<sup>8</sup>: Valentí y Vivó (1841-1924), Catedrático de Medicina Legal y Toxicología de la Universidad de Barcelona, escribió un libro titulado *Eugenesia y Biología* (1910), y fue el único representante español en el I Congreso Internacional de Eugenesia de 1912. También catalán, Amador, miembro de la *Eugenics Education Society* londinense, publicó entre 1913 y 1914 cuatro artículos en los que exponía las teorías modernas sobre la herencia, así como las relaciones entre la eugenesia, la sociología y la economía política.

Sus actividades, sin embargo, no eran del todo conocidas por un profesional bien documentado al respecto como fue Rodríguez Lafora, quien había bebido de las fuentes eugenésicas norteamericanas tras haber completado su formación psiquiátrica en aquel país entre 1910 y 1912, y que publicó en ese último año dos importantes artículos de divulgación en la revista *España Médica* que, con el título *Eugénica o la ciencia de la herencia*, versaban sobre la historia del movimiento eugenésico, el primero de ellos, y sobre las leyes de Mendel y la herencia de la enfermedad mental, el segundo. Fue en ese mismo artículo donde Lafora, retomando las palabras de Galton, definía la eugenesia como «la ciencia de ser bien nacido», esto es, el estudio de los agentes sujetos a regulación social que pueden mejorar las cualidades sociales de sus generaciones futuras física y mentalmente. Luis Huerta Naves, por último, fue el primero en escribir un libro con los principios de la eugenesia, *Eugénica, Maternología y Puericultura...* (1918)<sup>9</sup>.

No obstante, la popularización de las ideas sobre eugenesia en nuestro país tuvo lugar a finales de la década de los veinte y principios de los treinta, al hilo de las discusiones acerca del sexo y el matrimonio. A dicha época pertenecen, entre otros, los libros de Marañón, *Amor, conveniencia y eugenesia* (1926) —reeditado en varias ocasiones e incluido dentro de *Ensayos sobre la vida sexual* (1926)—, y de Busquet Teixidor, *La lucha contra los trastornos del espíritu. Higiene mental popular* (1928)<sup>10</sup>. Ese mismo año tuvo lugar la celebración del *Primer Curso Eugénico Español*, bajo el

auspicio de la *Gaceta Médica Española* y la sociedad *Los Amigos del Niño*, curso suspendido por Real Decreto como consecuencia del choque ideológico frente a los sectores más conservadores —Iglesia y alta burguesía— de nuestra sociedad, que llegaron a tildarlo de «pornográfico». En 1933, una vez instaurada la II República, tuvo lugar la celebración de las Jornadas Eugénicas, «en las que se requirió la participación de todo aquél que quisiera y pudiera hablar sobre alguno de los temas ligados a la eugenesia, fuese el sexo, la genética, la enfermedad o el amor<sup>11</sup>».

Todos estos trabajos ponen de manifiesto las circunstancias políticas, sociales, económicas e ideológicas que concurrieron en la difusión y propagación de las ideas eugenésicas, y que se extendían más allá de la adscripción política de sus autores. Ello fue particularmente evidente, como pone de manifiesto Álvarez Peláez (6, 8), en el caso de Rodríguez Lafora, quien mantuvo posiciones que hasta podrían considerarse como reaccionarias, fruto de la contradicción entre el rechazo del determinismo biológico en su visión de la influencia de la herencia en la génesis de la enfermedad mental, y del tipo de medidas propuestas para prevenir la propagación de la misma. Con objeto de poder confrontar sus ideas con las de los autores que publicaron sobre eugenesia durante el franquismo, haremos a continuación un breve resumen de las mismas, basándonos en los estudios de Álvarez Peláez.

A su regreso de Estados Unidos, en 1912, y aún fuertemente impregnado de las ideas de aquel país, Lafora mantenía, en sus primeros escritos eugenésicos, que la influencia de la herencia sobre el estado de salud de un pueblo era superior a los efectos atribuibles al ambiente, la alimentación o la cultura<sup>12</sup>. Consecuentemente, manifestaba su confianza en las medidas eugenésicas como medio de «preparar nuevas generaciones normales y que desaparezca la degeneración progresiva de las razas, debido al método ilógico de matrimonios y vida seguido actualmente, haciéndolo mediante leyes del Estado prohibitivas e inmodificables, no sujetas a bulas de absolución, como sucedía antaño con las prohibiciones religiosas de este orden ... Sólo con este mejoramiento y supresión de las causas de degeneración y los cruzamientos apropiados, se conseguirá elevar las razas actuales en su nivel físico y mental<sup>13</sup>». Sin embargo, tales afirmaciones resultaban contradictorias con su concepción de la patología: «en general, en las enfermedades humanas, especialmente las mentales, es difícilísimo seguir los efectos de la herencia, pues en vez de los tipos híbridos se observan formas de locura variables o tipos de [de]generación mental de orden psicológico y moral (la *moral insanity* de los ingleses), que no parecen corresponder a ningún tipo definido de locura, o individuos con excesivo desarrollo de una facultad mental, verdaderos genios, llamados degenerados superiores por los franceses (*degenereés supérieures*) en los cuales, aparte de dicho desequilibrio mental, se observan numerosos síntomas degenerativos y perversiones de orden patológico<sup>14</sup>».

Años más tarde, en 1930, Lafora seguía mostrándose «básicamente de acuerdo con los postulados de la eugenesia tal como éstos se entendían y aplicaban en los



Estados Unidos... [incluída] la esterilización forzosa de anormales de diversos tipos<sup>15</sup>». Medida que, encaminada a proteger a la sociedad, no tenía que ser considerada como penalización para el sujeto. Entre otras cosas porque la esterilización únicamente pretendía limitar la posibilidad reproductiva del individuo, sin impedirle un acceso adecuado al disfrute de su sexualidad, cuya represión era el objeto de la castración. Qué duda cabe que tales planteamientos chocaban frontalmente con la postura oficial mantenida por la Iglesia, para quien sexo y reproducción aparecían indisolublemente unidas.

En un trabajo tardío escrito durante su exilio mexicano, *La concepción moderna del criminal nato. Factores hereditarios o individuales y factores mesológicos, ambientales o sociales de la criminalidad* (1941), Lafora aborda el estudio de las relaciones entre criminalidad, enfermedad mental y prevención de la delincuencia. De forma similar a los anteriores, oscila entre la proscripción nominal del determinismo biológico en la configuración de la conducta, y la prescripción de una serie de medidas eugenésicas, incluída la esterilización<sup>16</sup>.

Recientemente Álvarez Peláez (12) ha sacado a la luz un breve pero interesante estudio sobre la obra de Busquets, *La lucha contra los trastornos del espíritu. Higiene mental popular* (1928), «indudablemente, fue una obra ampliamente difundida y aceptada<sup>17</sup>». Dicho texto, del que únicamente incluiremos unas pocas citas textuales, es igualmente representativo del estado de conocimiento de la eugenesia, esta vez de la mano de un miembro de la escuela catalana. Nuevamente, la importancia concedida a la herencia como factor etiológico llevará en esta ocasión al autor catalán a sopear la adopción de una serie de medidas tales como la esterilización, el consejo prematrimonial con el preceptivo examen médico prenupcial o la segregación de los psicópatas. Tras la guerra civil, Busquet fue «jubilado prematuramente en 1941», siendo considerado uno de los representantes del exilio interior<sup>18</sup>. Veámos, a continuación, los fragmentos de su texto:

«Nosotros seguimos creyendo que la herencia es una de las causas más efectivas de la locura y de todo trastorno mental o nervioso; y lo seguimos creyendo, recordando las palabras y las observaciones de insignes maestros; y, también, por lo que hemos podido observar durante los largos años de práctica de manicomio y particular, la cual nos ha proporcionado ocasión de investigar los antecedentes hereditarios de centenares de enfermos de la mente...

Consideramos que es hora ya de establecer, en primer término, un fundamento legal que prive de tener hijos a los alcohólicos crónicos, a los epilépticos, a los imbéciles profundos y, especialmente, a los alienados.

Habría de estar, también, establecido que todo individuo, para casarse, necesitase de previo reconocimiento médico, y que sin el certificado correspondiente no pudiese legalizarse la unión matrimonial...

Para evitar la procreación, tanto legítima como ilegítima, de individuos profundamente degenerados, como los alcoholizados, epilépticos, psicóticos, etc., se ha pensado en otros recursos, han sido dictadas diversas disposiciones legales más o menos eficaces.

Citaremos la castración y esterilización, la segregación y la educación popular...

En nuestros tiempos, lamentablemente, no está tan arraigado este sentimiento o deseo de perfección de la raza como lo estaba entre los espartanos; pero, es indudable que disponemos, a este fin, de conocimientos científicos más exactos, y, por tanto, nos encontramos con mayores capacidades que aquellos para obtener la vigorización de las razas actuales, incluso de las europeas, que acostumbramos a señalar como las más decaídas...

Hemos mencionado aquí este folleto alemán [ley de 1924 del parlamento de Sajonia sobre esterilización de enfermos mentales] al objeto, solamente, de poner en evidencia hasta qué punto pueden extremarse las medidas de protección social y las dificultades u obstáculos con que siempre han de tropezar las medidas más eficaces de la profilaxis social y de la vigorización de las razas. Esto no obstante, transcurren los siglos, y lo que hoy es conceptualizado como una atrocidad es después considerado y aceptado como lógico, y viceversa<sup>19</sup>».

Así pues, como recuerda Álvarez Peláez (6: 205), «en nuestro país, la eugenesia se planteó más que nada como ciencia preocupada por desarrollar las medidas higiénicas en torno al matrimonio y la procreación» y, aunque se debatió intensamente sobre la esterilización forzosa de anormales y delincuentes, nunca se llegó a ningún intento de legalizar tal medida. Como también señala, las medidas de esterilización no gozaron del favor de los eugenistas católicos, —entre otras cosas por la constatación de que tales medidas apenas contribuían a resolver el problema de la transmisión de la enfermedad mental—. Por último, siempre siguiendo a Álvarez Peláez (11: 107), «La discusión sobre estas posibilidades siempre se hizo tomando como base la libertad individual. Las corrientes de derechas se apoyaron en las ideas del catolicismo para controlar los posibles controles. Para rechazar el control de natalidad por métodos anticonceptivos, el aborto cuando fuera decidido por la madre, etc. Pero su propio contenido les impedía apoyar las medidas de esterilización».

### 3. La eugenesia en España durante el franquismo

La atención dedicada a la difusión y pervivencia de las ideas eugenésicas durante el franquismo ha sido notablemente menor que en épocas anteriores, a pesar de tratarse de un periodo en el que concurrieron unas circunstancias propicias para el desarrollo de tales cuestiones. De este modo, durante casi veinte años, el trabajo de referencia al respecto han sido las pocas páginas del capítulo que González Duro (1: 21-46) dedicaba a «La psicología de la raza y la eugenesia» durante el franquismo, con algunas aportaciones posteriores del mismo autor<sup>20</sup>. Recientemente, al hilo de la

recuperación de la memoria histórica del franquismo a la que venimos asistiendo en los últimos años, el trabajo de Vinyes, Armengou y Belis (14) ha vuelto a poner de relieve la práctica de métodos eugenésicos en los primeros años del franquismo auspiciados por Vallejo Nágera. Fruto de sus investigaciones han sido dos libros — *Irredentas. Las presas políticas y sus hijos en las cárceles españolas* (15) y *Los niños perdidos del franquismo* — y un documental de televisión, elaborado por Armengou y Belis, que ofrecen — con el inevitable apasionamiento propio del material con el que trabajan —, los crudos testimonios de quienes sufrieron la represión durante los primeros años de la dictadura. Años que, por dicho motivo entre algunos otros, Casco Solís (4) ha denominado *Periodo de ajuste*.

La línea directriz que organiza el primer libro de González Duro parte del supuesto de que la ideología de la psiquiatría franquista respondió a las necesidades represoras y controladoras de una sociedad autoritaria. Este argumento lo encontramos formulado al iniciar el capítulo dedicado a eugenesia: «En la década de los años cuarenta la psiquiatría española, a través de algunos de sus miembros más caracterizados, intenta salir de los límites de su especialidad médica, para proporcionar un apuntalamiento científico a la ideología triunfadora de la guerra civil<sup>21</sup>».

González Duro (1: 33) nos muestra cómo «La psiquiatría española de la década de los cuarenta creía firmemente en la transmisión hereditaria de los caracteres raciales, tanto de los nobles y positivos como de los anómalos y negativos. En consecuencia, también pensaba que se heredaban las enfermedades mentales y que los pacientes afectados de ellas eran como portadores de misteriosos genes que podrían crear toda clase de anormalidades en la futura descendencia». El conflicto moral estaba servido, al chocar las medidas propias de la eugenesia, cuyo modelo de referencia era, por razones obvias, el alemán, con la confesionalidad manifiesta del régimen y de algunos de los psiquiatras más señalados, como fue el caso de Ordóñez Sierra, «probablemente el psiquiatra que entre nosotros ha estudiado más a fondo las cuestiones genéticas, [quien] mantiene desde hace años posturas proeugenésicas, posturas que siempre serán restrictivas, en más o en menos, para el enfermo mental».

Las ideas eugenésicas mantenidas por los psiquiatras españoles durante el franquismo no diferían de las expresadas por Vallejo Nágera unos pocos años antes. Ideas que recoge González Duro (16) en un segundo trabajo, más reciente, donde revisa la obra del psiquiatra palentino al respecto, y en las que ahora nos detendremos. Eran las suyas unas ideas que partían del supuesto de una degeneración «más moral que biológica», consecuencia de taras morales incrustadas en el genotipo. De este modo, el anhelo de Vallejo Nágera era poner en práctica medidas de naturaleza «moral», encaminadas a la mejora de la raza: «Ha de resplandecer nuevamente en la raza el misticismo, la caballeridad, el culto al honor, la valentía, la sobriedad, el menosprecio de los bienes materialistas, el pudor, la candidez, el apasionamiento, el

orgullo, la mezcla de buenas y malas cualidades psicológicas, con predominio de las primeras, que hicieron del español en tiempos pasados el modelo de caballero<sup>22</sup> ».

Entre la relación de medidas higiénicas que planteaba, muchas de ellas eran moneda común entre los higienistas de la época. No en vano, Vallejo Nágera había sido miembro de la Liga de Higiene Mental, formando parte de la sección de «Asistencia médica y protección social de los psicópatas<sup>23</sup> ». Así, el recurso a la disciplina social severa, a fin de domeñar los malos instintos de la población joven; el saneamiento del medio ambiente, bien es verdad que por medio de la imposición de la religión y el patriotismo; la creación de escuelas auxiliares para inferiores mentales, con métodos pedagógicos especiales, para elevar el nivel medio del pueblo; la selección y orientación profesional de la juventud; la moralización del medio ambiente, con el fin de evitar la progresión del alcoholismo o de la sífilis; una política natalista con el fin de incrementar los nacimientos, hacer descender la mortalidad infantil y subsidiar a las familias numerosas; una política nupcial que, entre otras, incluía el consejo matrimonial; la educación sexual de la población, etc. En cuanto a las medidas de higiene mental, Vallejo Nágera proponía la segregación de los psicópatas peligrosos para la sociedad, así como la de los enfermos mentales graves. Medidas, en general, cuya vigencia seguía siendo valorada positivamente décadas después, como ponían de manifiesto los trabajos de Ordóñez Sierra: «Ayudar a la descendencia más sana de las uniones conyugales que puedan realizarse nos parece mucho más importante, para establecer un parangón, que tratar de solucionar... los problemas educativos que son secundarios para el mantenimiento de estirpes psiquiátricamente sanas<sup>24</sup> ».

La valoración que hace González Duro (1: 255-6) de las ideas sobre profilaxis e higiene mental de la psiquiatría franquista nos recuerdan como «El prejuicio ideológico de la ininfluenciabilidad de los factores sociales en la patología mental del individuo ha dado como resultado el que la psiquiatría oficial española se haya preocupado menos de la higiene mental (prevención de las enfermedades psíquicas) que de la salud mental de la población española... A este respecto, nuestros psiquiatras más representativos han mantenido durante largos años la postura de que la mejor promoción de la salud mental de la población ha de consistir en evitar cualquier perturbación en el «status» tradicional de la sociedad. En consecuencia, han defendido con vehemencia la conservación y el reforzamiento del sistema supuestamente inmutable de valores y creencias como la mejor garantía del «status quo» social y de la salud mental».

Los trabajos de González Duro permiten, pues, comprobar cómo las ideas eugenéticas aún se mantuvieron vivas en nuestro país hasta bien entrada la década de los sesenta, y sirven para poner de manifiesto el atraso respecto los países europeos en los que, por aquellas fechas, habían penetrado las teorías que planteaban la sociogenia de la enfermedad mental. Sin embargo, adolecen de una contextualización histórica adecuada, pues tienden a interpretar las ideas eugenéticas de los psiquia-

tras franquistas como una teoría psiquiátrica *ex-nihilo* puesta al servicio de la ideología –como en buena medida fue, y así lo demuestra–, en lugar de verlo como la pervivencia anacrónica e inevitable de unas ideas que, partiendo del determinismo biológico, habían configurado el discurso mantenido por la mayoría de psiquiatras, del más variado signo político, del primer tercio del siglo xx. Sin olvidar que fueron los profesionales que más rechazaban dicho determinismo por razones ideológicas, los que acabaron reivindicando la vigencia de las medidas ambientales con fines eugenésicos.

La opinión de González Duro (16: 250) respecto a que la intervención de Vallejo Nágera en la psiquiatría española de los primeros años del franquismo fue más allá de la mera propuesta de creación de un Cuerpo General de Inquisidores, y que «La depuración política que realmente se estaba llevando a cabo en los vencidos de la guerra civil, fue implícitamente avalada por la psiquiatría española. Para los que habían conculcado esos principios [de la Nueva España], no bastaba con la pena de muerte, ni siquiera con su condenación a las penas eternas, sino que además se hacía preciso desposeer a sus hijos del apellido paterno, para que no quedase el menor rastro de su existencia», se ve confirmada y ampliada con el trabajo de Vinyes *et al* (14).

De acuerdo con estos autores, Franco autorizó la creación del Gabinete de Investigaciones Psicológicas de los Campos de Concentración el 23 de agosto de 1938. Se trataba de un proyecto inspirado y dirigido por Vallejo Nágera, a la sazón Jefe de los Servicios Psiquiátricos Militares, con el objeto de «hallar las relaciones que puedan existir entre las cualidades biopsíquicas del sujeto y el fanatismo político democrático-marxista<sup>24</sup>». Para ello, estudió primero a 297 brigadistas internacionales recluidos en San Pedro de Cardeña (Burgos) y, después, a cincuenta presas políticas recluidas en el penal de Málaga. En octubre de 1938, Vallejo Nágera publicaba el primer artículo de una serie de seis trabajos titulados *Psiquismo del fanatismo marxista*, que se sucedieron hasta octubre de 1939, fecha en que dejó de tenerse constancia de actividades ulteriores del citado Gabinete.

El trabajo de Vinyes *et al.* indica que las tesis eugénicas de Vallejo Nágera vinieron a sumarse al clima de depuración que imperó en los primeros años que siguieron a la victoria del bando «nacional» –el *Perido de Ajuste (1939-1945)* de Casco Solís–, e impregnaron la política carcelaria y represiva del franquismo, no sólo a través de su «prestigio profesional, poder institucional y ascendente moral entre los militares y los psiquiatras fascistas», sino también por la vinculación del citado psiquiatra con la Escuela de Estudios Penitenciarios, en la que se formaban los futuros funcionarios de prisiones. Vinculación que se mantuvo, al menos, hasta 1945, al tiempo que se añadían nuevas responsabilidades parejas a su oficio de Coronel, como la de ser el único militar que, desde 1943, tenía la responsabilidad de emitir informes científicos precisos sobre la responsabilidad jurídica de los condenados a muerte<sup>25</sup>.

La revisión de las ideas de Vallejo Nágera que hace Vinyes permite comprobar cómo aquel mantenía un noción de la raza que no se correspondía con un grupo biológico, sino que se identificaba con una sociedad caballeresca, un grupo social aristocrático, y una forma de gobierno fundamentada en la disciplina militar. Raza depositaria de unas virtudes patrióticas que se identificaban con el ambiguo concepto de hispanidad, cuya integridad era preciso salvaguardar: «Aquella parte del espíritu universal que no es asimilable, que ha sido creado por nuestros padres, legándonoslo a título de patrimonio, cuya custodia nos está encomendada<sup>26</sup>». Sin aclarar el modo de transmisión de estos valores, Vallejo Nágera rechazaba uno de los postulados del determinismo biológico, al mantener que «La degeneración de la raza reside a nuestro entender en factores externos que actúan de manera desfavorable sobre el plasma germinal».

De este modo, el abordaje del problema debía hacerse a expensas de medidas ambientales encaminadas a mejorar el nivel de la población —eugenesia positiva—, en lugar de eliminar a los individuos considerados bien degenerados, bien portadores del estigma —eugenesia negativa—, postura que tampoco admitía por su confesionalidad católica: «Agradecemos al filósofo Nietzsche la resurrección de las ideas espartanas acerca del exterminio de los inferiores orgánicos y psíquicos, de los que llama «parásitos de la sociedad». La civilización moderna no admite tan crueles postulados en el orden material, pero en el moral no se arredra en llevar a la práctica medidas incruentas que coloquen a los tarados biológicos en condiciones que imposibiliten su reproducción y transmisión a la progenie de las taras que los afectan. El medio más sencillo de y fácil de segregación consiste en internar en asilos, penales y colonias a los tarados, con separación de sexos<sup>27</sup>».

Esta orientación, en conjunción con la ideología reaccionaria del autor y en el clima represivo general de la época, explicaban la identificación del marxismo con la patología mental, y la utilidad de aplicar medidas de segregación de la descendencia para evitar la transmisión de tal «enfermedad<sup>28</sup>».

Para Vinyes (14: 42), además de ser uno de los primeros en psiquiatrizar la disidencia, el mérito de Vallejo Nágera fue «aportar a la dictadura, desde la psiquiatría oficial y académica, una pseudofilosofía de la inferioridad y la degeneración social e histórica del adversario político que justificaba y amparaba acciones, instituciones y políticas de segregación. Un ejemplo de ello en el mundo carcelario sería la Prisión de Madres Lactantes de Madrid, en la que la madre solo podía estar una hora al día con su bebé y ni siquiera dormir con él. La segregación desde la infancia era una de las medidas elementales de la «eugenesia positiva», como hemos visto, pero también lo era aquel modelo de infrahombre malvado con el que todo era lícito. Este discurso impregnó todo el aparato de comunicación social del régimen». No obstante, Vinyes (14: 52) se muestra ponderado al admitir que el psiquiatra militar no fuera el instigador de toda una serie de atrocidades cometidas en los presidios:

«Lo más probable es que Vallejo Nágera no tuviera la menor idea de lo que había pasado en la cárcel de Ventas, y que los citados falangistas no tuvieran ninguna noticia de la eugenesia positiva. No era necesario; todos coincidían en un mismo diagnóstico del adversario, generado por un ambiente y un discurso oficial de gran presencia y densidad: la necesidad de liquidar moral y éticamente, depurando y segregando».

Así pues, como sucedía con la lectura del texto de González Duro, el de Vinyes, extensamente documentado<sup>29</sup>, produce la impresión de que las ideas eugenésicas que Vallejo Nágera mantenía con tanta vehemencia eran producto exclusivo de una posición política de corte reaccionario, inspiradas en la ideología de Ramiro de Maetzu y el grupo constituido en torno a la revista *Acción Española*. Indudablemente, tales influencias son fácilmente identificables al comprobar la admiración del comandante médico por las ideas de Nietzsche, o al reclamar la reinstauración de la Inquisición. Pero no es menos cierto que el grueso de la teoría eugénica que defendía Vallejo Nágera provenía de fuentes psiquiátricas contemporáneas, matizadas respecto a las de otros psiquiatras españoles debido a la incompatibilidad entre sus creencias religiosas y el materialismo que implicaba un enfoque somaticista de la enfermedad.

Esto último lo aclara certeramente Ugarte (17: 15-6) al explorar las ideas de Vallejo Nágera a propósito de la homosexualidad, al indicar que éste, no pudiendo luchar contra la teoría eugénica, que contaba con el respaldo teórico de las comunidades científicas de países desarrollados, sólo podía cuestionar el determinismo que llevaba implícito la eugenesia. De este modo, la lucha contra la enfermedad debía realizarse a expensas de una higiene racial —de ahí el nombre de la obra—, y no de una selección artificial dirigida por el Estado, al tiempo que el fomento de la natalidad en todas las clases sociales —muy en la línea de los presupuestos de la iglesia, serviría de contraselección natural para reducir el efecto nocivo derivado de permitir la reproducción de los deficientes.

#### ■ ESQUIZOFRENIA, EUGENESIA Y CONSEJO PREMATRIMONIAL EN LA PSIQUIATRÍA FRANQUISTA

Como hemos podido ver a lo largo de la revisión historiográfica, las bases del movimiento eugenésico en España estaban asentadas antes de la instauración del régimen franquista. A diferencia de la imagen de ruptura con etapas anteriores que autores como González Duro (1) o Castilla del Pino (18) transmiten, a lo largo de las páginas que siguen intentaremos poner de manifiesto la existencia de continuidad de unas líneas de pensamiento preexistentes antes de la guerra civil con otras predominantes durante el franquismo. Líneas que alcanzaron un desarrollo tal vez exagerado, que vino a sumarse a la postergación y olvido de aquellas otras incompatibles por motivos fundamentalmente ideológicos. Posiblemente los mismos motivos que tam-

bién pesaron a la hora de seleccionar la recepción de nuevas teorías desarrolladas en los países de nuestro entorno durante la época franquista, y que sólo tardíamente, o de forma oficiosa por no aparecer en la literatura oficial, pasaron a formar parte del acervo teórico de nuestra psiquiatría. Tal fue el caso de las teorías sociales o de la antipsiquiatría, fundamentalmente y, en menor medida, del psicoanálisis.

Los textos que vamos a revisar corresponden a las ideas sobre eugenesia que aparecieron en los trabajos sobre terapéutica de la esquizofrenia que publicaron cuatro autores representativos de la psiquiatría española durante el franquismo —no tanto por la difusión de sus ideas como por la presencia que tuvieron en el panorama profesional—. El punto de partida está determinado por tres libros publicados al inicio de la época franquista: las publicaciones de Vallejo Nágera (19), *Tratamiento de las enfermedades mentales*, una obra dividida en una parte general, dedicada al estudio de diferentes métodos terapéuticos, y otra especial dedicada al tratamiento específico de neurosis y psicosis; Sarró (20) y su *Tratamiento moderno de las Esquizofrenias*, un texto que formaba parte de la serie «Colección Española de Monografías Médicas», donde ofrecía una revisión sobre los diferentes métodos terapéuticos disponibles en aquellos momentos aplicados a la esquizofrenia, con especial detalle sobre las técnicas somáticas; y Marco Merenciano (21), autor de *Esquizofrenias paranoides (psicopatología y tratamiento)*, pequeña obra que formaba parte de la serie «Psiquiatría, Neurología y sectores afines», de la colección de *Monografías Miguel Servet de Neurología, Psiquiatría y sectores afines*<sup>30</sup>, donde hacía un repaso de la cardiazolterapia y el electrochoque, con otros dos capítulos dedicados a nosotaxia y a la interpretación epiléptica de la esquizofrenia. Finalizaremos nuestro recorrido con un texto aparecido en la década de los cincuenta, el capítulo de «Tratamientos biológicos» que Solé Sagarra (22) incluyó en su *Manual de Psiquiatría*, escrito conjuntamente con Leonhard en 1953, aunque no aportó ninguna novedad respecto a la obra de Vallejo Nágera, con la que guardaba una importante similitud ideológica.

#### *Vallejo Nágera*

«Polimórfica en sus manifestaciones, desconcertantes por sus extraños síntomas, misteriosas sus causas íntimas, propia de todas las edades, sexos y clases sociales, constituye la esquizofrenia capitalísimo punto del interés de los alienistas de todas las épocas y escuelas, siendo objeto de infinitas investigaciones encaminadas al descubrimiento de su etiopatogenia y de tenaces esfuerzos para su curación... El gran núcleo etiopatogénico que denominamos esquizofrenia ha de comprenderse como una enfermedad de naturaleza endógena, de causa orgánica o tóxica, y de origen desconocido, no obstante la multiplicidad de las manifestaciones del curso y de la terminación... La esquizofrenia *idiopática*, constitucional y endógena, está condicionada por un PROCESO (heredobiológico, orgánico)<sup>31</sup> ».



Aceptada, pues, la naturaleza orgánica de la enfermedad y su carácter transmisible<sup>32</sup> se seguía, como consecuencia lógica, la necesidad de establecer una profilaxis para evitar su propagación. Sin lugar a dudas, estas cuestiones eran delicadas desde un punto de vista ideológico, por cuanto los comentarios acerca de la conveniencia o no de esterilizar a los esquizofrénicos, entre otros enfermos mentales, o la pertinencia de desaconsejar el matrimonio en aquellos casos considerados de riesgo para la transmisión de la enfermedad, se hacían aduciendo tanto argumentos científicos como otros de índole ética o, más específicamente, de moral católica. Los textos a los que siempre se hacía una referencia obligadas eran la ley alemana, de 14 de julio de 1933, sobre prevención de la herencia morbosa; y, en el extremo opuesto, la *Medicina Pastoralis* de Antonelli, alrededor de 1930, en época del Papa Pío XII, por la cual la Iglesia católica manifestaba su postura contraria a la esterilización eugenésica.

Sin que pueda hablarse de una evolución en el pensamiento de Vallejo Nágera sobre tan espinosa cuestión, sí que resulta llamativa la diferencia de contenido que se observa en *Tratamiento de las enfermedades mentales*, de 1940, frente a la simplificación de motivos que encontramos en las sucesivas ediciones de su *Tratado de Psiquiatría*, con tres ediciones publicadas en 1944, 1949 y 1954, hasta el punto de dar una impresión equivocada. Así, en la parte general de su libro sobre terapéutica, Vallejo Nágera (19: 18-35), conceptuaba la higiene mental como el estudio de las causas de las enfermedades mentales con el fin de evitar su acción sobre el individuo, protegiéndole de ellas mediante el recurso a diferentes métodos:

«Constituye el fin primordial de la higiene mental la neutralización de la totalidad de los factores que pueden dañar la salud psíquica del pueblo, compitiéndole variadas y múltiples funciones. Señala los rumbos de la educación infantil con el fin de modificar las tendencias afectivas perversas del niño y substraerle a vivencias perniciosas. Inculca al joven principios éticos y estéticos que lo aparten de la sífilis, el alcohol y del libertinaje. Dirige la educación sexual de la juventud en evitación de complejos psicoafectivos, futuras espinas psíquicas causa de las neurosis. Eleva el nivel cultural del pueblo y dulcifica las relaciones sociales como medio de paliar los conflictos incesantemente creados en la lucha por la vida. La higiene mental influye poderosamente sobre el porvenir de la raza en cuanto pretende fundamentar la salud del pueblo en principios de severa moral, cultiva sentimientos altruistas y mantiene un ambiente espiritual que permite la evolución hacia lo perfecto<sup>33</sup>».

Tras ello, se extendía ampliamente sobre la asexualización de los psicópatas, la relación de la psicosis con el embarazo, las indicaciones del aborto terapéutico, y el matrimonio en los enfermos mentales, remitiendo al lector a las respectivas monografías en las que había abordado con más detenimiento estas cuestiones<sup>34</sup>.

En la parte de terapéutica especial, Vallejo Nágera planteaba, en el caso de la esquizofrenia, tres aspectos de interés preventivo, argumentados desde un punto de vista científico y haciendo referencia en solo dos ocasiones, y de pasada, a motivos

de naturaleza religiosa. El primero de ellos, la esterilización de los esquizofrénicos, comentaba de forma crítica de los trabajos de Beringer, Rüdín y Zoller, fundamentando su «oposición a la medida mutiladora ante la esquizofrenia, primeramente en que la transmisión de la enfermedad se haga con carácter recesivo, y en segundo lugar, que en el caso más desfavorable un 40 por 100 de los hijos de padres bilateralmente esquizofrénicos sean sanos. A ello debe agregarse que la heredabilidad es muy diferente para cada forma clínica, y que las formas heredables de la esquizofrenia tienden a la desaparición espontánea en el transcurso de las generaciones<sup>35</sup>».

Por todos estos motivos, carecía de sentido la esterilización que, de acuerdo con lo que Rüdín planteaba, debería extenderse a la mitad de toda la población europea. Además, puesto que la medida sólo alcanzaría a los enfermos procesales, se añadía la dificultad del diagnóstico diferencial entre estos y aquellos otros casos de reacción esquizofrenoide. Por si fuera poco, en el caso de las formas de evolución catastrófica, el importante defecto que generaban hacía a los enfermos subsidiarios de internamiento sanatorial, «con escasas probabilidades de matrimonio, por lo que sería inhumano agravar su desgracia con la operación privativa de una función que ya no representa peligros para la raza<sup>36</sup>». Finalizaba el apartado haciendo referencia a su libro *La asexualización de los psicópatas*, de 1934, manifestando taxativamente que «la esterilización de los esquizofrénicos no está justificada plenamente como medida profiláctica de la enfermedad, además de tropezarse con graves obstáculos religiosos y sociales para llevarla a cabo<sup>37</sup>».

El segundo aspecto, relativo al consejo sobre el matrimonio de los esquizofrénicos, sentaba la indicación de evitarlo, pues no sólo algunos cuadros se desencadenaban con motivo de los esponsales, sino que en las mujeres se añadía el riesgo de debut de la enfermedad en relación con los cambios hormonales del embarazo, puerperio y lactancia.

«Consideramos este lugar apropiado para ocuparnos de la llamada catatonía de los esponsales o psicosis de la luna de miel. Trátase de reacciones esquizofrénicas o de la puesta en marcha del núcleo constitucional de la esquizofrenia, consecutivamente a las vivencias sexuales del matrimonio. En la generalidad de los casos se trata de esquizoides cuya inmadurada constitución sexual incítales a sumergirse bruscamente en una excitación erótica ante la realidad concreta de los problemas sexuales que anteriormente se habían planteado; o que heridos en lo íntimo de su yo ante la grosera realidad del acto conyugal, reaccionan con síntomas catatónicos. Los episodios esquizofrénicos del viaje de bodas son aparatosos, de breve duración y remiten sin síntomas procesales o de defecto en la generalidad de los casos<sup>38</sup>».

Esta medida, además, parecía más eficaz y menos cruenta que la esterilización para evitar la transmisión de la enfermedad, por lo que «la prohibición de esponsales entre parientes próximos constituye una medida eugenésica positiva que debe imponerse legislativamente, como lo tiene prescrito la Iglesia, aunque concede demasia-

do fácilmente las dispensas<sup>39</sup>». En cualquier caso, recordaba que la conducta sexual de los afectos de esquizofrenia ejercía por sí misma de factor protector, sumándose a la reducción de la fertilidad de las mujeres respecto a la población normal:

«Los esquizoides graves llegan al matrimonio en mínima proporción, pues generalmente carecen de espíritu emprendedor, de ambición. Suelen tratarse de tímidos sexuales, que huyen del sexo contrario, abundando los esquizoides entre los solteros, protegiéndose así indirectamente a la raza, puesto que disminuyen las posibilidades de casamiento las propiedades y reacciones caracterológicas de los esquizoides y esquizofrénicos<sup>40</sup>».

El tercer punto que trataba Vallejo Nágera sobre profilaxis hacía referencia a la higiene mental del esquizoide, esto es, a aquellos factores encaminados a evitar el desencadenamiento de la enfermedad o, una vez puesta en marcha, su mejor adaptación al medio, reconociendo que no era posible ofrecer pautas generales, sino que era preciso adaptarlas a cada caso. Entre los elementos a considerar, apoyados de comentarios tendenciosos, se encontraban, la educación—«... estimulando en ellos la idea de que el trabajo es un deber y una necesidad, como también el cumplimiento de los deberes morales y sociales<sup>41</sup>»—, la detección precoz de los primeros síntomas, la evitación de los factores desencadenantes reconocidos como tales (básicamente los afectos sexuales y religiosos), y la elección adecuada de la ocupación: «Los padres se resignan pocas veces a que su hijo se convierta en un simple obrero, o que se coloque en un empleo burocrático que, por su misma modestia, le aleje de los conflictos vitales. Cuando se trata de muchachas ya es más fácil persuadirles que su misión está en el hogar, y que los trabajos caseros son su natural ocupación<sup>42</sup>».

A diferencia de este planteamiento, en las sucesivas ediciones de su *Tratado...*, y dentro de los remedios incluidos en la *indicación causal* del tratamiento de las psicosis, Vallejo Nágera (23: 1148-50) resumirá los argumentos que acabamos de ver, manteniendo la postura ponderada sobre la esterilización, pero mostrándose más taxativo respecto al consejo prematrimonial. En el primer caso, sin embargo, dará la sensación de que las razones científicas son bastante más simples, aduciendo únicamente la ineficacia de esta medida a corto plazo<sup>43</sup>, para resaltar los motivos de adscripción religiosa y moral<sup>44</sup>. Por otro lado, especificará mejor las indicaciones del consejo prenupcial, basado en el estudio de tres generaciones, para desaconsejar el matrimonio cuando hubiera una carga evidente en alguno de los novios o también en el caso de que ambas familias estuvieran afectas, pero no por motivos de transmisión sino, en un contexto de darwinismo social, por las consecuencias negativas en la convivencia familiar y la educación de los hijos:

«Prudentemente se desaconsejará el matrimonio cuando uno de los pretendientes haya sufrido un episodio psicótico endógeno, sobre todo esquizofrénico, en particular si se aprecian evidentes síntomas defectuales, y no por las posibilidades más o menos remotas de transmisión a la prole, sino porque descartadas las más que

probables recidivas, la personalidad del sujeto que ha padecido una enfermedad mental perturba la convivencia conyugal, dificulta la lucha por la vida e impide la adecuada educación de los hijos. El padecimiento de psicosis endógenas por uno de los padres o hermanos es motivo suficiente para desaconsejar el matrimonio, como también cuando en tres generaciones próximas de la comparte se hayan dado varios casos de enfermedad psíquica<sup>45</sup>».

### *Sarró Burbano*

En su libro *Tratamiento moderno de las esquizofrenias*, Sarró (20) dedicaba a la psicoprofilaxis el capítulo final. En él planteaba que el inicio de la enfermedad se producía por la confluencia de factores propios del individuo, en conjunción con la presencia de desencadenantes externos de naturaleza psicológica: «La prevención debe tomar como punto de partida el estudio de las causas de la enfermedad. Según la concepción actual, el factor endógeno es indispensable pero también debe reconocerse un poder de acción complementario a los factores exógenos<sup>46</sup>», lo que daba pie a comentar las clásicas cifras de Luxemburger sobre la incidencia de la enfermedad en familiares de distinto grado; y a la valoración de distintos traumas psíquicos implicados en el desencadenamiento de la enfermedad, mostrándose más partidario de considerar los de naturaleza religiosa y erótica, que otros aparentemente más traumáticos, como la experiencia de la guerra: «Las personalidades esquizoides parecen dotadas de cierta inmunidad ante los traumas de la guerra. El «estoicismo», tan típicamente español, es un rasgo caracterológico esquizoide. Por otra parte, la guerra puede disminuir otro tipo de traumas ante los cuales presente menos resistencia el candidato a la esquizofrenia, por ejemplo los religiosos y eróticos y tal vez de valoración social<sup>47</sup>».

De acuerdo con este planteamiento Sarró consideraba, citando a Vallejo Nágera, dos posibilidades de prevención: la genetista y la conductista. De la última apenas hablaba, al considerar que las posibilidades de modificación del ambiente casi no ofrecían resultados satisfactorios que sirvieran de contrapeso a la carga genética, por lo que se extendía en el comentario de la prevención genetista, concretamente la citada ley alemana sobre prevención de la herencia morbosa. Era precisamente en los comentarios sobre la misma cuando Sarró se mostraba favorable a la eugenesia, sólo matizada merced a la influencia de la confesionalidad del régimen franquista, pues nombraba los argumentos científicos sólo de pasada y hacia el final del texto:

«Hay, pues, que seguir el camino de la eugenesia geneticista. Pero esto no es practicable en nuestra patria, bajo la forma de las esterilizaciones por oponerse a ello razones considerables expuestas muchas de ellas por los propios autores alemanes antes de 1933... El triunfo de la ideología racista elevó en la jerarquía valorativa, los valores de la sangre y de la raza. *Desde el punto de vista racista la esterilización*

*resulta lógica e incluso «ética». En cuanto está al servicio de los valores que se consideran supremos, la argumentación alemana sólo peca por no separar con suficiente claridad las razones «científicas» de las razones «político-filosóficas» de la esterilización.*

En España la situación es muy distinta. Ninguna de las fuerzas históricas que han contribuido a crear la nación y el estado español puede llevarnos a un «racismo». El pueblo español tiene una composición biológica sumamente heterogénea. Su escala de valores consuetudinaria no desdeña los valores raciales, pero les asigna un lugar completamente distinto en su jerarquía valorativa.

Por otra parte, en España no existe otra religión que la católica, y la Iglesia ha declarado sin ambigüedades que rechaza la esterilización eugénica (en 1930, por boca de su más alto representante el Papa Pío XII). Esta es juzgada como un atentado del Estado a los derechos más intangibles del individuo, como son la integridad corporal y la fecundidad.

Es decir, que en España militan razones políticas y filosóficas antagónicas en esta cuestión de las que reinan en Alemania y que por consiguiente la esterilización debe ser desechada.

Esto es tanto menos lamentable cuanto que, como ya señalábamos hace algunos años, también puede hacerse a la esterilización objeciones «científicas», cual es la de que la transmisión hereditaria de la esquizofrenia es de carácter recesivo, que los individuos heterocigotos escapan a la esterilización, que la fecundidad de los esquizofrénicos es sumamente escasa, que los límites y composición del grupo de las esquizofrenias es sumamente problemática, que esquizofrenia y talento e incluso genio no se excluyen mutuamente, antes al contrario, y que el hombre «esterilizado» se convierte en un neurótico, etc.<sup>48</sup> ».

El capítulo finalizaba con unas breves palabras a favor del consejo prematrimonial, que apenas requieren comentario: «Pues todo lo que contribuya a exaltar en el individuo un sentido de responsabilidad eugenésica redundará tarde o temprano en beneficio del individuo y de la colectividad».

#### *Marco Merenciano y Solé Sagarra*

Otros autores también trataron cuestiones referidas a la eugenesia, generalmente en los primeros años del régimen, por razones posiblemente relacionadas con la necesidad de exaltación nacional, al objeto de dotar de una identidad determinada al régimen franquista. Entre ellos se encontraba Marco Merenciano (24), miembro de la Falange, de quien reproducimos un párrafo muy significativo que introducía en su artículo sobre electrochoque: «En orden a la eugenesia es motivo de preocupación este nuevo tratamiento de la esquizofrenia... En este sentido es posible que el tratamiento de las esquizofrenias facilite una serie de matrimonios que sin él no hubieran

podido realizarse. Es decir, cabe que una mejoría transitoria del individuo enfermo ocasione un aumento considerable de esquizofrénicos. Aquí pues, el psiquiatra tiene un campo de acción social, y este problema de higiene mental debe abordarse valientemente». Dos años más tarde, este mismo comentario se incluía en el capítulo donde valoraba el tratamiento con el cardiazol (!), si bien añadía la conveniencia de «dar nuestra opinión contraria al matrimonio, esperando por lo menos los tres años señalados por MAUZ, tras los cuales, la aparición del nuevo brote es muy improbable<sup>49</sup>».

De la misma manera, Solé Sagarra (22: 249-67), en el capítulo dedicado a psicoprofilaxia dentro de la parte de psiquiatría general de su *Manual de Psiquiatría*, escrito conjuntamente con Leonhard, expresaba sus pareceres sobre esta cuestión, partiendo de supuestos organicistas<sup>50</sup>. Admitía la concurrencia de factores endógenos y exógenos en la causación de las enfermedades mentales en general. La presencia de estos últimos —los factores exógenos— servía para desmentir «el inveterado dogma de la incurabilidad de todo proceso heredado, dogma fatalista que, en Psiquiatría, condujo antaño al nihilismo terapéutico de muchos trastornos psíquicos», particular sobre el que más adelante insistía al afirmar que «Con enormes dificultades tropezará el higienista psíquico general al tener que desarraigar de la mente de muchas personas las anticuadas ideas de Morel sobre degeneración mental, con el consecuente y falso dogma de la fatalidad de la herencia en la locura<sup>51</sup>». Ello, sin embargo, no le impedía hablar de la transmisión «de desgraciadas herencias», entrando en argumentos que, paradójicamente, producían la impresión de que Solé seguía unos planteamientos muy próximos a las teorías degeneracionistas, que explícitamente rechazaba, como acabamos de ver, y que confundiera congénito con hereditario, pese a intentar establecer una distinción entre ambos términos<sup>52</sup>:

«Hoy podemos decir que herencia no es igual a fatalidad, sino a destino amenazador. Esto siempre que no se confunda lo congénito con lo hereditario, pues no todo lo congénito es hereditario, y viceversa. En efecto, es sabido que las causas de las enfermedades hereditarias están en las células germinales de los progenitores. La insuficiencia de dichas células, causadas por una lesión externa (alcohol, sífilis, morfina), puede también heredarse, *aunque lo más frecuente es que provenga ya de los progenitores la degeneración que representa una enfermedad heredada*<sup>53</sup>».

En cualquier caso, el factor hereditario, que extendía a buena parte de la patología psiquiátrica —«No hay síndrome psiquiátrico en el que el factor endógeno no juegue un papel etiopatológico importante»—, justificaba la promulgación de medidas eugenésicas en distintos países. Puesto que la esterilización estaba condenada por la Iglesia, quedaba la solución del consejo matrimonial:

«Si es más humanitario prevenir que curar, también es esencial para un Estado que se preocupe por la potencialidad física y espiritual de sus ciudadanos el cuidar tal punto importante de la Higiene mental, o sea evitar degeneraciones psíquicas

mediante acertadas medidas eugenésicas... En este sentido actúa la eugamia o selección de novios, teniendo en cuenta sus particularidades caracterológicas. Relacionado con lo que acabamos de decir está lo relativo al matrimonio entre cosanguíneos. En él existe el peligro de que aparezcan hijos completamente enfermos, que transmitirán ya su dolencia a todas las siguientes generaciones.

... se explica el que haya habido países, como Alemania, Suiza y Norteamérica, que hayan establecido como una obligación la práctica de medidas eugenésicas tan avanzadas como la esterilización de los enfermos mentales en los cuales la herencia parece ha de ser fatal. La ley de la esterilización choca con arraigadas creencias, motivo por el que ha sido impugnada desde todos los sectores religiosos, pero científicamente tampoco convencen las pretendidas justificaciones de tal medida eugenésica. La religión católica detesta esta práctica, que compromete tan seriamente la integridad del individuo; por esto no ha sido implantada dicha ley en países eminentemente católicos. Pero es de aconsejar en estos países el certificado médico prematrimonial voluntario, para evitar así matrimonios de enfermos con tara hereditaria degenerativa confluyente<sup>54</sup> ».

El resto del capítulo, dedicado a la «Higiene Mental», se expresaba en términos muy conservadores, sin que en ningún momento hiciera mención específica a la profilaxis en la esquizofrenia. En general, el contenido del capítulo era bastante similar al de Vallejo Nágera en sus opiniones, hasta el punto de expresar comentarios igualmente parciales al abordar cuestiones raciales o quejarse, en idénticos términos, de las dispensas de la Iglesia en los matrimonios consanguíneos. Y mientras el psiquiatra palentino había reclamado unos años antes la reinstauración de la Inquisición, Solé le andaba a la zaga al proclamar, so capa de la higiene mental, la conveniencia de llevar a cabo la censura intelectual:

«Otra cuestión importante de la higiene mental es la lucha contra las causas psíquicas consistentes en estímulos morbosos, capaces de excitar las bajas pasiones humanas y desvirtuar la recta educación psíquica de las personas en crecimiento e incluso de las ya desarrolladas. En este sentido es necesario el control de la producción literaria, de las obras teatrales y cinematográficas, de las propagandas extremistas y, sobre todo, de creencias mágicas (ocultismo moderno) y de libros pseudocientíficos, en los que, bajo un barniz de pseudoerudición, se estimulan desviaciones sexuales y de concepción del mundo. Dicho control debe estar confiado a personas de máxima solvencia psicotécnica y moral, alejados de partidismos de todas clases y con vastos conocimientos de higiene mental y de humanidades<sup>55</sup> ».

## ■ DISCUSIÓN

Como acabamos de ver, uno de los hechos más llamativos en el discurso eugénico de Vallejo Nágera es el atemperamiento que se produjo de forma casi inmediata tras

la victoria de los nacionales, al menos de cara a su publicación en un libro de terapéutica destinado a los profesionales de la medicina. En este sentido, es interesante comprobar como, desprovisto de buena parte de la carga ideológica que impregnaba los escritos previos –reproducidos por Vinyes–, en los textos publicados un año después, en 1940, sólo persisten algunos comentarios tendenciosos como acompañamiento de una concepción un tanto heterodoxa de la eugenesia que, al incorporar elementos de la moral católica como fundamentos de su proceder, intentaba apartarse, sin conseguirlo totalmente, del determinismo biológico.

De este modo, se establece un notable contraste entre el texto que encabeza este artículo, donde se pone claramente de manifiesto la influencia del determinismo –pues en las esquizofrenias reactivas existía un componente constitucional que precisaba de noxas exógenas para su desencadenamiento–, con su concepción de la higiene mental o con la naturaleza de las medidas propuestas, básicamente de tipo ambiental. Tal vez una de las razones que motivaron dicho atemperamiento fuera la decisión de abandonar la profesión militar por su incompatibilidad con el desarrollo de la carrera académica, como ilustra Huertas (25: 108). En dicho contexto, sería razonable que el discurso dirigido al entorno universitario fuera menos beligerante.

Como otros han señalado, no parece haber duda de que fueron razones morales las que determinaron el rechazo de Vallejo Nágera a la esterilización, por tratarse de una medida que únicamente eliminaba la función reproductora, con conservación del placer sexual, en lo que suponía el contrapunto a las ideas que, al respecto, manifestaba Rodríguez Lafora<sup>56</sup>. Sólo secundariamente tuvo en consideración razones de índole «científico» para denostar la medida como ineficaz, debido al escaso alcance de la misma. En cuanto al consejo prematrimonial, Vallejo Nágera mantuvo una actitud paternalista en la que también estaba presente el interés por preservar el orden social establecido.

A diferencia de lo que pareció ocurrir con Lafora, quien «sabía mucho de eugenesia... [aunque] no parece haber actuado en este terreno más allá de unos pocos artículos y conferencias<sup>57</sup>», su amigo y valedor tras su regreso del exilio, Vallejo Nágera, puede considerarse el caso contrario. Con una elaboración teórica de menor calidad, las últimas evidencias históricas recogidas en el libro de Vinyes *et al.* indican cómo el psiquiatra palentino tuvo ocasión de poner en práctica algunas de ellas, en concreto las referidas a la segregación de los hijos de presas políticas con el fin de evitar el ambiente y la educación que propagara la «enfermedad» del marxismo. Medidas, pues, de eugenesia positiva que no alcanzaron las dimensiones de otros países pero que fueron consecuentes con las que, en aquella época, se proponían para evitar la propagación de la enfermedad mental. El quid de la cuestión reside, por tanto, en la consideración del marxismo como enfermedad mental, giro conceptual del que parte Vallejo para su experimento, avalado por la ideología del régimen.



En cualquier caso, las propuestas eugénicas de Vallejo Nágera no fueron en absoluto ajenas al contexto general de la época. El rasgo distintivo fue, en todo caso, la radicalidad con que mantuvo alguna de ellas, así como la lectura ideológica que llegó a hacer. Pero en modo alguno podemos considerar sus ideas respecto a la eugenesia como novedosas.

Más significativa fue la postura mantenida por Sarró Burbano, cuyos comentarios lo muestran aún más reaccionario que a Vallejo Nágera, puesto que únicamente el freno confesional parecía detenerle a la hora de prescribir la esterilización forzosa de los esquizofrénicos. De hecho, el peso concedido a las razones supuestamente «científicas» era notablemente menor, y básicamente hacía referencia a la falta de eficacia de la medida. Nuevamente, vemos la contradicción entre una posición bastante más próxima al determinismo genético que la de Vallejo Nágera, y la proscripción del empleo de medidas de carácter biológico por motivos más morales que científicos. Las alusiones a la raza, identificada con la hispanidad, son igualmente representativas del discurso que los prebostes oficiales mostraron en los primeros años de posguerra.

Similares comentarios podrían hacerse de las escasas líneas que Marco Merenciano dedicó a la prevención del matrimonio en los esquizofrénicos, aunque no es menos cierto que el psiquiatra valenciano nunca ocultó su pertenencia a la falange, con las implicaciones ideológicas que ello conllevaba.

Por último, Solé Sagarra, representante del más puro organicismo y cuya formación teórica fue la más sólida y reglada de los cuatro autores que hemos comentado, acabó elaborando un discurso difícilmente distinguible del de los restantes autores. Idénticas razones, expresadas a través de comentarios similares, fueron las que le llevaron a proponer la proscripción de la esterilización, la conveniencia del consejo prematrimonial y un adecuado control del medio con el fin de evitar la propagación de la enfermedad mental.

## ■ CONCLUSIONES

Los textos que se dedicaron a la profilaxis de la esquizofrenia durante la primera mitad del franquismo, pusieron de manifiesto el posicionamiento ideológico de sus respectivos autores. A partir de la década de los sesenta, posiblemente en relación con los diversos cambios que experimentaba el sistema, pero también por la distancia temporal con el movimiento eugenésico, ya no aparecerán referencias a la profilaxis de dicha enfermedad, entendida como la aplicación de medidas de esterilización o como consejo prematrimonial, cambiándose el término por el de Higiene Mental<sup>58</sup>. Higiene encaminada a la detección precoz de la enfermedad y a una educación en la salud, como recogía Vallejo-Nágera Botas (26: 521-6), con la aparición de cada vez menos referencias específicas a la esquizofrenia.

La formación teórica de los profesionales que permanecieron en España tras la contienda era básicamente la misma que la de aquellos otros que tuvieron que exiliarse, de manera que las líneas teóricas de pensamiento vigentes durante el franquismo ya estaban establecidas antes de la guerra civil. No hay que olvidar, pues, cómo durante el primer tercio del siglo xx tales ideas sirvieron a los intereses más o menos partidistas de sus respectivos autores con el fin de lograr sus propósitos reformistas, labor que la febril actividad legislatora de la Segunda República se encargó de sancionar. En este sentido, uno de los aspectos más significativos de la psiquiatría franquista en lo que a eugenesia e higiene mental se refiere fue, por tanto, la utilización de dichas teorías con fines políticos en ausencia de una crítica, tanto propia como externa, que dio pie a los textos que hemos reproducido, así como a las experiencias que autores como Vinyes *et al.* se han encargado de recuperar para la posteridad.

Una de las razones que pudiera explicar esta situación fue la escasa solidez teórica de los textos, redactados en ocasiones con un estilo ensayístico y especulativo, dotados de un contenido que iba desde la difusión de presupuestos ideológicos reaccionarios que negaban los valores democráticos, hasta el rechazo virulento de cualquier orientación considerada heterodoxa (psicoanálisis, teorías sociogénicas), pasando por la exaltación nacionalista en búsqueda de los orígenes de la hispanidad, o la adopción de una actitud catequética y moralizante que identificaba moral católica, higiene pública y salud mental, justificándose así la dura omnipresencia de una estrecha moral represiva. Todo ello, por supuesto, con el soporte teórico de la psiquiatría alemana contemporánea que garantizaba su solidez conceptual y confirmaba, al mismo tiempo, la autoridad de las figuras oficiales<sup>59</sup>. El determinismo no apareció como un elemento determinante a la hora de considerar el origen de la enfermedad mental, mientras que las medidas aplicadas optaron fundamentalmente por el control del ambiente, no tanto por la creencia en la nocividad del medio —que se negaba—, sino por tratarse de actuaciones que tenían cabida y resultaban coherentes en el contexto de control social propio de un régimen autoritario.

Finalmente, valdría la pena recordar la opinión de Álvarez Peláez (11: 107): «En España, pues, fue ampliamente mayoritario el sentimiento contrario al determinismo biológico. Ser partidario del determinismo biológico no quiere decir en absoluto que se reconozca el inevitable carácter biológico del ser humano, pero con sus características propias, sino que se quiere establecer un reduccionismo absoluto en sus características, y una confusión con lo que significa los aspectos morales y éticos de la organización de la sociedad y de la relación entre los seres vivos y el entorno. Por lo tanto, las medidas a tomar con enfermos mentales y con las alteraciones o trastornos mentales y de conducta no contemplaron nunca, seriamente, la posibilidad de establecer políticas de esterilización o de control negativo de la procreación».

NOTAS

1. González Duro (1), p. 6.
2. González de Pablo (2), p. 234.
3. Algo que, por otro lado, ya apuntaba el propio González Duro en su primer trabajo, pero que no desarrolló posteriormente. Por lo tanto, habría que entender que la novedad en la psiquiatría española del franquismo, como han señalado González Duro o Casco Solís, giraría más en torno al intento de hispanizar todo cuanto era susceptible de ser hispanizado, desde los orígenes de la especialidad –con vínculos que se perdían en el Padre Jofré, Huarte de San Juan, Luis Vives, Santa Teresa de Jesús o Jaime Balmes–, hasta la peculiar naturaleza y forma de ser de los habitantes de la península ibérica, en un discurso cañí que, en los años del desarrollo económico de la década de los sesenta, encontraría su proyección internacional bajo el lema *Spain is different*
4. Del griego εὖ = bien y γενεσις = engendramiento.
5. A ellos habría que añadir el trabajo conjunto de Huertas, Campos y Álvarez Peláez (27), así como los de Campos (28-31) y Huertas (32, 33) relativos a la Higiene Mental permiten completar el panorama. También podría incluirse en esta relación el trabajo de Valenciano (34) así como el breve estudio de su obra sobre el particular que hizo Morales Meseguer (35).
6. Al respecto, véase Álvarez Peláez (5). De forma resumida podemos también encontrarlo en Álvarez Peláez (8). Con ligeras modificaciones, y una extensión algo menor, este texto apareció posteriormente publicado(11).
7. Álvarez Peláez (13: 491; 493-4).
8. Como la misma Álvarez Peláez (6: 206) indica, «El doctor Madrazo, prolífico escritor, fue posiblemente el primero en escribir sobre el tema en su libro *Cultivo de la Especie Humana – Herencia y Educación – Ideal de Vida*, publicado en 1904».
9. ... *ensayo de un estudio sobre Estirpicultura o cultivo de la especie humana por las leyes biológicas; o sea, manera científica de engendrar y criar hijos sanos, buenos, listos y hermosos*. Así continuaba el título del libro, como indica Álvarez Peláez (13: 508).
10. Sobre este último, véase Álvarez Peláez (12).
11. Álvarez Peláez (6: 207).
12. Ibid. p. 210. Son igualmente interesantes los comentarios que aparecen en páginas siguientes (Ibid. p. 211-2), sobre el desconocimiento existente acerca del concepto de herencia, desde el punto de vista de la genética, entre la comunidad académica española de principios del siglo xx.
13. Rodríguez Lafora (36) tomado de Álvarez Peláez (11).
14. Rodríguez Lafora (37), tomado de Álvarez Peláez (11).

15. Álvarez Peláez (6: 212). Unas páginas después, esta misma autora (Ibid. p. 215) concluye que la conformidad de Lafora «con este tipo de actuaciones parece evidente, si no sus críticas se hubieran desarrollado rápidamente. Seguía latente, como sigue estándolo todavía en forma inconsciente, no la ciencia, sino la mítica de la herencia»
16. Álvarez Peláez (11). No obstante, las citas textuales que esta autora incluye del trabajo de Lafora hacen pensar que la influencia del determinismo fue mayor de lo que la propia Álvarez Peláez quisiera.
17. Álvarez Peláez (12: 116).
18. Casco Solís (3: 209).
19. Busquet (38: 124; 132-3; 134; 136).
20. González Duro (16, 39). En realidad, se trata de síntesis, más o menos extensas, de lo contenido en el primer escrito pues, salvo el apartado «Excéntricas locuras» (16: 334-41), el texto de 1997 recoge lo publicado un año antes.
22. González Duro (1: 21)
23. Vallejo Nágera (40). Tomadas de González Duro (16: 251).
24. Álvarez Peláez (13: 499), n. 23.
26. Vallejo Nágera (41: 174).
27. Vinyes *et al.* (2002: 33).
28. Vallejo Nágera, citado por Vinyes *et al.* (14: 36-7).
29. Vallejo Nágera (42: 8). Eugenesia de la hispanidad y regeneración de la raza.
30. Como reproducen textualmente Vinyes *et al.* (14: 40), Vallejo Nágera había publicado *La locura y la guerra: psicopatología de la guerra española* en 1939, en cuya página 52 se leía: «La idea de las íntimas relaciones entre marxismo e inferioridad mental ya las habíamos expuesto anteriormente en otros trabajos [...] la comprobación de nuestras hipótesis tiene enorme trascendencia político-social, pues si militan en el marxismo de preferencia psicópatas antisociales, como es nuestra idea, la segregación de estos sujetos desde la infancia podría liberar a la sociedad de plaga tan temible».
31. Salvo tres pequeños gazapos, como equivocar el segundo apellido de Mira por Pérez, en lugar de López (p. 47); afirmar que Marco Merenciano fue discípulo de Vallejo Nágera, (p. 42), cuando en realidad le unían lazos de amistad personal con López Ibor; o atribuirle a aquél la presidencia del Congreso Mundial de Psiquiatría de 1950 (p. 51) –errata que proviene del suplemento de 1959-1960 de la Enciclopedia Espasa– cuando en realidad lo que presidió fue, como indica Casco Solís (4: 115) el «Comité Español» para el citado congreso, el texto de Vinyes *et al.* es de obligada lectura, entre otras cosas porque incluye datos biográficos de Vallejo Nágera extraídos de su expediente militar.
32. Colección dirigida por López Ibor y Sarró.
33. Vallejo Nágera (19: 191; 192-3). Destacados en el original.

34. Aunque personalizado en Vallejo Nágera, estas opiniones y otras similares eran lugar común entre los psiquiatras de la época, desde antes de la guerra civil, como lo atestigua el texto de Valenciano (43: 123): «Para el tratamiento de las esquizofrenias hay que partir, en nuestra opinión, del hecho casi unánimemente admitido, de que la causa última de esta enfermedad reside en un «proceso orgánico», proceso que, en la mayoría de los casos, se origina sobre la base de un factor constitucional manifiesto fenotípicamente en el carácter esquizotímico o en el esquizoide».
35. VALLEJO NÁGERA (19), p. 19.
36. VALLEJO NÁGERA (40-42, 44-46).
37. VALLEJO NÁGERA (19), p. 200.
38. *Ibíd.* p. 201.
39. *Ibíd.* p. 202. Cursivas en el original
40. *Ibíd.* p. 203. Cursivas en el original.
41. *Ibíd.* p. 202.
42. *Ibíd.* p. 202-3.
43. *Ibíd.* p. 204.
44. *Ibíd.* p. 204.
45. «El argumento contrario a la esterilización lo suministran psiquiatras modernos de la altura de LANGE y BOSTROEM... «las psicosis endógenas *no desaparecerán* (subrayamos nosotros), puesto que la mayoría siguen una marcha hereditaria recesiva, y que los heterocigotos no están afectados por la ley». Es la conclusión a que habíamos llegado nosotros cuando estudiamos el problema desde un punto de vista científico» (VALLEJO NÁGERA 23: 1149).
46. Recoge las palabras de Antonelli, para quien la vasectomía hacía perder la función reproductora y daba pie a «toda suerte de excesos venéreos sin riesgo de fecundación»; y de Vermersch, quien calificaba la esterilización de ilícita, injusta, bárbara, absurda y degradante. *Ibíd.* p. 1149.
47. *Ibíd.* p. 1150.
48. Sarró (20), p. 123.
49. *Ibíd.* p. 125.
50. *Ibíd.* 127-9. Cursivas nuestras. Si comparamos los tres últimos párrafos con las palabras en cursiva que hemos destacado al inicio de la transcripción, vemos cómo Sarró comete el mismo «pecado» que los teóricos alemanes, pues da prioridad a los argumentos éticos sobre los científicos, que deja para el final, añadiendo como remate de la neurotización del sujeto tras la castración.
51. Marco Merenciano (21: 16-7).
52. «Sin pretensiones dogmáticas, y sólo con espíritu heurístico, nosotros creemos que en el estado actual de nuestros conocimientos psiquiátricos una *definición* bastante completa, y sencilla al mismo tiempo, puede ser la siguiente: *Psiquia-*

*tría es la ciencia biológica que sirve para conocer, evitar y curar los trastornos psíquicos».* Solé y Leonhard (22: 90). *Cursivas en el original.*

53. *Ibíd.* p. 249, 261.
54. Confusión que Álvarez Peláez (6) nos recuerda cómo se producía con facilidad en los eugenistas de antes de la guerra civil. Cfr. n. 11.
55. Solé y Leonhard (22: 249). Destacado nuestro.
56. *Ibíd.* p. 250.
57. *Ibíd.* p. 264.
58. De algún modo podríamos considerar la postura mantenida por Vallejo Nágera más coherente que la de Lafora, no por la mejor formación académica del primero, de la que carecía — al respecto, véase Huertas (25)—, sino por una mayor fidelidad a su ideología tradicionalista y conservadora, influida notablemente por el catolicismo, y reacia, por tanto, a admitir la superioridad de la biología sobre los valores morales.
59. Álvarez Peláez (6: 209).
60. En realidad, el interés en nuestro país por estas cuestiones se remonta a principios del siglo xx, culminando en 1927 con la creación de la Liga Española de Higiene Mental, reforzada durante la Segunda República, al hilo del decreto de 1931, con la creación de los Dispensarios de Higiene Mental. Estos últimos fueron adscritos durante los primeros años de la posguerra a los Institutos provinciales de Higiene, llevándose a cabo distintas convocatorias para cubrir las plazas de médico encargado hasta 1955. Respecto a la Liga Española de Higiene Mental, su existencia se revitalizó en 1954, tras unos tímidos intentos de hacerlo desde 1947, si bien no puede afirmarse que su función fuera más allá de la organización de la Semana pro Salud Mental de Barcelona en 1954, contando con el activo papel de Sarró. Con la llegada del PANAP, la Liga seacompañó al pausado ritmo de este organismo, por lo que no puede decirse que hubiera una política seria por promover la higiene y salud mental hasta finales de nuestro periodo de estudio. Véase Casco Solís (4: 110-4) para una cronología de la asistencia sanitaria durante la época.
61. Véase al respecto Casco Solís (3) y González Duro (1).

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. González Duro, E., *Psiquiatría y sociedad autoritaria. España 1939-1975*, Madrid, Akal, 1978
2. González de Pablo, Á., La escuela de Heidelberg y el proceso de institucionalización de la psiquiatría española. En: Sociedad De Historia y Filosofía de la Psiquiatría, *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934), Maestro de L'Infermerie. Certificateur*, Madrid, Extra editorial, 1995, pp. 229-49.

3. Casco Solís, J., Autarquía y Nacional-catolicismo, En: Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría, *Un siglo de psiquiatría en España. Dr. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934), Maestro de L'Infirmierie. Certificateur*, Madrid, Extra editorial, 1995, pp. 197-226.
4. Casco Solís, J., Psiquiatría y franquismo. Periodo de institucionalización (1946-1960), Con un pórtico y un epílogo como homenaje a Luis Martín-Santos. En: Fuentenebro, F.; Berrios, G.E.; Romero, I. y Huertas García-Alejo, R. (eds.), *Psiquiatría y Cultura en España en un Tiempo de Silencio. Luis Martín Santos*, Madrid, Necodisne Ediciones, 1999, pp. 85-129.
5. Álvarez Peláez, R., *Sir Francis GALTON, padre de la eugenesia*, Madrid, csic, 1995.
6. Álvarez Peláez, R., Herencia, sexo y eugenesia. En: Huertas, R.; Romero, I.; Álvarez, R. (coor), *Perspectivas psiquiátricas*, Madrid, csic, 1987, pp. 203-18.
7. Álvarez Peláez, R., Origen y desarrollo de la eugenesia en España. En: *Ciencia y Sociedad*, Madrid, El arquero-csic, 1988, pp. 178-204.
8. Álvarez Peláez, R., «Determinismo biológico, eugenesia y alteración mental», *Revista de la AEN*, 1997, xvii(63).
9. Álvarez Peláez, R., Eugenesia y fascismo en la España de los años treinta. En: Huertas, R.; Ortiz, C. (eds), *Ciencia y fascismo*, Aranjuez, Doce calles, 1998.
10. Álvarez Peláez, R., La eugenesia española a lo largo del siglo xx. En: Romero Casabona, C. (ed), *La eugenesia hoy*, Granada-Bilbao, Comares, 1999.
11. Álvarez Peláez, R., Eugenesia y enfermedad mental frente al cambio de siglo. En: Romero, I.; Casco, J.; Fuentenebro, F.; Huertas, R. (eds), *Cultura y Psiquiatría del 98 en España*, Madrid, Necodisne, 1999, pp. 89-107.
12. Álvarez Peláez, R., «Higiene mental y eugenesia: La higiene mental popular de Tomás Busquet», *Frenia*, 2003, III (1), 115-22.
13. Álvarez Peláez, R., Higiene mental, evolucionismo y eugenesia en la España de los años veinte y treinta. En: Fuentenebro, F.; Huertas, R.; Valiente, C. (eds), *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*, Madrid, Frenia, 2003, pp. 491-514.
14. Vinyes i Ribes, R.; Armengou i Martín, M.; Belis i García, R., *Los niños perdidos del franquismo: un estremecedor documento que sale por primera vez a la luz*, Barcelona, Plaza y Janés, 2002.
15. Vinyes i Ribes, R., *Irredentas: las presas políticas y sus hijos en las cárceles de Franco*, Madrid, Temas de Hoy, 2002.
16. González Duro, E., Psiquiatría «nacional». En: Aparicio Basauri, V. (comp), *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España*, Madrid, Arán, 1997, pp. 245-64.
17. Ugarte Pérez, J., Entre el pecado y la enfermedad, *Orientaciones. Revista de homosexualidades*, 2004, 7, 7-26.
18. Castilla del Pino, C., La psiquiatría española (1939-1975), En: Castellet, J.M. (ed.), *La cultura bajo el franquismo*, Barcelona, de Bolsillo-Anagrama, 1977, pp. 79-102.

19. Vallejo Nágera, A., *Tratamiento de las enfermedades mentales*, Valladolid, Santarén, 1940.
20. Sarro Burbano, R., *Tratamiento moderno de las Esquizofrenias*, Barcelona, Colección española de monografías médicas, 1940.
21. Marco Merenciano, F., *Esquizofrenias Paranoides: Psicopatología y Tratamiento*, Barcelona, Miguel Servet, 1942.
22. Solé Sagarra, J. y Leonhard, K., *Manual de Psiquiatría*, Madrid, Morata, 1953.
23. Vallejo Nágera, A., *Tratado de Psiquiatría*, 3ª ed., Barcelona, Salvat, 1954.
24. Marco Merenciano, F. y Rius Vivó, J.M., «El electroshock en psiquiatría», *Acta Española Neurológica y Psiquiátrica*, 1940, 1(3-4), 193-8.
25. Huertas García-Alejo, R., *Los médicos de la mente: Lafora, Garma y Vallejo Nágera*, Tres Cantos (Madrid), Nivola Libros y Ediciones, 2002.
26. Vallejo-Nágera Botas, J.A., *Introducción a la Psiquiatría*, 2ª ed., Madrid, Jauve, 1964.
27. Huertas García-Alejo, R.; Campos Marín, R.; Álvarez Peláez, R., «Entre la enfermedad y la exclusión: reflexiones para el estudio de la locura en el siglo XIX», *Historia contemporánea*, 1997, 16, 47-65.
28. Campos Marín, R., «Higiene mental y reforma de la asistencia psiquiátrica en España (1900-1931)», *Documentos de Psiquiatría Comunitaria*, 1995, (7), 199-217.
29. Campos Marín, R., Psiquiatría e higiene social en la España de la Restauración. En: Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría, *Un siglo de psiquiatría en España*, Madrid, Extra Editorial, 1995, pp. 53-66.
30. Campos Marín, R., La presencia española en el movimiento internacional de higiene mental (1922-1937), En: *La locura y sus instituciones (Actas de las II Jornadas de Historia de la Psiquiatría)*, Valencia, Diputación de Valencia, 1997, pp. 303-22.
31. Campos Marín, R., «Higiene mental y peligrosidad social en España (1920-1936)», *Asclepio*, 1997, 49(1), 39-59.
32. Huertas García-Alejo, R., «El papel de la Higiene Mental en los primeros intentos de transformación de la asistencia psiquiátrica en España», *Dynamis*, 1995, 15, 193-209.
33. Huertas García-Alejo, R., Higiene mental y asistencia psiquiátrica. En: *Organización sanitaria y crisis social en España. La discusión sobre el modelo de servicios sanitarios públicos en el primer tercio del siglo XX*, Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas, 1995, pp. 91-126.
34. Valenciano Gayá, L., «La higiene mental en España (1926-1960)», *A Criança Portuguesa*, 1960, 19, 379-99.
35. Morales Meseguer, J.M., La asistencia psiquiátrica y la higiene mental en la obra de Valenciano. En: AA.VV., *Luis Valenciano, La dimensión múltiple*, Murcia, Consejería de Cultura, Educación y Turismo, 1988, pp. 113-6.



36. Rodríguez Lafora, G., «Eugénica o la ciencia de la herencia», *La España Médica*, 1912.
37. Rodríguez Lafora, G., «Bases científicas de la eugénica establecidas por Mendel», *La España Médica*, 1912.
38. Busquet Teixidor, T., «La lucha contra los trastornos del espíritu. Higiene mental popular», *Frenia*, 2003, III (1), 124-47.
39. González Duro, E., Capítulo 12: Psiquiatría y locura en tiempos de Franco. En: *Historia de la locura en España, III: del reformismo del siglo XIX al franquismo*, Madrid, Temas de Hoy, 1996, pp. 334-41.
40. Vallejo Nágera, A., *Política racial del nuevo Estado*, San Sebastián, Editorial Española, 1938.
41. Vallejo Nágera, A., *Eugamia, Selección de novios*, San Sebastián, Editorial Española, 1938.
42. Vallejo Nágera, A., *Eugenesis de la Hispanidad, regeneración de la Raza*, San Sebastián, Editorial Española, 1937.
43. Valenciano Gaya, L., Tratamiento de las esquizofrenias, *Archivos de Neurobiología*, 1933 13(1), 123-74.
44. Vallejo Nágera, A., *El aborto terapéutico en Neuropsiquiatría*, Madrid, Siglo Médico, 1933.
45. Vallejo Nágera, A., *La asexualización de los psicópatas*, Madrid, Medicina, 1934.
46. Vallejo Nágera, A., *Higiene mental de la Raza*, Madrid, Vacas, 1934.
47. Rodríguez Lafora, G., La concepción moderna del criminal nato. Factores hereditarios o individuales y factores mesológicos, ambientales o sociales de la criminalidad (Trabajo leído en la Academia Nacional de Medicina de México), *Ciencia. Revista Hispano-americana de Ciencias Puras y Aplicadas*, 1941, II (6), 241-54.

Fernando Dualde Beltrán

Psiquiatra

Seminario de Historia de la Psiquiatría

Instituto de Historia de la Ciencia y Documentación *López Piñero*, Valencia.

[fdualdebeltran@eresmas.com](mailto:fdualdebeltran@eresmas.com)



SECCIÓN

INFORMES





*M<sup>a</sup> Carmen Benedito Monleón, M<sup>a</sup> Carmen Carrió Rodríguez, Gema del Valle del Valle,  
Agustín Domingo González*

# PROTOCOLO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO GRUPAL PARA ABORDAR SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

PSYCHOLOGICAL GROUP THERAPY TO MANAGE DEPRESSION SYMPTOMATOLOGY

## ■ RESUMEN

Este artículo propone un protocolo de terapia grupal para el tratamiento de los síntomas depresivos, cada vez más frecuentes en los trastornos mentales y en las enfermedades orgánicas. Con esta iniciativa pretendemos disminuir la presión asistencial existente en las Unidades de Salud Mental y optimizar los escasos recursos humanos y materiales existentes en el sistema sanitario público. El trabajo incluye la descripción del contenido de cada sesión y un modelo explicativo integrador de la etiología, psicopatología y tratamiento de la sintomatología depresiva.

*Palabras clave:* Terapia de grupo, síntomas depresivos, protocolo.

## ■ SUMMARY

This paper proposes a psychological group therapy protocol to treat depressive symptoms in mental and organic diseases. We aim to reduce assistance demand in Mental Health Units and optimize the few human and material resources of the public sanitary services. This work includes a detailed description of the content of each session, as well as an explanatory model of depression about the etiology, psychopathology and treatment of depressive symptoms.

*Key words:* Group therapy, depressive symptoms, protocol.

## ■ INTRODUCCIÓN

Los trastornos del estado de ánimo se encuentran entre los trastornos mentales más comunes y el riesgo de padecerlos va en aumento en todo el mundo. En concreto, la depresión es probablemente el trastorno mental más frecuente en la clínica actual. Se puede estimar que su prevalencia en la población general es del orden del 9 al 20%. Aunque no todas las personas con depresión buscan atención especializada, los pacientes depresivos constituyen la población psiquiátrica más usual (1).

Según el DSM IV-TR (2), dentro de los trastornos depresivos se encuentra el trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno depresivo no especificado. Pero además, existen otros trastornos que frecuentemente cursan con sintomatología depresiva como son los trastornos de la conducta alimentaria, los trastornos relacionados con sustancias, los trastornos somatomorfos, los trastornos sexuales, los trastornos adaptativos, los trastornos de personalidad, otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica y los trastornos de ansiedad.

La relación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos del estado de ánimo es evidente. Además, esta vinculación se hace patente no sólo a nivel diagnóstico sino también a nivel terapéutico. En este sentido Bowen y otros (3) estudiaron 214 pacientes que padecían pánico con agorafobia y que fueron tratados con terapia cognitivo-conductual. Buscaron variables clínicas y demográficas que pudieran ser predictores de los resultados terapéuticos y tan sólo encontraron que las puntuaciones en depresión (evaluadas mediante el *Beck Depression Inventory*) y el número de sesiones de la terapia grupal, predecían los resultados terapéuticos. Los autores concluyeron que el nivel de depresión y el dominio de las habilidades adquiridas en la terapia grupal afectaban a los resultados obtenidos en el tratamiento de los pacientes con trastorno de pánico y agorafobia.

La diversidad diagnóstica de los trastornos depresivos coincide con una gran variedad terapéutica. Dentro de esta amplia gama de tratamientos, nos centraremos en los abordajes grupales. Sirvan de ejemplo los trabajos que a continuación mencionamos para ilustrar los resultados obtenidos en terapia grupal con pacientes depresivos.

Neimeyer y otros (4) estudiaron 352 pacientes deprimidos en un hospital psiquiátrico privado. Demostraron que la combinación de la terapia cognitivo-conductual grupal y las intervenciones farmacológicas producía una rápida mejoría en pocas semanas. En esta línea, Manning y otros (5) evaluaron a 531 pacientes psiquiátricos con diagnósticos heterogéneos, poniendo a prueba la eficacia de un tratamiento que combinaba psicofármacos y una terapia grupal cognitivo-conductual. Los autores encontraron una mejoría clínicamente significativa, que se mantuvo durante el año posterior a la finalización del tratamiento, en las medidas de depresión, ansiedad y locus de control de los pacientes que participaron en el estudio. Otro estudio que apoya la utilidad de la intervención cognitivo-conductual es el de Bright, Baker y

Neimeyer (6), en el que se demostró la eficacia de la terapia cognitivo-conductual grupal para reducir los síntomas depresivos. Centrándose en pacientes bipolares, Swartz y Frank (7) estudiaron la eficacia del tratamiento psicológico en la depresión bipolar y encontraron que la terapia cognitivo-conductual resultaba especialmente útil para dicha depresión. Finalmente, Kaas y Lewis (8) demostraron que la terapia grupal cognitivo-conductual es una intervención eficaz en el tratamiento de la depresión geriátrica. Además, puede ser utilizada en las residencias de la tercera edad para facilitar el buen funcionamiento y manejo de los residentes, así como para prevenir la depresión.

Desde otra perspectiva, Levkovitz y otros (9) evaluaron la eficacia de una psicoterapia interpersonal grupal para pacientes con trastorno depresivo, de moderado a severo. Compararon los resultados obtenidos con los de otro grupo de pacientes de condiciones similares que recibieron el tratamiento antidepresivo convencional. Se encontró que el grupo que recibió psicoterapia mejoró significativamente más que el que recibió farmacoterapia. La terapia interpersonal, además de resultar eficaz en los síntomas depresivos, facilitó a los pacientes la habilidad para afrontar la pérdida interpersonal y mejoró su funcionamiento personal. Los autores concluyen que la psicoterapia interpersonal grupal es un tratamiento altamente rentable a nivel de costo-beneficio con pacientes ambulatorios.

Pensamos que la literatura existente sobre el tema avala la utilidad de la terapia grupal con pacientes depresivos. Partiendo de esta evidencia, nuestra iniciativa tiene como objeto disminuir la creciente presión asistencial existente en las Unidades de Salud Mental y optimizar los escasos recursos humanos y materiales disponibles en el sistema sanitario público. Mediante el tratamiento grupal y el abordaje de síntomas depresivos, en lugar de trastornos, evitamos el entrenamiento reiterado del mismo contenido terapéutico en distintos pacientes y en patologías muy diversas. Proponemos por tanto una estrategia terapéutica común para distintos trastornos (tanto mentales como orgánicos crónicos) que cursan con sintomatología depresiva y que requieren la utilización de técnicas idénticas. Asimismo, ofrecemos un modelo explicativo integrador de la sintomatología depresiva que incluye todas las variables que se ha demostrado que están implicadas en la etiología, psicopatología y tratamiento de la depresión.

#### ■ DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

Antes de incluir a los pacientes en el programa grupal, se realiza una entrevista clínica individual, en la que se determina el diagnóstico y se valora el problema.

Los instrumentos de evaluación utilizados en el pretest, postest y los seguimientos son el *Beck Depression Inventory (BDI)* de Beck, Shaw y Emery y la *Escala de Adaptación (EA)* de Echeburúa y de Corral;

- El BDI es un instrumento dirigido a valorar la presencia de sintomatología depresiva de carácter fundamentalmente cognitivo. Consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta graduadas de 0 a 3. El sujeto evaluado selecciona aquella respuesta que más se ajuste a cómo se siente en la semana previa a la cumplimentación del cuestionario.
- La EA es un instrumento orientado a valorar el grado en que un determinado problema interfiere en distintas áreas de la vida (trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y vida en general). Las respuestas aparecen graduadas en una escala de 0 (nada) a 5 (muchísimo).

El protocolo de intervención se compone de diez sesiones semanales de dos horas de duración. Es importante destacar que en todas las sesiones se adopta un estilo socrático. Los terapeutas pretenden mediante la formulación de preguntas que sean los pacientes quienes deduzcan los aspectos fundamentales de las sesiones. Además, al inicio de cada sesión, se revisan las tareas asignadas a los pacientes y se aclaran las dudas que les hayan surgido, respecto al contenido abordado en la sesión anterior. A continuación se especifica el contenido a tratar en cada sesión.

*1ª SESIÓN.* Esta primera sesión tiene como objetivo establecer un buen clima grupal que favorezca la adecuada evolución clínica de los pacientes. Contenido:

- *Identificar a los terapeutas y los diagnósticos:* Al inicio de la sesión se presentan los terapeutas y se señalan los distintos tipos de trastornos susceptibles de recibir este tratamiento grupal.
- *Presentación de los miembros del grupo y de sus problemas:* Cada uno de los pacientes se presenta a sí mismo y describe brevemente en qué consiste su cuadro psicopatológico.
- *Ventajas de la terapia grupal:* Se trata de hacer patente a los pacientes los beneficios que pueden obtener de la terapia grupal frente a la individual. Entre ellos, se destaca la posibilidad de aprender de otros, percibir que no se es el único, motivarse por la mejoría de otros, comprometerse públicamente con el cambio, beneficiarse de la asistencia,...
- *Evaluación pretest:* En esta fase de la evaluación se obtiene las puntuaciones en el BDI y en la EA antes del inicio del tratamiento (línea base).

#### MÓDULO TERAPÉUTICO PSICOEDUCATIVO

*2ª SESIÓN.* En esta sesión se identifican y describen cuáles son los síntomas depresivos más comunes y característicos. Contenido:

- *Qué es la depresión (características):*
- Estado de ánimo depresivo.
- Disminución del interés o de la capacidad para el disfrute.
- Pérdida o aumento de peso y/o apetito.



- Insomnio o hipersomnía.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

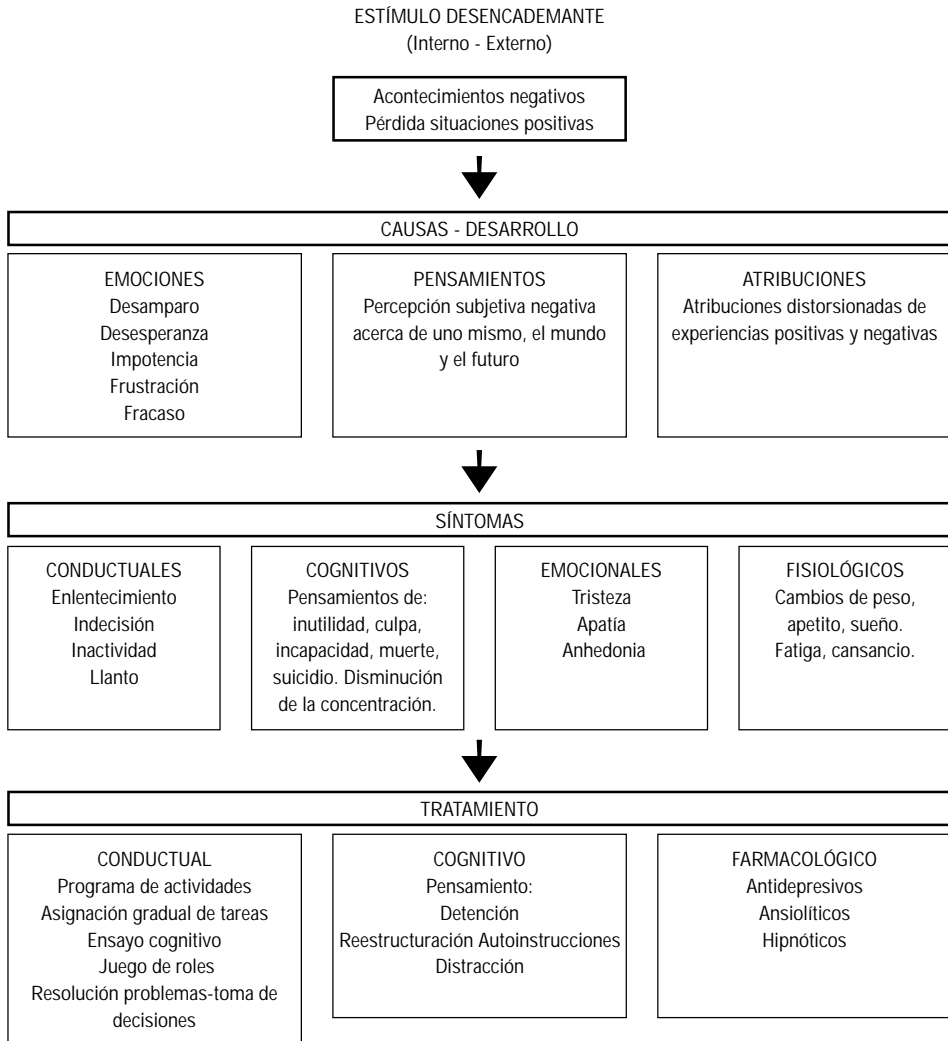
*3ª SESIÓN.* En esta sesión se trata de identificar y describir cuáles son los factores que originan la aparición de los síntomas depresivos. Contenido:

- *Por qué se produce (causas):*
  - Acontecimientos negativos.
  - Pérdida o disminución de acontecimientos o situaciones positivas.
  - Experiencias de frustración, fracaso, desesperanza, impotencia,...
  - Percepción subjetiva negativa acerca de mí, el mundo y el futuro: la persona con síntomas depresivos se percibe a sí misma, al mundo y al futuro de una forma negativa.
  - Atribuciones distorsionadas de experiencias positivas y negativas: los acontecimientos negativos son valorados como dependientes de lo que la persona hace y constantes a lo largo del tiempo y de las situaciones. Por el contrario, se considera que los acontecimientos positivos dependen de factores externos a la persona y que ocurren de forma aislada, tanto a través del tiempo como de las situaciones.

*4ª SESIÓN.* El objetivo de esta sesión es que los pacientes entiendan cómo aparece, se mantiene y se trata la sintomatología depresiva. Contenido:

- *Presentación del modelo explicativo de la etiología, psicopatología y tratamiento de los síntomas depresivos:* Según dicho modelo explicativo (ver tabla 1), los desencadenantes de la sintomatología depresiva son la ocurrencia de un acontecimiento negativo y/o la no ocurrencia de un acontecimiento positivo esperado. Estos desencadenantes causan las emociones, los pensamientos negativos y las atribuciones o explicaciones inadecuadas de los hechos acontecidos. La combinación de estos factores da lugar a los síntomas depresivos que se manifiestan a nivel conductual, cognitivo, emocional y fisiológico. Por ello, el tratamiento propuesto combina la intervención farmacológica con la intervención psicológica de orientación cognitivo-conductual.

TABLA 1  
 MODELO EXPLICATIVO DE LA ETIOLOGÍA, PSICOPATOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS.



**MÓDULO DE TRATAMIENTO CONDUCTUAL.**

5ª SESIÓN: *El objetivo de esta sesión es el de incrementar el ritmo de actividad diario del paciente, su sentido de competencia y su capacidad de disfrute. Para ello, se trabajaran las siguientes técnicas:*

- *Programa de actividades (dominio-agrado)*: Esta técnica consiste en planificar con los pacientes una serie de actividades para ocupar su tiempo. El objetivo es contrarrestar la escasa motivación de los pacientes, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. Además, mediante la valoración del dominio (grado de ejecución) y agrado (sentimientos de placer, diversión o alegría), de cada una de las actividades, se trabajan las creencias sobre inutilidad y pérdida del disfrute.
- *Asignación de tareas graduales*: Se trata de que los pacientes lleven un ritmo progresivo de actividad, empezando por actividades simples y objetivos fáciles de lograr, siguiendo progresivamente con actividades cada vez más complejas y objetivos más difíciles. De este modo, se instaura y mantiene en los pacientes la idea de sí mismos como personas útiles y capaces.
- *Práctica de ensayo cognitivo*: Técnica que consiste en pedirle a los pacientes que imaginen sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Con esta estrategia, se facilita que presten atención a los detalles esenciales de las actividades, se contrarresta su tendencia a divagar y se identifican posibles obstáculos.
- *Juego de roles*: Consiste en que el terapeuta(s) y el paciente(s) adopten un papel y lleven a cabo la interacción social según el papel asignado.

*6ª SESIÓN*. El objetivo de la sesión es que los pacientes aprendan una estrategia efectiva para enfrentarse a sus problemas.

- *Resolución de problemas y toma de decisiones*: Esta técnica terapéutica presentada y desarrollada por D'Zurilla y Goldfried (10) consta de las siguientes fases:
  - Orientación general hacia el problema: Se trata de que los pacientes acepten el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y de que es posible hacerles frente de forma eficaz.
  - Definir el problema: Consiste en obtener información relevante sobre el problema, clarificar su naturaleza y establecer una meta realista de solución.
  - Buscar alternativas de solución: Se trata de tener tantas soluciones alternativas como sea posible.
  - Valorar las alternativas: Se valoran las ventajas y desventajas de cada una de las alternativas de solución.
  - Elegir una de ellas y ponerla en práctica: Se selecciona la mejor alternativa y se pone en práctica, evaluando su efectividad.

#### MÓDULO DE TRATAMIENTO COGNITIVO.

*7ª SESIÓN*: Esta sesión se centra en el papel de los pensamientos en general y sus características específicas dentro del ámbito de los trastornos depresivos. El contenido que se trabaja es el siguiente:

- *Influencia del pensamiento en las emociones y conductas:* Basándose en la teoría racional-emotiva de Ellis (11), se trata de destacar la importancia que tiene la interpretación que cada uno hace de la realidad y cómo ello repercute en los sentimientos y las conductas.
- *Reestructuración cognitiva:* Mediante el empleo de ejemplos idiosincrásicos de los pacientes, se trata de que aprendan a identificar sus distorsiones cognitivas y sus pensamientos automáticos negativos. Se abordan los siguientes aspectos:
  - *Sesgos de pensamiento:* Son errores que se cometen a la hora de interpretar la realidad. Los más comunes son:
    - Sobregeneralización: Proceso de extraer una regla general a partir de uno o varios hechos aislados.
    - Error de evidencia: Llegar a conclusiones sin contar con datos suficientes.
    - Certeza vs probabilidad: Consiste en valorar los hechos como seguros en lugar de como probables.
    - Pensamiento todo-nada: Tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas, seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse a sí mismo, sin considerar términos relativos e intermedios.
    - Pensamiento absolutista: Valoración extremadamente negativa de la realidad.
    - *Identificación de pensamientos negativos:* Son ideas o imágenes estereotipadas, de aparición repentina e inintencionada (automáticos), que no son fácilmente controlables y parecen plausibles a la persona en el momento de su ocurrencia. Además, contienen términos absolutos (p.e. horrible, insoportable, imposible, etc.) y predicen acontecimientos negativos.

**8º SESIÓN:** Esta sesión tiene como objetivo el aprendizaje de estrategias cognitivas que ayuden a los pacientes a sustituir los pensamientos que les interfieren por otros más adaptativos. Se trabajan las siguientes técnicas terapéuticas:

- *Técnicas de detención de pensamientos negativos:* El procedimiento consiste en interrumpir el pensamiento negativo, bien mediante el uso de una orden verbal (decirse a sí mismo «para» o «stop») o bien a través de una autoestimulación negativa (p.e. pellizcarse).
- *Entrenamiento en desafío de pensamientos negativos:* Esta técnica se centra en que los pacientes aprendan a desarrollar argumentos que reduzcan la intensidad y validez de los pensamientos negativos. Algunas alternativas para retar los pensamientos negativos son las siguientes:
  - Antes de estar deprimido ¿percibía mi realidad tan negativamente como ahora?
  - ¿Estoy minimizando aspectos positivos?
  - ¿Estoy exagerando los aspectos negativos?
  - ¿Es realista y objetivo lo que pienso?

- ¿Me sirve pensar así?, ¿es tan horrible?
- ¿Cómo pensaría otra persona?
- Pruebas a favor y en contra
- Evidencias como hipótesis
- Análisis de probabilidades
- Desdramatización
- Factores de auxilio
- Explicación alternativa, reatribución
- *Entrenamiento en autoinstrucciones*: Esta técnica pretende modificar el monólogo interno de los pacientes, de forma que las autoverbalizaciones negativas sean substituidas por autoverbalizaciones positivas.
- *Técnicas de distracción*: El objetivo de esta técnica consiste en realizar una actividad que compita con las cogniciones negativas, de forma que propicie un cambio en el foco de atención. Entre dichas actividades, se encuentran:
  - Centrar la atención en el entorno (p.e. contar coches, describir objetos,...)
  - Realizar actividades mentales incompatibles (p.e. hacer cálculos matemáticos, programar la agenda del día, hacer la lista de la compra,...)
  - Cambiar de situación y/o actividad (p.e. cambiar de lugar, llamar por teléfono, darse un baño,...)

#### MÓDULO TERAPÉUTICO DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS.

*9ª - 10ª SESIÓN*: El objetivo de estas sesiones es favorecer que la mejoría clínica de los pacientes se consolide y mantenga de forma estable, consistente y duradera. Con tal fin se trabaja:

- *Prevención de recaídas*: Se analiza cuál ha sido la evolución del problema, desde el inicio hasta la finalización del tratamiento, se resumen las técnicas aprendidas a lo largo de las sesiones, se atribuye la mejoría tanto al tratamiento como al paciente, y se analiza el afrontamiento de posibles problemas futuros.
- *Evaluación posttest*: En este momento de evaluación se obtienen las puntuaciones en el BDI y la EA inmediatamente después de haber finalizado el tratamiento.

#### SEGUIMIENTOS.

- *Se establecen tres momentos de seguimiento*: al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de la finalización del tratamiento. En cada una de las tres fases de seguimiento se evalúa cuál ha sido la evolución de cada paciente durante el tiempo transcurrido desde la última sesión y se cumplimentan los instrumentos previamente utilizados en el pretest y posttest (BDI y EA).

## ■ DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo con Pérez y García (12), hay tres tratamientos psicológicos que tienen mostrada su eficacia en la depresión mediante estudios controlados. Éstos son la terapia de conducta, la terapia cognitiva y la terapia interpersonal. Además, todas son susceptibles de aplicación en grupo, y no sólo como tratamiento en fase aguda sino también como continuación, mantenimiento, prevención de recaídas y recurrencias. Según estos autores, la eficacia ha mostrado ser, como mínimo, igual a la eficacia de la medicación antidepresiva, y tanto en las condiciones menos severas como en las más severas. Tal como hemos expuesto en la descripción de nuestro tratamiento, el protocolo que proponemos incluye los componentes de los tres tratamientos que señalan Pérez y García (12).

Es evidente que las terapias psicológicas son susceptibles de ser aplicadas en grupo, de modo que su eficacia puede multiplicarse haciéndose más eficientes. La terapia de grupo no tiene sólo un interés de eficiencia, sino que también es de interés para la eficacia. En esta línea, un estudio de Echeburúa y otros (13) ha demostrado la viabilidad de la terapia de grupos en centros de salud mental, lo que los propios autores valoran como un ahorro de costes importante.

Al igual que ocurre en la población adulta, la aplicación grupal del tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia es tan eficaz como la individual, pero se obtienen mejores resultados con grupos de terapia pequeños (14). En este sentido, Oei y Kazmierczak (15) estudiaron los factores que se relacionaban con el abandono de una terapia cognitivo-conductual grupal en pacientes con trastornos del estado de ánimo. Encontraron que los sujetos que abandonaban participaban significativamente menos en el grupo que los que finalizaban el tratamiento. Lógicamente, el mayor número de participantes, aunque proporciona riqueza al grupo, dificulta las posibilidades de participación de cada miembro.

Tal como se recoge en la introducción, existen estudios que han demostrado la eficacia de las distintas técnicas de tratamiento que incluimos en nuestro protocolo. Sin embargo, no hemos encontrado trabajos que hayan integrado en un mismo protocolo de evaluación y tratamiento el abordaje grupal de los síntomas depresivos en distintos trastornos, sistematizando y aunando diferentes procedimientos terapéuticos.

Por otra parte, no tenemos constancia de trabajos que hayan desarrollado un modelo explicativo integral de la sintomatología depresiva que recoja todas las variables que se ha demostrado que están implicadas en la etiología, psicopatología y tratamiento de los síntomas depresivos.

Creemos que con nuestra iniciativa ofrecemos un tratamiento psicológico integral, que recoge todos los componentes terapéuticos que han demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión. El modelo explicativo que hemos desarrollado sobre la etiología, psicopatología y tratamiento de la depresión permite abordar la problemática de distintos trastornos con idénticos procedimientos de evaluación e



11. Ellis, A. y Grieger, R. *Manual de terapia racional-emotiva*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1994.
12. Pérez, M. y García, J.M. «Guía de tratamientos eficaces para la depresión». En M. Pérez; J.R. Fernández; C. Fernández; I. Amigó (coord.). *Guía de tratamientos eficaces I*, Madrid, Pirámide, 2003, pp. 161-189.
13. Echeburúa, E.; Salaberría, K.; de Corral, P.; y Berasategui, T. «Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental». *Análisis y Modificación de Conducta*, 2000, 26, 108, pp.509-535.
14. Méndez, F.X.; Alcázar, A.I.R.; Montoya, M.; Espada, J.P.; y Olivares, J. «Guía de tratamientos eficaces para la depresión en la infancia y adolescencia». En M. Pérez; J.R. Fernández; C. Fernández; I. Amigó (coord.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III*, Madrid, Pirámide, 2003, pp. 57-85.
15. Oei, T.P. y Kazmierczak, T. «Factors associated with dropout in a group cognitive behaviour therapy for mood disorders». *Behaviour Research and Therapy*, 1997, 35, 11, pp. 1025-30.

M<sup>a</sup> Carmen Benedito Monleón

*Psicóloga Clínica*

*Unidad de Salud Mental de Burjassot. Área de Salud 05. Diputación de Valencia*

M<sup>a</sup> Carmen Carrió Rodríguez

*Psicóloga Clínica*

*Unidad de Salud Mental de Burjassot. Área de Salud 05. Diputación de Valencia*

Gema del Valle del Valle

*Psicóloga Interno Residente*

*Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. Área de Salud 05. Conselleria de Sanitat*

Agustín Domingo González

*Médico Psiquiatra*

*Jefe de Servicio y Coordinador de Salud Mental. Área de Salud 05. Diputación de Valencia*

CORRESPONDENCIA A:

M<sup>a</sup> Carmen Benedito Monleón

C/. 222 n<sup>o</sup> 16.

Urbanización El Plantío. La Cañada. Paterna. 46182



*M<sup>a</sup> Eugenia Díez Fernández*

## DOCUMENTO A.E.N SOBRE LA PROPUESTA DE REGULACIÓN DEL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO DE LAS PERSONAS CON TRASTORNOS PSÍQUICOS<sup>1</sup>

DOCUMENT S.N.A. REGARDING THE PROPOSAL OF REGULATION OF THE INVOLUNTARY OUTPATIENT TREATMENT OF PEOPLE WITH MENTAL DESORDER

### ■ RESUMEN

Recientemente se ha presentado en el Parlamento Español una Propuesta de Modificación de la ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos. Este artículo recoge la opinión de la Asociación Española de Neuropsiquiatría al respecto. Tras analizar las posibles causas que pueden explicar la aparición de esta propuesta, se examina el marco legal, y se señalan los riesgos e implicaciones del tratamiento ambulatorio involuntario en los derechos humanos de las personas con trastorno mental. Entre las conclusiones figura el rechazo de esta propuesta por tratarse de una regulación legislativa específica para las personas que padecen trastornos psíquicos, al considerarla discriminatoria y estigmatizante, y no existir suficiente nivel de evidencia sobre su eficacia como para recomendar su aplicación.

*Palabras clave:* trastorno mental, tratamiento ambulatorio involuntario, legislación en salud mental.

### ■ SUMMARY

Recently, a new proposal had been reported in the Spanish Congress to regulate the Involuntary Outpatient Treatment of people with mental disorder. This article collect the opinion of the Spanish Neuropsychiatric Association. After analysing the possible causes that could explain the emergence of this proposal, we investigate the legal environment, and we indicate the risks and consequences of the Involuntary Outpatient Treatment in the human rights of people with mental disorder. Among the conclusions we emphasize the refusal of this proposal because it is a specific regulation to people with mental disorder, it is discriminatory and stigmatize, and there isn't enough evidence level over its efficiency to recommend the application.

*Key words:* mental disorder, involuntary outpatient treatment, mental health legislation.

1. Documento aprobado por la Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en su reunión de 28-29 de enero de 2005 en Madrid. En base al informe elaborado por el Grupo de Expertos, compuesto por Dña Alicia Roig, D. Onésimo González, D. Juan Medrano, D. Fernando Santander, D. Julián Espinosa, D. Fermín Mayoral, Dña Ana Esther Sánchez, D. Fernando Santos, y D. José Leal.

## ■ INTRODUCCIÓN

En los últimos años, con el auge del tratamiento en la comunidad de los trastornos mentales, se ha abierto el debate sobre la extensión del tratamiento involuntario a la comunidad, surgiendo a nivel internacional algunas experiencias y una corriente de opinión que solicita las correspondientes medidas legales y administrativas para su regulación. Se ha justificado como una medida para conseguir la adherencia al tratamiento sin la necesidad del ingreso hospitalario, pudiéndose producir como prolongación del mismo o incluso antes para su prevención.

Al contrario, los que se oponen a la adopción de este tipo de medidas sostienen, entre otros, los siguientes argumentos: el tratamiento involuntario no puede compensar la falta de servicios apropiados y eficaces; el tratamiento involuntario deteriora la alianza terapéutica e impide la intervención del afectado en la plasmación del programa del tratamiento; las actuaciones necesarias para la administración involuntaria de los tratamientos pueden resultar traumáticas, particularmente por la actuación policial, pudiendo suponer una «criminalización» del paciente.

En cualquier caso, la evaluación de la efectividad de ese tipo de medidas no es posible en el momento actual porque aún no existen evidencias y conocimientos suficientes en este campo (WHO, 2003). En el mismo texto se plantea que el tratamiento e ingreso involuntario, deberá darse solo en circunstancias excepcionales y la Ley así debe contemplarlo. «El derecho al consentimiento informado, a la confidencialidad, a la libre elección, y a la apelación de los pacientes contra la involuntariedad» deberá ser asimismo en toda legislación contemplado.

En ese contexto, en España, la Confederación española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), ha elaborado una propuesta de reforma del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, suscitando la presentación en el Parlamento Español, por el grupo parlamentario catalán (Convergencia i Unió), de una Propuesta de Modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos.

ART. 763-5 LEC: Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del especialista, audiencia del interesado, informe del Forense y del Ministerio Fiscal.

En la resolución que se dicte deberá establecerse el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable del mismo que deberá informar al Juez, al menos cada tres meses, de su evolución y seguimiento, así como sobre la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento.

El plazo máximo de duración de esta medida será de dieciocho meses.

A nuestro juicio, la aparición de esta propuesta obedece a las siguientes causas:

1. La sobrecarga y malestar de los familiares de aquellos pacientes que sufren trastornos severos y persistentes, que en ocasiones están viviendo situaciones desesperadas.

2. La falta de desarrollo de un modelo comunitario integral de atención a la salud mental, con graves deficiencias, fundamentalmente en lo que respecta a:
  - a. Dotación de recursos de rehabilitación y dispositivos sociosanitarios (tanto residenciales como de apoyo a la integración social y laboral).
  - b. Descoordinación y fragmentación de los servicios, especialmente entre los servicios hospitalarios y comunitarios.
  - c. Falta de continuidad de cuidados con una actitud de baja responsabilización clínica y de toma a cargo de los pacientes por parte de los profesionales, que necesitan, además, tener formación adecuada para desarrollar programas de continuidad de cuidados.
  - d. Tratamientos centrados en los dispositivos y no en las necesidades reales de los pacientes, con escasez de intervenciones y asistencia domiciliaria, muy carentes en las redes asistenciales del SNS y demanda prioritaria de las Asociaciones de Familiares y Enfermos Mentales.
3. Falta de regulación de un Plan Integral de Atención Sociosanitaria que cubra las complejas necesidades de las personas que sufren trastornos mentales graves.
4. Disparidad y heterogeneidad en el desarrollo de servicios entre las distintas CCAA e incluso dentro de la misma Comunidad Autónoma.

## ■ DISCUSIÓN

Entendemos que en la actualidad nuestro ordenamiento jurídico dispone de un marco legal suficiente para garantizar la atención integral a las personas que sufren trastornos psíquicos. Son dos las Leyes que regulan estos derechos:

- A) La Ley General de Sanidad de 1986, que en su artículo 20, enumera los principios que deben regir en la atención a la Salud Mental:

«Sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y de la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, las Administraciones sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes principios:

1. La atención a los problemas de la salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo la necesidad de hospitalización.  
Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
  4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.
- B) Por otra parte La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente recogiendo el espíritu del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, ratificado por España y que entró en vigor el día 1 de Enero de 2000, avanza en la creación de espacios de libertad del paciente frente al sistema sanitario. En ella, partiendo de la protección del derecho básico a la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española, mediante la Estructura del Sistema Nacional de Salud, asegura el respeto escrupuloso a la intimidad personal y a la libertad individual del paciente, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan, y sin ningún tipo de discriminación.
- En aquellas situaciones en las que pueda darse un conflicto de intereses y el paciente renuncie o rechaza prestar su consentimiento a una intervención terapéutica que sea necesaria por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad, y por las exigencias terapéuticas del caso, el apartado segundo del artículo 9 establece que:
- «Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento en los siguientes casos:
- a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
  - b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas a él»
- En relación al tercer supuesto de exención de consentimiento para la aplicación de un tratamiento, recogido por la Ley General de Sanidad, que era la existencia de incapacidad para tomar decisiones, contemplada como una causa diferenciada, ha quedado refundida en el artículo 9<sup>a</sup> 2. apartado b) de esta nueva Ley.
- En los casos en los que los pacientes sean menores o no estén capacitados para la toma de decisiones la Ley Básica de Autonomía de los Pacientes dedica el apartado 3, del artículo 9, a regular el consentimiento por representación.

«Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
- c) Cuando el paciente sea menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso lo dará el representante legal del menor».

Este apartado no especifica que el representante legal del paciente tenga que ser el tutor o que sea necesario el procedimiento de incapacitación para su designación sino que deberá preservarse la voluntariedad del propio sujeto en su designación. El Convenio de Oviedo, la Ley de Derechos de los Pacientes establece una regla general sobre el consentimiento por representación, tendente a la protección de la autonomía del paciente, de la que se infiere la subsidiariedad de la representación en la prestación del consentimiento y su fundamento ético, que dice:

«La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada las necesidades que haya que atender, siempre a favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario».

La Ley de Autonomía del Paciente regula también las instrucciones previas, de modo que el enfermo mental, en los periodos en que se encuentra con capacidad para decidir al respecto puede dejar establecido su voluntad respecto del tratamiento o no tratamiento o nombrar incluso un representante e interlocutor frente al sistema sanitario.

*Dispone el Art. 11 de la Ley de Autonomía del Paciente:*

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad con objeto de que se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

El otorgante del documento puede designar además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o con el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas. ...//...

5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas comunidades autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro Nacional de Instrucciones Previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

En Conclusión, la AEN, en relación con la Propuesta de Modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil para regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos, hace las siguientes propuestas:

1. Esta asociación siempre se ha proclamado contraria a la promulgación de cualquier legislación específica para las personas que sufren trastornos mentales, por considerarla discriminatoria y estigmatizante. Por tanto, en esta ocasión, en relación con la regulación de los tratamientos involuntarios también nos manifestamos en contra.
2. Hasta el momento no existe suficiente evidencia científica sobre la eficacia del tratamiento obligatorio ambulatorio, ni tampoco evaluaciones concluyentes sobre los pros y los contras que lleva su aplicación.
3. En el marco Europeo no existen recomendaciones sobre la conveniencia de introducir reformas legales específicas para regular este tipo de tratamiento.
4. El texto propuesto que intenta responder a la legítima frustración y desesperación de los familiares, adolece de imprecisión, falta de criterios sobre su aplicación, no considera los riesgos de generalización, ni tampoco delimita suficientemente las actuaciones correspondientes en caso de incumplimiento, ni los servicios que se requerirían para que tales medidas tuvieran efecto con lo que no representa una solución. Un problema de tratamiento (rehabilitación, etc) y de soporte social (alojamiento, etc) no va a ser solucionado por una Ley corriéndose el riesgo de una psiquiatrización de toda conducta anómala de los pacientes.
5. El carácter forzoso del tratamiento hace que tan solo pueda objetivarse el cumplimiento del tratamiento farmacológico, sin que se pueda garantizar la existencia o la adherencia a un plan terapéutico y/o rehabilitador. Cada día hay mas evidencias de que el tratamiento integral y/o combinado (farmacológico, psicoterapia y rehabilitación psicosocial) es el mas eficaz para los trastornos graves.
6. La «judicialización» del tratamiento puede incluso fomentar actitudes de inhibición o de «desresponsabilización» de los profesionales sanitarios por delegación en el sistema judicial. La experiencia de implantación de la «Ley de Menor» sin el desarrollo previo de los recursos necesarios introdujo en muchas comunidades mas problemas clínicos y sociales que antes de la misma.
7. La participación del paciente en la toma de decisiones, el consentimiento y pacto asistencial basado en la confianza entre los profesionales sanitarios y el

usuario son ejes fundamentales en la evolución del tratamiento y posterior proceso rehabilitador.

8. El tratamiento involuntario en atención comunitaria es controvertido y tiene implicaciones en los Derechos Humanos de las personas con Trastorno Mental (WHO, 203).

#### ■ PROPUESTAS

Por lo tanto NUESTRAS PROPUESTAS SON:

1. Rechazo de la modificación del artículo 763 del LEC por tratarse de una regulación legislativa específica para las personas que padecen trastornos psíquicos y no existir suficiente nivel de evidencia sobre su eficacia como para recomendar su aplicación.
2. Instar a la Administración Sanitaria el cumplimiento de la Ley General de Sanidad, artículo 20, y sus desarrollos posteriores, Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que regula las prestaciones y el ordenamiento de los servicios, para desarrollar un modelo comunitario de atención a los problemas de Salud Mental.
3. Aplicación de la legislación actualmente vigente (Ley de Sanidad y Ley de Autonomía del Paciente) como marco regulador de los derechos de los pacientes y de las relaciones clínico-asistenciales en aquellas situaciones en las que pueda existir algún conflicto de intereses.

En todo caso podría considerarse que el actual Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil pase a integrarse en la Ley de Autonomía del Paciente pues una vez promulgado este texto podría no tener sentido que la regulación permanezca en la Ley de Enjuiciamiento.

Ello además contribuye a forjar la percepción de que el ingreso de los enfermos mentales es un asunto judicial cuando no lo es. La inclusión de la regulación en la Ley de Autonomía del Paciente tendría un alto valor pedagógico.

4. Cualquier propuesta de modificación o de regulación de los tratamientos forzosos o no consentidos, en el caso de llevarse a cabo, debería tener un carácter general y no dirigirse de forma específica al colectivo de pacientes que sufren trastornos psíquicos.
5. La AEN creará un grupo de trabajo sobre adherencia al tratamiento del que se derivará, en el marco de la Ley General de Sanidad y la Ley de Autonomía, una guía de recomendaciones para los profesionales y sugerencias a la Administración sobre los instrumentos asistenciales necesarios para su puesta en marcha.

## ■ DOCUMENTACIÓN REVISADA

1. Resumen: Una explicación de la Ley Kendra. Preparado por la Oficina Legal de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, Noviembre de 1999.
2. Medidas de tratamiento obligatorio externo en Salud mental: marco de una propuesta legislativa respetuosa con los derechos humanos. Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana.
3. Las conclusiones y resoluciones del Taller sobre tratamiento ambulatorio en supuestos de enfermedad mental grave (Bilbao, Junio de 2003).
4. Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health, Human Rights and Legislation. WHO, 2003.
5. Reflexiones y Propuestas respecto de la regulación del tratamiento ambulatorio obligatorio. Grupo Promotor del Comité d'Ètica Assistencial de la Fundació Congrés Català de Salut Mental (CCSM). Alicia Roig y Jordi Marfa, coordinadores del Grupo Promotor. Enero de 2004.
6. Tratamiento psiquiátrico ambulatorio obligado. Margarita. M<sup>a</sup> Hernanz, Fernando Santander, Santiago Ron, Ana-Blanca Yoller y Marixa Larreina. (Comité de Ética Asistencial de los servicios de Salud Mental de Álava). Comunicación oral presentada en el VI Congreso Nacional de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. Sevilla, Febrero 2004.
7. Recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre el tratamiento ambulatorio forzoso. Asociación Balear de Salud Mental. 2004.
8. Sobre la pretendida judicialización de los tratamientos ambulatorios. Razones para una oposición y contrapropuesta. Fernando Santos Urbaneja, Fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba. 2004.
9. Tratamiento ambulatorio judicializado. Forum Salut Mental. Octubre de 2004.
10. Tratamiento ambulatorio involuntario. Juan Medrano Albéniz
11. Tratamiento ambulatorio involuntario. Francisco Chicharro. Rev. Norte de Salud Mental, N<sup>o</sup> 19, 2004.
12. Valoración de posibles propuestas legislativas en relación con el tratamiento ambulatorio obligatorio. II Jornadas de Jueces de Familia, Incapacidades y Tutelas. Consejo General del Poder Judicial. Barcelona, septiembre de 2004.
13. Draft Recommendation of the Committee of Ministers to member states concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder. Strasbourg, 1 st June 2004.
14. Reflexiones y propuestas de ADEMM Usuaris de Salut Mental de Catalunya. Enero de 2005.
15. Legislación comparada sobre tratamientos obligatorios. Ana Esther Sánchez. Enero de 2005.



Grupo de expertos designados por la Junta Directiva de la AEN para la elaboración del documento sobre el TAI:

M<sup>a</sup> Eugenia Diez Fernández. Vicepresidenta AEN. Psicóloga Clínica. Asturias  
Alicia Roig Salas. Psiquiatra. Barcelona  
Onésimo González Álvarez. Psiquiatra. Huelva  
Juan Medrano Albeniz. Psiquiatra. Alava  
Fernando Santander Cartagena. Psiquiatra. Alava  
Mariano Hernández Monsalve. Psiquiatra. Madrid (\*)  
Julián Espinosa Ibarra. Psiquiatra. Valencia  
Fermín Mayoral. Psiquiatra. Málaga  
Ana Esther Sanchez Gutierrez. Psiquiatra. Asturias  
Fernando Santos. Fiscal de la Audiencia Provincial de Córdoba  
José Leal. Psicólogo Clínico. Barcelona

(\*) No ha podido participar en la discusión y elaboración de este documento

Correspondencia:  
Dra M<sup>a</sup> Eugenia Diez Fernández  
Psicóloga Clínica  
Vicepresidenta de la AEN  
Servicio de Psiquiatría de Enlace. HUCA Oviedo  
E-mail: eugenia.diez@sespa.princast.es



SECCIÓN



LIBROS





R. Burton.

Anatomía de la melancolía. 3 vols.

Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría

## MI SEÑORA LA MELANCOLÍA

Hay dos formas clásicas de asumir la desazón: una es la risa de Demócrito, y otra las lágrimas de Heráclito. Solía ocurrir que los artistas tomaran partido por ésta o por aquella postura. Se preguntaban: ¿es mejor reír o llorar ante la agitación, los errores y las desgracias de los hombres? El escritor inglés Robert Burton (1575-1640), autor de la *Anatomía de la melancolía* (*The Anatomy of Melancholy*, 1621), firmó su obra mayor bajo el nombre Democritus Junior, seudónimo que le dio algo más que una máscara, pues asumió de esa forma un escepticismo sonriente ante todo lo que es humano.

«¿Qué es el mundo mismo? Un vasto caos, una confusión de tipos diversos, tan variable como el aire, un manicomio, una tropa turbulenta llena de impurezas, un mercado de espíritus vagantes, duendes, el teatro de la hipocresía, una tienda de picardía y adulación, un aposento de villanías, la escena de las murmuraciones, la escuela del desvarío, la academia del vicio; una guerra donde quieras o no debes luchar y vencer o ser derrotado, en la que matas o te matan; en la que cada uno está por su propia cuenta, por sus fines privados, siempre en guardia.»

Hace unos años, la Asociación Española de Neuropsiquiatría inició el rescate íntegro, en tres tomos, del gran estudio de Burton, que se conocía en español sólo a partir de una selección de Antonio Portnoy publicada en 1947 por Espasa-Calpe de Argentina, como el número 669 de la Colección Austral y con apenas 150 páginas. Por tener esa fuente editorial tan extravagante como lo es una asociación de neuropsiquiatras, la nueva *Anatomía de la melancolía* ha sido distribuida en México con suma discreción, y los poquísimos volúmenes que lograron cruzar el Atlántico son condenados a su suerte en las secciones de psicología, lo que no merece un autor que tuvo gran influencia en Laurence Sterne y Samuel Johnson, por ejemplo, y que es conocido como «el Montaigne inglés». Hasta ahora, sólo se puede adquirir acá el tomo primero (del que en la librería Gandhi había un solo ejemplar, que pasó por varias sucursales y terminó algo maltratado y sin la camisa original); y se estará por importar los dos restantes, cumplido ya el rescate en España.

La *Anatomía de la melancolía* aparecerá completa en nuestro idioma, pues, cuando Iberoamérica celebra el IV Centenario de la aparición de *Don Quijote*, libro que Burton leyó en la traducción inglesa de Thomas Shelton de 1612, que incluía sólo la primera parte de las aventuras del Caballero de la Triste Figura, y que se volvió una de sus fuentes.



Si se piensa en los continuadores de Cervantes, uno de ellos podría ser Robert Burton, que se describe en el prefacio como alguien que ha leído muchos libros, «pero con poco éxito, a falta de un buen método». Si Cervantes se dirige a un lector «desocupado», el de Burton es «amable», al que le dice: «Tú mismo eres el tema de mi discurso». El *tú* y el *yo* se entrecruzan en su obra: el otro es para Burton él mismo, y por lo tanto es él también la materia de su discurso. Apunta: «escribo sobre la melancolía para estar ocupado en la manera de evitar la melancolía»; o también, con Cipriano: «la experiencia de la desgracia me ha enseñado a socorrer a los desgraciados»; y, con Mario en Salustio: «lo que otros oyen o leen, lo he sentido y practicado yo mismo; ellos consiguen sus conocimientos a través de los libros, y yo los míos melancolizándome».

Melancolizándose él, y melancolizando todo lo que toca. Ese lector en apariencia caótico que es Robert Burton, toma de aquí y de allá; su discurso se crea a partir de la cita, y las casi mil quinientas páginas de su *Anatomía* son también un *centón*, según define la Real Academia: «Obra literaria, en verso o prosa, compuesta enteramente, o en la mayor parte, de sentencias y expresiones ajenas».

Tal acumulación de citas no conduce al tedio sino a un retrato fiel del que escribe, que va nervioso de la frase propia a la ajena; y ese constante salirse de sí mismo se vuelve síntoma de la enfermedad que estudia y padece: «No hay nada nuevo aquí, lo que tengo lo he tomado de otros, mis páginas me gritan: «¡eres un ladrón!»» O como también dice: está claro dónde ha tomado el material, «sin embargo se convierte en algo diferente a lo que era su origen». Equipara su escritura con un río: a ratos precipitado y rápido, a ratos torpe y lento; a ratos directo, a ratos tortuoso; a ratos profundo, a ratos superficial; a ratos turbio, a ratos claro; a ratos ancho, a ratos estrecho, «según lo requiere el tema presente o según me veía afectado en ese momento».

La melancolía es, para Burton, «una enfermedad congénita en todos nosotros», y la locura reina en el mundo: «Nunca hubo tantos motivos para la risa como ahora, nunca tantos necios y locos. No basta un Demócrito para reírse, en estos días necesitamos «un Demócrito que se ría de Demócrito»» (que es cita de Erasmo). Al aparecer un epígrafe de Robert Burton en un cuento de Jorge Luis Borges, hay quien llegó a sospechar (como apuntó Monterroso) que se trataba de una invención borgesiana. Pero tan real es como esos tres grandes tomos de la *Anatomía de la melancolía* que circulan en las librerías de España, y que alguna vez serán vistos en las de México, y desde los cuales la congoja por el desorden de la vida social (donde el último fin es «cómo ser el peor») toma forma alegre: «Si Demócrito estuviera vivo, ¡cómo se reiría!»

Alejandro Toledo  
México D.F.

José María Álvarez, Ramón Esteban, François Sauvagnat,  
**FUNDAMENTOS DE PSICOPATOLOGÍA PSICOANALÍTICA**  
Madrid, Síntesis, 2004, 783 p.

Este libro indispensable nace de un sueño y de una realidad. De un sueño embriagante en tanto se propone capturar la atención de las nuevas generaciones de psicólogos y psiquiatras para interesarles por una psicopatología clásica -pues por clásica hay que tomarse la psicopatología de estirpe freudiana- y apartarles de este modo de la anticuada modernidad, en cuyo lecho la bio-psiquiatría actual se solaza. De una realidad discolorada, también, puesto que esta resistencia contemporánea se ha mostrado infranqueable desde hace al menos dos décadas y no da ninguna muestra de debilidad.

Frente a un discurso clínico empobrecido hasta un nivel que no había conocido la disciplina en sus dos siglos de existencia, donde el diagnóstico, o mejor dicho, el etiquetado, converge con la prescripción en un mismo gesto alienador, donde a lo sumo se sabe lo que tiene el paciente pero no lo que le pasa y donde se aprende a tratar las enfermedades psíquicas sin intentar conocer a las personas, se alza este texto como un monumento a la cultura psiquiátrica y a la sensatez.

El libro, por lo tanto, nace cargado de un gesto de rebeldía pero con una vocación docente decidida. Quiere transmitir, en el fondo, que la psiquiatría clásica se continúa en línea directa con la psicopatología de orientación psicoanalítica, prolongación que, a juicio de los supervivientes del ataque positivista, ha convertido el psicoanálisis en el síntoma de la psiquiatría. Toda la estrategia del discurso psiquiátrico actual está orientada a vaciar de subjetividad los síntomas, para lo cual no tiene otra posibilidad que desentenderse activamente del discurso teórico psicoanalítico, tanto si quiere comprender a su estrecho modo la psicosis, como si quiere redefinir esos síndromes bipolares a los que se ha dado, en virtud de apetencias industriales y comerciales desmedidas, una entidad hasta ahora desconocida. Silencio que, por otra parte, no le es difícil de lograr, pues cuenta con generaciones sucesivas de psiquiatras educadas en el mismo, y con propuestas psicoanalíticas a menudo confusas, mal transmitidas o cargadas de pretenciosidad.

Pues bien, nuestros lectores quieren interrumpir esta siniestra confabulación y demostrar la existencia de otra categorización de los síntomas y de otras vías comprensivas que retoman el talante histórico de la psiquiatría, ya muy alejada de sus angustias de legitimación pero aún acomplejada en cuanto le retiran la receta o se duda de la causalidad física.

El libro, generoso en su ilusión y fortaleza teórica, parte de una declaración de principios que los autores formulan del siguiente modo: «La obra que el lector tiene



en sus manos explora y privilegia el determinismo inconsciente de los fenómenos descritos tradicionalmente por la psicopatología, su causalidad psíquica, sus mecanismos patológicos específicos y la particular conformación clínica que el sujeto imprime a su malestar». Con esta intención de fondo diseñan un texto dividido en cinco partes muy específicas, donde cada autor da lo mejor de sí. Pues, si bien los capítulos no identifican a sus artífices por expresa voluntad de los mismos, los que conocemos a los creadores, e incluso disfrutamos a diario de su compañía, podemos distinguir en cada parte a quién corresponde la principal aportación de su autoría.

El libro arranca con una exposición de la historia de la psicopatología, de sus fundamentos, conceptos, doctrinas y tendencias. La mano de José María Álvarez es aquí muy nítida. Conocedor como pocos –quizá como nadie– de los autores clásicos, ya nos dejó un testimonio irremplazable de la historia de la psiquiatría en su libro de 1999, *La invención de las enfermedades mentales*. En aquel estudio, que no tiene parangón en nuestro país y rivaliza con las mejores historiografías conocidas, nos dio cumplido ejemplo de la sucesión de las distintas corrientes psiquiátricas pero, en especial, nos descubrió su genealogía, el modo como surgen las distintas propuestas encadenadas no bajo una elemental secuencia temporal sino impuestas por una lógica interna que se estructura a partir de las disputas personales, de las confrontaciones de escuelas, de las imposiciones nacionales y del ámbito científico de cada época. Con esas bases se recorre aquí de nuevo, pero con un ángulo más amplio, el camino que desde las antiguas enfermedades del alma conduce a la instauración de la psiquiatría.

La segunda parte aborda el estudio de los distintos modelos psicoanalíticos, con especial mención a los paradigmas lacanianos, en cuya elección preferente no sólo debemos ver la inclinación predilecta de los autores sino el reconocimiento que debemos a la inspiración lacaniana a la hora de explicarnos las psicosis. Pues de Lacan proviene el énfasis en el papel de la palabra, en el automatismo mental, en los fenómenos elementales, en la omnipotencia psicótica y en la oscuridad genuina de las cosas que, completando la ruptura freudiana, nos ofrecen un marco interpretativo indesplazable. En este segmento de la obra la participación de los autores se adivina más global, más conjunta.

La tercera parte nos anima a un estudio de las posiciones subjetivas, donde se acierta a conjugar la presentación de los síntomas, la ética que les infunde y propicia y la técnica con que se los aborda. François Sauvagnat se me antoja el ponente principal de este abordaje, aunque muy acompañado por los coautores en cuanto a la estrategia de los capítulos y a los matices que hacen más asequible los términos a un público más general y, se supone, que poco iniciados aún en estos saberes.

La cuarta parte es un momento muy especial del libro en el que merece la pena detenerse. Primero por su extensión, de aproximadamente 250 páginas. En segundo lugar por la particularidad del texto, que le convierte por sí mismo en un libro dentro



de otro libro, en un tratado de semiología en el seno de un tratado psicoanalítico. También porque nos encontramos ante un discurso metódico, amplísimo, muy racional y cartesiano, que parece a primera vista lo último con que podríamos tropezar injertado entre conceptos dinámicos, pero cuya inclusión es uno de los objetivos principales de los autores, empeñados en demostrar que la psicopatología freudiana es perfectamente compatible con la semiología tradicional. El texto, sin duda, procede de la mano de Ramón Esteban, que nos ha legado con su agotador esfuerzo un instrumento de consulta innovador e insustituible.

Por último, nos encontramos con la propuesta quizá más profunda del texto y desde luego la más combativa y colectiva. Corresponde a la presentación de los modelos nosográficos y a la defensa de las estructuras clínicas, capítulo que, por su utilidad y consideración a los componentes subjetivos del enfermar, merecería el destino de ser apartado en pliegos de cordel para que las nuevas generaciones pudieran llevarle en el bolsillo de sus batas con el fin de contrapesar la influencia, peligrosa y soporífera para las conciencias, del breviario del DSM-IV. Infundir esta preocupación, inspirar un estudio más comprensivo y animar a los lectores a despertar de la pereza y amodorramiento actual de nuestra ciencia, es el objetivo sustancial de esta parte y, en general de este libro tan nuevo, tan jugoso y tan particular.

Para mejor información sobre el volumen que se presenta, hay que subrayar la espléndida bibliografía que contiene, tanto la general como la bibliografía comentada y recomendada que acompaña a cada capítulo. Los autores agradecen en su introducción la colaboración de Rafael Huerta, Francisco Estévez y Francese Roca, anunciándonos de paso una segunda parte, Estructuras clínicas y clínica diferencial en psicopatología psicoanalítica que, si conserva la ambición y hondura de esta primera oferta, me hace temer por la salud de estos amigos.

Fernando Colina



SECCIÓN



PÁGINAS DE LA ASOCIACIÓN







## BOLETÍN INFORMATIVO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA-AEN

Estimados Compañeros:

Este es el primer número de un boletín que esperamos nos sirva de herramienta para mejorar la comunicación y la difusión de información a los socios de la AEN. Información de la actividad de la junta, y de otros contenidos de interés que permitan, con facilidad, estar al tanto de las principales líneas de actividad y de la vida asociativa. A pesar de que puedes estar leyéndolo en un papel impreso, en el interior de nuestra revista, lo cierto es que este boletín adquiere su máxima funcionalidad en su versión electrónica, donde es posible utilizar la información vinculada en los numerosos enlaces. A lo largo de este año vamos a hacer un intento de seguir potenciando los medios de comunicación electrónica y a intentar que nuestra página Web [www.asoc-aen.es](http://www.asoc-aen.es) sea un vehículo real de información interactiva. Te animamos a visitarla y hacernos llegar tus consejos, sugerencias o, por qué no, críticas.

### RESUMEN DE ACTIVIDADES DE LA AEN SETIEMBRE-DICIEMBRE 2004

- Actividad de la Junta Directiva

Los días 1 y 2 de octubre de 2004 se llevó a cabo la *reunión de la Junta en Madrid* (la siguiente se ha celebrado los días 28 y 29 de enero de 2005). El asunto que ocupó la mayor parte de la reunión fue el tema del visado sobre los antipsicóticos atípicos, o de segunda generación, que finalmente condujo a la elaboración y aprobación de un comunicado que reflejara el criterio independiente de la AEN sobre el tema. Dicho criterio se refleja asimismo en el editorial del *número 91 de la revista de la AEN*. La Asociación Andaluza ha emitido también un *informe* sobre la base de la experiencia de su aplicación en dicha comunidad a lo largo del último año. Dicha opinión ha surgido no sólo del debate durante la reunión de la junta, sino de innumerables correos electrónicos previos, conversaciones con otros colectivos y asociaciones implicadas, la reunión del presidente de la AEN con la *Dirección General de Farmacia*, etc. El comunicado se ha enviado a la *Dirección General de Farmacia*, a la *SEP*, *FEAFES*, Consejerías de Salud y Responsables Autonómicos de Salud Mental. Posteriormente hemos conocido la *decisión final de gobierno* de restringir la medida del visado a los tratamientos para personas de más de 75 años, lo cual quizás no termina de cerrar el debate.

Otro tema discutido de forma pormenorizada por la junta ha sido el relativo a los diversos movimientos y opiniones en torno a las posibilidades de modificaciones legislativas para permitir tratamientos involuntarios ambulatorios. A este respecto se decidió la creación de un *grupo de trabajo* a cargo de un comité de expertos para estudiar el tema y elaborar las conclusiones pertinentes. El grupo se ha reunido este

mes de enero de 2005, y elaborado un *documento con sus conclusiones y recomendaciones*.

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

Se ha procedido a preparar y ajustar a los requisitos requeridos (valga la redundancia) de las memorias de 2002 y 2003 de la AEN para la solicitud de entidad de utilidad pública. Entregadas a la asesoría en septiembre, con posterioridad se nos ha solicitado alguna documentación adicional, ya entregada. A la espera de noticias, en breve.

El *XXIII Congreso de la AEN que se celebrará en Bilbao en 2006* ha iniciado ya su andadura. *Oscar Martínez*, presidente de *OME*, informa a la junta de la marcha de los primeros trámites. Desde aquí les deseamos suerte, aunque ya sabemos que no les va a hacer falta.

La Subdirección de Asistencia Psiquiátrica del *Servicio Vasco de Salud* nos remite cuatro ejemplares del Plan Estratégico de Salud Mental 2004-2008. Uno de los ejemplares se quedará en el archivo de la AEN, los otros tres están a disposición de la Junta, para remitir un original o fotocopias a quien tenga interés.

Se reciben candidaturas para diversos cargos en las próximas elecciones de la WPA. La candidaturas, y los consecuentes apoyos de la AEN, se han decidido en la Junta, habiéndose decidido apoyar a los siguientes candidatos:

- Presidente: Mario Maj
- Secretario de Secciones: Miguel Jorge
- Secretario de Educación: Allan Tasman
- Secretario de Publicaciones: Driss Moussaoui

La Secretaría de la AEN estrena nueva conexión ADSL y nuevo correo electrónico: *aen@asoc-aen.es* El antiguo, *aen@pulso.com* sigue funcionando pero es preferible irse olvidando y usar el nuevo.

Finalmente, todos recibisteis el pasado año 2004 un CD con, entre otras cosas, un directorio de socios. En este sentido, se ha recibido una pregunta/queja de una socia acerca de la confidencialidad de dichos datos. Nos hemos informado sobre la legalidad de publicar los listados de socios, para uso restringido de los mismos y nos hemos registrado en la Agencia de Protección de Datos, e incluido una carta en la revista pidiendo que los socios que no quieran que figure su dirección en los listados, lo comuniquen.



- Página Web [www.asoc-aen.es](http://www.asoc-aen.es)

Poco a poco la cosa va para adelante. Para el primer trimestre de este año 2005 esperamos tener ya habilitada la base de datos de los socios, lo que permitirá el registro de socios *on-line* en la página, algo necesario para poder discriminar el acceso a ciertos contenidos o para posibles futuros servicios interactivos. Esperamos mejorar los contenidos y mantener la página razonablemente actualizada. Sugerencias son bienvenidas.

- Grupos de Trabajo

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

- Observatorio de Salud Mental

El *Observatorio de Salud Mental* de la AEN ha trabajado mucho y bien en los últimos meses. No hay más que ver sus *resultados, accesibles en la página Web*. Al ser uno de sus objetivos la actualización permanente, se ha puesto en marcha un nuevo cuestionario que estará finalizado en el primer semestre de 2005. Los nuevos datos se publicarán en un Cuaderno Técnico.

- Escuela de Salud Mental de la AEN

La *Escuela de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)* es una fundación que tiene como objeto desarrollar o favorecer el desarrollo de aquellas actividades de formación y producción científica consideradas de utilidad para el desarrollo de los objetivos de la AEN. Ya está disponible *información preliminar* al respecto.

- Grupo de Trabajo Psicología Clínica

Liderado por *Consuelo Escudero (cescudero@mi.madridtel.es)* se está realizando un inventario de los profesionales de psicología que trabajan en los diferentes sistemas públicos de salud y su reconocimiento (o no) como facultativos especialistas a todos los niveles (incluido el salarial). Por lo tanto, continúa abierto el debate sobre la Psicología Clínica y su reconocimiento como profesión sanitaria, en algunos casos paralizados hasta la resolución de las OPE pendientes.

Begoña Olabarriá (olabarriagmb@munimadrid.es) ha enviado el informe presentado a las Cortes por el Defensor del Pueblo, relativo al requerimiento del COP relativo a la LOPS y la psicología. La aportación que ha realizado el M<sup>o</sup> de Sanidad a través de su Subsecretario al Defensor del Pueblo, y que éste asume y traslada, es la que ha venido sosteniendo la CNEPC y la AEN.

- Publicaciones

Actualizadas en la página Web la mayoría de las *publicaciones*, la última incorporación ha sido el *Cuaderno Técnico N<sup>o</sup> 7*, con el contenido de los datos del *Observatorio de Salud Mental de la AEN*. Recordar que están accesibles en formato pdf, a texto completo, todas las *revistas de la AEN desde el año 1997*.

Fernando Colina informa de contactos con *Alianza Editorial* para publicar en su colección de Bolsillo la traducción de «Anatomía de la Melancolía», de la *Colección Historia*. En el lado negativo, se prevén posibles dificultades futuras de financiación para la publicación de los libros de historia.

Desde la *Asociación Asturiana* se informa de la edición de un nuevo número de los *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, dedicado en esta ocasión a «Sobre Violencias».

La *Asociación Española de Psicología Cognitivo-Conductual*, asociación científica sin ánimo de lucro con sede social en la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada, envía una propuesta de colaboración con la revista de la AEN. Se estima y se verá como llevarla a cabo.

Se ha propuesto la inclusión en *BIREME, Biblioteca Virtual en Salud* de OPS-OMS la revista de la AEN, dada su pertenencia al comité editor.

Y recomendaros vehementemente que os deis una vuelta por *Psiquiatría Insólita*, serie semanal con noticias breves, de contenido insólito o novedoso, en relación con la Salud Mental editada por el Dr Juan Medrano, y alojada en la página Web de OME.

- Congresos y Jornadas

En la página Web pueden consultarse las *actividades realizadas en 2004*, y las *previstas para el 2005*. Si alguien echa a faltar alguna, por favor, que nos envíe la información.

Entre las actividades realizadas por AEN y sus Asociaciones autonómicas en 2004 están:

- IX Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-AEN Barcelona, 19-22 de mayo de 2004
- XI Jornada Anual de la Asociación Vasco Navarra de Salud Mental-OME Intervención en salud Mental en Catástrofes: Planificación y Práctica Bilbao, 17 de Junio de 2004
- IV Jornadas de la Asociación de Neuropsiquiatría y Salud Mental del País Valenciano *Pruebas y Experiencias a favor de la Psiquiatría Comunitaria. Morella (Castellón), 30 de setiembre, 1 y 2 de Octubre.*





- XIV Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN) Imposiciones, suposiciones y condiciones Madrid, 30 de Septiembre de 2004
- V Simposio de la Sección de Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría *El Sujeto de la Clínica Albacete, 22-23 de Octubre de 2004*
- XXIII Jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría *Psicoterapia de los Trastornos Limite de la Personalidad El Puerto de Santa María, 11, 12 y 13 de Noviembre de 2004*
- Asociación Vasco Navarra de Salud Mental. OME. Presentación del libro: La cara oculta de Salvador Dalí, de Luis Salvador López Herrero *Organizado en colaboración con el Seminario del Campo Freudiano en Bilbao y Biblioteca del campo Freudiano de Bilbao. Bilbao, Jueves 18 noviembre 2004, 19:30h*
- Y algunas de las actividades previstas para el 2005 son:
- V Jornadas Regionales de la Asociación Murciana de Salud Mental. Trastornos Adaptativos. 10 de febrero de 2005.
- Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental *IX Curso de Psiquiatría y Salud Mental: Estados Límite Oviedo, 17 y 18 de Febrero de 2005*
- Asociación Catalana de Profesionales de la Salud Mental-AEN *V Jornadas. Asistencia Integral a las Personas con Enfermedad Mental Severa Girona, 15-16 de abril de 2005*
- *VIII Jornadas de la Asociación Castellano Manchega de Neuropsiquiatría y Salud Mental. 21 y 22 de Abril del 2005. Salón de Actos del Hospital Mancha Centro. Hoja para Presentación de Comunicaciones*
- XX Jornadas Nacionales de la AEN. Salud Mental, Violencia y Sociedad. I Encuentro Nacional de Enfermería de Salud Mental de la AEN. *Zaragoza, 26, 27 y 28 de mayo de 2005.*
- XIII Jornadas de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría *El modelo asistencial ambulatorio en Salud Mental 2 y 3 de Junio de 2005, Las Palmas de Gran Canaria.*
- VI Congreso de la Asociación Gallega de Salud Mental *El Saber Holístico - Homenaje al Profesor Rof Carballo Lugo, 9-11 de junio de 2005*
- La Salud Mental Comunitaria (1985-2005) IV Jornadas Asturianas de Salud Mental Gijón 3-4 Noviembre 2005 *jornadasasturianas@yahoo.es aenasturias@hotmail.com*
  
- Otros Congresos y Jornadas 2005:
- 6ª Congreso Virtual de Psiquiatría «Interpsiquis 2005» del 1 al 28 de febrero de 2005. *http://www.interpsiquis.com/*
- «Advances in Psychiatry» Hellenic Psychiatric Association. *Atenas, Grecia, 12 a 15 de marzo de 2005*
- XIX Congreso Centroamericano de Psiquiatría, 15-18 de marzo 2005. San José, Costa Rica. *http://cmcr.com/congresos/costarica2005*

- XXI Congreso Argentino de Psiquiatría. *Alianza Global en Adicciones y Trastornos de la Personalidad. Mar del Plata, 21-24 abril 2005.*
  - Confluencias en Psiquiatría. Reunión Monográfica: Psicopatología de la Migración. *Madrid, 15-16 de Abril de 2005*
  - *V Conferencia Nacional Alzheimer Murcia, 6-8 de octubre de 2005*
  - I Congreso Iberoamericano de Salud Mental. II Congreso Internacional del CENSAM «Por un Nuevo Despertar» *12 y 14 de octubre 2005. Palacio de Convenciones La Habana. Cuba*
  - I Congreso de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial *Madrid, 24, 25 y 26 de noviembre de 2005*
  - Actualización en el tratamiento de la aptología dual en los trastornos psicóticos. *www.inual.amored.com. 6 y 7 de mayo de 2005*
  - VI Congrès European Association for the history of psychiatry VEAHP. *22, 23 y 24 de septiembre en París. EAHP.secretary@elan-retrouve.asso.fr.*
- Información WPA
 

Se ha recibido diversa información procedente de la WPA, incluyendo:

    - Publicación del número de Octubre de *World Psychiatry: World Psychiatry - Official Journal of the WPA Volume 3, Number 3 - October 2004*
    - Información acerca del *premio Jean Delay.*
    - Congreso Internacional WPA: *Treatments in Psychiatry: an Update. Celebrado en Florencia, Italia los días 10-13 Noviembre de 2004*
    - Congreso Regional de la WPA. *Advances in Psychiatry Atenas. Grecia. 12-15 de marzo de 2005*
    - *XIII World Congress of Psychiatry 5000 Years of Science and Care. Building the Future of the Psychiatry El Cairo, 10-15 de setiembre de 2005 Fecha límite para envío de comunicaciones y póster, 30 de Octubre 2004.*
    - Se informa de los trámites para admitir en la WPA al *College of Psychiatrists (Sri Lanka)* y *Palestinian Psychiatric Association (Palestine Authority).*
    - Versión definitiva de la Declaración de Consenso «*Servicios Psiquiátricos Focalizados en la Comunidad: Desafíos para la Formación de los Futuros Psiquiatras*».
    - 5º encuentro de Líderes de la Psiquiatría Europea. Llevado a cabo en Florencia, el 10 de noviembre, como actividad previa al inicio del Congreso Internacional WPA sobre *Tratamientos en Psiquiatría.*
    - Se informa del acuerdo con el Dr Bernard Maillet, Secretario General de la UEMS, para que la Task Force de la WPA se convierta en la rama técnica de la psiquiatría en lo que concierne al Comité de acreditación Europeo de Educación Médica Continuada (EAC/CME), que será la encargada de acreditar los eventos científicos internacionales que se celebren en Europa.



- Día Mundial de la Salud Mental. Todo el material al respecto está disponible en una página web ad hoc, [www.wmhdday.net](http://www.wmhdday.net)
- Notificación de la edición del número de octubre de la excelente *World Psychiatry - Official Journal of the WPA* Volume 3, Number 3 - October 2004.
- Solicitud de participación, dentro del *Congreso de El Cairo*, de un representante de la AEN en un simposium sobre epidemiología de los T Mentales en los países del sur de Europa.
- Miguel Etxebarria, nuestro representante en la nueva sección para Jóvenes Psiquiatras de la WPA (*YPC-Young Psychiatrists Council*) remite informe sobre la reunión mantenida en mayo en Nueva York, a la que asistió.
- Se recibe información acerca de la *Conferencia Temática sobre Calidad y Evaluación de Resultados*, que se llevará a cabo en Valencia, los próximos días 17-20 de junio de 2005.

Más información acerca de las actividades y publicaciones de la WPA en su página Web [www.wpanet.org](http://www.wpanet.org)

- Información *SME*

Se reciben, los boletines de Salud Mental Europa correspondientes a los meses de Noviembre y Diciembre.

Boletín Salud Mental Europa-MHE

*Nº 11, Noviembre 2004*

Boletín Salud Mental Europa-MHE

*Nº 12, Diciembre 2004*

Se recibe información acerca de:

- Conclusiones de la Pre-conferencia «The Mental Health of Children and Adolescents», *llevada a cabo en Luxemburgo los días 20 y 21 de setiembre.*
- Segunda fase del proyecto *Dignity & Health 5*, dirigido especialmente a los 5 nuevos países europeos, (Chequia, Rumanía, Bulgaria, Polonia y Eslovenia) , becado por la Comunidad Europea. Duración del proyecto 12 meses. Objetivos: incrementar el conocimiento acerca de los objetivos de la Unión Europea de promoción de los derechos-inclusión-salud para todos, promover el intercambio de experiencias para aumentar la competencia en este campo, mejorar las redes locales de SME y la continuidad con el anterior seminario.
- *Shaping the EU Health Community, conferencia celebrada en La Haya los días 7 a 9 de setiembre» 04*
- Proyecto *Included in Society*
- Conclusiones y recomendaciones de la *Conferencia de Eslovenia*, relacionadas sobre todo con actividades contra el estigma, buenas prácticas en promoción y prevención, código de conducta de los medios.

- Congreso *Balanced Care. Innovative Perspectives on Psychiatric Rehabilitation*, a celebrar en Bélgica (Geel) los días 12 y 13 de mayo de 2005. Se podían mandar cosas hasta el 15 de diciembre. Más detalles en: [www.opzgeel.be/congress](http://www.opzgeel.be/congress)

- Información OMS

*WHO European Ministerial conference on Mental Health : Facing the Challenges, Building Solutions* -Helsinki, 12-15 Enero 2005. *NGOs meeting - Helsinki*, 11 Enero 2005. Se ha celebrado una reunión de los ministros de sanidad de todos los países europeos, quienes han redactado una declaración común sobre planes de acción en SM en todos los países participantes. Se ha hecho especial énfasis en aspectos «antiestigma» y de prevención, así como en los programas de continuidad de cuidados y rehabilitación.

- Otros

*Guía de Buena Práctica Clínica en el Abordaje de Situaciones de Violencia de Género*. Disponible en la Web.

El *gabinete de estudios sociológicos Bernard Krief* ha solicitado la colaboración a la AEN para participar en un libro blanco sobre la comunicación médica en España. Se ha formado un grupo para trabajar en el tema

Se recibe de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública la *Declaración de Toledo*, sobre el derecho de la Salud para todos en Europa. Nos adherimos, y se envía el escrito a las autonómicas por si quieren adherirse también (lo hace la Asociación Asturiana).

Se recibe escrito de la Secretaria de Bienestar Social de la Comisión Ejecutiva del PSOE, manifestando su disposición a tener espacios de colaboración con la AEN. Se responde con una carta de agradecimiento.

Se ha asistido a diversas reuniones y actos, incluyendo:

- *Reunión (17 de septiembre) organizada por la OMC que tiene en el orden del día relaciones institucionales, formación y acreditación y relación con las compañías de seguro libre*
- *Reunión Presente y Futuro de los Comités Éticos ante el Real Decreto de Ensayos Clínicos, celebrada el 27 de septiembre, por parte de la Fundación para la Investigación en Salud.*
- Miembros de la junta han mantenido reuniones con el Secretario General de Sanidad, D Fernando Lamata y con la dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria del Gobierno Vasco.
- Reunión de Presidentes de Sociedades Científico-Médicas convocada por el presidente de la organización médico colegial



Se han recibido las *Recomendaciones de la Unidad de Supervisión Deontológica de Farmaindustria en los eventos organizados por Sociedades Científicas en los que participa la Industria Farmacéutica*.

La Presidenta de AVIFES (Begoña Ariño) envía el material de la *Campaña Cero Estigma* por si nos queremos adherir. Se cuelga un enlace en la portada de nuestra Web.

Se ha colaborado, auspiciado o respaldado la celebración de jornadas, actividades y congresos, incluyendo:

- Congreso sobre el sueño erótico (Lleida 11-14 de diciembre)
- Congreso Argentino de Psiquiatría

Se recibe nota informativa de la Agencia Española de Medicamentos acerca del *Uso de los ISRS en el Tratamiento de Trastornos Depresivos en Niños y Adolescentes* (disponible en nuestra Web)

Se recibe documento y solicitud de colaboración en un proyecto para la mejora de la calidad de vida de la población con discapacidad producida por la enfermedad mental, promovido por el Gobierno de Bulgaria.

©aen 2005

jota.jota@telefonica.net

## LIBROS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Distribución: La Torre Literaria)

### ESTUDIOS

1. M. GONZALEZ DE CHAVEZ (ed.), La transformación de la asistencia psiquiátrica, 1980.
2. A. PORTERA, F. BERMEJO (eds), Paradigma sistémico y terapia familiar, 1983 (agotado).
3. S. MASCARELL (eds), Aproximación a la histeria, 1980.
4. T. SUAREZ, C. F. ROJERO (eds.), Paradigma sistémico y terapia familiar, 1983 (agotado).
5. V. GORCES (ED.), Aproximación dinámica de la psicosis, 1983.
6. J. ESPINOSA (ed), Cronicidad en psiquiátrica, 1986.
7. J. L. PEDREIRA MASSA (ed), Gravedad psíquica en la infancia, 1988 (agotado).
8. J. A. FERNÁNDEZ SANABRIA, J. MAURA ABRIL, A. RODRÍGUEZ GÓMEZ (eds), I Jornadas de la Sección De Psicoanálisis de la A.E.N., «El malestar en la cultura», 1992.
9. R. INGLOTT (ED), El que hacer en salud mental, 1989 (agotado)
10. C. CASTILLA DEL PINO (ed), Criterios de objetivación en 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 contancion, 1990.
13. M. DESVIAT (ed), Epistemología psiquiátrica, 1990.
14. A. INGALAR, R. GÓMEZ ESTEBAN, J. FRERE, A. GONZALEZ GUILLÉN (eds), II y I Jornadas de la Sección de Psicoanálisis de la A.E.N., «El malestar en la cultura», 1992.
15. P. SAN ROMAN VILLALÓN (ed), Jornadas sobre salud mental y ley: Malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios, 1993.
16. C. F. ROJERO, T. SUAREZ (eds) Psicosis de la infancia y de la adolescencia, 1993.
17. V. APARICIO BASAURI (ed), Evaluación de servicios en salud mental, 1993.
18. J. MAS HESSE, A. TESORO AMATE (eds) Mujer y salud mental. Mitos y realidades, 1993.
19. A. FERNÁNDEZ LIRIA, M. HERNÁNDEZ MONSALVE, B. RODRÍGUEZ VEGA (eds), Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración, 1997.
20. R. GÓMEZ ESTEBAN (ed), Grupos terapéuticos y asistencia pública, 1997
21. J. LEAL RUBIO (ed), Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones, 1997
22. C. POLO, Crónica del Manicomio, 1999
23. F. SANTANDER, Ética y praxis psiquiátrica, 2000
24. F. RIVAS (ed), La Psicosis en la Comunidad, 2000
25. E. GONZALEZ, J.M. COMELLES (eds.), Psiquiatría transcultural, 2000
26. FCO. CARLES, I. MUÑOZ, C. LLOR, P. MARSET, Psicoanálisis en España, (1893-1968), 2000.
27. T. ANGOSTO, A. RODRÍGUEZ, D. SIMON (compiladores). Sesenta y cinco años de historia de la Psiquiatría (1924-1999). Editan: Asociación Española de Neuropsiquiatría y Asociación de Galera de Saude Mental, 1999.
28. CRISTINA GIBBERT AGUILAR (Coordinadora). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo, 2003
29. ANTONIO ESPINO Y BEGOÑA OLABARRÍA (Coordinadores). La formación de los profesionales de la salud mental en España. Estado actual y perspectivas, 2003.
30. MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE Y RAFAEL HERRERA VALENCIA (Coordinadores). La atención a la salud mental de la población reclusa, 2003.
31. R. ESTEBAN, J. M<sup>a</sup> ÁLVAREZ. Crimen y locura. 2004

### HISTORIA

1. JACQUES FERRAND. Melancolía erótica, 1996
2. ROBERT BURTON, Anatomía de la melancolía I, 1997
3. ANSELM VON FEUERBACH, Gaspar Hauser, 1997
4. ROBERT BURTON, Anatomía de la melancolía II, 1998
5. ROBERT GAUPP, El caso Wagner, 1998
6. GEROLAMO CARDANO, El libro de los sueños, 1999
7. EMIL KRAEPELIN, Cine años de Psiquiatría, 1999
8. ETIENNE ESQUIROL, Sobre las pasiones, Joseph Daquin, Filosofía de la locura, 2000
9. TOMASO GARZÓN, El teatro de los cerebros. El hospital de los locos incurables, 2000  
Traducción Mariano Villanueva Salas.
10. JUANA DE LOS ANGELES, Autobiografía. Madrid, AEN, 2001
11. FRANCOIS LEURET. El tratamiento moral de la locura, 2001
12. ROBERT BURTON, Anatomía de la melancolía III, 2002
13. LAURENT JOUBERT, Tratado de la risa, 2002
14. SAMUEL AUGUSTE TISSOT, El onanismo, 2003
15. DANIEL P. SCHREBER, Sucesos memorias de un enfermo de los nervios, 2003
16. RAIMOND QUENEAU, Los locos literarios, 2004



## CRITERIOS PARA LA ACEPTACIÓN DE ORIGINALES

1. Los trabajos deberán ser inéditos, mecanografiados a doble espacio en panel de tamaño folio o DIN A-4, que se considerará, en cualquier caso, como el original. Se enviarán cuatro copias de éste a la Redacción.
2. La primera página debe incluir el título y un brevísimo resumen de 20 palabras acompañado de tres a cinco palabras clave para índices: todo ello, en castellano e inglés.
3. En página final, se incluirán: 1) Nombre y apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. 2) Nombre de los departamentos e instituciones a los que debe atribuirse el trabajo. 3) Renuncias, si existen. 4) Nombre y dirección del autor al que debe dirigirse la correspondencia sobre el manuscrito.
4. Cuando sea posible, el texto se adaptará a los apartados clásicos de Introducción (con explicación de los objetivos del artículo), Métodos, Resultados y Discusión.
5. La bibliografía se identificará en el texto mediante número arábigos (entre paréntesis) y las citas se numerarán consecutivamente por el orden en que se citen por primera vez en el texto y se reunirán en páginas separadas al final del manuscrito. En el caso de los libros se especificará por este orden: autor, título (subrayado o en cursiva), lugar de la edición, editorial y año. En el caso de las revistas, por este orden: autor, título del artículo (entrecorinado), título de la revista (subrayado o en cursiva), año, volumen, número y páginas. Cada una de las especificaciones, en ambos casos, tiene que ir entre comas\*.
6. Si apareciesen dos o tres autores, se escribirían separados mediante punto y coma. Si hubiese más de tres, sólo se escribiría el primero, seguido de: y otros.
7. Las tablas se mecanografiarán en hoja distinta para cada una, a doble espacio, irán numeradas consecutivamente y las abreviaturas empleadas irán explicadas a pie de página.
8. En caso de presentar, además, los originales en soporte informático, se ruega usar con preferencia Word 97, o posteriores (indicándose en el disco la versión empleada).  
En este caso, tecléese el texto con la máxima austeridad: a) no emplear nunca negritas (sólo se admiten redondas o cursivas), ni tipos de letra de distinto tamaño; b) no dividir nunca las palabras con guión, al final de línea; y no dejar líneas en blanco; c) no imitar formatos de edición (doble columnas, centrados, sangrados, distintos al usado tras un punto y aparte). Por otro lado, las notas deberán ir siempre al final del texto.

El Consejo de Redacción se rige por las siguientes directrices:

1. Se acusará recibo de todo artículo remitido a la *Revista*.
2. Los manuscritos serán revisados anónimamente por expertos en el tema tratado, quienes informarán sobre la conveniencia de introducir modificaciones o, en su caso, de publicarlo sin modificar el mismo, correspondiente en último extremo esta decisión al Consejo de Redacción.
3. La Responsabilidad de la decisión de publicar o no un original así como determinar la fecha oportuna corresponde al Consejo de Redacción y, en última instancia, al Director.

\*Ejemplos: Morris, T.E.; Alonso, M., *What is identity?*. Nueva York, Columbia University, 1979.  
Morris, T.E., «Trastornos de identidad», *Rev. Esp. Psq.*, 1979, XL, pp. 194-206



SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA (Y en la Asociación integrada en la A.E.N. de la Autonomía correspondiente)

D. .... profesional de la Salud Mental, con título de ..... que desempeña en (Centro de trabajo) ..... y con domicilio en ..... Población ..... D.P. .... Provincia ..... Teléfono: .....

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación integrada en la A.E.N. de la Autonomía correspondiente, para lo cual es propuesto por los Miembros:

D. .... D. ....

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha:...../...../.....

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista está incluida en la cuota de Asociado.

Nombre: ..... Dirección: ..... BANCO/CAJA DE AHORROS ..... Sucursal: ..... Cuenta n.º: ..... Población: .....

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi: Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros n.º ..... el importe de la suscripción anual a la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

Firma:

----- BANCO/CAJA DE AHORROS ..... Sucursal: ..... Cuenta n.º: ..... Población: .....

Muy Sres. míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente Libreta de Ahorros n.º ..... el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población ..... día ..... mes ..... año .....

Firma,