



## SUMARIO

### EDITORIAL

#### ORIGINALES Y REVISIONES

Oscar Martínez Azumendi

|                                                                                                                      |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| PERIODISTAS Y REPORTEROS GRÁFICOS COMO AGENTES DE CAMBIO EN PSIQUIATRÍA.<br>IMÁGENES-DENUNCIA PARA EL RECUERDO ..... | 9 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

Ana García Laborda, J.Carlos Rodríguez Rodríguez

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| FACTORES PERSONALES EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA ..... | 29 |
|------------------------------------------------------|----|

Ana Ramos López, M<sup>a</sup> Dolores Díaz Palarea

|                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS DE UNA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL:<br>DETERMINANTES PSICOSOCIALES Y CLÍNICOS ..... | 37 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

#### DEBATES

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

|                                                                                                                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| LA PERSUASIÓN COERCITIVA, MODELO EXPLICATIVO DEL MANTENIMIENTO DE LAS MUJERES<br>EN UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO. II: LAS EMOCIONES Y LAS ESTRATEGIAS DE<br>LA VIOLENCIA ..... | 59 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

Antonio Sánchez-Barranco Ruiz, Palo Sánchez-Barranco Vallejo,

Fernando Sánchez-Barranco Vallejo

|                                                 |    |
|-------------------------------------------------|----|
| EL PSICOANÁLISIS ¿QUÉ TIPO DE CIENCIA ES? ..... | 93 |
|-------------------------------------------------|----|

#### HISTORIA

Francisco Balbuena Rivera

|                                                            |     |
|------------------------------------------------------------|-----|
| COMPROMISO SOCIAL E IDEALES POLÍTICOS EN PAUL FEDERN ..... | 115 |
|------------------------------------------------------------|-----|

#### INFORMES

Ana María Jiménez

|                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| COORDINACIÓN ENTRE DISPOSITIVOS DE EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL ..... | 129 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|

#### LIBROS

#### PÁGINAS DE LA ASOCIACIÓN



## TABLE OF CONTENTS

### EDITORIAL

#### ORIGINAL PAPERS AND REVIEWS

Oscar Martínez Azumendi

|                                                                                                                        |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| JOURNALISTS AND GRAPHIC REPORTERS AS AGENTS OF CHANGE IN PSYCHIATRY.<br>AWARENESS-RAISING IMAGES FOR REMEMBRANCE ..... | 9 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

Ana García Laborda, J.Carlos Rodríguez Rodríguez

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| PERSONAL FACTORS IN THERAPEUTIC RELATIONSHIP ..... | 29 |
|----------------------------------------------------|----|

Ana Ramos López, M<sup>a</sup> Dolores Díaz Palarea

|                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| PATIENT CHARACTERISTICS AT AN ACUTE MENTAL HEALTH UNIT: PSYCHOSOCIAL AND<br>CLINICAL INDICATORS ..... | 37 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

#### DISCUSION

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

|                                                                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| THE COERCIVE PERSUASION, AN EXPLANATORY MODEL OF THE STAY OF WOMEN IN A SITUATION<br>OF GENDER-BASED VIOLENCE. II: THE EMOTIONS AND THE VIOLENCE STRATEGIES ..... | 59 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

Antonio Sánchez-Barranco Ruiz, Palo Sánchez-Barranco Vallejo,

Fernando Sánchez-Barranco Vallejo

|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| PSYCHOANALYSIS, WHAT KIND OF A SCIENCE IS IT? ..... | 93 |
|-----------------------------------------------------|----|

#### HISTORY

Francisco Balbuena Rivera

|                                                            |     |
|------------------------------------------------------------|-----|
| PAUL FEDERN - SOCIAL COMMITMENT AND POLITICAL IDEALS ..... | 115 |
|------------------------------------------------------------|-----|

#### REPORTS

Ana María Jiménez

|                                                                                                 |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| COORDINATION BETWEEN EDUCATION AND MENTAL HEALTH SERVICES FOR CHILDREN AND<br>ADOLESCENTS ..... | 129 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

#### BOOKS

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



# BALANCE 2003-2006 Y CONVOCATORIA DE ELECCIONES

Cuando este ejemplar llegue a tus manos estará a punto de celebrarse el XXIII Congreso de la AEN (Bilbao, 10 al 13 de mayo de 2006). Han transcurrido tres años desde el Congreso de Oviedo –parece que fue ayer- y la legislatura toca a su fin, por lo que se han convocado elecciones para la renovación de la junta directiva, habiéndose presentado al cierre de la edición una única candidatura de la que se informa en “páginas de la asociación”.

Han sido tres años intensos, cargados de buenos propósitos –que entendemos se han cumplido, al menos en parte- con emergencia de conflictos a los que se ha ido haciendo frente, pero también con aspectos que han favorecido el desarrollo de nuestra asociación, y de los que es hora de hacer balance. Para analizar el grado de consecución de los objetivos vamos a utilizar parte del editorial publicado en la revista nº. 87 (junio-septiembre de 2003) donde se daba cuenta de los proyectos que pretendía abordar la entonces recién nombrada junta directiva:

**Sistemas de información:** Decíamos “que se iban a utilizar los nuevos modelos de organización, y sistemas de información, como herramientas de coordinación y difusión del conocimiento”. En este sentido, se ha creado una nueva página web, espléndida, actualizada, con numerosos documentos de interés, y con la inclusión del apartado “WebLog” –que recomendamos visitar- donde se recogen casi a diario las principales actividades y novedades que genera y/o llegan a la AEN. En la web está disponible a texto completo la colección de Revistas desde el año 1997, habiéndose hecho gestiones con la Universidad Carlos III para traspasar a formato electrónico la colección completa, y estando en estudio la posibilidad de disponer de un buscador que permita agilizar su uso. El funcionamiento cotidiano de la junta directiva se ha basado en la comunicación, prácticamente diaria, por correo electrónico, y al trabajo ingente desarrollado por la Secretaria General. En abril de 2006 se habían intercambiado 3.243 e-mails, con los que se han ido debatiendo los diferentes temas, posibilitando así un tratamiento inmediato, y que las reuniones de presencia física y las asambleas de socios fueran más ágiles.

**Observatorio de Salud Mental:** Gracias al esfuerzo de los “corresponsales” de las asociaciones autonómicas, ha sido sin duda uno de los mayores logros de la AEN en los últimos años, ya que ha permitido disponer del mapa de recursos en salud mental de todas las comunidades autónomas. La Jornada de Presentación del Observatorio, celebrada en octubre del 2005 en el Ministerio de Sanidad y Consumo, con la participación de los responsables de salud mental autonómicos, tuvo una gran repercusión,



tanto en la prensa especializada como en la generalista. El Ministerio de Sanidad ha solicitado a la AEN autorización para utilizar el Observatorio en el grupo de trabajo “Estrategias en Salud Mental”, en el que contamos con una brillante representación (Antonio Espino, Alberto Fernández Liria, Manuel Gómez Beneyto, y Mariano Hernández Monsalve, además de Enrique Baca que, aún siendo el presidente de la SEP es también socio de la AEN). En el Congreso de Bilbao se efectuará la presentación de una segunda versión, con un glosario actualizado, y datos a diciembre de 2005.

Anteriormente se hablaba de “aspectos favorables”, y en este sentido es obligado reconocer que la actitud de las distintas administraciones hacia la AEN ha sido, por lo general, exquisita. Los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia, han contado con la AEN para cuantas comisiones y grupos de trabajo se han organizado: El Programa Antiestigma, el Grupo de Trabajo “Estrategias en Salud Mental”, borrador de la Cartera de Servicios, Plan de Calidad, Comisiones Nacionales de las distintas Especialidades, han sido algunos de los foros en los que se ha recabado nuestra participación.

Una de las cuestiones que más tiempo, dedicación, preocupaciones, y también satisfacciones, ha deparado, ha sido lo concerniente a la Psicología Clínica. Aprobada la especialidad, la publicación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) desencadenó la beligerancia de diversas organizaciones de la psicología que, en defensa de caducos intereses, atacaron la postura de la AEN y a sus representantes. En contrapartida, y en los debates habidos, la AEN ha tratado siempre de presentar sus argumentos con datos y respeto, actitud que entendemos ha sido fructífera. Al día de hoy, y a pesar de la continuación de intentos en contra, no parece probable que vaya a instaurarse otro sistema para la obtención de la especialidad que el PIR; en la mayoría de las Ofertas Públicas de Empleo (OPE) que se están convocando se exige la titulación de Especialista en Psicología Clínica –con la consiguiente repercusión económica–; y en los procesos de Desarrollo Profesional, en curso en diversas comunidades autónomas, han podido participar los Psicólogos Clínicos en igualdad de condiciones con el resto de facultativos especialistas.

Otra cuestión que tiene que ver con una especialidad, en este caso la de Enfermería de Salud Mental, ha ocupado también nuestra atención. El Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería, plantea unas disposiciones transitorias (con reunión de los requisitos antes del 4 de agosto de 1998), que imposibilitan a buena parte de los profesionales de enfermería el acceso a la especialidad, dándose la paradoja de que son ellos mismos quienes están formando a los futuros especialistas. La AEN ha mostrado su disconformidad, remitiendo escritos en este sentido a los Ministerios de Sanidad y Educación, así como a la CN de Enfermería. Asimismo, nuestra representante en la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería en Salud Mental está defendiendo esta postura. La Junta Directiva ha tratado de proporcionar los medios necesarios para la consolidación del “Grupo de Trabajo de Enfermería”, que celebrará el “III Encuentro de Enfermería AEN”, en Bilbao en el marco del XXIII Congreso.

El TAI (Tratamiento Ambulatorio Involuntario) ha sido también objeto de un largo debate en esta “legislatura”. La propuesta de reforma del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, por la que se facultaría a la judicatura para ordenar un tratamiento forzoso, hizo pensar a algunos que la medida solucionaría las insuficiencias del desarrollo de los dispositivos asistenciales. La AEN se opuso al establecimiento de la medida, opinando que primero habría que dotarse de los medios necesarios para establecer programas de seguimiento, procedimientos de tratamiento asertivo comunitario, visitas a domicilio, etc., y solo entonces, y si las circunstancias lo aconsejaran, entrar a debatir este tipo de medidas coercitivas. En las comparecencias solicitadas por los grupos parlamentarios en relación con la modificación de la ley, participaron defendiendo la postura de la AEN varios socios: Marcelino López, Alicia Roig, y Fernando Santos Urbaneja.

Ha habido muchas cosas más: Publicaciones (mantenimiento de la Revista de la AEN, Cuadernos Técnicos, las colecciones “Estudios” e “Historia”); presencia en foros internacionales (Salud Mental Europa, Unión Europea de Médicos Especialistas); participación en las Comisiones Nacionales de las distintas Especialidades (Psiquiatría, Psicología, Enfermería en Salud Mental); la paulatina consolidación de la Escuela de Salud Mental, que dispondrá en breve de un programa formativo con posibilidad de ofertarse en todas las comunidades autónomas; la potenciación de las Asociaciones Autonómicas; el aumento de socios con la incorporación de nuevas promociones de profesionales que esperamos garantice el relevo generacional, etc. No obstante, entendemos que lo primordial, y así lo decíamos en nuestra presentación a los socios en El Congreso de Oviedo 2003, era “el mantenimiento de las señas de identidad de la AEN, en una época de amenaza sobre el sistema público de salud”. Esta ha sido nuestra postura inamovible, principal preocupación, y –esperamos– que logro conseguido. En los tiempos que corren, con el campo abonado para la demagogia, podría haber sido complicado encontrar consenso en una asociación compuesta a su vez por trece asociaciones autonómicas, multiprofesional, que pretende dar respuestas meditadas y no populistas, y que, por esta razón, no siempre goza del beneplácito de los “poderes fácticos”. Pero desde hace años, y fruto de gestiones anteriores, la AEN goza de una salud excelente, el clima asociativo es envidiable, y la colaboración de los socios han sido factores que han facilitado esta labor.

Y terminamos. A pesar de algunos sinsabores, no hay nada que pueda empañar el orgullo de pertenecer a esta asociación, y haber podido disfrutar de la confianza de sus socios durante estos tres años. Gracias a todos y hasta siempre.

Francisco Chicharro Lezcano  
Presidente AEN



SECCIÓN



ORIGINALES Y REVISIONES





*Oscar Martínez Azumendi*

## PERIODISTAS Y REPORTEROS GRÁFICOS COMO AGENTES DE CAMBIO EN PSIQUIATRÍA.

### IMÁGENES-DENUNCIA PARA EL RECUERDO

JOURNALISTS AND GRAPHIC REPORTERS AS AGENTS OF CHANGE IN PSYCHIATRY.  
AWARENESS-RAISING IMAGES FOR REMEMBRANCE

#### RESUMEN

Se presenta el importante papel que la prensa y reporteros gráficos han tenido en muchos lugares y circunstancias históricas, tanto en la sensibilización de la población frente a la enfermedad mental como en la denuncia de situaciones de claro abuso o descuido de los derechos de los enfermos. Para ello haremos un recorrido a través de diferentes ejemplos significativos. Primando la referencia a trabajos de contenido gráfico que nos permitan hacernos una idea visual de las condiciones asistenciales en las que se ha desenvuelto y se desenvuelve el enfermo mental, se ha intentado citar el mayor número de obras disponibles en Internet para facilitar la consulta de las imágenes. Ilustraciones que aunque generalmente se presentan como denuncia de las condiciones de vida del enfermo mental, ocasionalmente también se divulgan con el ánimo de presentar los logros obtenidos y mejoras realizadas tras diferentes procesos de cambio.

Palabras clave: Fotografía, imagen, enfermedad mental, hospital psiquiátrico, enfermo mental, medios de comunicación.

#### ABSTRACT

The paper presents the important role that the Press and photo-journalists have had in many places and historical circumstances, sensitizing the population and denouncing situations of clear abuse or negligence of patient's rights. Focusing in this function we will try to present different significant examples. Prioritizing the reference to works of graphical content will allow us making a visual idea of the conditions in which the mental patient has been and is treated; this is why it has been tried to mention the greater number of works available in Internet to facilitate the consultation of the images. Illustrations that although generally denounce the conditions of life of the mental patient, occasionally they are also disclosed with the spirit of presenting the improvements made after different processes of change.

Key words: Photography, image, mental illness, psychiatric hospital, mentally ill, mass media.



## ■ INTRODUCCIÓN

En febrero de 2005 se anunciaban los ganadores del «World Press Photo 2005», el mayor concurso anual de fotografía de prensa. El segundo premio en la categoría de asuntos contemporáneos recayó sobre Shoeb Faruquee, un fotógrafo de prensa de la agencia Drik de Bangladesh. La imagen premiada (1) nos muestra a un angustiado joven de 18 años, tumbado sobre el suelo, semidesnudo e inmovilizado con un «kunda» (cepo) que le aprisiona por los tobillos, en una desolada y pequeña habitación sin mobiliario alguno. La fotografía está tomada en un remoto hospital mental ayurvédico que cuenta con 24 de esas habitaciones donde los pacientes pasan largos períodos de sujeción e inactividad, práctica habitual desde la fundación del hospital en 1880.

Una instantánea que nos cuenta una historia individual de soledad y sufrimiento, pero que más allá de eso llama nuestra atención hacia la situación vivida por los pacientes mentales en algunas partes del mundo. Fotografía documental, pero también «fotografía denuncia», que en ningún momento parece correr el riesgo de convertirse en una imagen sensacionalista, sino posicionarse claramente en apoyo del enfermo retratado al dirigir la atención de la comunidad internacional hacia estas prácticas.

Sin embargo, no siempre el interés de la prensa, escrita o gráfica, parece ir dirigido a fines como los anteriores, llegando a hacernos temer sus intervenciones en relación con la enfermedad mental por el riesgo de ocuparse exclusivamente de los aspectos más tenebrosos, inquietantes y estigmatizadores de la misma. Una asociación que ha sido más frecuente de lo deseable desde que los medios de divulgación masivos aparecieron. Así lo ejemplifica el famoso grabado de 1735 de William Hogarth (2), que cerrando la serie de «A Rake's Progress» nos muestra diversas figuras, que tras perder toda inhibición social encarnan y representan los diversos tópicos asociados a la locura. La serie es igualmente famosa por ser la primera publicada tras conseguir su autor la promulgación de una ley (Hogarth's Act) que evitara la copia fraudulenta de este tipo de obras, garantizando en exclusiva para sus creadores la reproducción masiva de la obra. La lámina refleja el triste final que le espera a Tom Rakewell, hedonista sin carácter, que disfrutando del dinero heredado de su padre lo malgasta en bebida y otros placeres, lo que acaba conduciéndole a la cárcel envuelto en deudas y desde allí terminar sus días entre los lunáticos de Bedlam, sobrenombre del Bethlem Royal Hospital londinense, la institución más antigua cuidando a pacientes mentales, función que viene realizando desde 1247 y cuyo mote trascendió sus muros para hacer referencia a los masificados, desordenados y temidos manicomios de la época, cuyos horrores y dislates eran bien conocidos por la sociedad londinense que acudía a pasear entre sus parques para divertirse con la contemplación de los allí asilados, tal y como también recoge el grabado.

En la actualidad, la relación entre los profesionales de la salud mental y los de la información, si bien posiblemente no es especialmente controvertida, sin embargo no está libre de algún reparo por parte de los primeros, habiéndose aconsejado

diversas actitudes y estrategias tanto para favorecer la interrelación como otras dirigidas a objetivos específicos como puede ser la reducción del estigma asociado a la enfermedad mental (3-5).

Por otra parte, para algunos afectados por una enfermedad mental el trato recibido desde los medios de comunicación no es el adecuado, desarrollando diversas iniciativas para combatirlo (6), de igual forma que diversas asociaciones profesionales y de familiares han elaborado páginas informativas y «guías de estilo» dirigidas a los medios de comunicación (7-8). Con este tipo de materiales se pretende no sólo advertir y proporcionar recursos a los profesionales de la comunicación, sino también concienciarles y orientarles para que las personas afectadas por una enfermedad mental reciban un tratamiento mediático justo y adecuado según su punto de vista. Todo ello inscrito en una propuesta de autorregulación que es considerada por algunos profesionales de la información como una iniciativa que les corresponde sólo a ellos mismos decidir.

Si bien esta actitud de cierta aprensión frente a los medios de información puede estar justificada en la facilidad con que pueden abusar del tópico poco constructivo, sin embargo desde esta óptica corremos el riesgo de perder de vista el importante papel que la prensa ha tenido en muchos lugares y circunstancias históricas, tanto en la sensibilización de la población frente a la enfermedad mental como en la denuncia de situaciones de claro abuso o descuido de los derechos de los enfermos. Cometido este, con frecuencia pasado por alto desde los ámbitos profesionales a pesar del importante impacto social asociado, del que intentaremos hacer un recorrido a través de diferentes ejemplos significativos a lo largo de la historia más reciente. Primando la referencia a trabajos de contenido gráfico que nos permitan hacernos una idea visual de las condiciones asistenciales en las que se ha desenvuelto y se desenvuelve el enfermo mental, se ha intentado citar el mayor número de obras disponibles en Internet para facilitar la consulta de las imágenes. Ilustraciones que aunque generalmente se presentan como denuncia de las condiciones de vida del enfermo mental, ocasionalmente también se divulgan con el ánimo de presentar los logros obtenidos y mejoras realizadas tras diferentes procesos de cambio. Por último, citaremos asimismo algunas filmaciones documentales de especial relevancia o impacto social asociado, dirigiendo la atención a otros trabajos más específicos para ampliar la información en este campo (9).

#### *Nellie Bly Estados Unidos, 1887*

Nellie Bly (1864-1922) abrió el periodismo a las mujeres, siendo considerada por algunos como la «inventora» del reportaje de investigación (10). Fue una temeraria profesional, con especial interés en aspectos relativos a los derechos de las mujeres y las duras condiciones del trabajo sumergido en las que se ocupaban, así como otros temas como la pobreza o la corrupción política, lo que le generó no pocos problemas.

Quizás lo que le dio más fama fue viajar alrededor del mundo más rápido que cualquier otra persona previamente, 72 días, 6 horas, 11 minutos y 14 segundos. Para ello, tuvo que enfrentarse con su periódico que quería enviar a un hombre a dar la vuelta en menos de los 80 días empleados por el personaje Phileas Fogg de Julio Verne, amenazando con pasarse a la competencia y hacerlo en menos tiempo.

Pocos meses antes, con 23 años, Bly se había unido a la plantilla profesional del New York World, propiedad de Joseph Pulitzer, siendo su primer encargo escribir sobre las condiciones existentes en el manicomio neoyorkino de la isla de Blackwell. Fingiendo ser una enferma mental (11), fue detenida y examinada en el Hospital Bellevue, desde donde se le trasladó en ferry a la temida isla. Diez días después, el World enviaba un abogado rescatando de esta forma a la periodista, que quedó horrorizada por las condiciones de vida allí existentes y donde los abusos e indiferencia del personal hacia los enfermos eran prácticas habituales.

Los relatos de sus experiencias, contados en primera persona, aparecieron en el ejemplar del siguiente domingo 9 de octubre de 1887, preguntándose: «¿Qué, excepto la tortura, puede producir locura más deprisa que este tratamiento?». A esta le siguió una segunda parte la siguiente semana. Leídas las dos entregas a lo largo de toda la nación causaron gran sensación para desconcierto y vergüenza de las autoridades de Nueva York, que no tuvieron más remedio que realizar una investigación y proveer de fondos extraordinarios a la institución. Dos meses más tarde, los dos artículos, junto a otro material añadido, fueron editados en forma de libro «Diez días en una casa de locos» (12).

### *Reporteros intramuros*

Como veremos más adelante, la estrategia de hacerse pasar por enfermo mental seguirá siendo un recurso ocasionalmente utilizado para la investigación periodística, afortunadamente con desenlaces menos dramáticos que el narrado en la película «Corredor sin retorno» (1963), donde las experiencias vividas por su director, Samuel Fuller, en su etapa inicial de periodista son evidentes. El argumento gira en torno a la historia de un reportero ansioso por ganar el premio Pulitzer que investiga un asesinato cometido en una clínica mental. Como las noticias en el exterior son vagas, decide hacerse pasar por trastornado mental para que le internen y así poder esclarecerlo, con tal mala fortuna que por diversos avatares queda allí atrapado.

También en contra de su voluntad, en esta ocasión por mediación de su esposa que le acusó de celos y con la connivencia del psiquiatra Dr. Féré, el periodista francés de origen británico Clément Bertie-Marriott, fue internado en 1902 en el manicomio de Charenton. El desarrollo del caso, las dificultades encontradas para su revisión, las dramáticas experiencias vividas y la resolución de todo ello tras 57 días de injusto encierro, sirven a Bertie Marriott para publicarlo en forma de entregas, así como editar un libro con ilustraciones de G. Flasschoen que reflejan muchos de los tópicos más temidos asociados a la enfermedad mental (13). Quizás la propia condición de perio-

dista hizo que sus colegas se hicieran eco de lo que se fue considerado un atropello de las libertades al amparo de la Ley de 1838 (Loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838) que permitía el ingreso indefinido de una persona con el criterio exclusivo de un psiquiatra. Numerosas voces se alzaron en contra de la injusticia cometida en diversas publicaciones de la época, ocupando incluso tiradas privilegiadas como el número de *La Vie Illustrée* dedicado a la muerte del Papa León XIII (14). Fueron numerosos los periodistas que reclamaron la revisión de la Ley por este caso, aparentemente no único, entre ellos Jacques Dhur, que luchó contra todo tipo de encarcelaciones deshumanizadas, tomaran la forma de penitenciarías, orfanatos o manicomios. También en este caso y desde diferentes tribunas denuncia las arbitrariedades y excesos que podían cometerse al amparo de dicha Ley, por la que cualquier presunto enfermo mental quedaba privado de sus derechos como ciudadano.

En el extremo opuesto se encuentra el fotógrafo suizo Roland Schneider, necesitado realmente de un ingreso en la Clínica Psiquiátrica Cantonal de Soleure en 1987. Durante su estancia se le permitió fotografiar la propia institución, que patrocina una exposición con las instantáneas al año siguiente. Las intrigantes imágenes, posiblemente más encaminadas a la rehabilitación personal (15) que al testimonio socialmente dirigido, son posteriormente publicadas en el libro «Entre-Temps» (16), entrando a formar parte de la colección del Museo de la fotografía de l'Elysée de Lausana. Otro libro, en este caso inspirado en el ingreso de un familiar, la abuela del fotógrafo Claudio Edinger, es el resultado de su estancia durante varias semanas en el psiquiátrico de Juqueri en Sao Paulo, donde disparó las instantáneas que llenan las páginas de «Loucura» (17).

En Estados Unidos, Richard Cohen, previamente ingresado en un hospital psiquiátrico volvió allí tras el alta para grabar «Hurry Tomorrow» (18) durante 6 semanas de 1975, un documental de 78 minutos. En este caso con una fuerte carga crítica frente a las prácticas institucionales habituales de tratamientos forzosos en ingresos involuntarios y por el que recibió el Gran Premio del Festival de Cine Ann Arbor al año siguiente. El esfuerzo de la plantilla hospitalaria para prohibir el documental, resultó sin embargo en una amplia investigación de las condiciones de los hospitales públicos californianos.

#### *Albert Londres. Francia, 1925*

Otro periodista francés con similares inquietudes a J. Dhur fue Albert Londres (1884-1932), que igualmente dedicó parte de su carrera profesional a denunciar las condiciones extremas en que algunas personas se encontraban en diversos entornos a lo largo del mundo (19).

Tras sus reportajes sobre las penitenciarías de Guyana y Biribi, Londres dirige su atención hacia los asilos de enajenados. Sin contar con el entusiasmo de la administración en este empeño, habiendo incluso intentado hacerse pasar por enfermo

mental, por fin consigue introducirse en varias instituciones. Allí entrevista a algunos pacientes y recoge información de primera mano acerca de las condiciones existentes en dichos establecimientos. Con esta experiencia redacta doce polémicos artículos donde critica duramente la misma ley de 1938 a la que nos referíamos anteriormente: «La ley de 1838, al declarar al psiquiatra infalible y todopoderoso, permite los internamientos arbitrarios (...) bajo la ley de 1838, dos tercios de los internados no son verdaderos lunáticos. Seres inofensivos hechos prisioneros a cadena perpetua». Describiendo las duras condiciones de vida de los pacientes asilados, incluso la redacción del *Petit Parisien* para quien escribía duda en publicar su trabajo. En mayo de 1925 por fin los artículos ven la luz, desatando la indignación de psiquiatras y alienistas. Aún así, el interés suscitado por su exposición hace que los artículos se reediten en forma de libro bajo el título de «*Chez les fous*» (20), si bien con algunos pasajes suavizados y ocultados algunos nombres propios.

En la actualidad Albert Londres da nombre desde 1932, año de su desaparición en el naufragio del paquebote *George Philippar* en el Mar Rojo, al mayor premio anual de periodismo en Francia.

*Objetores de conciencia en hospitales psiquiátricos. Estados Unidos, 1942-47*

Saltando al otro lado del Atlántico, entre 1942 y 1947, un importante número de objetores de conciencia substituyeron su servicio militar durante la segunda guerra mundial por trabajo en los destartalados, atestados e infradotados hospitales psiquiátricos estatales de Norteamérica. Si quizás no gozaron de muchas simpatías por parte de la opinión pública, esto no impidió que lo que encontraron hiciera que dispararan una campaña nacional para reformar estos tratamientos. Progresivamente fueron dando a conocer la dramática situación de los hospitales a través de periódicos y publicaciones, que empezaron asimismo a dedicar sus editoriales a pedir mayor atención a los asilados. Con base en el manicomio de Byberry en Filadelfia, los objetores empezaron a organizarse, publicando un boletín a nivel nacional donde se intercambian experiencias y reclaman cuidados más humanitarios para los enfermos mentales.

El testimonio recogido a través de una encuesta, respondida por aproximadamente 1400 personas, y el trabajo de investigación de L. Wright acompañado de algunas explícitas instantáneas del ambiente en los manicomios, dio cuerpo al libro «*Out of Sight, Out of Mind*» (21), editado en 1947 por la «*National Mental Health Foundation*» que había sido creada por los objetores el año previo, coincidiendo con un impactante artículo publicado en *Life*.

*Albert Q. Maisel (LIFE Magazine). Estados Unidos, 1946*

A la vez que los objetores dirigían sus esfuerzos para divulgar sus investigaciones, incluidas algunas fotos tomadas furtivamente, el reportero Albert Q. Maisel ofrecía a *Life Magazine* un reportaje sobre las tristes condiciones de los hospitales mentales.

Puesto en contacto con los objetores, se aceptó su publicación con una versión reducida para el Reader's Digest. El 6 de Mayo de 1946, a lo largo de 17 páginas de la revista y plagado de inquietantes fotografías de Jerry Cooke y Charles Lord, ve la luz «Bedlam 1946: Most U.S. Mental Hospitals are a Shame and a Disgrace.» (Bedlam 1946: La mayoría de los hospitales mentales son una vergüenza y una desgracia) (22), que hay quien sitúa expresamente en los orígenes del movimiento desinstitucionalizador y de la psiquiatría comunitaria que sobrevendrían en años posteriores.

Acompañado de fotos (23) subtituladas con términos tales como «negligencia» «restricción», «trabajo inútil», «desnudez», «masificación» o «trabajos forzados», en el texto se denuncia que «A causa de la negligencia pública y la tacañería legislativa, estado tras estado ha permitido que sus instituciones para el cuidado y tratamiento del enfermo mental degeneren en poco más que campos de concentración como el de Belsen». Basando su trabajo en documentos judiciales, historias de los periódicos, sus propias observaciones y los relatos y fotografías de los objetores, el artículo divulga los frecuentes abusos y brutalidad con que los pacientes eran tratados, siendo alojados en condiciones extremas.

Según Maisel, «miles pasan sus días -a menudo durante semanas seguidas- atrapados en artefactos eufemísticamente llamados 'restricciones': esposas de grueso cuero, grandes camisas de fuerza de lona, 'manguitos', 'manoplas', 'muñequeras', candados y correas y sábanas de sujeción. Centenares son confinados en 'refugios' – peladas habitaciones sin camas que apestan de inmundicia y heces – iluminadas durante el día solamente a través de agujeros de media pulgada en ventanas con placas de acero, por la noche simplemente negras tumbas en las cuales los gritos de los locos retumban en los desconchados de las paredes sin ser escuchados». Sin duda, imágenes y descripciones que no podían pasar por mas tiempo inadvertidas, se publicó una versión reducida del artículo con el título «The shame of our mental hospitals» en el número de Julio de ese mismo año del Reader's Digest (24) lo que sin duda ayudó a su divulgación.

#### *Albert Deutsch. Estados Unidos, 1947-48*

En la misma década, el periodista Albert Deutsch, autor anteriormente de una historia de la enfermedad mental en América en 1937, publicó decenas de artículos sobre las desastrosas condiciones observadas en los hospitales en el periódico PM de Nueva York, siendo acusado de desacato al Congreso al no querer hacer públicas las fuentes de sus informaciones. Afortunadamente esta decisión fue reconsiderada con posterioridad y muchas de sus sugerencias para mejorar los tratamientos fueron adoptadas por la Administración de Veteranos. En 1947, el Gremio de Periódicos de Nueva York le premió por «la más distinguida y efectiva cruzada humanitaria en el periodismo Americano». En 1948, reunió los artículos de PM junto a numerosas fotografías en forma de libro: «The Shame of the States» (La vergüenza de los estados) (25).

En sus páginas, entre las que se intercala el inapelable testimonio gráfico de multitud de fotografías (26), podemos leer: «Según pasaba por algunas de las salas...me acordaba de las imágenes de los campos de concentración nazis... Entré en edificios bullendo de seres humanos desnudos amontonados como ganado y tratados con menos cuidado, impregnados de un fétido olor tan pesado, tan nauseabundo, que la pestilencia casi parecía tener existencia física en si misma». Describe crónicos recortes presupuestarios y de plantillas, pacientes mal alimentados y sin vestidos, innecesariamente sujetos o explotados en trabajos sin paga durante 12 ó 14 horas, maltrato extremo y nula capacitación profesional de los cuidadores muchas veces aceptando el trabajo como alternativa a la encarcelación por diferentes causas, todo ello encuadrado en viejos y destartalados edificios infestados de ratas y parásitos.

Poco después recibió el prestigioso Premio médico Lasker de 1949 a propuesta del Comité Nacional contra la Enfermedad Mental, «por su excepcional contribución al avance de la salud mental a través de sus esfuerzos periodísticos». En 1958 fue nombrado miembro honorario de la Asociación psiquiátrica Americana. Falleció en Inglaterra mientras participaba en un Congreso de la Federación Mundial de Salud Mental en 1961.

*Burton Blatt, Fred Kaplan. Estados Unidos, 1966*

Si bien el ánimo de Deutsch obviamente fue la mejora de condiciones asistenciales del enfermo mental, en muchas instituciones estas apenas cambiaron incluso años después de la firma por John F. Kennedy del Acta de Centros de Salud Mental Comunitarios y Ley de Salud Mental en 1963.

Durante las Navidades de 1965, Burton Blatt, profesor de educación especial, y el fotógrafo Fred Kaplan visitaron varias instituciones para personas con retraso mental que asimismo alojaban a otras con enfermedades mentales crónicas. Kaplan utilizó una cámara oculta para documentar las «Navidades en el Purgatorio» (27) a través de más de 100 instantáneas en blanco y negro. Las dramáticas y tristes fotografías se publicaron en forma de libro, presentándose sin descripción asociada, simplemente algunas complementadas por concisas citas de otros libros, que acompañan las imágenes de hacinamiento y deshumanización similares a las mostradas en décadas anteriores.

*Frederick Wiseman, Estados Unidos, 1967*

Nacido en Boston en 1930 es considerado como uno de los mejores documentalistas americanos (28). Tras dedicarse durante unos años a enseñar derecho, inauguró su carrera como cineasta en 1967 con el polémico documental «Titicut Follies» (29). Rodado en el hospital penitenciario Bridgewater de Massachusetts, su exhibición se acompañó de protestas públicas y demandas de reformas institucionales. Ganador del Mannheim Film Ducat de ese año y el primer premio del Festival dei Popoli de



Florencia al siguiente, aún así fue prohibida su exhibición pública hasta 1993 alejándose la violación de la intimidad de uno de los internos, lo que la convierte en la única película americana vetada por otros motivos que no sean la pornografía o seguridad nacional.

El título hace referencia al musical anual que ponían en escena internos y cuidadores y que abre el documental, para dar paso a una sucesión de abusos y tratos vejatorios y deshumanizantes como la desnudez de un individuo conducido a su celda o la alimentación forzada de un penado (que finalmente fallece) a través de una sonda por un psiquiatra que mueve despreocupadamente la ceniza del cigarrillo que cuelga de sus labios sobre el embudo de entrada.

*Punto y Hora. Vizcaya, 1977*

Dirigiendo ahora la atención a nuestro entorno inmediato, las cosas no eran muy diferentes a finales de la década de los 70. La vergonzosa situación en la que se encontraban nuestros hospitales motivó un impactante artículo en Punto y Hora titulado: «Peor que perros» (30), donde junto a un acompañamiento gráfico realizado en Bermeo, se describían las penurias materiales y limitaciones asistenciales de los tres psiquiátricos vizcaínos de la época y los 800 enfermos acogidos en ellos. El artículo, no sólo retrata las deficiencias observadas que en palabras poco originales de un político de la época asemejaban a aquellas encontradas en Auschwitz, sino que además señala las grandes diferencias observables con otras instituciones europeas ya inmersas en diferentes procesos de reforma, apuntando de esta manera hacia los necesarios cambios que habrían de sobrevenir en años posteriores.

*Raymond Depardon, Italia, 1980; Francia, 1988*

Con el sobrenombre de «documentalista de la transparencia», Raymond Depardon (31), nacido en Francia en 1942, ha sabido captar las escenas más crudas de la realidad a través de reportajes fotográficos y documentales de gran riesgo, en situaciones muchas veces extremas. Fundador de la agencia Gamma y posteriormente asociado a Magnum, por su trabajo ha recibido prestigiosos premios, incluido el Pulitzer de 1977 y ser nominado al Oscar en 1982.

En 1980 ve la luz el documental «San Clemente», rodado junto a Sophie Ristelhuber en un hospital psiquiátrico cercano a Venecia donde habían realizado diferentes reportajes gráficos. En esta ocasión vuelven durante el carnaval, previamente a su cierre definitivo debido a la nueva legislación desinstitucionalizadora italiana, mostrándonos en secuencias rodadas durante 10 días la cotidiana interrelación entre pacientes, médicos y familiares entre sus rancias paredes. En 1984 se publica un libro con el mismo nombre, que sirve de catálogo de una exposición en el Centro Nacional de Fotografía en París. Aquí se presentan 42 fotografías (32) en blanco y negro realizadas a finales de los años 70 en diversos hospitales psiquiátricos italianos que

nos muestran la precariedad y ambiente de desidia extrema en que se encontraban los asilados. Unos años más tarde, en el servicio de urgencias psiquiátricas del Hôtel-Dieu de París, filma el documental «Urgences». En él se recogen las demandas, dramas e inquietudes de diferentes personas aquejadas de diversos problemas mentales, así como las interacciones que establecen con los profesionales que les atienden.

*Dario Coletti. Italia, 1996*

La controvertida «ley 180» o «Ley Basaglia» italiana y sus resultados es escrutada años después de su promulgación a través de las imágenes tomadas por el fotógrafo y periodista romano Darío Coletti (33) (1959 - ) sobre las actividades del Consejo de Política Social de la Comuna de Roma en locales del Departamento de Salud Mental. Intentando llamar la atención sobre la multiplicidad e interdependencia de los servicios y contrastando con las dramáticas imágenes publicadas en décadas anteriores, las instantáneas, publicadas en el libro «180 Basaglia» (34), no rememoran las estructuras sanitarias en el sentido tradicional, sino focalizan en aspectos como vivienda, ocupación o tiempo libre y la progresiva evolución de sus personajes desde ambientes protegidos a una mayor independencia y autonomía. La participación en el libro de la recientemente fallecida viuda de Franco Basaglia, lo hacen aún más sugerente.

*John Merrit, Jane Gabriel, Alex Majoli, Andreas Loukakos. Leros (Grecia), 1989-2003*

Aún más cercano en el tiempo es el impacto del reportaje «The Naked and the Damned», del periodista de investigación John Merrit, que fue publicado el domingo 10 de septiembre de 1989 en el «The Observer» británico. De la misma manera que los artículos americanos de los años 40, calificaba de «campo de concentración» la situación que se vivía en el Hospital Mental de Leros, una bonita isla del dodecane-so griego. Leros había albergado antes una leprosería durante la II Guerra Mundial, posteriormente reconvertida en Gulag político para disidentes hasta 1974 en que el hospital se convirtió en orfanato y «depósito» psiquiátrico que permitiera liberar espacio en otras instituciones. El artículo obligó a la prensa griega a hacerse eco de la situación describiendo en detalle las dramáticas condiciones de vida de los pacientes y graves limitaciones asistenciales de la institución, pero llamando asimismo la atención sobre la gran dependencia económica de la comunidad local de la propia institución.

Dado el interés internacional despertado, posteriormente el canal de televisión Channel 4 realizó el documental «Island of Outcasts», dirigido por Jane Gabriel y merecedor de un premio de la Royal Television Society en 1990. En él describía en imágenes tanto la situación de partida, así como las dificultades encontradas en el proceso de reforma de la institución, desafortunadamente muy similares a lo que se podía esperar del resto de la asistencia griega a la enfermedad mental en esos momentos. Ya ese mismo año la Comunidad Europea financió un proyecto para ce-

rrar el hospital, desplazándose allí con este fin profesionales desde Trieste, algunos discípulos de Franco Basaglia, que fueron reforzados por voluntarios y observadores de diversos países, para encontrarse no sólo con la magnitud del problema, sino con la desconfianza y falta de entusiasmo de los propios cuidadores, así como la mala administración de los fondos y desinterés de las autoridades.

En este caso, la atención suscitada por el trabajo periodístico fue sin duda motor del cambio observado así como precipitó la ayuda internacional y dedicación de fondos económicos europeos para la reforma asistencial. De igual forma, que una diversidad de colaboradores y observadores internacionales se desplazaron a Leros, también el interés profesional hizo que otros periodistas gráficos visitaran la isla. El italiano Alex Majoli (35), nacido en Rávena en 1971 y actualmente socio de la cooperativa Magnum, dejó constancia fotográfica de la dramática situación general, particularmente el temido pabellón 16 donde sus internados varones permanecían desnudos hasta que fue cerrado finalmente en mayo de 1994. Su obra se ha publicado en forma de libro con una introducción que nos ilustra y habla no ya de la cotidianeidad de la vida, sino de la más básica supervivencia en Leros. Básicamente con un carácter de documento-denuncia, las fotos además nos hablan de historias humanas que permiten incluso algún guiño a la ternura (36), habiendo merecido un reconocimiento especial en el apartado de mejor libro de fotografía de «Pictures of the Year International 2003» e incluido en el «PDN Photo Annual» de ese mismo año.

Los esfuerzos parecen haber merecido la pena, aunque desafortunadamente no pudieron ser comprobados por Merritt, tempranamente fallecido de leucemia en 1992 a los 35 años de edad. Andreas Loukakos revisitó de nuevo la isla, realizando en 2003 el documental «Leros, 45 ans», donde muestra los cambios observados durante este tiempo y que permiten a algunos considerar al hospital como una de las mejores clínicas psiquiátricas en la actualidad. Su trabajo ha sido premiado en el Festival de Documentales de Tesalónica en 2004.

### *Europa del Este, 1990-2005*

El escándalo que supuso la publicación de las imágenes y noticias sobre Leros, así como el positivo impacto que finalmente tuvieron estas sobre la población hospitalizada, hace que el nombre de la isla se asocie en ocasiones sucesivas para describir y llamar la atención sobre otras instituciones, como en el caso de la Europa del Este, sobre las que todavía no se habían dado los necesarios procesos de reforma. En octubre de 2001, Amnistía Internacional publicó un informe (37) sobre la situación en la que se encontraban las 97 mujeres asiladas en Sandinovo, cerca de la frontera búlgara con Rumanía. Posteriormente, Antoaneta Nenkova, una de las periodistas integrantes de la delegación visitante, publicó en el semanario búlgaro «Kapital» el artículo «La isla de Leros búlgara es Sanadinovo» (38), merecedor en mayo del año siguiente de un premio especial en los Premios de Periodismo Panitsa en Sofía. El texto e imágenes

tomadas reflejan el deplorable estado de abandono, suciedad y escasez en las que se encontraban el centenar de mujeres allí alojadas, muchas de ellas encerradas en insalubres habitaciones-jaula rodeadas de sus propias deyecciones, mal alimentadas y peor abrigadas, siendo el caso aireado por publicaciones tan dispares como la revista femenina alemana *Allegra* en su número de diciembre de 2001. Sigue en 2002 otro informe (39) de AI que denuncia las condiciones de otra institución para hombres en Dragash Voyvda, donde la precariedad de recursos se ve acompañada de un muy alto número de muertes anuales. Con rapidez el gobierno responde que la institución se cerraría para finales de ese año, si bien el destino de los internados, si no incierto, parece resultar poco mejor que el previo. La situación global, posiblemente no muy diferente a otros países del área, se recoge en un informe global (40) que se acompaña de un documental (41) de 20 minutos.

Algunos ejemplos de la precaria situación en la que se encontraba la asistencia en países del entorno al final del siglo XX, nos la presenta Harrie Timmermans, fotógrafo de Global Initiative on Psychiatry que tras visitar diversos hospitales psiquiátricos de cinco países (Georgia, Bulgaria, Albania, Ucrania, República Checa) presentó su trabajo por primera vez en el X Congreso Mundial de Psiquiatría de Madrid en 1996 (42). En el se puede apreciar las duras condiciones: falta de vestido y calefacción, hacinamiento, suciedad y humedades entre las que pasan las horas muertas los pacientes. Parte de su trabajo ha sido utilizado en la pequeña muestra organizada por la O.M.S. y dedicada a la salud mental con ocasión del día Internacional de los Derechos Humanos (10 diciembre 2005). La exposición, titulada «Denied Citicens», pone de relieve algunas de las violaciones de los derechos humanos relacionadas con la enfermedad mental, proporcionando también algunos ejemplos de cómo combatirlas.

La situación no podía ser muy diferente en la antigua Yugoslavia, donde la población asilada añadió a su infortunio y miserias el horror de la guerra. Durante 1999, en Stimlje, único hospital psiquiátrico de Kosovo, la BBC se hacía eco de la dramática situación allí creada cuando la mayoría de la plantilla serbia huyó de la institución, dejando desamparados a los allí asilados, mientras la policía servía como francotiradores desde los balcones de la institución. A la llegada de la Cruz Roja se pudo comprobar las extremas condiciones en las que los pocos albaneses que quedaron al cuidado de la institución tuvieron que mantener a los enfermos, sin suministros, calefacción y muchos de ellos simplemente atados a sus camas (43).

Posteriormente, el 8 de agosto de 2002 el periódico *The Guardian* 2002 (44) y la BBC se hacían eco de la denuncia realizada el día anterior por Mental Disability Rights International (45) de las diversas atrocidades como violaciones y agresiones físicas que se vinieron sucediendo posteriormente incluso ante los ojos del personal de Naciones Unidas que asumieron su cuidado. Estas denuncias tuvieron su impacto, destinándose una partida económica para la mejora de la institución, aunque desafortunadamente invertida exclusivamente en mejoras estructurales quizás desproporcionadas como la construcción de algunas escaleras de mármol, sin desarrollos comunitarios paralelos (46).

*Chien-Chi Chang. Taiwan, 1998*

El tema de la enfermedad mental y alguna de las prácticas coercitivas más osensibles asociadas a la misma, es abordado también por otros socios de la Magnum. Chien-Chi Chang (47), nacido en 1961 en Taiwan, ha recorrido parte del mundo, incluidas las bienales de Venecia y Sao Paulo, con una exposición de retratos de tamaño casi real realizados en 1998 en una institución mental en Taiwan: el santuario budista de Lung Fa Tang, anexo a la mayor granja avícola del país que es mantenida por una población obrera extraída de entre los cerca de 700 enfermos mentales «al cuidado» del monasterio.

La historia de la institución en si misma merece unas líneas. En 1970, un monje budista construyó en el lugar un cobertizo frente a su casa, donde empezó a cuidar cerdos y pollos con la ayuda de un enfermo de esquizofrenia que adoptó como criado y a quien controlaba manteniéndole atado con una cuerda. Progresivamente el número de enfermos fue creciendo, siendo allí conducidos por sus familias avergonzadas de la enfermedad. Así, el «Templo del Dragón», ha llegado a contar con un millón de aves atendidas por los pacientes mentales allí admitidos y a los que se ha cambiado la primitiva cuerda por una más resistente cadena («La Cadena del Sentimiento») que sólo se libera para dormir, suponiéndose que el miembro más lúcido de la pareja ayudará al otro en las tareas diarias. Una práctica de la que se enorgullece su creador y que, a pesar de las reiteradas críticas recibidas, el gobierno permite. Sin contar siquiera con un psiquiatra residente, la institución es considerada como la manera más adecuada de brindar un respiro a los familiares de los ingresados.

La colección es una sucesión de grandes retratos en blanco y negro de las parejas de enfermos encadenados entre si por la cintura, la mayoría de ellos sonrientes pareciendo disfrutar de la inesperada atención que les brinda el fotógrafo. Habiendo visitado el lugar a lo largo de 6 años, Chang tomó estas instantáneas en una única sesión, en un breve momento de pausa tras la comida y antes de volver al trabajo. En este caso, sin permitirnos esquivar la triste condición de los enfermos, la reiterada presentación de los sujetos, sobre un fondo neutral va más allá del reportaje fotoperiodístico para profundizar sobre la propia condición humana y sus relaciones.

Este trabajo también ha sido publicado en forma de libro (48), con las fotografías encadenadas en forma de acordeón, siendo merecedor en 2003 de varios reconocimientos internacionales como mejor libro de fotografía de Pictures of the Year International para fotografía de prensa (49) y incluido como uno de los mejores libros del año en el anuario fotográfico PDN.

*Paz Errázuriz, Diamela Eltit. Chile, 1994*

La temática de la enfermedad mental desde un punto de vista humanitario que invite a la reflexión y trascienda el mero testimonio documental no es obviamente un campo desconocido para la fotografía. Desde esta perspectiva, posiblemente no



haya reportaje más conmovedor y que reclame mayor comprensión y ternura hacia el enfermo mental asilado que el libro «El infarto del alma» (50). El trabajo se basa en un reportaje fotográfico de Paz Errázuriz, realizado en el remoto hospital Philippe Pinel de Putaendo en Chile. Las imágenes muestran a diferentes parejas de internados en actitud cariñosa entre sí, como reclamando el derecho al amor y cariño mutuo que previsiblemente les hace más llevadero el encierro. La escritora Diamela Eltit completa la obra desde un punto de vista narrativo, llamando asimismo la atención sobre otras problemáticas socio-políticas asociadas con la privación de sus derechos a los ciudadanos (51).

*Dennis W. Felty. San Petesburgo, 1999*

Si normalmente las visitas de reporteros gráficos y divulgaciones periodísticas no suelen ser bien recibidas, por razones obvias, por los responsables institucionales, también sucede que el poder sensibilizador y de movilización de recursos hace que ocasionalmente la visita de observadores externos y posterior divulgación de su trabajo sea promovida incluso por la propia institución. Es el caso del fotógrafo norteamericano Dennis W. Felty, presidente asimismo de un grupo de agencias comunitarias de servicios humanos, invitado a finales de 1999 a visitar, retratar y grabar en video una serie de orfanatos y hospitales psiquiátricos (52) en la antigua Unión Soviética, con el objetivo de su divulgación pública y recogida de fondos económicos para su sostenimiento. Las características del trabajo parecen justificar la amabilidad de las instantáneas del hospital en San Petersburgo, sin ocultar la masificación y limitación de recursos existentes.

*La boîte à images. Luna. Colectivos internacionales, 2001-2003*

Con una perspectiva más artística a la vez de comprometida socialmente, el nuevo siglo contempla asimismo el nacimiento de algunas asociaciones de fotógrafos y reporteros gráficos de diferentes nacionalidades con vocación de compromiso social, cultural y humanitario que trabajan para diversos medios de comunicación. Dentro del contexto de su interés específico por los asuntos sociales, toman entre sus objetivos la función de divulgar la situación que viven colectivos discriminados como pueden ser los enfermos mentales.

Por ejemplo, France Paquay (53) del grupo «La boîte à images», que también trabaja como monitor de un taller fotográfico para enfermos mentales adultos, realiza el reportaje artístico «Tout le monde sans fous» (54) sobre los internos del hospital psiquiátrico de Volière en Lieja, según explica con la idea de «poner caras a la enfermedad, no a la locura» y en la esperanza de despertar la simpatía hacia ellos.

Cinco de los fotógrafos del grupo «Luna», en colaboración con el periódico Le Soir y Handicap International, se desplazaron durante la primavera de 2004 a los Balcanes para realizar un reportaje sobre los niños y adultos con retraso mental, en este caso a

fin de ilustrar y animar la bienvenida tendencia en la región a crear estructuras mejor adaptadas a los discapacitados. El trabajo, publicado en forma de libro con el título «Call me by my name» (55), ha recibido recientemente una mención especial de la organización GERSE (Groupe d'Études et de Recherche du Sud-Est sur la Déficience Mentale) en la convocatoria anual de sus premios.

También por separado, algunos componentes individuales del grupo han realizado otros reportajes relacionados con la enfermedad mental, como el plasmado por el belga Christophe Smets en un centro para niños autistas en la ciudad india de Delhi (56). O el de Karl Blanchet, afincado actualmente en Londres, que en 1997 se desplazó a Togo y durante casi dos años tuvo la oportunidad de fotografiar su psiquiátrico nacional que la Unión Europea le había solicitado evaluar. Con el apoyo de unos pocos médicos locales presentó su informe sin resultado alguno, decidiendo entonces usar las fotografías (57) para describir las condiciones de vida de los pacientes en el libro «Un sommeil de pagne» (58) con el apoyo de textos del escritor Franck Pavloff.

*Clifford J. Levy. Estados Unidos, 2003*

Iniciábamos este recorrido con un premio de fotografía, y lo terminaremos con otro prestigioso reconocimiento, el Premio Pulitzer de 2003 (59) al reportaje de investigación de Clifford J. Levy «por su realista, brillante serie 'Broken Homes' que exponía los abusos a los que eran sometidos los enfermos mentales adultos en hogares dependientes del estado». La serie de varios artículos, acompañados de fotografías de Nicole Bengiveno, fueron publicados entre 2002 y 2003 en el *The New York Times*.

Cuando podíamos pensar que el tipo de situaciones descritas o fotografiadas en los párrafos anteriores habían perdido actualidad gracias al desarrollo asistencial observado en las últimas décadas en nuestro entorno económico y sólo podrían pervivir en países no desarrollados, nos encontramos en pleno S. XXI titulares como: «Para los enfermos mentales, muerte y miseria», «Aquí, la vida es mugre y caos», «Enfermos mentales, y encerrados aparte en residencias».

Sólo para las tres primeras entregas de la serie (60), que ya habían merecido en 2002 un premio del *Washington Monthly*, Levy revisó más de 5.000 páginas de informes de diferentes inspecciones administrativas, realizó 200 entrevistas con trabajadores, residentes y familiares, así como unas 40 visitas a las residencias, algunas con más de 300 internados, en donde 946 residentes (326 con menos de 60 años) murieron entre 1995 y 2001. Los artículos reflejan un espantoso cuadro de penosas condiciones de vida y sórdido maltrato. Describe centenares de suicidios y muertes inexplicadas, falsificación de historias clínicas por parte de los trabajadores, prostitución y tráfico de drogas por los residentes en sus habitaciones, equivocaciones en los tratamientos farmacológicos por parte de trabajadores sin formación alguna, miles de dólares gastados en innecesarias intervenciones medico-quirúrgicas cargadas posteriormente al estado, sin ningún tipo de control o supervisión.



### *Imágenes para el futuro*

A la luz de lo expuesto hasta aquí, puede ser un saludable ejercicio de reflexión y autocrítica considerar y juzgar que instantáneas dejaríamos para el recuerdo si nuestra práctica cotidiana fuera fotografiada con ojo crítico por un reportero como los referidos. ¿Una práctica aconsejable para la acreditación de calidad de nuestros servicios?.

### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. World Press Photo. *Contemporary Issues: 2nd prize singles* [en línea]. 1995 [fecha acceso 3 noviembre 2005] URL disponible en: [http://www.worldpressphoto.nl/index.php?option=com\\_photogallery&task=view&id=240&Itemid=87&bandwidth=low](http://www.worldpressphoto.nl/index.php?option=com_photogallery&task=view&id=240&Itemid=87&bandwidth=low).
2. The Literary Encyclopedia. *Hogarth, W. A Rake's Progress, 1735* [en línea]. [fecha acceso 3 noviembre 2005] URL disponible en: <http://www.litencyc.com/php/sworks.php?rec=true&UID=7031>.
3. Byrne, P. «Psychiatry and the media». *Advances in Psychiatric Treatment*. 2003; 9: 135-143. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://apt.rcpsych.org/cgi/content/abstract/9/2/135>.
4. Salter, M. «Psychiatry and the media: from pitfalls to possibilities». *Psychiatric Bulletin*. 2003; 27:123-125. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://pb.rcpsych.org/cgi/content/full/27/4/123>.
5. Salter, M; Byrne, P. «The stigma of mental illness: how you can use the media to reduce it». *Psychiatric Bulletin*. 2000 ; 24: 281-283. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://pb.rcpsych.org/cgi/content/full/24/8/281?>.
6. González, D. «What is Cinemania?». URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.cinemaniastigma.com/>.
7. Programa La esquizofrenia abre las puertas. *Información para medios de comunicación*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.esquizofreniabrelaspuertas.com/indices/medios.htm>.
8. FEAFES. *Salud Mental y Medios de Comunicación – Guía de Estilo*. Ed. FEAFES 2003. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: [http://www.feafes.com/DocDocumentos/184786109\\_4\\_Salud%20Mental-Guia%20de%20estilo.pdf](http://www.feafes.com/DocDocumentos/184786109_4_Salud%20Mental-Guia%20de%20estilo.pdf).
9. Stastny, P. «From Exploitation to Self-Reflection: Representing Persons with Psychiatric Disabilities in Documentary Film». *Literature and Medicine*. 1998 ; 17 (1) : 68-90.
10. Kroeger, B. Nellie Bly. *Daredevil + Reporter + Feminist*. Ramdon House, 1995.
11. Kroeger, B. *Nellie inside Blackwell's madhouse*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.correctionhistory.org/rooseveltisland/bly/html/blackwell.html>.



12. Bly, N. *Ten days in a mad-house*. Ian L. Munro Pub. New York, 1887. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://digital.library.upenn.edu/women/bly/madhouse/madhouse.html>.
13. Bertie-Marriott, C. *Moderne Lettre de Cachet*. Ernest Flammarion Ed. Paris, ca. 1905.
14. D'Hampol, L. «Le cas de M. Bertie-Marriott et la Loi de 1838». *La Vie Illustrée*. 31 julio 1903. 250 : 348.
15. Murphy, P. *Review: Entre-Temps*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.source.ie/issues/issues0120/issue07/is07reventtem.html>.
16. Schneider, R. *A Roland Schneider: Entre-Temps*. Scalo Publishers, 1990.
17. Edinger, C. *Madness*. Art Data, 1998.
18. Cohen, R. *Hurry tomorrow* [documental]. Halfway House Films, 1975. 78 minutos.
19. Biblio Monde. *Albert Londres*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: [http://www.bibliomonde.net/pages/fiche-auteur.php3?id\\_auteur=173](http://www.bibliomonde.net/pages/fiche-auteur.php3?id_auteur=173).
20. Londres, A. *Chez les fous*. Albin Michel. París, 1925.
21. Wright, F. L., Jr. *Out of Sight Out of Mind: A Graphic Picture of Present-Day Institutional Care of the Mentally Ill in America, Based on More than Two Thousand Eye-Witness Reports*. National Mental Health Foundation. Philadelphia, 1947. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.disabilitymuseum.org/lib/docs/1754.htm>.
22. Maisel, A.Q. «Bedlam 1946: Most U.S. Mental Hospitals are a Shame and a Disgrace». *Life Magazine*. 6 mayo 1946. 20 (18): 102-118.
23. González, D. *Hystory-onics*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.cinemaniastigma.com/pages/7/index.htm>.
24. Maisel, A.Q. «The shame of our mental hospitals». *Reader's Digest*. Julio 1946.
25. Deutsch, A. *The Shame of the States*. New York: Harcourt Brace, 1948.
26. González, D. *Hystory-onics*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.cinemaniastigma.com/pages/7/index.htm>.
27. Blatt, B; Kaplan, F. *Christmas In Purgatory: A Photographic Essay On Mental Retardation*. Allyn and Bacon, 1966. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.disabilitymuseum.org/lib/docs/1782card.htm>.
28. Himmelstein, H. «Wiseman, Frederick». *The Museum of Broadcast Communications*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.museum.tv/archives/etv/W/htmlW/wisemanfred/wisemanfred.htm>.
29. Howard, G.J. «Titicut Follies: A Review». *Journal of Criminal Justice and Popular Culture*. 1993; 1(1): 2-4. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.albany.edu/scj/jcipc/vol1is1/titicut.html>.
30. Anónimo. «En el psiquiátrico de Bermeo, peor que perros». *Punto y Hora*. 16-22 junio, 1977. p. 12-16. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.ome-aen.org/cronicon/1977/puntoyhora.pdf>.

31. Fotorevista. «Raymond Depardon». *Grandes maestros de la fotografía mundial*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.fotorevista.com.ar/Maestros/Maestros.htm>.
32. Depardon, R. *San Clemente*. Centre National de la Photographie. Paris, 1984. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: [http://www.magnumphotos.com/c/htm/FramerT\\_MAG.aspx?V=CDocT&E=2TYRYD1KAHDB&DT=ALB](http://www.magnumphotos.com/c/htm/FramerT_MAG.aspx?V=CDocT&E=2TYRYD1KAHDB&DT=ALB).
33. Isophotobase. «Dario Coletti». *Photographers*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.isophotobase.it/dario/coletti.html>.
34. Coletti, D. *180 Basaglia*. Sinnos Editrice, 1996. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.isophotobase.it/dario/180/ind.html>.
35. Magnum photos. «Alex Majoli». *Photographers*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: [http://www.magnumphotos.com/c/htm/TreePf\\_MAG.aspx?Stat=Photographers\\_Portfolio&E=29YL53UIH@2](http://www.magnumphotos.com/c/htm/TreePf_MAG.aspx?Stat=Photographers_Portfolio&E=29YL53UIH@2).
36. Majoli, A. *Leros*. West Zone, Venice, 1999. Trolley/Phaidon, Londres, 2002. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: [http://www.magnumphotos.com/c/htm/FramerT\\_MAG.aspx?Stat=Portfolio\\_DocThumb&V=CDocT&E=29YL53ZIVT05&DT=ALB](http://www.magnumphotos.com/c/htm/FramerT_MAG.aspx?Stat=Portfolio_DocThumb&V=CDocT&E=29YL53ZIVT05&DT=ALB) y <http://www.cestino.it/leros/>.
37. Amnistía Internacional. *Bulgaria: Disabled women condemned to 'slow death'*. AI Index EUR 15/002/2001 - News Service Nr. 180. 10 October 2001. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://web.amnesty.org/library/index/EN-GEUR150022001>.
38. Nenkova, A. «Sanadinovo is the Bulgarian Island of Leros», *Kapital*, no.42, 20 octubre 2001 (en búlgaro). Traducción al inglés en URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.bghelsinki.org/socialhomes/en/SanadinovoAN.doc>.
39. Amnistía Internacional. *Bulgaria: Residents of Dragash Voyvoda are dying as a result of gross neglect*. AI index: EUR 15/004/2002. 15 April 2002. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://web.amnesty.org/library/index/EN-GEUR150042002>.
40. Amnistía Internacional. *Bulgaria. Far from the eyes of society. Systematic discrimination against people with mental disabilities*. AI Index: EUR 15/005/2002. 10 October 2002. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://web.amnesty.org/library/Index/engEUR150052002?OpenDocument&of=COUNTRIES\BULGARIA>.
41. Amnistía Internacional. *Bulgaria: Far from the eyes of society?* (Video), 2002. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: [http://web.amnesty.org/web/content.nsf/pages/gbr\\_bulgaria\\_video](http://web.amnesty.org/web/content.nsf/pages/gbr_bulgaria_video).
42. Timmermans, H. *Psychiatry in Eastern Europe*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.harrietimmermans.nl/foto/transition.html>.

43. O'Donoghue, G. «The fittest among the unfit thrives». *BBC News*. BBC online network, 12 octubre 1999. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: [http://news.bbc.co.uk/1/hi/programmes/from\\_our\\_own\\_correspondent/472520.stm](http://news.bbc.co.uk/1/hi/programmes/from_our_own_correspondent/472520.stm).
44. Burkeman, O. «UN 'ignored' abuse at Kosovo mental homes». *Guardian Unlimited*. 8 agosto, 2002. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.guardian.co.uk/international/story/0,3604,770856,00.html>.
45. Agence France Press. «NGO decries conditions in UN-supervised psychiatric institutions in Kosovo». *Mental Disability Rights International*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.mdri.org/media/agencefrance.html>.
46. Wood, N. «UN 'failing' Kosovo mentally ill». *BBC News*, 17 julio 2003. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/europe/3074697.stm>.
47. Southeast Museum of Photography. «The chain – Chien-Chi Chang». URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: [http://www.smponline.org/archive/fall\\_ex\\_2004/chain\\_01.htm](http://www.smponline.org/archive/fall_ex_2004/chain_01.htm).
48. Chang, C. *The chain*. Trolley. London, 2002. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: [http://www.smponline.org/archive/fall\\_ex\\_2004/images/WebChain/images.htm](http://www.smponline.org/archive/fall_ex_2004/images/WebChain/images.htm) y [http://www.magnumphotos.com/c/htm/FramerT\\_MAG.aspx?Stat=Portfolio\\_DocThumb&V=CDocT&E=2K703RCSGNF&DT=ALB](http://www.magnumphotos.com/c/htm/FramerT_MAG.aspx?Stat=Portfolio_DocThumb&V=CDocT&E=2K703RCSGNF&DT=ALB).
49. Pictures of the Year International. «Best book Award, 2003». *Winners of the Sixtieth annual Pictures of the Year International competition*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.poyi.org/60/winnerslist.html>.
50. Eltit, D. Errázuriz, P. *El infarto del alma*. Roberto Zegers, ed. Chile: 1994.
51. Rivera-Hokanson, M. «De la palabra a la imagen: los espacios subordinados en *El infarto del alma* de Diamela Eltit». *Tatuana*. 2004, 1. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.bama.ua.edu/~tatuana/numero1/delapalabra.html>.
52. Felty, D.W. «Russia, Romania & Moldova. October 1999. Report on visits to orphanages and hospitals». *Northstar Gallery*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://northstargallery.com/pages/Report01.htm#Introduction>.
53. La boîte a images. *France Paquay*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: [http://www.laboiteaimages.be/phot\\_paquay\\_fr.htm](http://www.laboiteaimages.be/phot_paquay_fr.htm).
54. Paquay, F. *Tout le monde sans fous*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: [http://www.laboiteaimages.be/images/galleries/france\\_paquay/tout\\_le\\_monde\\_sans\\_fous/index.html](http://www.laboiteaimages.be/images/galleries/france_paquay/tout_le_monde_sans_fous/index.html).
55. Dakoua, R. Goloubenko, S. Smets, C. Blanchet, K. Blanchet, E. *Call me by my name*. Handicap International - Luna, 2004. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: [http://www.revue.com/carte\\_blanche/luna/index.shtml](http://www.revue.com/carte_blanche/luna/index.shtml).

56. Smets, C. *L'autisme en Inde*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.lunaphotos.com/>.
57. Blanchet, K. *Au delà des murs*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: [http://www.revue.com/carte\\_blanche/karl\\_blanchet/index.shtml](http://www.revue.com/carte_blanche/karl_blanchet/index.shtml).
58. Pavloff, F. Blanchet, K. *Un sommeil de pagne*. Desclée de Brouwer, 2003.
59. Pulitzer Board. The Pulitzer Prize 2003., *Investigative reporting*. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: <http://www.pulitzer.org/year/2003/investigative-reporting/works/>.
60. Levy, C.J. «Broken homes». *The New York Times*, 2002-2003. URL disponible [fecha acceso 3 noviembre 2005] en: [http://www.nytimes.com/ref/nyregion/BROKEN\\_HOMES.html?pagewanted=all](http://www.nytimes.com/ref/nyregion/BROKEN_HOMES.html?pagewanted=all).

Oscar Martínez Azumendi  
 Psiquiatra  
 Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto, Bilbao

Correspondencia:  
 Oscar Martínez Azumendi  
 Hospital de Basurto, Servicio de Psiquiatría  
 Av. Montevideo, 18. 48013 Bilbao  
[oma@wpanet.org](mailto:oma@wpanet.org)

*Ana García Laborda, J.Carlos Rodríguez Rodríguez*

## FACTORES PERSONALES EN LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

### PERSONAL FACTORS IN THERAPEUTIC RELATIONSHIP

#### ■ RESUMEN

El principal instrumento de trabajo en Salud Mental es la relación con otro, pero ésta está mediatizada por la posición tanto del observador como del observado. Toda ciencia en situación de observación se compone al menos de cuatro elementos: el observador, los fenómenos observados, la información buscada y el papel del observador. Los principales factores personales del profesional son: la orientación teórica, el uso del lenguaje, variables sociológicas e individuales.

El artículo trata de reflejar todas estas variables y sus relaciones, para recordar a los profesionales la necesidad de controlarlas con el fin de paliar sus efectos, evitando el sesgo en la información recogida.

Palabras claves: Relación terapéutica, Factores personales. Intersubjetividad.

#### ■ ABSTRACT

Relationship with the other is the main instrument working in Mental Health Services, but it depends of the position of both observer and observed person. Every science that use observation consider four elements: the observer, the observed facts, the searched information and observer rol. Main personal factors of the professional are: theorical formation, language use and sociological and individual variables.

This article describe these variables and their relations, to remember professionals that they must control them to palliate the effects, avoiding the bias when obtaining information.

Keywords: therapeutics relationship, personal factors, intersubjectivity.

La relación terapéutica la podemos contemplar como una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre terapeuta y paciente se va construyendo-reconstruyendo el binomio salud-enfermedad (1). Las enfermeras, como otros profesionales de la salud mental, nos instrumentalizamos para llegar al otro, ya que en gran parte con lo que trabajamos es con la relación, que en sí misma es fuente de cuidados.

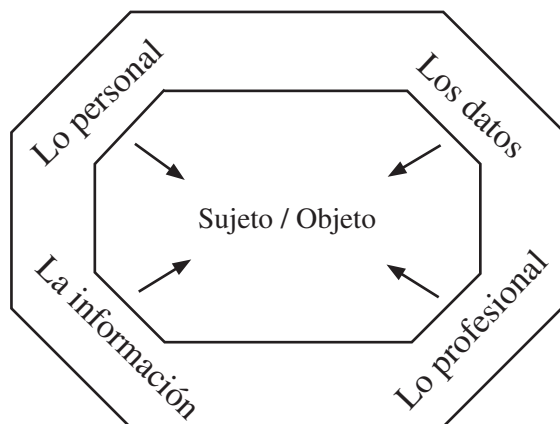
Si la relación es fuente de cuidados debería, como cualquier otra técnica, ser sistematizada para poderla aplicar correctamente (2, 3). Uno de los problemas que se nos presentan es la influencia de lo personal en lo profesional, y como ésta influye en las observaciones, así como ver que controles son necesarios para que se produzca el menor sesgo posible en la observación/relación.

La influencia del observador en los fenómenos observados ha sido siempre un tema presente en la filosofía y la ciencia (4), siendo múltiples los postulados en la relación sujeto-objeto ya sea de manera implícita o explícita, esta preocupación se acrecienta con la física newtoniana y se pone en primer plano con el pensamiento postmoderno al hacer explícito el carácter dialéctico e interpretativo de la relación observador-observado.

Toda ciencia en situación de observación se compone de los siguientes elementos (5):

- El observador (lo personal)
- Los fenómenos observados (la información)
- La información buscada (los datos)
- El papel del observador (lo profesional)

Figura 1  
La ecuación personal



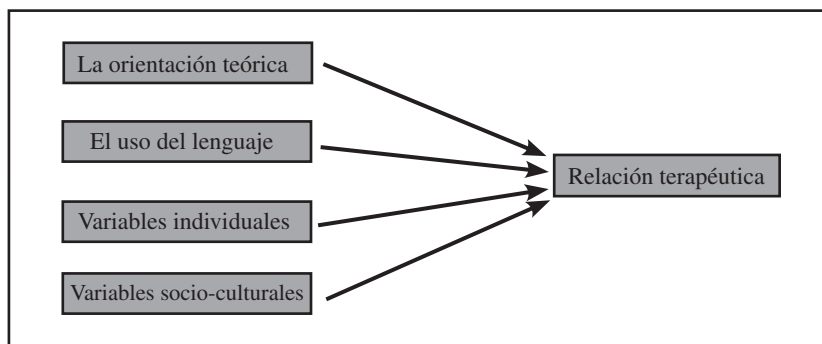
## FACTORES PERSONALES

Como toda relación el discurso enfermera-paciente se produce en el encuentro intersubjetivo entre dos agentes sociales cada uno de los cuales aporta sus propios valores, cualidades y biografía personal, todo ello en el marco de determinado medio social y cultural. Hay que tener en cuenta que la enfermera no solo tiene una historia personal y un modo de ser específico, sino que también pertenece a un sistema cultural de referencia en el que ha sido socializada y a un subsistema profesional.

Toda observación entraña la eliminación de cierta información, selección de los contenidos y valoración de los datos obtenidos, esto quiere decir que siempre hay una interpretación inevitable del discurso del otro. Los principales elementos de los factores personales en el profesional son (5):

- La orientación teórica
- El uso del lenguaje
- Variables socio-culturales

Figura 2  
Factores personales en la relación terapéutica



### 1. La orientación teórica

Se trata del enfoque particular que tiene el observador al seleccionar determinados contenidos y no otros. La sistematización de la subcultura profesional se trasmite a los nuevos miembros a través de una cuidadosa educación y se controla mediante normas de práctica profesional.

Cada uno de los profesionales en el desempeño de su función, desarrolla lo que podemos denominar una «persona profesional» (6), un grupo de formas características de seleccionar y ordenar las percepciones que trata profesionalmente, concentrándose sobre ciertos aspectos de la situación vital. La conducta de un profesional está

influida fundamentalmente por esta «persona profesional», que determinará en gran medida lo que observa, lo que percibe, las prioridades y las vías de intervención que considere adecuadas. Las cuestiones accesorias dependerán del carácter individual y de las experiencias de su «persona profesional».

## 2. *El uso del lenguaje*

Habitualmente se entiende por comunicación un intercambio de información (ideas, pensamiento, etc) entre dos o más personas, pero además la comunicación es una transmisión de afectos, una interacción personal y una interacción social. En este proceso no interviene el lenguaje (lo objetivo) sino que el profesional es el instrumento en que se refleja el habla (lo subjetivo) del paciente.

Smith estudió (7) las emociones negativas de los profesionales, siendo las más frecuentes: miedo a dañar al paciente, miedo a perder el control de la situación, ansiedad derivada de la necesidad de desempeñar el rol sanitario con corrección y miedo a tener el mismo problema o enfermedad que el paciente.

Estas emociones dan lugar a ciertas conductas: evitación de ciertos temas, control sobre el paciente, tentativas de agradar, distanciamiento o desresponsabilización, falta de respeto o sensibilidad y actitud seductora. Las principales características de una adecuada comunicación enfermera-paciente son (7, 8): empatía, respeto, concreción y escucha activa.

**Empatía.** Se puede definir como la capacidad de ponerse en lugar del otro, comprender las vivencias del paciente desde los propios supuestos de este (9), y transmitirle esta comprensión de un modo que pueda comprender. El profesional no solo debe entender lo que el otro le dice, sino el sentido que para él tiene.

La empatía supone calidez en la relación, esto es, proximidad afectiva en la relación. Esta proximidad afectiva que debe modularse en función de distintas personas y situaciones para no perder la distancia terapéutica.

**Respeto.** Significa aceptar incondicionalmente al otro sin realizar juicios de valor, haciéndole saber que es en función de sus propias vivencias y valores con los que vamos a evaluar la situación, favoreciendo que el paciente ponga en marcha sus propios recursos para afrontarla. A través de la categorización diferida el profesional suspende su propia categorización y realiza «una lectura de lo real mediatizada por lo dicho por el paciente donde se relativizan los conceptos y categorías profesionales» (10).

El respeto lleva aparejado por parte del profesional el ejercicio de la asertividad, que supone el desempeño pleno de los derechos y deberes inherentes a un determinado rol social.

**Concreción.** Es la capacidad del profesional de delimitar los objetivos de ambos en la relación, para que esta se desarrolle de forma inteligible para ambos. Los objetivos de terapeuta y paciente vienen delimitados por los modelos de relación que



construyen entre los dos, y que a su vez vienen guiados por los valores dominantes del sistema social y del subsistema sanitario, que puede adoptar distintos valores en los diferentes momentos históricos y las distintas culturas.

Gutiérrez (11) señala cuatro modelos de relación:

- Paternalista. El profesional tiene obligaciones, en el caso del enfermero la aplicación de técnicas (12) y el paciente adopta una actitud positiva, tiene necesidades.
- Consumista. En este modelo el profesional sigue teniendo obligaciones y el paciente derechos, pero ya no debe adoptar un papel puramente pasivo, puede quejarse si no está satisfecho.
- De colaboración. Profesional y paciente tienen derechos y obligaciones, las demandas de este último pueden romper la relación.
- De autonomía. Ambos tienen derechos y obligaciones y ambos pueden reclamar.

La divergencia en los modelos adoptados por cada uno de las partes origina no pocas dificultades.

Escucha activa. La escucha activa hace referencia a la comunicación bidireccional entre terapeuta y paciente, de tal manera que el último sienta que está siendo escuchado. Para ello debemos mostrar atención y comprensión tanto lógica como emocional en la interacción a través tanto de la conducta verbal como de la no verbal.

Los principales obstáculos para la escucha activa provienen de tres áreas:

- Del ambiente físico: cansancio, ruido, etc.
- Emocional. Derivados de los propios sentimientos del terapeuta.
- Cognitivos. Derivados de prejuicios ideológicos, éticos, culturales, etc.

### *3. Variables socioculturales*

Los más conocidos son la edad, el género y la etnia, cualquiera de ellas tiene una gran influencia. Existen otras variables como es el estatus o clase social, o la situación política o económica del país (5).

Los componentes del medio en que vive el profesional actúan a través de valores y tradiciones introyectadas que proporcionan los elementos para resolver las situaciones de manera aceptable mediante instituciones comunitarias, que apoyan ciertas líneas de acción que la cultura en cuestión sostiene como exitosas en la mayor parte de los casos.

Existe un amplio margen de elección en las reglas culturales para la resolución de problemas, pero este margen se estrecha cuando entramos en las subculturas particulares. El profesional debe satisfacer tanto las necesidades del individuo, como permitirle seguir siendo un miembro aceptable de los diferentes grupos a que pueden pertenecer (6).



#### 4. Variables individuales

Las características de la personalidad tienen que ver con la organización interna y se manifiestan a través de la conducta y la apariencia (Muñoz Vallejo). Estas características tienen una incidencia nada desdeñable en la actividad profesional.

La enfermera debe conocerse, tener una capacidad de introspección, tener conciencia de sus propios valores y prejuicios, así como de sus debilidades y fuerzas. A pesar de ello, se suele responder inconscientemente en los contextos emocionalmente cargados o sea, con el lado emocional de la personalidad. Dos características importantes de la personalidad del terapeuta son:

- Rigidez en el mantenimiento de los propios esquemas.
- Que atribuya a causas internas o externas las consecuencias de sus propias acciones.

La enfermera debe tener (2,5) un buen nivel de adaptabilidad a contextos nuevos, ser sociable, tener capacidad de empatía, tener habilidades sociales para establecer relaciones humanas, así como conocer y saber manejar las reglas del juego social. Además debe ser capaz de poner en suspenso los propios juicios de valor a través la categorización diferida (9) «una lectura de lo real mediatizada por lo dicho por el paciente donde se relativizan los conceptos y categorías del profesional» para ello el terapeuta utiliza la atención flotante, una manera de escuchar consistente en no privilegiar de antemano ningún punto del discurso. Otras características igualmente importantes son (13) la edad, el género, la clase social, el estatus, el control emocional, el nivel intelectual, la orientación política, etc.

En un intento de minimizar la influencia del observador todas las ciencias han articulado métodos concretos de control. Algunos posibles controles para las variables personales del terapeuta podrían ser:

- Entrenamiento y terapia psicológica.
- Trabajo en equipo (3)
- Supervisiones.
- Grupos Balint

Con todo, lo personal en la relación terapéutica no desaparece ni se deja de lado, sino que se transforma y se controla.

Resumiendo si aceptamos que la enfermera debe usar como instrumental fundamental su propia persona, pasa a primer plano la importancia de la relación y la búsqueda de datos, que le permitan fundar positivamente una buena relación con el paciente y conseguir datos de forma estructurada y enfocados a la resolución de los problemas de salud del paciente. Para ello es muy importante que la enfermera tome conciencia tanto de los distintos roles puestos en juego en la entrevista de enfermería, como de la influencia de los sesgos que inevitablemente se producirán en la

recogida de información, que nos suministra el paciente, aplicando un concienzudo análisis de sus propios valores, prejuicios y estilo de vida la enfermera puede, si no obviar estos, por lo menos minimizar el sesgo producido en el proceso de transformar la información en datos útiles para entrevista.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Sarrado, JJ; Clèries, X; Ferrer, M; Kronfly, E. Evidencia científica en medicina: ¿Única alternativa?. *Gaceta Sanitaria*; 18 (3): 235-244
2. García Marco, M.; López Ibor, M.; Vicente Edo, J. Reflexiones en torno a la relación terapéutica. ¿Falta tiempo? *Index de Enfermería*, 2004; 47: 44-48
3. Gómez Esteban, Rosa. *El médico como persona en la relación médico-paciente*. Madrid: Fundamentos, 2002
4. Freud, S. *Análisis profano*, en Obras Completas, tomo VIII. Madrid: Biblioteca Nueva, 1974: 2911-2959
5. López Coiras, M. La influencia de la ecuación personal en La investigación antropológica o la mirada interior En Cátedra, M. *Los españoles vistos por los antropólogos*. Gijón: Júcar, 1991: 187-222
6. Caplan, G. *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires: Pido, 1980
7. Borrell i Carrió, F. *Manual de entrevista clínica*. Barcelona: Doyma, 1989
8. Hurtado Martínez, S. *Enfermería y la relación de ayuda*. Excelencia enfermera, 2004, 0: Sin pagina. Disponible en: <http://www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Page/Plantill>. Consultado el 004/06/05
9. Muñoz Vallejo, T. Los procesos psicológicos en enfermería, en Mejías Lizancos, F y Serrano Parra, MD. *Psiquiatría y Salud Mental*. Madrid: DAE, 2000: 58-83
10. Rodríguez Rodríguez, JC; García Laborda, A. *Descubriendo sentido. Entrevista clínica transcultural en Salud Mental*. Rol, 2004: 6-10
11. Oliva, MP. *El paciente se vuelve impaciente*. El País, 5/7/05: 34-35
12. Siles, J.; Cibanal, L; Vizcaya, F; Gabaldon, E; Domínguez, JM; Solano, C; García, E. Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: La antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, 2001; 10: 72-87
13. Rodríguez Marín, J. *Comunicación entre el profesional sanitario y el paciente*. Universidad de Antioquia, 2004: Sin pagina. Disponible en: [http://www.docencia.udea.edu.co/enfermeria/psicologiadesarrollo/paginas/psico\\_comunicac](http://www.docencia.udea.edu.co/enfermeria/psicologiadesarrollo/paginas/psico_comunicac). Consultado el 18/07/05

Ana García Laborda  
Enfermera, especialista en Salud Mental  
Socióloga, Antropóloga  
Centro de Salud Mental de Parla (Madrid)  
C/ Sirena 18 –28290 Las Matas (Madrid)  
Tefno. 916300367

J. Carlos Rodríguez Rodríguez  
Sociólogo, Antropólogo  
Ministerio de Justicia

*Ana Ramos López, M<sup>a</sup> Dolores Díaz Palarea*

## CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS DE UNA UNIDAD DE AGUDOS DE SALUD MENTAL: DETERMINANTES PSICOSOCIALES Y CLÍNICOS

PATIENT CHARACTERISTICS AT AN ACUTE MENTAL HEALTH UNIT: PSYCHOSOCIAL AND  
CLINICAL INDICATORS

### ■ RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es el de identificar los principales factores psicosociales y clínicos implicados en la reagudización de la sintomatología psiquiátrica en el momento de la hospitalización en una Unidad de Internamiento Breve.

Palabras clave: Síntomas agudos, Red de servicios de Salud Mental, Unidad de Internamiento Breve, Determinantes psicosociales

### ■ ABSTRACT

The aim of this paper is to determine the main psychosocial and clinic factors related to the exacerbation of psychiatric symptoms during hospital admission in an Acute Mental Health Unit.

Key words: Acute symptoms, Mental Health Services, Acute Mental Health Unit, Psychosocial factors

## ■ INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales constituyen una circunstancia que se presenta en todas las culturas y pueden aparecer en cualquier edad. En términos absolutos se estima que cada año 450 millones de personas en el mundo van a sufrir algún problema que podría catalogarse de trastorno mental o de conducta (1). Es de destacar que una de las consecuencias de estos problemas va a ser la discapacidad y la dependencia que frecuentemente generan. En este sentido, en la década de los 90, el 10% de la discapacidad estaba constituida por problemas neuropsiquiátricos, proporción que aumentó al 13% en el año 2000 y que, si las previsiones continúan esta evolución, se prevé que para el 2020 el 15% de las discapacidades estarán estructuradas en base a algún problema mental (2).

Cada vez disponemos de más evidencias científicas sobre la implicación de los factores sociales en el desarrollo y evolución de la enfermedad mental. Las relaciones con la familia, el entorno social cercano y los dispositivos sanitarios determinan estilos y hábitos de vida que modifican los estados de salud. Cuando estas relaciones son inadecuadas se produce deterioro en la salud y mayor dependencia, asimismo, la misma enfermedad mental determina una problemática social que incide directamente en ella.

Por otro lado, con la incorporación de la mujer al mercado laboral, histórica proveedora de cuidados, se han sucedido una serie de cambios acontecidos en la estructura familiar que, en última instancia, ha ocasionado una mayor incidencia de reagudizaciones de la enfermedad mental, así como de las consecuencias sociales de la misma relacionadas con el déficit de apoyo familiar. Estas circunstancias, entre otras (mayor longevidad de la población o el enfoque más global de la salud), ha ocasionado un considerable incremento de la demanda de servicios sanitarios por trastornos mentales y/o de conducta. En este contexto, las mejoras en la cobertura social, considerando como base la familia, y la mejor coordinación de recursos produciría cambios positivos en la salud y una mayor autonomía en la vida. Que duda cabe que se hace prioritario el desarrollo de programas preventivos, basados en la reducción de riesgos y la promoción de los factores de protección.

El artículo 20 de la ley general de sanidad (ley 14/1986, del 25 de abril) propone la hospitalización psiquiátrica dentro de los hospitales generales. El Plan de Salud de Canarias, y en lo referente a la planificación de la atención a la Salud Mental, pretendía, entre otros objetivos, la apertura de Unidades de Internamiento Breve en los hospitales generales para atender a los pacientes con sintomatología psiquiátrica aguda (objetivo específico de mejora en la oferta de servicios nº 203 del Plan de Salud de Canarias, 1997-2001) (3).

Este Plan de Salud sirvió de base y punto de partida para el desarrollo de la reforma de la atención sanitaria a las personas con problemas de salud mental, lo que ha ido conformando la mayoría de las estructuras sanitarias actualmente en funcionamiento (Unidades de Enfermos Agudos en Hospitales Generales y atención de consultas en Unidades de Salud Mental Comunitarias) (4).

Uno de los objetivos de la segunda edición del Plan de Salud de Canarias es la integración de todos los recursos sociales, sanitarios, educativos, judiciales y penitenciarios, de manera que proporcione una atención más apropiada a la salud mental, y en particular, a colectivos emergentes donde se incluyen personas con enfermedad mental de larga evolución. Así mismo, se incluyen las Unidades de Internamiento Breve (UIB) en los hospitales generales para la atención de pacientes con sintomatología psiquiátrica aguda considerando como objetivo prioritario «una intervención terapéutica coordinada de recursos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, de contención institucional y complementarios, que permitan restaurar el daño psíquico individual y restablecer en la mayor brevedad posible los vínculos de relación familiares y sociales del paciente» (5)

Las UIB son lugares de confluencia de problemática social, fundamentalmente familiar, y problemas clínicos secundarios a un trastorno mental. La hospitalización psiquiátrica en régimen de agudos está indicada en aquellas situaciones de crisis en las que el cuadro clínico del paciente represente un riesgo para sí mismo o para terceras personas, haciéndose necesaria una intervención que no puede ser realizada en la comunidad. (3). El perfil del usuario de las UIB, teniendo en cuenta las condiciones sociofamiliares que le rodean, es probable que coincida con el de paciente identificado en el seno de una familia multipatológica. La familia multipatológica (6) se define operativamente como la confluencia de varias de estas circunstancias:

1. Presencia de dos o más miembros de la familia con comportamientos problemáticos estructurados y que requieren una intervención externa.
2. Insuficiencia grave, sobre todo por parte de los padres, de las actividades funcionales y expresivas para el correcto desarrollo de la vida familiar.
3. Refuerzo recíproco entre los dos puntos anteriores.
4. Labilidad de los límites, propia de un sistema caracterizado por la presencia de profesionales u otras figuras externas que sustituyen parcialmente a los miembros incapaces.
5. Estructuración de una relación de dependencia respecto de los servicios.
6. Desarrollo de comportamientos sintomáticos en el paciente identificado como puede ser el consumo de drogas.

El estudio de las características psicosociales y clínicas sobre la presentación y evolución de distintas enfermedades mentales se hace imprescindible a la hora de diseñar y organizar las UIB, los recursos sociales y su coordinación multidisciplinar. El objetivo del presente estudio es el conocer determinadas características sociodemográficas, clínicas y hábitos de vida de las personas que ingresan en una Unidad de Agudos de un Hospital General.

## ■ MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo y transversal en una muestra de pacientes psiquiátricos ingresados en la Unidad de Internamiento Breve del Hospital Dr. Negrín de Las Palmas de Gran Canaria.

La muestra ( $n = 53$ ) fue seleccionada a partir de los sujetos ingresados durante el periodo comprendido entre el 24/11/03 al 20/2/04 ( $N = 159$ ). El criterio de selección se realizó en función de un turno rotatorio (mañana, tarde y noche), incluyendo los dos primeros ingresos, a los que se le realiza la entrevista exhaustiva y valoración. La UIB acoge los ingresos de pacientes procedentes de cuatro sectores sanitarios del Área Norte de Gran Canaria (puerto, canalejas, ciudad alta y bañaderos) que incluye población urbana y rural, así como pacientes «transeúntes» que no tienen establecida su residencia en Las Palmas y pacientes del Área Sur en situaciones especiales como falta de camas u otro tipo de problema.

La valoración fue realizada durante los tres primeros días de ingreso. La información se recopiló a partir de la entrevista inicial de enfermería en el momento del ingreso, la historia clínica, la historia de enfermería, la historia social, la familia y un cuestionario elaborado para la recogida de las siguientes variables:

- Demográficas, familiares y sociales; sexo, año de nacimiento, estado civil, número de hijos, lugar de residencia, nivel de instrucción, trabajo desempeñado, situación laboral actual, pensión, cuantía y tipo de la misma, convivencia, satisfacción familiar percibida, número de amigos íntimos, frecuencia con la que sale con ellos y pertenencia a asociación o grupo donde se realicen actividades culturales, de ocio u otra índole.
- Autonomía en la administración del tratamiento: persona responsable de la administración del tratamiento, cumplimiento terapéutico, abandono farmacológico.
- Autonomía en las actividades de la vida diaria: índice de Barthel (7).
- Estilos y hábitos de vida; consumo de tabaco y/o drogas, patrón de sueño, sexualidad, ejercicio físico.
- Línicas; antecedentes clínicos, diagnósticos psiquiátricos, diagnósticos de enfermería e índice de Masa corporal.

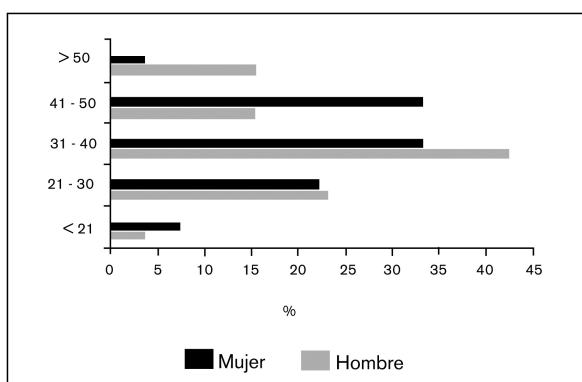
Mediante el programa informático SPSS se utilizaron los siguientes estadísticos descriptivos; frecuencia, porcentaje y percentil como medida de posición. Las variables numéricas se describen mediante medias y desviaciones estándar y las categóricas en porcentajes.



## ■ RESULTADOS

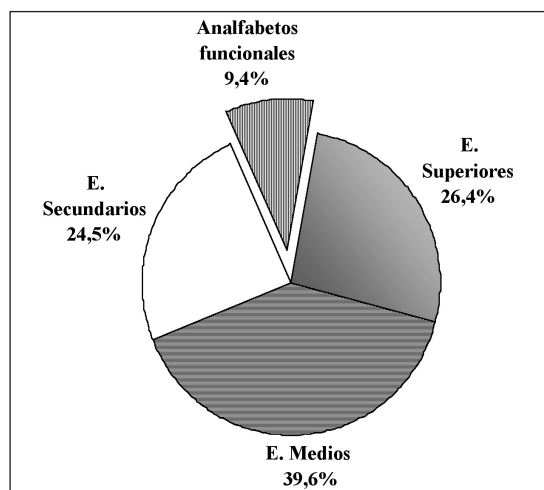
Las personas que ingresan en la Unidad de Internamiento Breve tienen una edad media de 36,9 años ( $\pm 12,6$ ; 16-66) con una distribución por género como se muestra en la figura 1. El estado civil predominante es el de soltero (64,2%), seguido de separado y divorciado (20,8%); sólo un 28,3% de los mismos tienen hijos (el 67,14% tiene entre 1-3 hijos). En cuanto al lugar de residencia predomina la procedencia urbana (73,6%).

Figura 1  
Distribución por edad y género



Respecto al nivel de instrucción académica destaca un 9,4% de analfabetismo funcional (figura 2).

Figura 2  
Nivel de instrucción académica



Más de la mitad de la muestra estudiada (58,5%) ha desarrollado una actividad laboral en el sector servicios y actualmente no trabaja un 73,6% (figura 3). Las características de las pensiones percibidas se representan en la figura 4, donde se muestra que un 35,8% percibe pensión, siendo ésta de una cuantía inferior a 9.000 euros/año para el 89,66% de los mismos. La pensión por viudedad es más frecuente en la mujer y por invalidez en el hombre.

Figura 3  
Situación laboral - área de trabajo

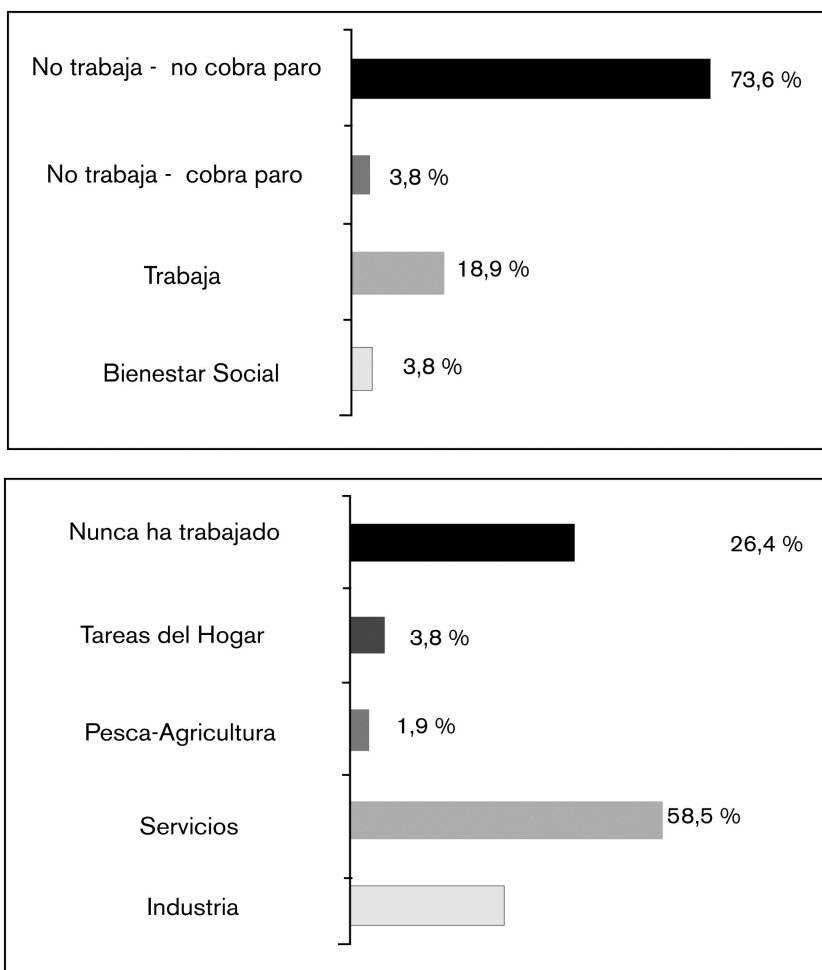
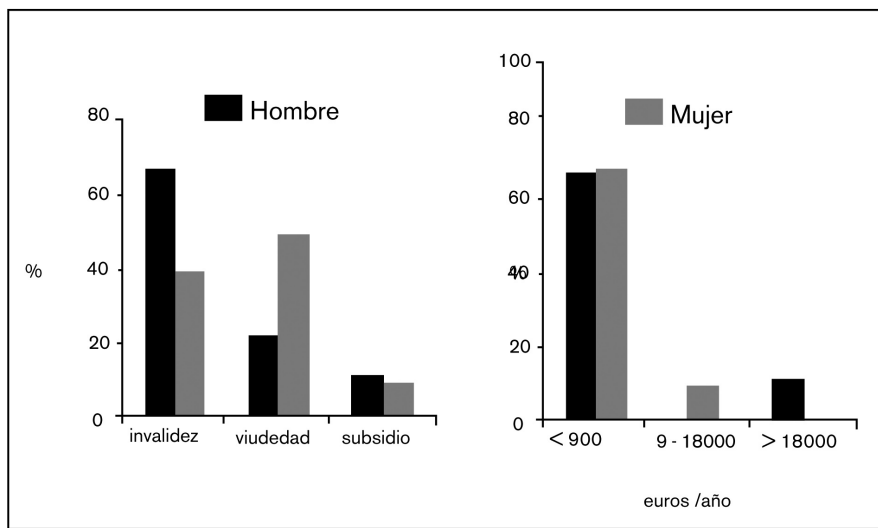


Figura 4  
Pensión percibida



El estudio de la convivencia demuestra que son los hombres los que suelen vivir solos (25,9%) o con un familiar directo (33,3%), frente a la mujer que convive con dos a más familiares (65,4%). Asimismo, la percepción de las relaciones familiares es más satisfactoria en la mujer que en el hombre (tabla 1). Con respecto a las relaciones sociales destaca un 45,8% que manifiesta no tener ningún amigo, circunstancia ligeramente más frecuente en la mujer, un 62,5% que afirma no realizar salidas del domicilio, tendencia más frecuente en el hombre, y un 88,2% que no pertenece a ningún círculo sociocultural, tendencia mayor en la mujer (tabla 2).

Tabla 1  
Convivencia y satisfacción familiar percibida

| %      | Convivencia |      |      |     | Satisfacción |      |      |      |
|--------|-------------|------|------|-----|--------------|------|------|------|
|        | S           | 1F   | 2F   | IP  | MB           | B    | R    | M    |
| Mujer  | 19,2        | 15,4 | 65,4 |     | 16,7         | 50   | 12,5 | 20,8 |
| Hombre | 25,9        | 33,3 | 37   | 3,7 | 12           | 32   | 20   | 36   |
| Total  | 22,6        | 24,5 | 50,9 | 1,9 | 14,3         | 40,8 | 16,3 | 28,6 |

S: vive solo. 1F: vive con un familiar directo. 2F: vive con dos o más familiares directos.

IP: institución pública. MB: satisfacción muy buena. B: buena. R: regular. M: mala.

Tabla 2  
Relaciones y actividad social

| %      | Amigos |       |         | Salidas |      |     |       | A. socio-culturales |
|--------|--------|-------|---------|---------|------|-----|-------|---------------------|
|        | > 2    | 1 o 2 | Ninguno | T/S     | V/M  | V/A | Nunca | Nunca               |
| Mujer  | 16,7   | 33,3  | 50      | 29,2    | 12,5 |     | 58,3  | 92                  |
| Hombre | 37,5   | 20,8  | 41,7    | 16,7    | 8,3  | 8,3 | 66,7  | 84,6                |
| Total  | 27,1   | 27,1  | 45,8    | 22,9    | 10,4 | 4,2 | 62,5  | 88,2                |

T/S: todas las semanas. V/M: varias veces al mes. V/A: varias veces al año.

Casi la mitad de la muestra son autónomos en la administración del tratamiento (47,1%), si bien el 27,5% lo hace ayudado por familiares o amigos y por la USM que interviene en el 21,6% de los casos (figura 5). La prevalencia de abandono farmacológico es del 48% que junto con el porcentaje de automedicación (8%) constituyen un incumplimiento terapéutico del 56% (tabla 3).

Respecto a las actividades de la vida diaria, la autonomía en el arreglo personal y en el lavado son las primeras en deteriorarse y con más frecuencia en hombres, sin embargo el 32,1% tiene algún tipo de dependencia, siendo más frecuente en las mujeres (figuras 6a y 6b).

Figura 5  
Administración del tratamiento

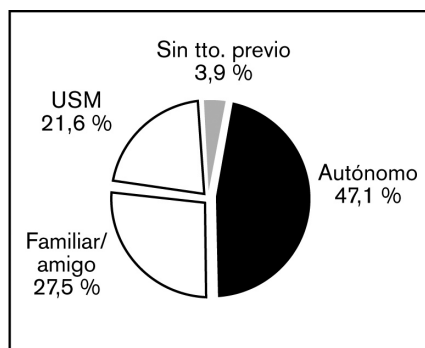


Tabla 3  
Tratamiento farmacológico

| %      | STP | CT | AM | Abandono farmacológico/tiempo |       |       |         |         |
|--------|-----|----|----|-------------------------------|-------|-------|---------|---------|
|        |     |    |    | < 1sem                        | 1s-3m | 3m-6m | 6m-1año | > 1 año |
| Mujer  | 0   | 48 | 4  | 8                             | 8     | 12    | 8       | 12      |
| Hombre | 8   | 32 | 12 | 4                             | 32    | 4     | 8       |         |
| Total  | 4   | 40 | 8  | 6                             | 20    | 8     | 8       | 6       |

STP: sin tratamiento previo; CT: cumplimiento terapéutico; AM: automedicación.

Figura 6a  
 Funcionalidad en las actividades de la vida diaria (AVD)

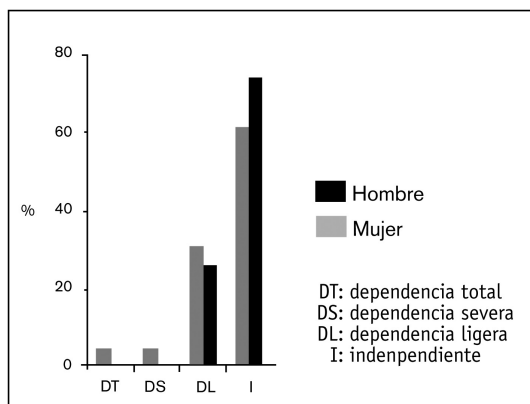
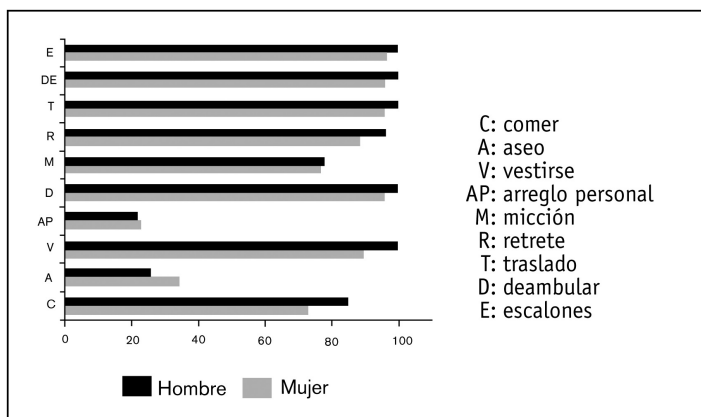


Figura 6b  
 Funcionalidad AVD



Dentro de los hábitos de vida, el consumo de tabaco se presenta como el más frecuente en ambos sexos (58,5 %), sin embargo es el hombre el que consume un mayor número de cigarrillos diarios. Por otro lado, es el alcohol la segunda droga en consumo (35,3%), siendo este hábito más frecuente en la mujer (el 32% frente al 7,7% de los hombres), no obstante, es el hombre el que presenta mayor tendencia a consumir varios tipos de drogas (tabla 4).

Tabla 4  
Conducta adictiva

|        | Tabaquismo |      |       |      | Otras |        |      |
|--------|------------|------|-------|------|-------|--------|------|
|        | No         | < 15 | 15-30 | > 30 | No    | A + OD | A    |
| Mujer  | 42,3       | 23,1 | 19,2  | 15,4 | 56    | 12     | 32   |
| Hombre | 40,7       | 11,1 | 18,5  | 29,6 | 73,1  | 19,2   | 7,7  |
| Total  | 41,5       | 17   | 18,9  | 22,6 | 64,7  | 15,7   | 19,6 |

< 15: menos 15 cigarros/día. A: alcohol. A+OD: alcohol más otra droga

En la tabla 5 se muestra el hábito de sueño, donde el 70% manifiesta dormir menos de cinco horas durante la noche, siendo éste porcentaje mayor en la mujer. Solo un 16% afirma realizar siesta.

Una alta proporción de la muestra manifiesta no tener relaciones sexuales (62,8%) siendo más evidente en el hombre, sin embargo sólo un 27,9% manifiestan clara insatisfacción con su vida sexual (tabla 6).

Tabla 5  
Horas de sueño / día

| %      | Horas de sueño |     |    | Siesta |    |
|--------|----------------|-----|----|--------|----|
|        | < 5            | 5-8 | >8 | Si     | No |
| Mujer  | 76             | 24  | -  | 20     | 80 |
| Hombre | 64             | 24  | 12 | 12     | 88 |
| Total  | 70             | 24  | 6  | 16     | 84 |

Tabla 6  
sexualidad

| %      | Actividad Sexual | Satisfacción percibida |      |      |      |
|--------|------------------|------------------------|------|------|------|
|        |                  | E                      | B    | R    | M    |
| Mujer  | 47,6             | 9,5                    | 47,6 | 9,5  | 33,3 |
| Hombre | 27,3             | 4,5                    | 40,9 | 31,8 | 27,7 |
| Total  | 37,2             | 7                      | 44,2 | 20,9 | 27,9 |

E: excelente. B: bueno. R: regular. M: malo.

En relación al ejercicio físico realizado, el 51% manifiesta llevar una vida sedentaria o afirma realizar algún paseo ocasional. La población femenina presenta una actividad física mayor que los hombres en base a paseos diarios (17,4% frente al 3,8%) (tabla 7).

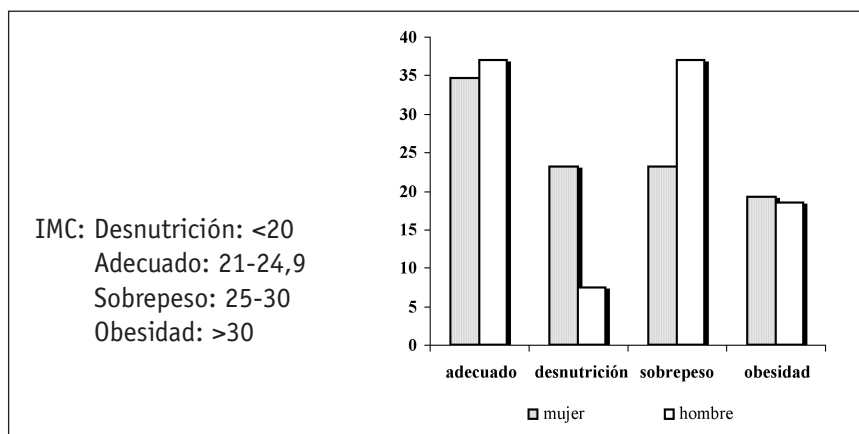
Tabla 7  
Ejercicio físico / género

| %      | S-PO | PR   | Activo |
|--------|------|------|--------|
| Mujer  | 47,8 | 34,8 | 17,4   |
| Hombre | 53,8 | 42,3 | 3,8    |
| Total  | 51   | 38,8 | 10,2   |

S-PO: sedentario o paseos ocasionales, PR: paseos regulares. Activo: paseos frecuentes y/o actividad deportiva

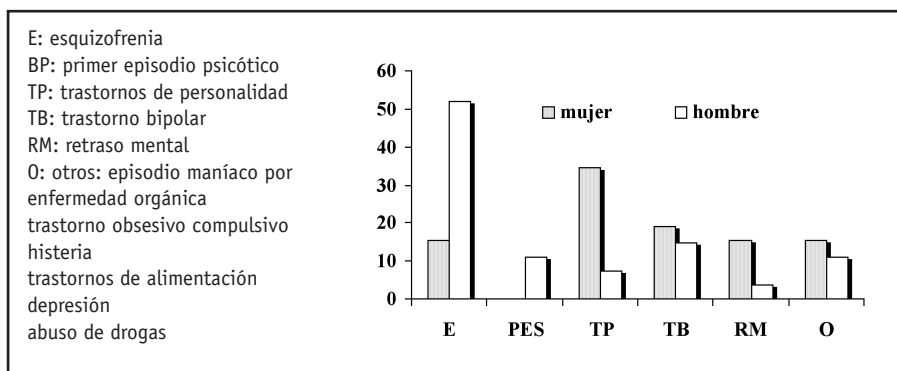
En relación a los problemas de salud destaca la alta prevalencia de los problemas de visión (60,4%), de la cavidad oral (38,8%) y el estreñimiento, siendo éste, en la mujer, significativamente más frecuente ( $p<0,002$ ). Así mismo, en dos tercios de la muestra se ha detectado alteraciones del peso corporal, predominando la desnutrición en la mujer (23,1%), el sobrepeso en el hombre (37,0%) y la obesidad distribuyéndose por igual en ambos (figura 7).

Figura 7  
Índice de masa corporal/género



El diagnóstico psiquiátrico más frecuente es el de esquizofrenia (34%), siendo más predominante en el género masculino, seguido de los trastornos de personalidad (20%) que son más frecuentes en el género femenino (figura 8).

Figura 8  
Diagnóstico psiquiátrico al alta/género



Los diagnósticos de enfermería más frecuentes se representan en la tabla 8. Existen marcadas diferencias sexuales en la manifestación de síntomas, donde destaca en el hombre el afrontamiento defensivo ( $p<0,01$ ), la negación ineficaz ( $p<0,02$ ) y el alto riesgo de heteroagresividad ( $p<0,01$ ), sin embargo la autoagresividad destaca en la mujer ( $p<0,02$ ).

Tabla 8  
Diagnósticos de enfermería / género (%)

| DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA                                                              | MUJER  | HOMBRE |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| Alteración del pensamiento                                                             | 96,2   | 96,3   |
| Deterioro de la interacción social                                                     | 84,6   | 77,8   |
| Alteración en el sueño                                                                 | 80,0   | 74,1   |
| Afrontamiento defensivo                                                                | 57,7   | 88,0*  |
| Negación ineficaz                                                                      | 57,7   | 85,2** |
| Déficit de actividades de recreo                                                       | 65,4   | 66,7   |
| Afrontamiento familiar inefectivo: comprometido                                        | 73,1   | 59,3   |
| Déficit de autocuidado en la administración del tratamiento (rechazo o automedicación) | 61,5   | 59,3   |
| Alto riesgo de autoagresividad                                                         | 38,5** | 11,1   |
| Alto riesgo de heteroagresividad                                                       | 3,8    | 29,6*  |

\*  $p<0,01$  \*\* $p<0,02$  mujer v.s. hombre



## ■ DISCUSIÓN

El perfil del paciente que ingresa en la UIB, suele ser una persona de procedencia urbana, de mediana edad, soltera, separada o divorciada (85%) y sin hijos (71,7%). Dado el bajo índice de personas casadas y con hijos, se manifiesta una clara tendencia a la merma de la red familiar, que por razones de edad, acontecerá con el paso del tiempo. Existen, además, diferencias sexuales en relación a la convivencia familiar, donde los hombres suelen vivir solos (25,9%) o con un familiar directo (33,3%), frente a la mujer que convive con dos a más familiares (65,4%), siendo para ésta la percepción de sus relaciones familiares más satisfactoria que en el hombre. Estos datos sugieren que la amplitud de la red familiar podría constituir un factor implicado en el nivel de satisfacción con las relaciones familiares. También la calidad de las relaciones entre los miembros de la familia podría jugar un papel preponderante en el nivel de satisfacción, así, las relaciones familiares podrían manifestarse mediante lo que algunos autores denominan «emoción expresada», constructo que implica una dinámica de afectos determinada (8). En esta dinámica de afectos establecida se desarrolla un círculo comunicacional patológico hacia la persona con trastorno mental que precisaría un abordaje sistémico.

Por otro lado, a lo dicho anteriormente se le suma un elevado índice de pacientes que no mantienen actividad laboral, que junto a los escasos ingresos económicos, coloca a la persona con enfermedad mental en una clara situación de restricción de sus relaciones sociales. Relaciones sociales que se caracterizan por ser extremadamente limitadas, donde destaca que el 88,2% manifiestan no participar en ningún círculo sociocultural, el 62,5% no realiza salidas del domicilio y cerca de la mitad manifiesta no tener ningún amigo. Se va así conformando un perfil de aislamiento social, siendo éste una de las situaciones más comunes con las que nos encontramos en el paciente psiquiátrico. Estos datos concuerdan con lo admitido por estudios especializados que reconocen que los escasos ingresos económicos y las dificultades en las relaciones sociales y familiares se constituyen en factores de vulnerabilidad de reagudización psiquiátrica (9), así como factor de riesgo de conducta suicida (10).

La detección de la problemática social podría ser de gran utilidad como predictor de reagudización psiquiátrica, así mismo permitiría la puesta en marcha de medidas preventivas que favorezcan la socialización y una vida lo más satisfactoria posible en el seno familiar (11). En un estudio reciente se aplicó un programa de asistencia doméstica, programa que consistía en distintas visitas, llamadas telefónicas, promoción de la actividad física y de la socialización. Se obtuvieron resultados satisfactorios, reduciéndose el 50% de los síntomas en relación con el grupo estándar (12). En otro trabajo de investigación se muestra la importancia de la psicopatología no específica y los síntomas negativos como el aislamiento social y la disfunción académica para predecir el inicio de la psicosis. Ambos síntomas (aislamiento social y disfunción académica) representan un fenómeno clínico importante en los pacientes prodrómicos,



por lo que pueden proporcionar una idea sobre posibles intervenciones preventivas (13). El desarrollo tanto de las habilidades sociales como de las capacidades cognitivas se ha demostrado de gran utilidad en la mejora del proceso de la enfermedad mental, así como un método eficaz de prevención de los episodios de reagudización de la misma (14, 15).

En relación a la autonomía en la medicación, los resultados indican que algo más de la mitad son dependientes en la toma del tratamiento fundamentalmente en base a la ayuda de la familia, amigos y la USM. Asimismo, la prevalencia del incumplimiento terapéutico es del 56% y mayoritariamente por abandono del mismo. El abandono del tratamiento suele ser una de las principales causas de reagudización psiquiátrica e internamiento hospitalario (9). Parece ser éste un problema bastante generalizado en la población psiquiátrica de otras comunidades como así lo manifiesta un estudio de la Universidad de Tasmania (16) donde se enfatiza la necesidad de un sistema de vigilancia de mayor calidad de los pacientes dados de alta. La persona con una enfermedad mental supone un alto coste familiar, donde la sobrecarga del cuidador y el problema social que conlleva conduce frecuentemente a la claudicación de la familia (17). El desarrollo de programas de apoyo a la familia se hacen imprescindibles a la hora de prevenir la institucionalización. El aislamiento y el incumplimiento terapéutico implica un deterioro precoz del cuadro clínico, constituyéndose, ambas situaciones, en la principal causa de internamiento. A estas circunstancias se agrega el alto índice de insatisfacción, abandono y baja laboral entre los profesionales que trabajan en las unidades de Salud Mental (18), pudiendo incidir en el correcto seguimiento de estos pacientes. La adecuación de los horarios, vacaciones y programas de descarga se hacen necesarios para mejorar la efectividad y eficacia de los servicios de Salud Mental.

Por otro lado, en relación a las actividades diarias que el sujeto lleva a cabo para cubrir sus necesidades básicas, nos encontramos ante una persona con gran tendencia a desarrollar dependencia (el 32,1% no tiene total autonomía). Las primeras actividades que se deterioran parecen ser las referidas al aseo y al arreglo personal, si bien muchos precisan ayuda para comer y presentan pérdida de control de esfínteres. En este estudio hemos encontrado que si en principio se manifiesta una mayor dependencia general en las mujeres, éstas son más independientes con respecto a los hombres en el aseo y el arreglo personal. Por lo tanto, además de intervenciones o programas asistenciales dirigidos a fomentar la autonomía personal y paliar las dependencias, sería de gran interés el desarrollo de estudios para discriminar mejor las diferencias básicas entre géneros, donde la distribución cultural de roles jugaría un papel fundamental.

La proporción de personas con enfermedad mental que presenta algún tipo de dependencia con riesgo de ser institucionalizados, es decir, que precisan de cuidados continuos, aumenta progresivamente. Se entiende por cuidados continuos la «presta-

ción de servicios de larga duración destinados a individuos portadores de incapacidad establecida que precisan mantener al máximo sus niveles de función, salud y bienestar mental y social» (19). Ello hace necesario la articulación de normativas que protejan a las personas dependientes que, por diferentes razones sociodemográficas, van en aumento en España. En este sentido, se ha desarrollado un proyecto de Ley sobre Dependencia, que intenta proteger a las personas con dependencia y sus familiares, si bien está en vías de aprobación, y queda el futuro para verificar su eficacia.

Otra característica que frecuentemente encontramos en la persona con trastorno mental es la conducta adictiva. Según nuestro estudio algo más de la mitad de los fumadores consumen más de 30 cigarros al día. En un estudio realizado en pacientes ingresados con diagnóstico psiquiátrico y con diagnóstico dual de consumo de drogas, se evaluó las actitudes y creencias hacia el tabaco y la disposición a dejarlo. El 78% eran fumadores, el 68% creían que el tabaco era perjudicial para la salud y la mayoría de los fumadores no se encontraban dispuestos a dejarlo, sin embargo, los fumadores con diagnóstico dual eran más similares a la población general en cuanto a las creencias sobre el tabaco y parecían estar más preparados para intentar abandonarlo.

Se ha relacionado la dependencia nicotínica con los síntomas de la esquizofrenia, alcanzando asociación estadística con trastornos de la atención y orientación, control de los impulsos, pensamiento abstracto y estereotipias. La combinación de síntomas negativos, duración de la enfermedad y consumo de alcohol se constituyen como predictores de consumo tabáquico (20). Por otro lado, la adicción a la nicotina además de los trastornos cardiocirculatorios, respiratorios y sistémicos que ocasiona, se ha asociado al consumo de otras sustancias como la cocaína, opiáceos y alcohol (21, 22). En nuestro estudio el 35,3% de la muestra consume alcohol, hachís y otras drogas (heroína, cocaína y derivados anfetamínicos). Resultados que hacen pensar que el estudio de los mecanismos neurobiológicos que median la conducta adictiva podrían asimismo dar luz a los mecanismos que median en la sintomatología psiquiátrica. En cualquier caso, se evidencia la necesidad de intervenciones que fortalezcan la educación y la motivación para abandonar las conductas adictivas en las personas con trastornos psiquiátricos (23).

En este sentido, y en relación al consumo de alcohol, en nuestro estudio hemos encontrado que éste es más frecuente en la mujer (32% frente al 7,7% de los hombres), si bien es el hombre el que presenta mayor tendencia a consumir varios tipos de drogas. El trastorno de personalidad aparece en la muestra como diagnóstico principal más frecuente en la mujer. Éste hecho podría incidir, quizás, en el mayor consumo «esporádico» de alcohol en la mujer, pudiendo estar relacionado con la descompensación de su patología. Sería de gran interés estudiar la relación entre el consumo de determinadas sustancias y el diagnóstico psiquiátrico. En esta dirección apunta una investigación realizada en el Líbano que estudia la comorbilidad entre



sustancias de abuso y otros trastornos psiquiátricos agudos, encontrando relación entre el consumo de cocaína y el trastorno bipolar, el consumo de cannabis y la esquizofrenia, el consumo de heroína, las politoxicomanías y el consumo de benzodiacepinas con los trastornos de personalidad. Estos resultados comparados con comunidades occidentales parecen ser similares, por lo que concluyen que los factores culturales (incluida la guerra) no parece tener efecto en las diferentes formas de diagnóstico dual (24) y que el problema del consumo de drogas sigue precisando de nuevas estrategias para abordarlo.

Por otro lado, no podemos olvidar que determinados parámetros relacionados con la calidad de vida como el ejercicio físico, el descanso nocturno o la satisfacción con la sexualidad, se ven alterados durante el proceso de la enfermedad mental.

En nuestro estudio más de la mitad manifiestan llevar una vida sedentaria, el 70% manifiesta dormir menos de cinco horas durante la noche y el 62,8% declara no mantener relaciones sexuales, hecho que contrasta con que sólo un 27,9% manifiesta clara insatisfacción con su vida sexual, sugiriendo que la falta de actividad sexual no es asumido como un problema que interfiera en el nivel de satisfacción, probablemente relacionado con la subsistencia de otros problemas más básicos de relación interpersonal. En los programas de promoción de la salud, ocupa un lugar preponderante los encaminados a favorecer unos hábitos de vida más saludables, hábitos directamente relacionados con la calidad de vida, bienestar subjetivo y una mejor evolución de la enfermedad.

En nuestro estudio, entre los problemas de salud más frecuentes destacan por su alta incidencia las alteraciones en la visión (60,4%) y de la cavidad oral (38,8%), hecho que coincide con el frecuente abandono personal que supone, en muchos casos, la enfermedad mental. Los exámenes rutinarios de salud en estos pacientes se hacen imprescindibles para prevenir y/o disminuir la progresión de la falta de autocuidado personal y sus terribles consecuencias sobre la calidad de vida. En este sentido, destacamos la alta proporción que hemos encontrado de trastornos en la alimentación, con grandes diferencias en relación al sexo, donde la desnutrición es más frecuente en las mujeres (23,1%) y el sobrepeso en los hombres (37%). Estudios sobre la conducta alimentaria ponen de relieve que por cada 10 mujeres que sufren anorexia y/o bulimia hay 1 hombre que padece la enfermedad y la prevalencia en occidente gira en torno al 1,1% en los adolescentes de sexo femenino (25). Los factores culturales posiblemente tienen un gran peso en la manifestación de los trastornos de alimentación y se precisa de estudios que desvelen su etiología multicausal. Los resultados de nuestro estudio indican que el 15,1% presenta problemas de desnutrición, esta cifra elevada puede estar relacionada con la presencia de otros trastornos psiquiátricos que afectan a la alimentación. Sería interesante conocer la relación entre los trastornos de alimentación y otro tipo de trastornos psiquiátricos como los trastornos de personalidad o los trastornos afectivos. En un estudio familiar se encontró una

relación significativa entre los trastornos alimentarios y los afectivos, con lo que sugieren que ambos trastornos tienen factores causales familiares comunes (26). Según el estudio Dorica (Dislipemia, Obesidad y Riesgo cardiovascular), el 14,5% de los españoles presentan obesidad, el 39% sobrepeso y el 63% llevan una vida sedentaria (27). Resultados que coinciden con los de nuestro estudio, donde la mitad de la muestra presenta sobrepeso y/o obesidad, si bien nosotros hemos encontrado una mayor proporción de sedentarismo (89,8%), posiblemente relacionado con los parámetros utilizados para su estudio y/o con el deterioro funcional que implica la patología mental. A todo ello se suma una alta prevalencia de hábitos tóxicos, como es el consumo de algún tipo de droga (35%) y/o hábito tabáquico (60%). Todo ello va cohesionando un estilo de vida con déficit de autocuidado y poco saludable, que incrementa el malestar y empeora el estado clínico y la evolución de la enfermedad. Se enfatiza la necesidad de más estudios sobre conducta alimenticia y hábitos de vida en el paciente psiquiátrico así como de programas de intervención dirigidos a fomentar estilos de vida saludables.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio en relación al diagnóstico psiquiátrico parecen diferir en relación al género. Mientras que la esquizofrenia fue el diagnóstico más frecuente en el hombre, el trastorno de personalidad lo fue en la mujer. Diversos estudios indican que la forma de manifestación de la esquizofrenia en hombres y mujeres es distinta. Así, por ejemplo, la edad de aparición más frecuente de la enfermedad en el hombre se encuentra en el intervalo comprendido entre los 18 a los 25 años, y en la mujer entre los 25 y los 45. Además, éstas parecen manifestar mayor sintomatología afectiva y presentar un mejor pronóstico (28).

Respecto a los diagnósticos de enfermería hemos encontrado en el hombre mayor negación ineficaz de su estado y mayor afrontamiento defensivo pudiendo estar relacionado con la predominancia de los síntomas positivos y con baja capacidad de «insight». En un estudio donde se compara el «insight» de pacientes esquizofrénicos con otro tipo de trastornos se muestra como la prevalencia de déficit de «insight» es mayor en esquizofrenia y trastorno bipolar que en el trastorno depresivo y esquizoafectivo (29). Hay que destacar la diferencia encontrada en los niveles de autoagresividad (mayor en mujeres) y heteroagresividad (mayor en hombres), quizás relacionada con las diferencias sexuales en la manifestación de síntomas positivos y negativos de la enfermedad.

En conclusión, existen diferentes circunstancias demográficas, clínicas y sociales que pueden predecir la reagudización de los trastornos psiquiátricos. Actualmente no disponemos de un sistema coordinado que facilite el acceso a la información sobre las variables que afectan al usuario en el momento del ingreso. Por lo tanto, sería necesario un sistema de almacenamiento de datos demográficos, sociales y familiares, de hábitos de vida y clínicos, que evite la dispersión de la información y que refleje la realidad social. Todo ello facilitaría la atención más adecuada desde los distintos

recursos del SCS, la coordinación de éstos y la investigación. Asimismo, proponemos a la familia como pilar básico donde se apoya la persona con enfermedad mental. La situación clínica y social, si no hay recursos sociales que acompañen, puede ocasionar una claudicación familiar. El sistema familiar se refleja en el paciente como el sistema social. Si el sistema social con el que se intenta paliar las deficiencias en la familia no es el adecuado y sus dispositivos no están integrados, sólo alcanzan a paliar deficiencias, e incluso puede contribuir a perpetuarlas. Por lo tanto destacamos como prioritario un enfoque donde la familia sea el eslabón que vincula a la persona con la sociedad.

## ■ BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization, *The world health report 2001: new understanding, new hope*, Geneva, World Health Organization, 2001.
2. Murray C.; Lopez A., *The global burden of disease*, Harvard: Harvard University Press, 1996.
3. Servicio Canario de Salud, *Plan de Salud mental de Canarias*, 1997-2001.
4. Servicio Canario de Salud, *Atención a la salud mental, Memoria*, 1998-2002.
5. Servicio Canario de Salud, *Plan de Salud de Canarias*, 2003-2007.
6. Coletti, M.; Linares, J.M., *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*, Barcelona, Piados, 1997.
7. Mahoney, F.L.; Barthel, D.W., «Funcional evaluation: the Barthel Index», *Md State Medical Journal*, 1965, vol. 14, num. 2, pp. 61-65.
8. Blanchard, J.A.; Sayers, S.L.; Collins, L.M.; Bellack, A.S., «Affectivity in the problem-solving interactions of schizophrenia patients and their family members», *Schizophr Res*, 2004, vol. 69, pp. 105-117.
9. Kent S; Yellowlees P., «Psychiatric and social reason for frequent rehospitalization», *Hosp Community Psychiatry*, 1994, vol. 45, num. 4, pp. 347-50.
10. Antretter ED.; Dunkel y otros, «The WHO/EURO Multicenter study of suicidal behavior: result of Australian Research Center compared with Europe» *Wien Klin Wochenschr*, 2000, vol. 112, num. 22, pp. 955-64.
11. Sharma S., «Rehabilitación psicosocial del paciente esquizofrénico crónico: el papel de la familia», *Rehab psisol*, 2004, vol. 1, num. 1, pp. 34-37.
12. Ciechanowski, P. y cols., «Un programa de asistencia doméstica reduce notablemente los síntomas de la depresión», *Jama*, 2004, vol. 291, num. 13.
13. Lencz, T.; Smith, C.V. y cols. «Síntomas negativos no específicos y atenuados en pacientes con elevado riesgo clínico para la esquizofrenia», *Schizophr Res*, 2004, vol. 68, num. 1, pp. 37-48.
14. Bellack, A.S., «Skills training for people with severe mental illness» *Psychiatric Rehab J*, 2004; vol. 27, num. 4, pp. 375-391.

15. Bustillo, J.R.; Lauriello, J.; Horan, W.P.; Keith, S.J., «The psychosocial treatment of schizophrenia: an update», *Am J Psychiatry*, 2001, vol. 158, pp. 163-175.
16. Salden, M.J.; Thomson, A.N., «An evaluation of a surveillance system for patients discharged from the acute psychiatry unit in southern Tasmania», *Aust N Z J Psychiatry*, 1999, vol. 33, num. 3, pp. 385-91.
17. Perlick D.A.; Hohenstein J.M.; Clarkin J.F.; Kaczinsky R., «Use of mental health and primary care services by caregiver of patients with bipolar disorder: a preliminary study», *Bipolar disord*, 2005, vol. 7, num. 2, pp. 126-135.
18. Nichols J., «Management styles employed in the adult mental health service», *Nurs Time*, 2005, vol. 99, num. 9, pp. 34.36.
19. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, *Libro Blanco de la Dependencia*, 2005.
20. Patkar A.A.; Gopalkrishnan R.; Lundy A.; Leone F.T.; Certa K.M.; Weinstein S.P., «Relationship between tobacco smoking and positive and negative symptoms in schizophrenia», *J Nerv Men Dis*, 2002, vol. 190, num. 9, pp. 604-10.
21. Patkar A.A., «Relationship between tobacco smoking and medical symptoms among cocaine-, alcohol-, and opiate-dependent patients», *Am J Addict*, 2002, vol. 11, num. 3, pp. 209-18.
22. Sher K.J., «A prospective, high-risk study of the relationship between tobacco dependence and alcohol use disorders», *Alcohol Clin Exp Res*, 1996, vol. 20, num. 3, pp. 485-92.
23. Carosella, A.M.; Ossip-Klein, D.J.; Owens, C.A., «Smoking attitudes, beliefs, and readiness to change among acute and long term care inpatients with psychiatric diagnoses», *Addict Behav*. 1999, vol. 24, num. 3, pp. 331-44.
24. Karam, E.G.; Yabroudi, P.F.; Melhem, N.M., «Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in acute general psychiatric admissions: a study from Lebanon», *Compr Psychiatry*, 2002, vol. 43, num. 6, pp. 463-8.
25. León M.T.; Castillo M.D., *Trastornos del comportamiento alimentario; anorexia y bulimia nerviosa*, Alcalá La Real (Jaén), Formación Alcalá, 2003.
26. Mangweth B.; Hudson J.I.; Pope H.G. y cols., «Estudio familiar de la agregación de los trastornos alimentarios y los trastornos afectivos», *Psychological Medicine*, 2003, 33, 7, pp. 1319-1323.
27. Paniagua A., «Estudio Dorica», *La voz de Galicia*, 19 de Marzo, 2004.
28. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Barcelona, Masson, 1995.
29. Weiler M.A.; Fleisher M.H.; McArthur-Campbell D., «Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders», *Schizophr Res*. 2000, 45, 1-2, pp. 29-36.

Ana Ramos López  
Psicóloga – DUE  
Unidad de Internamiento Breve. Hospital Dr. Negrín  
Las Palmas de Gran Canaria

M<sup>a</sup> Dolores Díaz Palarea  
Doctora en Medicina. Catedrática E.U. Facultad de Ciencias de la Salud  
Departamento de Enfermería  
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria  
[mddiaz@denf.ulpgc.es](mailto:mddiaz@denf.ulpgc.es)



SECCIÓN  
DEBATES





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

# LA PERSUASIÓN COERCITIVA, MODELO EXPLICATIVO DEL MANTENIMIENTO DE LAS MUJERES EN UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO. II: LAS EMOCIONES Y LAS ESTRATEGIAS DE LA VIOLENCIA

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

## RESUMEN

Este artículo es la segunda parte de un estudio en el que proponemos que el mantenimiento de las mujeres en una relación de violencia es efecto de los mecanismos de una persuasión coercitiva. Se exponen el papel de las emociones: miedo, amor, culpa, vergüenza y soledad. Estas emociones son generadas por la mujer en el proceso de persuasión, y junto con las estrategias de control ejercidas por el maltratador, determinan que la mujer prolongue o no abandone la situación de maltrato a la que es sometida.

Palabras clave: violencia de género, persuasión coercitiva, lavado de cerebro, estrategias de violencia, emociones, miedo, amor, culpa, vergüenza.

## ABSTRACT

In a previous article we proposed that the maintenance of the woman in a violence relation is effect of a coercive persuasion. In this second part, we expose the functions of the emotions: fear, love, blame, shame and solitude. These emotions are generated by the women in the process of the persuasion. The emotions and the strategies violence cause that the women remain in the situation.

Key words: gender-based violence, coercive persuasion, brainwashing, violence strategies, emotions, fear, love, blame, shame.

## ■ INTRODUCCIÓN

Los datos expuestos en este estudio, fueron obtenidos en el análisis cualitativo de nueve grupos de discusión compuestos por mujeres que habían sido maltratadas (1). Los detalles del estudio están expuestos en el artículo que precede al actual (2). En el mismo, abordábamos las estrategias de la violencia y proponíamos la persuasión coercitiva como modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia.

Definíamos que el maltratador precisa de la víctima y ejerce un control continuo sobre ésta a través de una serie de estrategias. El maltratador podía ejercer la violencia, simultánea o alternativamente, a través de sus distintas formas: agresiones físicas, violaciones de la pareja, amenazas o descalificaciones constantes.

Estas formas de violencia son moduladas por el maltratador a través de la impredecibilidad de su aparición y por medio del aislamiento.

El «maltrato impredecible» se constituía por exacerbaciones de los actos violentos y las amenazas, de forma que la mujer no podía prever su aparición ni el origen que las desencadenaba, en tanto obedecían exclusivamente a las necesidades del agresor. Ello generaba miedo y éste favorecía la paralización de la mujer para ejercer posibles acciones frente a la violencia. Las descalificaciones, que actuaban de forma indefinida, junto al maltrato impredecible, y en un contexto de aislamiento de referentes externos, generaban en la mujer un estado de confusión de pensamientos y emociones. Conforme el maltratador, reiteraba los mensajes de descalificación, distorsionaba la interpretación del origen de la violencia, y atribuía su causa original a la propia mujer. Este proceso favorecía la internalización de estos mensajes, deconstruyendo la identidad previa de la víctima. Este «lavado de cerebro» o «luz de gas», tal como lo definimos, generaba a su vez la aparición de nuevas emociones, como la culpa. El papel de estas y otras emociones, como catalizadores y potenciadores del proceso que concluye en la prolongación de la víctima en una situación de maltrato, es el objeto de este segundo artículo.

### *Hacia la definición de emoción*

Es destacable, las escasas referencias que encontramos sobre el papel de las emociones en el maltrato. Según Jenkins (3), las teorías feministas respecto a las emociones y las relaciones sociales revelan asociaciones simbólicas de la emoción con lo irracional, incontrolable, peligroso, natural y femenino. Así, según la misma autora, la escasa atención a las emociones y los sentimientos frente a una antropología cognitiva, parece ser un efecto de la dirección de los conocimientos desde una sociedad occidental y patriarcal imbuida en el dualismo mente-cuerpo, donde se prima la valoración de la cognición, a expensas de la emoción.

Según Fernández-Abascal y col (4), la emoción es un concepto que utiliza la psicología para describir y explicar los efectos producidos por un proceso multidimensional, encargado del análisis de situaciones especialmente significativas, la interpretación

subjetiva de las mismas en función de la historia personal, la expresión emocional o comunicación de todo el proceso, la preparación para la acción o movilización de comportamiento y, los cambios en la actividad fisiológica.

Para Castilla del Pino, (5) sin la singularidad de los sentimientos de cada uno, y relacionándonos con el mundo únicamente a través del instrumento cognitivo, la realidad sería, como en autómatas, prácticamente la misma para todos: «Los sentimientos, en efecto, nos conducen y nos dirigen hacia el objeto, sitúan a este en un campo perceptual preferencial, y gracias a ellos la percepción misma del objeto se vuelve selectiva (y seleccionadora). No habría selección de la realidad, es decir, ordenación personal del mundo que nos rodea, si careciéramos de sentimientos o poseyéramos todos idénticos sentimientos».

En la violencia de género, el maltratador se erige en el objeto exclusivo, dirigiendo toda la atención de la mujer hacia él a través de las distintas técnicas de persuasión coercitiva (actos violentos, aislamiento emocional y social, maltrato impredecible, estrategias de arrepentimiento). Esta situación, fuerza que la víctima perciba al maltratador como el objeto que debe concentrar todas las emociones. El campo perceptual preferencial, descrito por Castilla, se constituye así por el maltratador y sus conductas impredecibles, al tiempo que el aislamiento acota dicho campo perceptivo.

#### *Las emociones a partir de nuestro estudio*

Si bien las investigaciones psicológicas intentan diferenciar entre emoción, afecto, tono emocional de base (o humor) y sentimientos, en este artículo aludiremos sólo a emociones y a sentimientos (o estados emocionales), entendidos estos últimos como experiencias subjetivas de la emoción. Comprendemos no obstante que las emociones, bajo la constante y prolongada acción de la violencia, pueden devenir en tonos emocionales de base «impuestos» que se pueden prolongar más allá de la finalización del maltrato. Desde el cognitivismo y las teorías de los constructos personales se distingue muchas veces entre emociones y afectos, especialmente en su uso en la clínica, considerando el afecto como el resultado de la vinculación indisoluble entre emociones y cogniciones. En este sentido, las cogniciones se entienden como la interpretación que se hace de una emoción en un determinado contexto (6). Ello es evidente asimismo en nuestra investigación, pero el análisis requiere una fragmentación, artificiosa sin duda, que permita aislar en lo posible cogniciones y emociones.

En nuestro trabajo las emociones principales enunciadas por las participantes han sido el miedo, la culpa, la vergüenza, el amor, la sorpresa, la soledad y el odio.

La culpa, la vergüenza, la sorpresa y el miedo, pueden considerarse sentimientos generados (y potenciados) por el propio proceso de maltrato, sobre el cuál a su vez influyen, desarrollando un papel decisivo en la prolongación de la relación.

El amor, por el contrario, es un sentimiento con el cual la mujer «llega» a la relación de pareja, se mantiene, se diluye en el tiempo o se transforma en odio e ira. Puede tener un papel en el mantenimiento del maltrato, pues a partir de él se construyen muchos de los retornos de la mujer a la relación. Pero el amor no puede ser creado por la violencia.

La soledad por otra parte es el reflejo del aislamiento de los demás y del propio maltratador (para el cual la víctima ha sido «cosificada»), y cobra especial sentido para la mujer cuando la relación cesa y la mujer se enfrenta a la desolación que la violencia a generado en su proyecto de vida.

## ■ EL MIEDO

En nuestro estudio, son las amenazas más concretas: daño vital y arrebatarse a los hijos, las que se vinculan con gran intensidad con la emoción del miedo. Esta emoción (así como la sorpresa) fue descrita en el artículo previo junto a las técnicas coercitivas puestas en marcha por el agresor. El miedo era definido como el puente principal entre una estrategia del maltratador y un efecto en la víctima, en concreto entre el «maltrato impredecible» y la «paralización» de respuestas. Haremos por ello en esta segunda parte una referencia más breve a esta emoción.

Desde la psicología de la adaptación humana, la emoción del miedo es la que más interés ha despertado en investigadores experimentales y teóricos, siendo por ello la emoción más estudiada en hombres y animales. Martín (7) señala el origen evolutivo vital que el miedo tiene para la supervivencia. Citando a Öhman, Dimberg y Öst (1985) destaca dos sistemas de conducta derivados de la evolución: un sistema predatorio de defensa y un sistema social de sumisión. Desde dicha perspectiva el miedo actúa a dos niveles, conducir a los organismos a distanciarse de los depredadores y promover la sumisión al miembro dominante del grupo. Aplicando esto a la violencia de género, cada uno de los participantes de la relación desarrollaría una de las vías: la víctima intentaría huir del maltratador y éste favorecería el miedo para obtener la sumisión de la mujer.

La Enciclopedia Oxford de Filosofía (8) señala que el miedo «desempeña también un papel central en la filosofía de las emociones y en la ciencia cognitiva. Según estas ciencias, el miedo no se reduce a ser un mero sentimiento, sino que necesariamente exhibe intencionalidad, reclama un objeto formal (esto es, algo temible) y, por tanto, puede decirse que posee una estructura cognitiva». Esta afirmación, sentimiento con estructura cognitiva es de hecho aplicable al conjunto de emociones que aquí abordamos.

Observamos, como ya hemos referido en la primera parte de este trabajo, que el miedo se genera tanto en el maltrato físico como en las descalificaciones y en las amenazas. Al ser las agresiones impredecibles para la mujer, ésta intenta detectar

indicios que anticipen la agresión, encontrando esta predicción imposible; incluso cuando detecta la tensión acumulada. Este estado de hipervigilancia y el fracaso subsiguiente en la detección de indicios es una fuente importante de estrés.

Hemos encontrado relaciones entre el miedo y el aislamiento. Según nuestros datos, el miedo hace que la mujer focalice toda su atención en localizar al agresor, y este estado de hipervigilancia la desconecta del entorno, aislándola aún más. A veces, el carácter insoportable del miedo hace adoptar a la mujer una actitud de huida, lo que contribuye a su retraimiento.

Hay que tener en cuenta que el miedo genera confusión en la víctima y esta confusión puede inmovilizar a la mujer en una situación de indefensión. Ello requiere la intervención de terceras personas que le ayuden en poder poner fin a ese proceso. Para activar apoyos, especialmente legales, la mujer se encuentra entre el dilema de denunciar al agresor y el miedo a que ello desencadene nuevas, y más intensas acciones violentas.

Una afirmación de Martín (7), parece incongruente con el peso que le damos al ejercicio por el maltratador de amenazas: «El miedo es muy adaptativo y ocasiona que el organismo esté orientado hacia el objetivo, en vez de hacia los peligros imaginarios». Ciertamente, la amenaza tiene una capacidad eidética. Así, las imágenes evocadas por las amenazas de las víctimas, pueden ser muy vívidas. No obstante no debemos olvidar que las amenazas se pueden basar en experiencias previas (amenazas consumadas) y tener una base de peligro real muy intenso. Estos peligros imaginarios son además inducidos por el maltratador, para quien la amenaza tiene un propósito.

Esta propiedad adaptativa del miedo, nos lleva a plantear que no debemos confundir inmovilización y paralización con pasividad. Esto nos permite proponer la siguiente hipótesis: el miedo en las mujeres en situación de violencia de género no se extingue pues preserva su función protectora. En este sentido, la paralización como respuesta al miedo puede en un momento determinado ser también adaptativa. El miedo funciona a modo de una «visión en túnel», siendo su función estrechar el campo de percepción focalizándolo en disminuir o evitar el daño, o en huir.

Pero como señala Martín (7), cuando la reacción de miedo es excesiva, la eficacia de la respuesta de afrontamiento o huida disminuye, y cuando se sobrepasa un nivel óptimo de activación las consecuencias de la reacción del miedo son un «bloqueo emocional» y un «entorpecimiento de la acción».

Nuestros datos son coherentes con esta doble materialización del miedo: como paralización y como retirada. Efectivamente, el miedo también desencadena la huida. Una de las amenazas más efectivas para provocar esta reacción, es la de arrebatarse por parte del maltratador a los hijos; esto es lo que fue denominado por una participante como «el error de ellos».

*«...pero yo creo que se equivocan en alguna, en algo y ahí te das cuenta, yo creo que es un fallo de ellos, tú no eres suficientemente capaz, a mí al menos me pasó así, para decir: «Voy a ver, reflexiono, qué me pasa», sino que en uno de sus*

*despistes ahí te das cuenta. A mí me pasó lo que dices tú, que me amenazó con quitarme a mi hijo, y hasta entonces lo tenía todo absolutamente distorsionado, pero no me había tocado esa parcela, y se equivocó y la tocó, y al tocarla dices: «También». Tocó algo que a mí me hizo saltar, lo otro lo puedo tolerar, ya me he hecho a la idea, pero mi hijo no. Cuando me dijo: «Me lo llevaré si te separas», pensé: «¿Qué es esto?»». (GD6)*

Este y otros fragmentos demuestran cómo el miedo conserva su función defensiva de retirada, y no ha de ser comprendido su efecto como exclusivamente de paralización.

## ■ EL AMOR

Destaca, el escaso número de referencias al amor en los textos especializados sobre violencia de género. Quizá ello se deba a la dificultad de integrar este sentimiento dentro del contexto de algo tan antitético como la violencia.

Jacobson y Gottman (9) señalan: «Otro elemento que contribuye a que algunas mujeres no abandonen una relación violenta es que siguen imaginando, como si de un sueño se tratase, cómo hubieran podido ser sus vidas con esos hombres. Aman a sus maridos y llegan hasta el punto de sentir compasión por ellos y por las dificultades que su vida les plantea. Tienen la esperanza de ayudarles a convertirse en padres y esposos normales. Estos sueños están muy arraigados y les resulta muy difícil abandonarlos».

### *1. El sentimiento de amor como «ilusión» en la relación de maltrato*

Castilla del Pino (5) define amor como un sentimiento inherente al deseo de posesión absoluta de un objeto. En una obra anterior (10), Castilla expresa que toda relación sujeto-objeto es una forma de proyección del primero en el segundo. La proyección amorosa sobre el objeto adopta en una primera etapa la forma de la identificación. Una parte del objeto amado es luego incorporado al Yo e introyectado. La posesión que se hace del objeto amado es una ilusión, en tanto que lo que se incorpora, es la imagen que el amante tiene de ese objeto. Al mismo tiempo, se produce una distorsión inicial, dado que sólo se incorpora por el amante aquella parte del objeto que, a través de la identificación, le hace objeto amado. Mientras tanto, es rechazado o negado la parte del objeto valorada como negativa.

El amor se construye pues como una ilusión. La mujer se pregunta, no tanto si ella ama, sino si es amada por él.

Las dos primeras acepciones del diccionario de la Real Academia Española (11) de ilusión son:



- f. Concepto, imagen o representación sin verdadera realidad, sugeridos por la imaginación o causados por engaño de los sentidos.
- 2. f. Esperanza cuyo cumplimiento parece especialmente atractivo.

En la violencia de género, la mujer intenta preservar la ilusión, y ante la realidad, sostener esa ilusión desde la «esperanza» de que surja un cambio en él.

*«Claro, es que en realidad lo que la mujer busca es el amor, ¿no?, el cariño de un hombre. Entonces...» (GD6)*

*«Yo creía que le amaba, era una ilusión». (GD9)*

*«Y cuando me enteré recuerdo que le dije: mira, es que yo no me siento preparada, yo voy a abortar. Y bueno, eso ya..., que me iba a matar..., pero esto ha sido reflexionando después, en el momento yo dije: ¡jo!, es que claro, el chico te quiere y quiere tener un hijo conmigo y... Y yo pensé: bueno, así, si al menos le doy un hijo o una hija, pues estará contento y feliz y no estará... Porque yo achacaba los problemas que tenía al hecho de que yo tenía trabajo y él no tenía trabajo y que se sentía mal por eso». (GD6)*

Aun sin advertirlo, muchas mujeres, ya desde el inicio del maltrato, están contemplando un espejismo, aunque los signos de esta percepción negada se hallen frente a ellas. El deseo de la mujer de que lo que esté en juego sea un asunto de amor, le impulsa a buscar explicaciones que puedan confirmar la premisa de ser amadas. Los conflictos, se definen entonces debidos a una causa externa a ambos, preservando la esencia que así supuestamente sostiene la relación: el amor. En el anterior fragmento, la mujer parece no percibir que él ya la estaba amenazando de muerte. Este efecto de negación, nutre el llamado ciclo de la violencia ante la solicitud de una «nueva» oportunidad.

## *2. Las expectativas de cambio: una forma de preservar la mujer la ilusión de un proyecto*

La mujer, si él no cambia por sí mismo, llega a pensar que ella logrará el cambio de él a través del amor:

*«...pero yo decía «yo lo cambio» - Ah, está claro... -«yo lo cambio!»-...con el amor yo lo cambio. -(...) pensé que cambiaría, pero que he visto que no cambiaba eso es que me quería engañar a mí misma y eso no cambia...» (GD4)*

*«Y también la ilusión. Yo decía: él va a cambiar, yo sé que él va a cambiar. Y siempre usaba estrategias, estrategias de que él va a cambiar y me leía, me esforzaba por estar bien bonita, y como él quisiera, ¿me entiendes? (...) entonces yo me agarraba de todas esas cositas y yo trataba de salvar la relación, porque yo decía «yo sé que él va a cambiar, ¿en qué nos equivocamos?» y la ilusión era que él iba a cambiar, y de que lo veía normal, de crisis de pareja. Y nunca cambió.» (GD7)*

Boulette y Andersen (12), expresaban que «con frecuencia ella cree que tienen un especial poder para comprender y cambiarle y que ella es responsable de su supervivencia», aun a costa de ella misma.

### 3. La inculpación como búsqueda en sí misma del fracaso del «cambio»

Desalentada ante su comportamiento caótico y la imposibilidad de encontrar una explicación, la mujer comienza a buscar «alguna» causa en sí misma. Existiría para algunos autores una culpa por su incapacidad para cambiar la relación (13). La culpa que le impone el maltratador, se suma a la que ella «se» impone. Intentando proteger la ilusión de que la violencia terminará, asume ella la culpa. Autoinculparse, y localizar en sí misma el error que perturba la relación, puede hacer sentir la mujer que todavía tiene un margen de maniobra (de control) para cambiar la relación. Pero realmente inicia con esto un proceso donde la percepción de sí misma empieza a distorsionarse.

### 4. Conflicto de sentimientos. Confusión de afectos. Dependencia emocional

La imposibilidad para comprender el proceso por el comportamiento impredecible de él y las expresiones de arrepentimiento, donde violencia y perdón se alternan, y violencia y amor en un mismo momento son incompatibles, generan una confusión sobre las emociones de él (¿qué siente realmente él por ella?) y sobre los sentimientos propios hacia el agresor. Boulette y Andersen (12) describen lo que llaman «expresiones contingentes de amor», cuando los «dolorosos sentimientos de confusión, ansiedad y culpa» la conducen a sentir que todo se aliviará cuando ella simplemente dé y haga lo que él pida. Así, si ella se mantiene sometida a él (evitando la agresividad), y aceptando sus quejas, su sentimiento de incomprensión, autocompasión, etc, parecerá que al menos, brevemente, ella se encuentra en una relación de amor con él.

*«Pero es una lucha entre odio, amor, que porque yo sí, yo doy, por qué no me da..., es una lucha». (GD7)*

*«...- Sí, sí. - Yo creo que ella se cree que le quiere, por eso es que todavía está allí [1]. - Sí, yo creo que yo le quería y que era, vamos, el no va más. - Moderadora: ¿Y ahora tú piensas que le querías? - No. - Que no sabes dar más cariño, yo creo, ¿no?, yo creo que tú... - Tenía una dependencia, o llámalo como quieras, pero no. Pero yo creía, para mí era Dios [2]. - En ese momento sí, porque tú tratas de ser mejor, de gustarle, dices: pues si le doy más cariño a lo mejor no sé qué... - Exacto. - ... porque te crees que si le das más cariño o más amor él te va a dar lo mismo [3], pero contando que en ese momento tú ya estás... - Es que como siempre te confunden con los mensajes que te dan...[4] » (GD6)*

En este último fragmento, una mujer formula una teoría acerca de otra, que intenta explicar la vinculación con el maltratador [1]: ella cree que le quiere. La mujer aludida acepta la hipótesis, y plantea para sí misma como alternativa, que la relación que

la sostenía era de dependencia, pues para ella, él era alguien superior y lo abarcaba todo [2]. Era por ello, que ante este desequilibrio de poder, la mujer intentaba expresar amor, y ser objeto de amor para él [3]. Para ello, plantea la hipótesis de que ella creía que si expresaba con intensidad afecto, podría despertar en él lo mismo. Su deseo era establecer una sincronización de afectos, sin embargo, lo que realmente ocurría era una disonancia. Ambos mensajes eran de hecho unidireccionales: el de ella, porque no recibía respuesta (de orden afectivo); el mensaje de él, porque era inmutable e independiente y no pretendía una comunicación de afectos, sino dictar una pauta de conducta que sólo podía traducirse como sometimiento. El resultado de esa disonancia es la confusión [4]. La respuesta a la pregunta que la víctima se formula: ¿qué siente realmente él por ella?, es de esta forma irresoluble.

*5. Una posible respuesta a los sentimientos de ella: amor es ya dependencia.*

En los siguientes fragmentos, las participantes delimitan un final al sentimiento del amor. Pero lo que nos parece interesante, es cómo esta emoción es sustituida, al igual que en el texto anterior, por una vivencia de dependencia emocional.

*«Moderadora: ¿Puede existir amor en estas convivencias? - No, dependencia, es todo dependencia». (GD8)*

Retornando a la definición sobre el amor de Castilla del Pino (10), hemos de destacar, que si bien, el sentimiento de posesión vinculado al amor opera de un modo inconsciente, la posesión que él traslada a ella se materializa como algo real, tangible:

*«Pues ahora no sé si había amor o no, yo al principio pensaba que sí, porque él me ha dicho que me quería mucho y yo también pensaba que lo quería, pero ahora lo dudo, creo que el amor no es esto, o no era eso, vamos, no era ese matiz que él ponía a las cosas, porque es una persona obsesiva, se obsesiona con las cosas y yo llegué a ser una parte, una propiedad de él más que una persona, llegué a ser un objeto. De hecho, cuando quedé embarazada me dijo que así nadie me miraría más porque ya llevaba su sello puesto». (GD8)*

*6. Escotoma, negación de lo ocurrido y ciclo de la violencia*

Preservar la ilusión de un proyecto de vida para la mujer, donde se ha de conservar la posibilidad de la existencia del amor frente a la violencia evidente, obliga a negar «lo evidente». Se ponen así en marcha mecanismos de negación que generan auténticos escotomas sobre la relación. Es esta negación sobre lo ocurrido y la posibilidad de su repetición, la que permite que se desarrolle el ciclo de la violencia.

*«¡Yo no era consciente de lo que me estaba pasando! Hasta que no me pasó eso no era consciente de que estaba pasándolo mal». (GD5)*

*«Porque tú sabías que él no iba a cambiar, por mucho que te lo dijera tú lo tenías que saber». (GD6)*

*«Como ha dicho Carmen, al principio no lo quieres ver, sabes que te pega y que te insulta, pero no lo quieres ver». (GD8)*

El llamado ciclo de la violencia, que cobró especial significado a partir de los trabajos de Walker (14,15,16) sigue una secuencia que distingue varios momentos: fase de acumulación o de construcción de tensión que deriva en la agresión o descarga de aquella, y la fase de arrepentimiento, o «luna de miel».

Bosch y Ferrer (17) añaden como una nueva fase, la propuesta por Juana que describía una fase central, la cual a modo de escotoma, negaba lo ocurrido y la posibilidad de que volviese a ocurrir. Básicamente y en relación con el proyecto de una relación y una familia en el que el amor sería el sentimiento predominante, sólo la negación de la violencia puede prolongar la ficción.

Realmente, asumir que las fases de arrepentimiento y «luna de miel» son periodos ausentes de violencia es cuestionable desde los datos. A modo de ejemplo el siguiente texto puede llegar a ser muy clarificador:

*«Pues no, no te vayas», me suplicaba, pero al ver que yo seguía en el plan de querer irme, como veía que por ese lado no podía, empezaba la amenaza: «Pues vete, pues si te quieres ir, vete, pero el niño no se va porque mi hijo se queda en casa, tú vete, te puedes ir cuando quieras, pero el niño no se va»». (GD6)*

En la secuencia, si ella «no accede a su arrepentimiento», él da otra vuelta de tuerca, intensificando la presión a través de la amenaza. En el análisis sobre los actos violentos que describimos en el artículo anterior (2), señalábamos cómo la amenaza constituía un método de coerción, llegando a ser una de las más efectivas manifestaciones de la violencia, especialmente, si la amenaza se basa en arrebatar los hijos a la mujer.

Esto nos cuestiona que en la «luna de miel» el maltrato se encuentre inactivo, pues aun cuando parezca que no hay indicios de violencia (a veces con declaraciones exacerbadas de amor), la amenaza que niega la opción de separación permanece latente.

La negación será más eficaz, si, al igual que ocurre en la represión psicoanalítica, los afectos se desvinculan de aquello que representan. Negando, la mujer llega a no distinguir la causa de su propio malestar. Esta desubicación del malestar, puede permitir ayudar a soportar el maltrato al que está sometida; pero de forma parecida a lo que ocurre en la represión, no le permite librarse del propio malestar. Por otra parte, ello la priva de una señal que la advierte sobre la verdadera naturaleza de la relación que vive.

*«- De todas formas lo que decía Sandra es que tardas muchos años en darte cuenta, pero no tardas tanto tiempo en sentirte mal, que es diferente. - ¡Qué va! - Es muy diferente, sí, eso también es verdad. - No sé qué me pasa pero estoy mal desde hace mucho, lo que pasa es que luego ese malestar no lo identificas con que es la relación la que va mal». (GD6)*

Vincular por tanto una petición de perdón con una declaración de amor, unido a una amenaza silente, puede constituir un elemento esencial de la «estrategia del arrepentimiento». Pero el éxito de dicha estrategia estriba en que pone en marcha en la mujer mecanismos de negación que no permiten percibir (escotomas) que la violencia es parte inseparable de la relación constituida. Estos mecanismos de la mujer están al servicio de preservar la ilusión de un proyecto y la existencia de un sentimiento de amor.

En el artículo anterior, apuntábamos también, que si aceptábamos una continuidad de la violencia donde los ciclos son realmente apariencia de fases de calma, el ciclo de la violencia no sería otra cosa que la aparición de momentos de arrepentimiento («estrategia del arrepentimiento») dentro de una continua violencia de bajo nivel con fases álgidas impredecibles.

## ■ EL SENTIMIENTO DE CULPA

La hipótesis que apuntamos en este apartado es que la culpa en sus distintas manifestaciones es una culpa movilizada y generada activamente por el maltratador y el proceso de maltrato. Para algunos autores, a través de la violencia, «el hombre crea una realidad en la cual la mujer adquirirá la culpa por los problemas en su relación» (18).

### *1. La culpa en la investigación sobre la violencia de género*

En numerosos estudios previos se ha estudiado la relación entre el maltrato y la autoinculpación, observándose resultados diversos. Así, O'Leary (19) en una investigación realizada en un centro de internamiento para mujeres maltratadas, encontró que un 33% se autoinculpaban de ser la causa de la violencia de sus parejas. Andrews y Brewin (20), en una muestra de 286 mujeres de clase trabajadora con riesgo de depresión, halló que 72 de ellas habían sufrido maltrato de su pareja. De ellas, el 53% se atribuían la culpa de ser víctimas de una relación violenta. En nuestro medio, Polo (21) en una muestra de 134 mujeres que habían sido atendidas en tres Centros de Salud Mental y en las que se había detectado la existencia de maltrato por parte de su pareja, un 37,3% de las participantes se culpaban de ser responsables de la violencia de su pareja.



Para Montero (22), el origen de la culpa en la mujer maltratada es debida a que «sus vías de razonamiento, comprometidas por la hipervigilancia y los sesgos atencionales, la conducen hacia la conclusión más referencial: el castigo está ahí para corregir algo que ella ha hecho mal». Otra fuente de culpa (para el autor citado, más inconsciente y latente), es una culpa determinada por una «frustración de expectativas y metas». Montero plantea la posibilidad de que esta culpa «estrechamente asociada a autoevaluaciones corrompidas por el proceso de desorientación y la hostilidad del entorno», afecta directamente a la búsqueda por parte de la mujer de elementos de ayuda en el exterior. Esta búsqueda finalmente «la conducirá al itinerario más característico del SAPVD (Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica), su fase de adaptación».

Algunos autores (23) han distinguido dos tipos de autoinculpación: «conductual» y «caracterial». La primera hace relación a la culpa que aparece cuando una persona siente que son sus conductas, los actos que realiza o los que omite, los que producen el acto violento. El tipo de culpa «caracterial» hace referencia al fenómeno que aparece cuando las víctimas se sienten culpables por su forma de ser, por rasgos de su carácter. Es un tipo de culpa más relacionado con la autoestima. La autora de este trabajo, Janoff-Bulman, argumenta que uno de los motivos que explica el hecho de que las víctimas de violación presenten con mayor frecuencia autoinculpación conductual es que este tipo de culpa suele surgir cuando los hechos ocurren en una sola ocasión. Mientras, el ser objeto de violencia de modo reiterado estaría relacionado con la autoinculpación caracterial.

Se ha sugerido también, que la autoinculpación en mujeres maltratadas puede tener una función defensiva contra el sentimiento de victimización (24). Al culparse a sí misma, la mujer «recupera» algún sentimiento de control sobre lo que le ocurre. Ello se basaría en que sería preferible encontrar una razón para el maltrato, que el que no la haya.

Una dificultad, en cualquier abordaje sobre el tema de la culpa (y de la vergüenza), lo constituye la variabilidad en la que distintos investigadores establecen su separación, fusión o sobreinclusión dentro de la emoción de la vergüenza. Merece la pena que hagamos aquí una breve incursión en esta cuestión.

## 2. La culpa y la vergüenza como emociones autoconscientes

Siguiendo a Etxebarria (25), estas emociones (junto al orgullo) tienden a ser agrupadas por los estudios psicológicos bajo la denominación de emociones autoconscientes, pues subyace como rasgo fundamental bajo ellas, algún tipo de evaluación relativa al propio yo.

Estas emociones comparten otros rasgos importantes como ser: 1) reacciones emocionales que tienen como antecedentes algún tipo de juicio -positivo o negativo- de la persona sobre sus propias acciones; 2) emociones secundarias que surgen como resultado de diversas transformaciones de otras emociones más básicas; 3)

emociones complejas porque requieren el desarrollo previo de ciertas habilidades cognitivas (desarrollo de una cierta noción de yo o de autoconciencia) y 4) tener una dimensión predominantemente social, pues implican importantes aspectos relacionales (se encuentran presentes en el desarrollo, surgen en contextos interpersonales y conllevan tendencias de acción con importantes implicaciones).

Estas emociones tendrían un importante papel como elementos motivadores y controladores de la conducta moral. De forma más específica, la vergüenza surge cuando se da una evaluación negativa del yo de carácter global. Genera un estado emocional desagradable, el cual provoca la interrupción de la acción que se estaba realizando, al tiempo que genera una cierta confusión mental. Para poder librarse de esta emoción el sujeto recurre a mecanismos como «la reinterpretación de los eventos, la disociación del yo y el olvido de la situación».

Por otra lado la culpa surge de una evaluación negativa del yo realizada de una forma más específica, en tanto que tiene por referente una acción concreta y no afecta a la globalidad del yo. Por ello su efecto no es tan displacentero como el de la vergüenza. En parte, ello se debe también a que esta emoción conlleva la activación de conductas orientadas a reparar la acción evaluada como negativa. En la vergüenza sin embargo, la actividad que puede hacer la persona es más suplente, pues intenta volver a cambiar en los demás la imagen devaluada que su conducta había generado. Por ello, cuando «reparar» la acción, es menos viable, la persona avergonzada tiende a separarse en ese momento de quienes han presenciado su acción.

Estas definiciones coinciden en lo general con los estudios fenomenológicos; así según Lewis (26), la culpabilidad se considera más orientada hacia comportamientos específicos y a la necesidad de reparación, mientras que la vergüenza es más generalizada y más orientada hacia el sí mismo como un todo. De esta forma, la vergüenza es experienciada de una forma más devastadora a causa de la angustia que genera mientras la proyección de la culpa que la acompaña es dirigida hacia el sí-mismo más que hacia otro objeto o suceso.

En el sentido de una función finalista reparadora de la culpa, para Castilla del Pino (27) «experimento el sentimiento de culpabilidad para ser más y más consciente de la responsabilidad de mi acción y poder, en consecuencia, reanudar una relación moralmente sana que me autolibere y desbloquee y permita de nuevo anudar mi persona en el proyecto antes suspendido». Por otra parte, siguiendo a este mismo autor, la diferenciación entre culpa y vergüenza, según afecte a una evaluación de elementos específicos o de la globalidad del sí-mismo respectivamente, sería cuestionable, dado que mientras «la culpabilidad de un acto puede ser expiada (reparada), la culposidad de la persona no lo es». La culposidad es la identificación que hace el sujeto entre el acto y él sí-mismo a partir de la premisa: «he hecho algo malo, luego soy malo», efecto esto de un condicionamiento que se produce en etapas muy precoces de la infancia. La culposidad afectaría por tanto a la globalidad del sí-mismo.

Todo esto determina que haya autores que consideren que es difícil definir la culpabilidad aparte de la vergüenza, debido a que ambas se solapan y la gente suele vivirlas de forma concomitante. Eisikovits y Enosh (18) comparten la opinión de que estas emociones son difíciles de diferenciar experiencialmente, así como empíricamente, particularmente de forma estadística. Otros autores, a partir de contextos de respuestas traumáticas, hacen un esfuerzo por diferenciar ambas emociones (6).

De todas las características de ambas emociones, la siguiente, descrita por Etxebarria (25), nos parece de una importancia crucial para nuestro trabajo: «Mientras la vergüenza provoca el deseo de escapar de la situación, la culpa mantiene a la persona ligada a la situación interpersonal y señala al sujeto el camino hacia la acción reparadora». Sin embargo, tal como hemos visto antes, la dirección reparadora, única forma a su vez de librarse de la culpa, se constituye en un proceso que parece no tener fin, pues por el hecho de haber sido «culpable», el acto puede ser reparado, pero no la naturaleza «culpable» de la identidad de la persona. Esto nos permitiría explicar cómo la culpa favorece la vinculación con el agresor de la víctima, quien asume la culpabilidad de la agresión tras un proceso persuasivo que ya describimos. También nos clarifica en cómo la vergüenza aísla a la mujer de los otros, pero la devuelve entonces al agresor, y cómo la culpa se convierte en un proceso que puede perdurar como una secuela o una herida más allá de la relación con el maltratador.

### *3. La culpa a partir de los resultados de nuestra investigación*

Los datos de nuestro trabajo orientan en la línea de que un entorno impredecible, puede favorecer la inducción del sentimiento de culpa. Incapaz de situar una causalidad en el comportamiento de él, acaba atribuyendo la causa a sí misma, y de esta forma emplaza en ella la culpa.

De igual forma, los datos sugerían que la estrategia que definimos «luz de gas» favorecería la internalización de la atribución que el maltratador hacía de la mujer como causante y culpable de los conflictos (y por tanto de la violencia). Tanto a través del «maltrato impredecible» como de la «luz de gas», convergían respectivamente la atribución de culpabilidad por parte del agente maltratador y la asimilación (internalización o autoatribución) de esa culpa por la víctima.

#### **1. Formas de culpa detectadas en la investigación**

El análisis de las transcripciones permite describir al menos cuatro formas de culpa enunciadas por las víctimas, dependientes del momento de la relación en que se instaurasen y de los procesos bajo los que emergían.

- Culpa impuesta o (secundaria), en la que entendemos el papel generador de otra persona (en este estudio, hacemos referencia a la persona maltratadora).
- Culpa que hemos denominado reactiva, en la cual, la víctima llega sentirse culpable de no haber reaccionado y no haber abandonado antes la situación de maltrato.



- Culpa por ejercer acciones contra la violencia.
- Y culpa social, o recriminación por otros de ser ella la causante del maltrato, de iniciar la relación o de mantenerse en el maltrato.

· El concepto de culpa impuesta

La culpa impuesta fue desarrollada en un artículo previo (2). Se vinculaba estrechamente con las estrategias de «luz de gas» (principalmente) y del «maltrato impredecible». En ambas estrategias, bajo una condición de aislamiento, se conjugaban: la imposición de juicios del maltratador junto a la confusión de emociones generada por la imposibilidad de comprender y tener un mínimo control sobre la violencia. « (...) veía que cada vez estaba más separada de mi familia, que era lo único que yo veía que estaba ahí fijo. Y bueno, pues..., no sé... Es que era, como dice ella, más o menos que saben llegar, manejan muy bien y te hacen creer que lo blanco es negro, aunque tú estés diciendo «no, esto no puede ser, no es así, yo creo que es así», pero llega un momento en que ya lo dudas, que dices: ¿cómo es posible?, tenía razón, era mi culpa, es que soy yo la que lo he estado haciendo mal». (GD8)

Esta atribución de culpa que hace el maltratador tiene además una función, como es desenfocar, ocultar o distorsionar lo que sería el núcleo de un conflicto. La mujer busca el conflicto que hipotéticamente ha desencadenado el episodio de violencia, pues piensa que sólo si conoce las causas de la violencia podrá ejercer algún control sobre la misma. Sin embargo este supuesto conflicto es inaccesible a la dialéctica con el agresor, ya que antes tendría que desmontar previamente una premisa categórica impuesta por él: ella es quien tiene la culpa. Este mecanismo, en apariencia, fácilmente argumentable como ilógico por la víctima, conlleva otras propiedades que le convierten en un poderoso instrumento de sometimiento.

Así, se realiza a través de un proceso reiterativo en el tiempo:

*«Culpa sí que sentías mucha, no ves que tienen la buena..., de esto, de darle la vuelta a la tortilla y entonces, claro, siempre, hicieras lo que hicieras, le daba la vuelta y la culpable eras tú. Siempre, cuando había una situación, me pegaba o lo que fuera, yo iba a pedirle perdón, porque si yo no hubiera hecho eso así, si lo hubiera hecho como él lo quería, pues no hubiera llegado hasta ahí». (GD8)*

O la atribución está frecuentemente asociada a una forma de violencia que impide cualquier forma de interpelación al agresor:

*«Llegas a sentirte culpable porque llegan chillándote... llegan... y tú te callas y dices pero bueno que he hecho si estás... y te pones a pensar a pensar... y lo ves todo... pues algo habré hecho mal cuando... y te hace sentir culpable, o sea te das cuenta de que...o que hace es chillar para coger... y... irse o para que tu no le digas nada pues los dejas». (GD2)*

De esta forma, el impacto que provoca en la mujer la agresión, genera tal grado de sorpresa e incompreensión, que la víctima ya no atiende al motivo de la discusión, sino al ataque que él le dirige. Ya no se cuestiona si la reacción de él es apropiada al motivo de conflicto, sino que de forma inversa, se da por adecuada dicha reacción (agresión) al motivo argumentado por él.

*«Yo lo veía muy normal, muy natural, hasta que llegó la primera bofetada. (...) No me pidió disculpas, yo me sentía culpable como de haberle desobedecido, porque él siempre me decía «cuando vayas a salir me dices a dónde vas a ir, lo que vas a tardar y cuánto tiempo vas a tardar». (...)...fue aquella bofetada aislada y yo no me sentí mujer maltratada, sino culpable de lo que había hecho y que me lo merecía. Lo dejé pasar hasta que siguieron más». (GD9)*

Otro factor determinante, consustancial con el maltrato, es el que éste se realiza sobre un trabajo previo de desvaloración y desidentificación de la víctima:

*«Como si dijéramos. Primero eso, primero te van anulando, porque tú no puedes tomar decisiones, porque tú como persona no vales ni para madre ni para esposa ni para compañera ni para mujer ni para nada, y te hacen sentir culpables de todo». (GD9)*

La desvalorización (incorporada), la pérdida progresiva de la confianza en sí misma y en sus propias percepciones, generan la duda:

*«Luego llegas a la conclusión de que es mejor no hablar, porque te hace sentir culpable por cada palabra que dices. Y luego que te coartas tú misma, que si has metido la pata... ¿He pronunciado bien la palabra, lo he dicho bien, se dice así? Y luego, aunque no lo hayas dicho mal le pides perdón... » (GD8)*

La solicitud de perdón es ya previa a la agresión potencial. La «posibilidad» de dialéctica con el agresor ha desaparecido. La culpa ha llegado a ser un elemento constante en la relación.

El concepto de self o sí-mismo-a, arroja luz para comprender la relación dialéctica de la culpa (28). El self, tal como lo describe Castilla del Pino (10), «se trata de una inferencia que el sujeto obtiene de la idea que tiene de sí mismo y de la idea que cree que los demás tienen de él». En la violencia de género, merced al aislamiento físico y psíquico, los demás quedan eclipsados por el papel controlador y omnipotente que adquiere la pareja (no podemos formular en este momento el papel que los hijos tienen como «otros»). El agresor pasa a convertirse en el otro por antonomasia, cada vez menos imaginario y cada vez más «real».

*«- Yo llegué a creer..., ya llega un momento que ya no miras a los hombres como hombres, si tú crees que le vas a mirar a alguien, ya te sientes culpable, ¿no?, es decir, estás mirando a este..., como si él te estuviera viendo, que no te está viendo, pero ya tienes eso ahí tan metido que...» (GD6)*

Las tres opciones, que según Castilla, tiene el otro sobre el self de la víctima son: confirmación, rechazo o descalificación. En la violencia de género, actúan las dos últimas. Para este autor el rechazo en su peor forma se construye como desprecio, pero es aún más prejudicial para el self la descalificación. En la descalificación «el self pierde la conciencia de sí mismo, su identidad, el sentido de su existencia. Es la inidentidad en su forma más radical».

Hablar sobre el origen de la culpa como emoción humana excede el propósito de este análisis; sin embargo para comprender la eficacia de la persuasión coercitiva en este proceso conviene hacer alguna referencia sobre el origen de esta emoción. En ocasiones, sobre todo cuando el concepto de persuasión coercitiva se ha aplicado a la dinámica de las sectas, se admite la posibilidad de una vulnerabilidad previa de la víctima (29). Recuperamos sin embargo la afirmación de Sadock (30): «El lavado de cerebro se apoya tanto en la coerción física como mental. Todas las personas son vulnerables al lavado de cerebro si son expuestas durante un tiempo suficiente, si están solas y sin apoyos, y si se encuentran sin esperanza de escapar de la situación». Puede existir vulnerabilidad previa en personas victimizadas en su infancia, pero no es así en la mayoría de los casos; las condiciones de vulnerabilidad se crean durante el proceso. En todo caso, la vulnerabilidad es una condición cultural denominada patriarcado que afecta a «todos» por igual.

El proceso de persuasión genera un estado de debilidad en la víctima que la aboca a la dependencia. La pérdida de identidad implica desvestir a la víctima de la construcción que ha hecho de sí misma a lo largo de su vida. Fuerza, diríamos una especie de regresión. A partir de los trabajos psicoanalíticos sobre el desarrollo infantil de las emociones, según Castilla del Pino (27), en las primeras fases previas a los tres años, «no se ha llevado a efecto el aprendizaje de un mecanismo ulterior (a la culpa), a saber, el de la mentira, el de la atribución de la culpa a otros, o sea, la externalización de la culpa». Por ello, «la primera explicación que uno puede darse de una frustración es la de hacerse culpable de la misma».

La creación de condiciones similares donde es imposible evacuar la culpa que desde fuera se atribuye a uno-a mismo-a, es más visible en la expresión de celotipias durante la violencia. La víctima es culpada, los contraargumentos son devueltos a la víctima como prueba a su vez de que miente ante las evidencias, y prueba por tanto de su culpabilidad; pero finalmente ni siquiera se argumenta, sino que se actúa violentamente.

«Si iba su hermana y su cuñado el que se supone que yo a los dos meses ya me había liad con él... si le miraba...malo, si le miraba, peor. Si hablábamos, que ya estábamos... haciéndonos señales. Si no... nada, yo estaba con la cabeza agachada, que es que algo tenía que ocultar». (GD1)

*«Si estábamos con sus amigos yo tenía que estar metida en una habitación, yo no podía estar con sus amigos. Aparte, porque si estás viendo la tele y sale una escena un poco más íntima, bueno... A mí me ocurrió, me metió en la habitación, me escupió, me dijo que qué era eso, que no le había respetado, que era una guarra, que tal, tal, tal, tal, con lo de escupir tenía bastante manía cuando algo no le gustaba». (GD7)*

Para Castilla (27), el sistema de valores morales (y el sentimiento de culpa por su trasgresión) ha de ser aceptada por el ser humano por sumisión: «Esta sumisión es indeclinable, por la relación de dependencia que el ser humano está, desde que nace hasta que muere, con los otros. Dependencia que es vital, en el sentido de que de ser perdida peligra la integridad del yo».

*«Es una dependencia hasta para tomar decisiones, o sea, para ir a coger el bus, o sea, como que siempre todo vivía en función de él para tomar cualquier decisión». (GD7)*

*«Yo creo que todas en algún momento nos damos cuenta que tenemos que salir, pero tenemos tal dependencia...» (GD9)*

Esta dependencia es sumisión; se han reconstruido pues condiciones muy arcaicas del desarrollo donde la culpa es fácilmente atribuible por el maltratador y asimilada por la víctima.

La pérdida de la identidad arraiga la aparición de la culpa impuesta, pero la víctima se sentirá también culpable de esta pérdida de identidad, como veremos en el apartado siguiente.

#### · El concepto de culpa reactiva

Hemos entendido por culpa reactiva, aquella que surge cuando la víctima «se da cuenta» de que ella no era la causante del maltrato. Esta culpa, se la atribuye a sí misma en tanto que experimenta la prolongación de la situación como una incapacidad suya para dar una respuesta adecuada al maltrato

*«¿Yo... o sea, he sido yo culpable ¿no? he llegado a este punto por mí ¿no? Sino porque yo siempre he sido una persona de... dejarme llevar, que haya paz... si me he sentido culpable por no saberme defender, por no tener coraje ¿eh? de hace muchos años... haberme tomado una determinación.... que... que he tenido posibilidad de hacerlo... » (GD2)*

Para Castilla (27), «uno es culpable porque en la ejecución del acto reputado malo tiene conciencia de su posibilidad de decisión». La culpabilidad es como una especie de laberinto sin salida, haga lo que haga la víctima, se encuentra con ella. Así, finalizada la acción del inductor de la culpa, ésta persiste en otra

forma. Según Castilla (10), el sentimiento de culpa sería más soportable mediante racionalizaciones, si los otros no acceden a su conocimiento, mientras que cuando ello ocurre (real o imaginariamente) la culpa se convierte en intolerable por la depreciación del self que le acompaña. M. Klein (31) ya describió un sentimiento de culpa «vinculado al hecho de haber descuidado y abandonado los valiosos contenidos del propio Self». En el mismo sentido habla Speziale-Bagliacca (32): «también haberse descuidado uno mismo crea vivencias de culpa».

En la monografía para una psicoterapia de las respuestas traumáticas, Pérez-Sales (6), enuncia dos elementos de la culpa aplicables a este apartado: la clarividencia retrospectiva y las decisiones imposibles. La primera hace referencia a que las decisiones son tomadas en un contexto (en nuestro caso, durante la situación de maltrato en la convivencia, por ejemplo si la víctima valora que permanecer en la relación es mejor para sus hijos), y se juzgan en otro (una vez finalizada la convivencia). Las decisiones imposibles basadas en la posibilidad de elegir. Según el autor citado: «Sin elecciones no habría culpa. Pero eran elecciones con dilema perder-perder, sin la información y la visión de conjunto actuales (clarividencia) y sobrevalorando las capacidades reales». Efectivamente, la mujer puede haber finalizado la convivencia y percibir ahora con mayor claridad los efectos de la misma, pero aun así se puede preguntar ¿por qué no antes?

*« En principio piensas... en tus hijos... piensas que es por los... por los niños, porque estén con el padre... porque... y te engañas tú sola porque no es por los niños, llega un momento en que te vas dando cuenta de que los niños son mayores y tienes que... aguantando los malos tratos y sigues aguantando todo... y los niños se van... a su aire y te dejan sola y te... si te matan como si te... y te engañas en eso. Y luego ya si te das cuenta que... que lo hiciste... hiciste pasar mal a los niños por egoísmo tuyo y no por... por bien de ellos... » (GD2)*

*«-¿Una equivocación? Es que yo no sé si mis hijos ahora son más felices porque tengan unas carreras impresionantes o mis hijos hubieran sido más felices, que se han pasado una vida machacados... » (GD7)*

- Culpa por ejercer acciones contra la violencia

Entendemos por acciones contra la violencia, todas aquellas que van dirigidas por la mujer a preservar su integridad frente a él. Sin embargo el rol de cuidadora internalizado desde la infancia por la mujer, entra en contradicción con cualquier denuncia o procedimiento que interprete como un perjuicio a su pareja.

*«-Yo tenerlo que denunciar y tener que..., pero no me queda otra, no me queda otra, (...) si esto así no se puede, si esto es imposible, y yo llorando ir la comisaría como una magdalena, yo diciendo «¡Ay! Dios mío», parece que iba hacer un crimen, -¡fíjate hasta dónde llega la cosa». (GD4)*

*«-Y si te vas eres la mala, porque mira... -Hombre, claro. -...cómo te atreves a denunciarle. -Y de dejarle, de... Sí. -Te odia y te ves más mala». (GD6)*

· El concepto de culpa social

Lo que se ha definido como revictimización cabe considerarse como una culpabilización ejercida por parte de la sociedad, tanto en sistemas como el familiar, realizada por agentes sociales (jueces, trabajadores sociales, técnicos sanitarios, terapeutas, etc) o como creencia popular de la existencia de una provocación por parte de la víctima como causa determinante del maltrato.

*«¿Y sabes lo que te dicen? Yo lo sé por mis cuñadas que encima te dicen: es que tiene ella la culpa... » (GD3)*

*«Como es tu marido y tú he has casado con él. -Claro, ésa es la mentalidad que hay en el sistema. - ... que tú eres culpable de la circunstancia, que no es decir que a él lo consideran un maltratador, no, no, es una cosa al cincuenta por ciento y parece que las maltratadoras o las culpables de que nos estén maltratando somos nosotras, porque seguimos ahí aguantando y aguantando». (GD9)*

El papel que juegan aquellos que juzgan de una forma activa, hace que hablemos de revictimización. Es pues «otra» forma de culpa inducida, siendo la dimensión «social» algo que engañosamente puede hacernos considerar este sentimiento como equivalente a vergüenza. Sin embargo, es a partir del elemento social de esta forma de culpa donde podemos comprender al menos, algunos aspectos de la relación entre la culpa y la vergüenza.

Según algunos autores que hemos mencionado, el «otro» siempre está presente en ambos sentimientos; es más, tanto la culpa como la vergüenza afectarían al individuo en su globalidad (recordamos la diferencia entre acto culpable y culposidad (27). En la definición que hace Pérez-Sales de la culpa (6), se señala que la misma «requiere de un ojo acusador, real, imaginario o simbólico que actúa confirmando la trasgresión de normas internalizadas y asumidas previamente por la persona». Es importante, para nuestra comprensión del maltrato desde una perspectiva de género, y en relación con nuestro concepto de culpa social, que este autor complete la anterior definición dos elementos más: la existencia de un patrón educativo que la determine y su relación con un medio cultural en el que se desarrolle.

El «otro» acusador existe por consiguiente, tanto internalizado como en forma de representación social. Lo que se evidencia con especial claridad en la violencia de género es que tanto ese otro internalizado como externo tienen un refrendo desde lo real. El otro internalizado es el espejo del agresor omnipresente; los «otros» externos son el espejo de una sociedad que culpabiliza a la víctima: «culpabilizar a las víctimas es una respuesta casi universal al infortunio que les sucede

a los otros» (29). Quizás por ello es tan difícil para la víctima diferenciar entre culpa y vergüenza en maltrato, cuando los otros efectivamente pueden culparla por ser víctima. Los otros recuerdan constantemente que hubo una hipotética posibilidad en su elección por la cual no habría sido víctima; y ésta asume que esa posibilidad pudo en efecto existir (clarividencia retrospectiva en la culpa reactiva [3.3.1.2.]).

## 2. Influencias de la culpa en el mantenimiento del maltrato

La culpa es movilizada por el agresor, por la sociedad y por la propia víctima. En lo referente a los dos miembros de la pareja distinguimos:

La culpa impuesta internalizada pero creada por el agresor para ejercer violencia y mantener a la mujer en la relación.

La autoinculpación de la propia víctima como forma de proteger algo de ella, su proyecto vital por el que se vinculó con la pareja. Ello se ve en el siguiente fragmento:

*«...la relación que tuve con mi ex pareja, es que es muy fuerte, muy chocante, porque de repente es una persona que tú quieres, de la que te has enamorado, que es el padre de tu hijo, y como que no lo quieres asumir, entonces, para que no te haga daño tú te echas la culpa de que tú eres la que... - Le das cada día otra oportunidad. - Sí, e inventas excusas. - Pero cuando te das cuenta que no eres tú y es esa persona, o sea, la vas a odiar, te sientes... [1] - Pero tardas años, yo tardé años en darme cuenta [2] ». (GD6)*

Dar nuevas oportunidades requiere negar la culpa en él y dar tiempo para un cambio. Lo contrario implica la posibilidad de odiar a quien amaba [1]. Autoinculparse le otorga todavía, como antes apuntamos, una cierta capacidad de maniobra. Si ella tiene la culpa, ella puede aun cambiar el resultado. El resultado a nivel de temporalidad ha significado un proceso de años [2] y tiempo cedido al agresor para que consolide sus estrategias de maltrato.

Nos parece interesante, de cara al desarrollo de nuestra comprensión sobre el mantenimiento de la mujer en una relación de maltrato los elementos comunes que establece Pérez-Sales (6) entre el trauma y la culpa a partir del testimonio de supervivientes de campos de exterminio nazis. Estos elementos son los siguientes:

- Nadie puede entender.
- El cuestionamiento de la dignidad personal como elemento psicológico clave en todo hecho traumático y culpógeno.
- Ruptura en ambos, de los esquemas de sí mismo y de sí mismo frente al mundo.
- Absurdidad. Horror. La culpa es, por lo general, inherentemente absurda. Lo absurdo tiene un carácter especialmente traumático.

## ■ EL SENTIMIENTO DE VERGÜENZA

Un rasgo fundamental en la vergüenza que experimenta la mujer en la violencia de género, es que paradójicamente ella no ha cometido ningún acto vergonzante (si bien este sentimiento es frecuente en víctimas sometidas).

Otro elemento clave observado, es que el sentimiento de vergüenza está muy vinculado al cuestionamiento, más que de ella misma en su globalidad, del ideal de familia que ella desarrolló.

A diferencia de Eisikovits y Enosh (18), consideramos que la culpa y la vergüenza son emociones discernibles entre sí en el maltrato. Para ello, es preciso diferenciar distintos aspectos de la culpa. Así, lo que en el anterior punto llamamos «culpa social», podría en algún sentido solaparse con el concepto de vergüenza, pero no ocurriría con la «culpa impuesta». En nuestro trabajo observamos que los sentimientos de vergüenza y culpa suelen concurrir en los mismos fragmentos, pero fundamentalmente cuando dichas acotaciones aludían de alguna forma a otras personas distintas al sujeto maltratador.

«Yo creo que hay dos cosas fundamentales para mantener la relación, son la culpa y la vergüenza. La culpa que te hacen sentir ellos porque te ponen a ti la culpa, efectivamente, te dicen que eres tú la que has hecho algo que no tenías que hacer y por eso te ha pegado, por eso ha habido una discusión o por eso ha habido un problema... - Y por eso sientes vergüenza, porque te crees que le has provocado. - Y después es la vergüenza, la vergüenza de que socialmente tú vayas a decir a alguien «mi marido, mi novio o mi pareja me ha pegado», porque van a decir «usted es tonta, ¿o qué le pasa?» o «¿qué le has hecho para que te pegue?», porque la culpa la gente te la echa a ti y la vergüenza de reconocer que eres una mujer maltratada es muy grande, o sea, de reconocerlo en tu propia familia ya, o sea, decírselo a tu padre, decírselo a tus hermanos o lo que sea es muy grande... » (GD9)

La vergüenza en gran medida es la culpabilización a través de los demás. Pero los «otros» son diversos: familia, amigos, profesionales. Y la mujer tiene distintos posicionamientos ante los demás según su grado de relación.

*«Pero en el caso de los abusos sexuales, yo he sufrido abusos sexuales de mi padre, es enorme. O sea, la vergüenza es tan grande y la culpa es tan grande, o sea, el sentimiento que tienes desde pequeña, porque yo los he tenido desde pequeña, es, pues eso, la vergüenza que te hace sentir que tú dices ¿cómo voy a decirle yo a alguien que mi padre me hace esto? Primero, que no entiendo, no entiendo por qué no se separan, por qué mi padre me hace esto, porque es algo que te descoloca totalmente, mentalmente te descoloca todo el sistema, sobre todo si te pasa desde muy pequeña. Y luego, pues eso, la vergüenza de decir, a quién le voy a decir yo y quién me va a creer a mí, porque me van a decir que es que esto yo me lo estoy*



*inventando, o sea, cómo puedo decir yo que a mí mi padre me ha violado, que me ha tocado o que me ha..., eso es mentira, es una mentira que yo me estoy inventando porque le tengo manía o por cualquier cosa parecida. De hecho, en la sentencia del juicio han puesto que hay casos en los que se denuncian violaciones o abusos porque hay una manía o un odio anterior al agresor, y es que eso no puede ser, de verdad que no lo entiendo, pero la vergüenza que tienes es muy grande, tanto en mi caso como en casos de maltrato y de todo es muy grande, porque te hace sentir culpable. Si tú a tu familia, si tú alguna vez le dices «oye, es que me ha pegado, no sé qué», «¿pues qué le has hecho?, pues es tu marido, ¿no?, si es tu marido aguántale, no te hubieras casado con él, ¿por qué te casaste con éste?, es que te dijimos que éste no, no valía, y tú te casaste con éste». (GD9)*

En este fragmento, encontramos dos hechos relevantes, la gran similitud entre una experiencia de maltrato en la infancia, y otra de maltrato por su pareja. En ambos casos, la mujer que narra su historia se encuentra con las mismas dificultades de comunicación ante los demás. Los juicios que esta mujer teme por parte de los otros serían:

- Falta de credibilidad de su historia frente a los demás.
- En el caso que se le conceda veracidad a la existencia de violencia, que se interprete que su pareja la ha maltratado fruto de una provocación previa por ella.
- Ser reprobada por su familia por haber sido advertida antes en contra de esa relación.
- Asumir las consecuencias de ese supuesto error advertido por otros. Y en este caso concreto, ello implica continuar la relación con él.
- Puede por el contrario, que su caso no sea asumido como veraz por parte de los demás, y sea interpretada como una acusación falsa producto del odio.

Por último, -seis-, el hecho de haber sido abusada por el propio padre o por su propio marido que se experimenta como vergüenza ajena.

### *1. Vergüenza ajena vivida como propia*

Un aspecto que nos puede ayudar mucho a comprender el concepto de vergüenza ajena trata de cómo la mujer concibe su mundo próximo como una especie de extensión de sí misma. Este texto de Isabel Bertaux-Wiame es aclaratorio al respecto:

«La diferencia entre hombres y mujeres, respecto a la lógica social de sus vidas, aparece tanto en las historias de vida como en la manera en que las cuentan... Pocos hombres hablan espontáneamente sobre su vida familiar -como si ello no formara parte de su vida-. Su vida: los hombres consideran la vida que han vivido como suya propia; esta es quizá la diferencia clave respecto a las mujeres... Los hombres presentan sus historias de vida como una serie de actos conscientes o autoconscientes, como la

prosecución racional de metas bien definidas: el éxito, o simplemente la tranquilidad y la seguridad... Las mujeres no insisten en esto. Sus actos autoconscientes no son lo que más les interesa. Por el contrario, hablan largo y tendido sobre sus relaciones con tal o cual persona. Sus propias historias de vida incluirán partes de las historias de vida de otros. Resaltan a las personas que las rodean, y sus relaciones con ellas. En contraste con los relatos de los hombres, las mujeres no insistirán sobre «lo que han hecho», sino más bien sobre «qué relaciones existían» entre ellas y las personas próximas a ellas» (Citada en 33).

A nivel del desarrollo individual, las teorías psicológicas tradicionales siempre han dado una gran importancia a los procesos de separación. La formación de la identidad a través de la afirmación de la diferencia, constituye un estilo de relación que fomenta la autonomía, independencia y separación. En las niñas, el desarrollo se basa menos en la separación y más en la conexión con otros y determina un concepto diferente de límites.

Según Monzón (34): «Para las mujeres concretamente, la identidad genérica se fundamenta en el cuidado de los otros y el mantenimiento de las estructuras que lo posibilitan, específicamente, la familia. Las pautas de premios y castigos que desde todos los ámbitos sociales se dispensan en este sentido conducen a que las mujeres adquieran a lo largo de su infancia y adolescencia habilidades y cualidades acordes con ese rol. Esto da forma a modos de ser donde privan sentimientos, cogniciones y comportamientos que no las habilitan para salir a enfrentarse al mundo, sino para desenvolverse en un ámbito íntimo en el que lo habitual, los detalles y la expresión de las emociones son las experiencias dominantes. De esta manera, las mujeres asumen como propio y se identifican con aquel objetivo impuesto socialmente, lo que las conduce a perseguirlo como meta de realización personal. Por la misma razón, si en la familia formada aparecen problemas que ponen en peligro su permanencia, la mujer lo leerá como un fracaso personal, lo que genera sentimientos de culpa que buscarán ser superados aun a costa del propio sacrificio».

Esta percepción de su mundo próximo, familia de origen y familia propia, como una prolongación de sí misma, puede hacer sentir que, un fracaso en la relación suponga el fracaso de un proyecto vital con el que se identifica. Esto puede contribuir a que en la mujer los conceptos de culpa propia y culpa ajena, tiendan a fundirse.

Justificar puede ser una manera de ocultar lo evidente. Pero para la mujer, su pareja forma una extensión de su proyecto, y la vergüenza de él se convierte en su propia vergüenza:

*«...y cuando llegó la hora de hacer la demanda de separación yo no le dije a él (abogado) que él la hiciera, porque primero, me daba vergüenza contarle los pormenores de mi vida y segundo para que no pensarán más mal de él. (...) primero es como una sensación de pudor, ¡absurdo!, pero encima porque no piensen mal de él, porque...» (GD4)*

La vergüenza es siempre la vergüenza ante los demás, y no son ajenos a esto tampoco los hijos, pues se está hablando realmente de la vergüenza de la familia: *«Fuimos... mi hija sola, la otra sola... todos juntos, el muchacho solo, y me dijeron: si quieres te ayudamos a separaros... y mi hija la grande dijo: ¡Uy!, no... porque mi padre se va a acomplejar».* (GD1)

*«... cuántos comentarios no habrá... no habrá ahora... que mi hija decía: «no, no, yo no quiero que hablen de vosotros en el barrio»... tantos comentarios. Y ahora la digo... cuántos habrá... »* (GD1)

## 2. Revictimización social

Las creencias sociales en torno al maltrato, y el «papel» de las víctimas en él, compartidas por ambos géneros, constituyen una especie de juicio moral que la mujer teme. Estos juicios, conllevan siempre una descalificación. Los siguientes fragmentos recogen algunos de estos juicios temidos.

- Juzgada como «tonta»:  
*«El porqué he aguantado hasta esa edad es que ni yo me lo puedo concebir, porque es que yo... (...)» - Es que no sé, es que no me lo explico, ya no es que te dé vergüenza decir nada, pero es que hasta te sientes... porque alguien que te diría ¡pero y cómo has sido tan tonta! »* (GD7)
- Juzgada como «débil»:  
*«Claro, a que los demás comprueben que tú no has tenido los arrestos... -...como que eres una persona débil, como cobarde digo... »* (GD4)
- «Si te dan es porque tu quieres»:  
*«-Sí, pero eso es un.... umm... gente... que... si te dan es porque tu quieres, porque a mí me da la primera... pero la segunda... A mí eso me lo ha dicho muchísima gente».* (GD1)
- «algo le habrás hecho»:  
*«... generalmente estos señores... tienen muy buena fama, porque son encantadores... -Sí, de puertas para afuera... -... educadísimos, maravillosos, entonces, no les cuadra que digas: no es que me ha pegado una paliza... «Algo le habrás hecho» ».* (GD1)
- «¿Por qué aguantas, es que te gusta que te peguen?»:

A veces concurren en una misma dirección ideológica los juicios sociales y los juicios emitidos por agentes sociales. Esto sucede especialmente cuando parcelas de campos teóricos se hacen populares. Así, frente a lo aparentemente inexplicable, el concepto de masoquismo alcanzó gran difusión en el público general entre los primeros modelos teóricos que abordaron la cuestión del maltrato. Quizá la definición del comportamiento de la mujer como masoquista, del lado por tanto de lo perverso, sea el que tenga efectos más destructores sobre la confianza de la mujer. Su uso por los profesionales recrimina doblemente, pues atribuye a la mujer la parte activa en el mantenimiento de la relación y por otra parte alude

directamente a la decepción que a muchos profesionales les provoca la mujer maltratada cuando, pese a lo que consideran sus esfuerzos, aquella continúa o retorna a una situación de maltrato.

*«Pues de ser una mujer maltratada y que la gente luego te recrimina: «¿por qué aguantas, es que te gusta que te peguen?». Porque no directamente hablando de mí, pero yo intentaba siempre sacar conversaciones sobre esto, de hecho, siempre veía muchos programas, y hablando con amigas, pues «es que yo no entiendo por qué aguantan, es que son masocas», entonces, claro, tú dices: pues no voy a decir nada, porque si no me van a decir... A que no te recriminen eso, que por qué aguantas, porque es que ni tú misma sabes por qué estás aguantando. Entonces, yo no, por vergüenza de ser una mujer maltratada y a que me recriminen». (GD8)*

### 3. Veracidad del relato de ellas frente a la imagen de él ante los demás

En anteriores fragmentos se mostraba que el cuestionamiento a la veracidad de la narración de ella, impulsa a su ocultamiento. La mujer maltratada, cuando recapitula sobre su vida con el agresor, se sorprende ante el poder de los mecanismos a los que ha sido sometida, capaces de haber distorsionado su propia percepción de la realidad. Por ello se pregunta, que si él ha llegado a hacerla dudar de sus propias percepciones, ¿por qué el agresor no puede influir también en los demás?

*«Por miedo, porque llegas a creértelo como... habéis dicho vosotras dos. De tal forma que piensas, pues si... éste lo cree... anda que los vecinos cómo me van a poner». (GD1)*

Y si la mujer teme la opinión de la gente, ello aumenta cuando ha de narrar su situación ante un profesional que tiene que dirimir alguna acción legal o social.

*«Yo sí, porque todavía tengo que verle en los juicios, claro que hay una duda de que la jueza o el juez no vaya a creer en mí, en fin, cómo así, que hay una duda, que somos siendo juzgadas como si fuéramos nosotras las maltratadoras. (...) Y entonces yo el miedo que tengo un poco es que él consiga engañar a un juez o una psicóloga que haga... » (GD7)*

### 4. El ocultamiento del maltrato

El efecto directo del sentimiento de vergüenza ante los demás será la ocultación de la experiencia de maltrato por la propia mujer. Esta materialización de la vergüenza en ocultamiento tiene una alta representatividad en fragmentos acotados en nuestro estudio

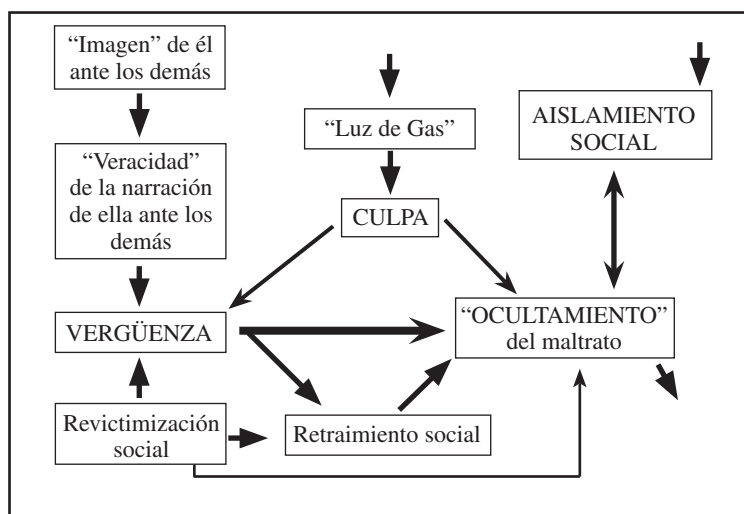
*«Además el gran paso es admitir que te han pegado, porque que cuentes que te han pegado cinco veces, que te ha tocado a ti, que no sé que, eso... los detalles yo casi creo que no tienen importancia. (- Sí, hija, sí) El gran pasazo es confesar...,*

y digo confesar ¡fíjate!, que te pegaron. Admitirlo.-Moderador: Confesar. -¡Fíjate!  
-Moderador: Utilizas la palabra confesar... -Lo tienes oculto, lo tienes oculto! (Otras intervenciones de fondo) » (GD4)

Finalmente el aislamiento impuesto por el maltratador y el retraimiento social al que se siente abocada la mujer se potencian y suman (Esquema 1).

«Dejamos de ir a ver a mi familia a mi país porque siempre montaba ahí el número. Dejé de hablar de él..., de hecho, yo me separé de él y luego volví con él, y a mis amigas nunca les conté que había vuelto con él, no lo sabían. Mi vida giraba en torno a ocultar el hecho de que me maltrataba y que encima estaba con él. O sea, ni iba a buscar a los niños al colegio para no ver a las madres y los padres de los otros niños del colegio, o sea, un aislamiento total». (GD6)

Esquema 1



En este fragmento, si ya de por sí el maltrato se vive de forma vergonzante, retornar con el agresor, multiplica la crítica y parece validar ante los demás la teoría (popular y profesional) del masoquismo.

- «Mujer maltratada» como expresión estigmatizadora

Las connotaciones que se asocian al concepto de mujer maltratada: fracaso vital, veracidad cuestionada, «masoquismo», debilidad, etc., que hemos ido describiendo en el desarrollo anterior, determinan que un motivo de vergüenza puede derivarse del sólo hecho de ser para los demás una «mujer maltratada».

*«Y al igual que sentir vergüenza, sentir vergüenza de contar a la gente que eres una mujer maltratada. En mi caso, yo nunca he contado a nadie. Si la gente sabe es porque hayan podido escuchar, pero sientes mucha vergüenza, incluso llega un momento en que..., no sé, te das hasta..., te miras al espejo y tú misma te dices: es que no valgo para nada, es que no sé hacer nada. Y no te arreglas, no hablas con nadie, no sales y..., no sé, te lo llegas a creer, sí». (GD8)*

La incomunicabilidad de la experiencia y la consiguiente retirada de los demás contribuye a aumentar el sentimiento de soledad.

## ■ LA SOLEDAD

En el análisis de nuestras transcripciones la soledad se mostró como uno de los sentimientos más ubicuos y difícil de definir dentro de la relación violenta. La soledad ya era experimentada por la víctima durante la convivencia, pues la pareja actuaba con ella como una posesión y por tanto la «cosificaba» como objeto.

El siguiente fragmento narra en una secuencia, cómo los afectos van alternándose, de tal forma que cada uno, tiene poder para «sostener» el mantenimiento del maltrato en el tiempo. El amor va siendo abolido conforme el ideal se desvanece ante la violencia. La vivencia de soledad en su biografía se reactiva y el temor a experimentar de nuevo soledad (que en ella significa un riesgo de desintegración, a modo de depresión anaclítica) es el afecto determinante del retorno.

*«Y a partir de ahí me di cuenta que lo temía, no lo amaba, me daba mucho miedo el dejarle, el desprenderme de eso que para mí me daba fortaleza y para mí me daba mucha fuerza, mucha vitalidad, muchas ganas de vivir, y yo creo que fue por esa carencia afectiva que yo traía de mi casa, de mi familia, por haber sido una niña que siempre vivió..., a pesar de estar rodeada de una familia muy numerosa y con mi padre y mi madre, pero sola, emocionalmente sola. Entonces, el volver a quedarme sola me causaba una frustración muy grande y yo no quería eso». (GD9)*

El sentimiento de vergüenza favorece la soledad pues el maltrato es una experiencia difícilmente comunicable. Pero por otra parte, si el sentimiento de soledad existe en la mayoría de las rupturas, en la separación por una relación de maltrato, la confianza en el otro ser humano ha sido quebrada o herida profundamente. La mujer se siente entonces vulnerable frente a nuevas relaciones. Las vidas de otras mujeres son idealizadas en contra de lo que parece haberse convertido en destino para la mujer maltratada.

## CONCLUSIONES

En este artículo hemos destacado el papel fundamental que ejercen las emociones puestas en marcha por la persuasión coercitiva para comprender el mantenimiento del maltrato. Normalmente, las emociones han sido escasamente implicadas en este proceso en favor de las alteraciones cognitivas. Distorsiones cognitivas y emociones son de hecho inseparables. De forma un tanto artificial, buscando con ello sólo mayor claridad en la exposición, podríamos establecer ciertas relaciones entre las distorsiones cognitivas generadas por las estrategias de maltrato y las emociones.

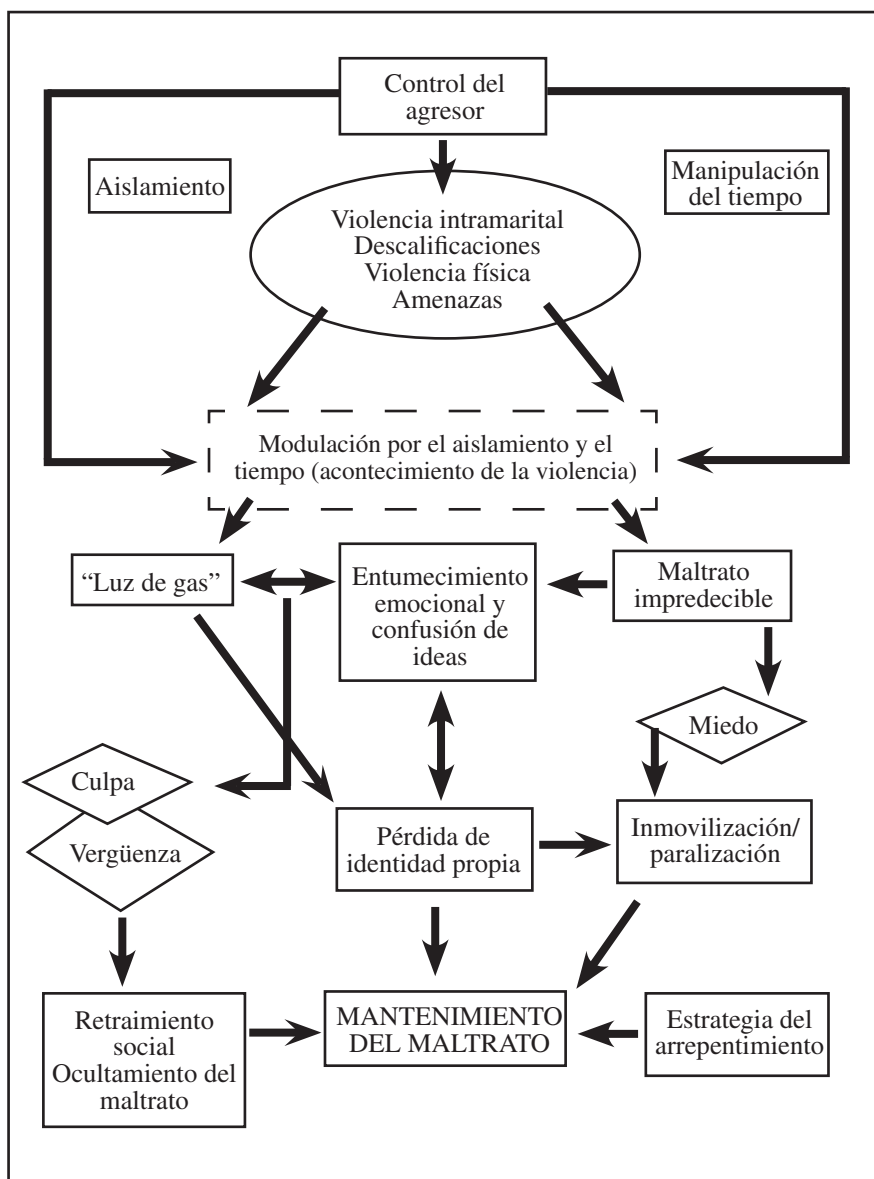
«Maltrato impredecible» → sorpresa → [confusión de emociones y pensamientos] → {miedo}

«Luz de gas» («lavado de cerebro») → [confusión de emociones y pensamientos] → {culpa}

«Estrategia del arrepentimiento» → [negación de la continuidad de la violencia] ← {amor}

Efectos sociales del maltrato: «Revictimización social» → {vergüenza} + {soledad}

En el esquema 2, desarrollamos de forma sinóptica el modelo de persuasión coercitiva desarrollado a lo largo de este artículo y el anterior (2). La persuasión coercitiva, comprendida tanto a partir de: las estrategias desarrolladas por el maltratador para el control de la víctima, de las emociones que en la misma genera, así como del contexto en el que se desarrolla (aislamiento y revictimización social), pueden explicar la prolongación o el mantenimiento indefinido de la mujer en una situación de maltrato.





## REFERENCIAS

1. Escudero, A., *Factores que influyen en la prolongación de una situación de maltrato a la mujer: un análisis cualitativo*, [Tesis Doctoral], Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid, 2004.
2. Escudero Nafs, A.; Polo Usaola, C.; López Gironés, M. y Aguilar Redo, L. "La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. I: Las estrategias de la violencia." *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, XXV(95), p.p. 85-120.
3. Jenkins, J. H., «The psychocultural study of emotion and mental disorder», en: Bock, P.K., eds, *Handbook of psychological anthropology*, Westport, Connecticut, Greenwood Press, 1994.
4. Fernández-Abascal, E.G., Martín, M.D., Jiménez, M.P., Psicología de la emoción «y la motivación», cap. 1, en: Fernández-Abascal, E.G., Jiménez, M.P., Martín, M.D., eds, *Emoción y motivación* Vol. I., Madrid, Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, 2003.
5. Castilla del Pino, C., *Teoría de los sentimientos*, 6ª ed., Barcelona, Tusquets, 2001.
6. Pérez-Sales, P., «Culpa. Elementos para una psicoterapia estructurada», en: *Psicoterapia de respuestas traumáticas* Vol.2, Madrid, Escosura Producciones, 2004.
7. Martín, M.D., «La sorpresa, el asco y el miedo», en: Fernández-Abascal, E.G., Jiménez, M.P., Martín, M.D., eds, *Emoción y motivación* Vol. I., Madrid, Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, 2003.
8. Enciclopedia Oxford de Filosofía, Honderich, T., ed., Madrid, Editorial Tecnos, 2001.
9. Jacobson, N., Gottman, J., *Hombres que agreden a sus mujeres. Cómo poner fin a las relaciones abusivas*, Barcelona, Paidós, 2001.
10. Castilla del Pino, C., *Introducción a la psiquiatría*, 1. Problemas generales. Psico(pato)logía. 3ª ed, Madrid, Alianza Editorial, 1982.
11. Real Academia Española, *Diccionario de la Lengua Española*, 22ª ed., Madrid, Espasa Calpe, 2001.
12. Boulette, T.S., Andersen, S.M., «Mind control and the battering of women», *Community Ment Health J.*, 1985, 21, 2, pp. 109-18. También en: *Cultic Studies Journal*, 1986, 3, 1.
13. Dobash RE, Dobash RP. *Violence against wives*. New York: Free Press; 1979.
14. Walker, L.E., «The battered Woman Syndrome Study», en: Finkelhor, D.; Gelles, R.J.; Hotaling, G.T.; Straus, M. (ed), *The Dark Side of families*, California, Sage Publications, 1983.
15. Walker, L.E., *Battered woman syndrome*, New York, Ed. Springer, 1984.
16. Walker, L.E., «El perfil de la mujer víctima de la violencia», en: Sanmartín, J., (ed), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*, Barcelona, Ariel, 2004.

17. Bosch, E., Ferrer, V.A., *La voz de los invisibles: las víctimas de un mal amor que mata*, Madrid, Ediciones Cátedra, 2002.
18. Eisikovits, Z., Enosh, G., «Awareness of guilt and shame in intimate violence», *Violence Vict.*, 1997, 12, 4, pp. 307-322.
19. O'Leary, D.K., Curley, A.D., «Assertion and family violence: correlates of spouse abuse», *Journal of Marital Family Therapy*, 1986, 12, p.p. 281-289.
20. Andrews, B., Brewin, C.R., «Attributions of blame for marital violence: a study of antecedents and consequences», *Journal of Marriage and the Family*, 1990, 52, p.p. 757-767.
21. Polo, C., *Maltrato a la mujer en relación de pareja*. Factores relacionales implicados, [Tesis Doctoral], Departamento de Especialidades Médicas, Universidad de Alcalá, 2001.
22. Montero, A., «Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica», *Clínica y Salud*, 2001, 12, 1, pp. 5-31.
23. Janoff-Bulman, R., «Characterological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape», *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979, 37, 10, pp.1798-1809.
24. Follingstad, D.R., Neckerman, A.P. Vormbrook, J., «Reactions to victimization and coping strategies of battered women: The ties that bind», *Clinical Psychological Review*, 1988, 8, pp. 373-390.
25. Etxebarria, I., «Las emociones autoconscientes: culpa, vergüenza y orgullo», en Fernández-Abascal, E.G., Jiménez, M.P., Martín, M.D., eds, *Emoción y motivación* Vol. I., Madrid, Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, 2003.
26. Lewis, H.B., *Shame and guilt neurosis*, New York, Internacional Universities Press, 1971.
27. Castilla del Pino, C., *Un estudio sobre la depresión*. Fundamentos de antropología dialéctica, Barcelona, NeXos, Ediciones Península, 1991.
28. Castilla del Pino, C., *La culpa*, Alianza Editorial, 1973.
29. Singer, M.T., Lalich, J., *Las sectas entre nosotros*, 2ª ed., Barcelona, Gedisa, 2003.
30. Sadock, V.A., «Other additional conditions that may be a focus of clinical attention», en: Kaplan, H.I., Sadock, B.J. (editors). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI, 6th ed., Baltimore, Maryland, Williams & Wilkins, 1995.
31. Klein, M., *On identification*, WMK, Vol III, 9, 1955.
32. Speziale-Bagliacca, R., *La culpa*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2002.
33. Santamaría, C., Marinas, J.M., «Historias de vida e historia oral», en: Delgado, J.M. y Gutiérrez, J., *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, Madrid, Editorial Síntesis, 1994.
34. Monzón, I., «La violencia doméstica desde una perspectiva ecológica», en: Corsi, J., *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*, Buenos Aires, Paidós, 2003.

Antonio Escudero Nafs  
Psiquiatra  
Servicios de Salud Mental de Majadahonda (Madrid). SERMAS.

Cristina Polo Usaola  
Psiquiatra, jefa de Distrito  
Servicios de Salud Mental de Hortaleza (Madrid). SERMAS.

Marisa López Gironés  
Psicóloga clínica  
Servicios de Salud Mental de Hortaleza (Madrid). SERMAS.

Lola Aguilar Redo  
Pediatra. SESCAM (Guadalajara)

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



*Antonio Sánchez-Barranco Ruiz, Pablo Sánchez-Barranco Vallejo, Fernando Sánchez-Barranco Vallejo*

## EL PSICOANÁLISIS ¿QUÉ TIPO DE CIENCIA ES? PSYCHOANALYSIS, WHAT KIND OF A SCIENCE IS IT?

### ■ RESUMEN

El modelo de ciencia que la psicología académica ha adoptado se atiene casi exclusivamente a criterios empírico-experimentales. Desde este bastión se ha tratado de derruir el saber psicoanalítico, arrojándolo a la cárcel de las pseudociencias o de los mitos. En un momento determinado se intentó acercar el psicoanálisis a tal modelo positivista, lo que trajo consigo la pérdida de lo más esencial del mismo. Sin embargo, desde la década de los sesenta, algunos venimos insistiendo en ubicarlo en el marco de las ciencias histórico-hermenéuticas, donde la teoría y la práctica psicoanalíticas recuperan su total identidad. En este trabajo, de forma muy sintética, se hace un recorrido de todo lo anterior, argumentando en favor de la tesis que sitúa al psicoanálisis dentro de los saberes histórico-hermenéuticos valiéndose tanto de estrategias inductivas como deductivas.

Palabras claves: Psicoanálisis, Ciencia, Pseudociencia, Epistemología, Histórica, Hermenéutica, Deductivo, Inductivo.

### ■ ABSTRACT

The model of scientific knowledge that the academic Psychology had adopted follows, mainly, empirical and experimental criteria. From this standpoint, thus, there have been numerous attempts to devalue the psychoanalytic body of knowledge by being depicted as pseudoscientific or just a myth. Consequently, the psychoanalytic community made some efforts to drive Psychoanalysis closer to Positivism, which had as a result the loss of its essence. However, since the 60's, some psychoanalytic authors have insisted on including the Psychoanalysis as a part of the Historical-Hermeneutic knowledge, in order for its theory and practice to recover all their identity. In our paper, we have briefly reviewed the above ideas, supporting the thesis that, by means of deductive and inductive strategies, Psychoanalysis should be placed into the Historical and Hermeneutical body of knowledge.

Keywords: Psychoanalysis, Science, Pseudoscience, Epistemology, Historical, Hermeneutical, Deductive, Inductive.

## ■ INTRODUCCIÓN

El modelo científico actual, particularmente dentro de la Academia, es sin duda de carácter empírico-experimental, lo que implica una serie de supuestos epistemológicos, tales como los de atenerse al estudio de hechos de carácter objetivo y propiciar explicaciones de tipo causalista, o, al menos, funcionalista, basadas en presuntas leyes reguladoras de carácter general. El psicoanálisis, a pesar de los deseos de Freud de ubicarlo dentro de las ciencias naturales, no puede ser encuadrado en este marco y de aquí que haya sido sometido reiteradamente a críticas muy duras, tratando de condenarlo al infierno de las pseudociencias o de los mitos.

En tal situación, algunos psicoanalistas adoptaron variadas salidas, desde encerrarse en una torre de marfil, haciendo oídos sordos a los ataques, hasta proponer reformulaciones del cuerpo teórico psicoanalítico en una línea acorde con la perspectiva de las llamadas ciencias empíricas (opción que también intentaron autores ajenos al psicoanálisis), así como otras alternativas más interesantes, como la de fundamentarlo como un saber ajeno a tal modelo, como lo histórico-hermenéutico, pero no por ello ajeno a lo científico (1, 2, 3).

En cuanto a las reformulaciones empiristas, la gran falla de sus defensores fue el dejar al psicoanálisis sin su alma, sin su esencia, pues tales propuestas derruían totalmente el soporte metapsicológico, su núcleo fundamental. A partir de la década de los sesenta del pasado siglo, sin embargo, se ha venido intentando una nueva forma de justificar el psicoanálisis, encuadrándolo dentro de las denominadas ciencias histórico-hermenéuticas, lo que ha permitido recuperar sus principales señas de identidad. Pero para que ello sea posible es preciso abandonar una serie de apriorismos, como el de concebir la realidad, campo de estudio de toda ciencia, como un conjunto exclusivamente formado por hechos objetivos u objetivables, incluyendo en tal realidad lo subjetivo, de imposible objetivación a través de los métodos científicos habituales. Así mismo, es imprescindible ir más allá de las explicaciones causalistas y funcionalistas, así como de las fenomenológicas, que sólo dan cuenta de las vivencias conscientes, proponiendo en su lugar explicaciones de carácter dinámico-exegéticas o interpretativas, que conceden el máximo papel al hallazgo del sentido o significado de la realidad psíquica construida en el pasado e incluso en el mismo instante de mostrarse ante el analista, a partir de los determinantes dados por la participación de los procesos inconscientes.

Antes de emprender la tarea de justificar que la teoría y la práctica psicoanalíticas adquieren un sentido adecuado dentro de tal perspectiva, hemos de recordar los fallidos intentos empíricos, ocupándonos someramente de las ideas de Bridgman, Madison, Sullivan, Rapaport, Peterfreund, Gear y Liendo, G. S. Klein y Schafer, que fueron los principales representantes de tal modo de entender el psicoanálisis.

## ■ REFORMULACIONES EMPÍRICAS DEL PSICOANÁLISIS

Debe atribuirse a Bridgman (4, 5) el primer intento de convertir al psicoanálisis en una teoría empírica, para lo que se valió de la estrategia de la utilización del llamado lenguaje operacional, tan en boga en su tiempo, particularmente dentro del sistema conductista, y ello a pesar de que los filósofos ya habían abandonado entonces tal forma de trabajar en el campo científico. Bridgman trató, con ello, de dotar al psicoanálisis de unos conceptos objetivables y cuantificables, gracias a lo que poder incluirlo dentro del modelo científico imperante en su época. Su análisis operacional, sin embargo, resultó un híbrido psicoanálisis-conductismo que no permitió la puesta en marcha de programas de investigación productivos para nuestra disciplina.

Algunos años después, Madison (6) llevó a cabo una propuesta algo similar, tratando de establecer una serie de definiciones operacionales y determinadas reglas de correspondencia entre conceptos como la represión y la defensa, sin duda nucleares en el psicoanálisis, y ciertas conductas manifiestas, tratando de correlacionar el lenguaje teórico psicoanalítico con un lenguaje observacional. Tampoco este acercamiento al campo empírico tuvo éxito, no sólo a causa de la naturaleza de su compromiso epistemológico, extraño al psicoanálisis, sino también por sus marcadas limitaciones.

Ya desde dentro del sistema psicoanalítico no pocos saludaron con júbilo las aportaciones de Sullivan (7, 8), entendiendo que favorecerían el definitivo progreso del estatuto científico del psicoanálisis, al asentarlo en el tan anhelado camino empírico, a pesar de que aquél siempre sostuviera que sólo intentaba hacer unas matizaciones para la mejor utilización de la teoría freudiana (9). En efecto, a nuestro modo de ver, lo que Sullivan llevó a cabo fue la inclusión de factores socio-culturales y una interesante renovación del lenguaje psicoanalítico para dar una explicación de la determinación de la estructura del carácter individual, creando según Chrzanowski (10), crear fundamentos epistemológicos más sólidos para las observaciones clínicas que los que se lograban con la metapsicología tradicional, así como atender a un campo transaccional más vasto, al incluir en su esquema, de cierta orientación operacional, factores culturales y sociales provenientes del medio. Por ello, puede decirse que Sullivan fue uno de los iniciadores del psicoanálisis culturalista, movimiento desde el que Horney, Fromm, Erikson y otros enriquecieron el freudismo, al considerar ingredientes que daban más juego que los incluidos en el enfoque biólogoista entonces existente. Pero nada de ello supuso, desde luego, entrar en los parámetros propios de las ciencias empírico-experimentales tan poco queridos por el propio Freud.

En cuanto al intento de sistematización de David Rapaport (11, 12) fue mucho más comprometido con la perspectiva cientifista de la época, ya que trató de encajar los conceptos psicoanalíticos básicos en un marco empirista a través de una serie de tesis, axiomas y teoremas, llegando incluso a delimitar un conjunto de variables que calificó como independientes y dependientes, según el más rancio modelo experimentalista. Rapaport reconoció pronto la inoportunidad de su proyecto, que tuvo

como principal defecto el alejarse mucho de los hechos clínicos (9). Ahora bien, como aspecto positivo ha de subrayarse que la propuesta de Rapaport mostró ciertas posibilidades de formalización y sistematización de la teoría psicoanalítica, abriendo las puertas a la sedimentación de una psicología general de tipo dinámica.

En una línea más revolucionaria que la anterior, hemos de situar los aportes del psicoanalista neoyorquino Peterfreund, que planteó la necesidad de sustituir el modelo metapsicológico por un modelo sistémico y de procesamiento de la información congruente con la neurofisiología y otros conocimientos positivistas de su época (13, 14). Desde este enfoque se propuso el abandono de conceptos tan esenciales para el psicoanálisis como los relativos al yo, a la energía psíquica o libidinal, a los procesos primario y secundario, etc., sustituyéndolos por otros más acordes con su perspectiva, que sin duda resultaban atractivos, pero muy distantes de la visión freudiana.

Gear y Liendo (15, 16), por su parte, trataron de articular en el ámbito metodológico el psicoanálisis con la informática, para, según sus propias palabras, maximizar el rigor y la capacidad operativa del mismo, aplicándolo satisfactoriamente al procesamiento de los datos clínicos, con fines diagnósticos, pronósticos, profilácticos y terapéuticos. Ello exigía, naturalmente, de una serie de redefiniciones de los conceptos psicoanalíticos, con el fin de poderlos traducir al lenguaje informático y posteriormente al tratamiento matemático. Todo esto no llegó a cuajar, habiendo caído hoy prácticamente en el olvido, no sólo porque tal propuesta se alejaba absolutamente de lo que es el genuino psicoanálisis, sino también porque la simplificación que exige la informatización se torna imposible con los hechos clínicos, dada la absoluta incompatibilidad de los complejos conceptos y observaciones psicoanalíticos con los datos concretos de la informática.

Finalmente, tanto Gerard S. Klein (17) como Schafer (18) trataron de salir del atolladero que impusieron los críticos dándole la espalda a todos los elementos teóricos del psicoanálisis, proponiendo una práctica sin psicodinámica, un lenguaje en acción, que transformó el psicoanálisis en una actividad sin ninguna fundamentación conceptual, o, dicho de otra forma, en una especie de tarea artesanal.

La crítica que a todas las anteriores reformulaciones empiristas podemos hacer es que sus autores trabajaron con presupuestos más o menos desgajados del contexto clínico psicoanalítico, suponiendo además en muchos casos el abandono del más específico soporte teórico freudiano. Por otra parte, no hay que olvidar que las disciplinas psicológicas empírico-experimentales, como afirma Ricoeur (19), se ocupan de hechos que derivan de la observación directa de la conducta manifiesta, mientras que la esencia del psicoanálisis está en desenvolverse en un campo dado por la búsqueda de relaciones de sentido entre los objetos sustituidos y los objetos originarios (y perdidos) de la pulsión. El psicoanalista, ciertamente, ha de ocuparse del estudio de los derivados del inconsciente, que si bien suponen o pueden suponer un núcleo de realidad objetiva, no es en la consideración de tal núcleo donde alcanza



sus últimos objetivos, sino en su traducción, en su exégesis, estableciendo cuál es la semántica de los deseos pulsionales en juego en el seno de las relaciones objetales (transferenciales) y siempre a la luz de los determinantes inconscientes. Por consiguiente, los aspectos manifiestos o públicos de la conducta no son sino elementos indirectos o secundarios, aunque sirvan al psicoanalista como soporte para alcanzar los objetivos primarios que guían su tarea.

En todo caso, el acercamiento del psicoanálisis a las disciplinas empíricas se establece, a nuestro modo de ver, por la consideración de ciertos acontecimientos que rodearon al desarrollo del individuo, sobre todo los que implicaron frustraciones o excesivas gratificaciones de deseos en los primeros años de la vida, circunstancias que sin duda participan en la constitución de los conflictos intrapsíquicos inconscientes. Pero lo que interesa al psicoanalista va más allá de acceder a tales reconstrucciones históricas de hechos objetivos, dado que es la realidad subjetiva, tanto la creada en el pasado personal como en el presente analítico, lo que más llama su atención. En tal sentido apunta nuestra tesis del carácter histórico del psicoanálisis, que no sólo incluye la reconstrucción de los hechos sucedidos, sino también de los fantaseados tanto en las relaciones objetales de la infancia como en las relaciones transferenciales del presente.

El psicoanálisis, además, supera la mera reconstrucción histórica, dado que busca, sobre todo, una hermenéutica de lo que el sujeto expresa en sus palabras y en su conducta. El analista está particularmente comprometido con la exégesis de la realidad subjetiva implícita en las reconstrucciones que efectúa, teniendo particularmente en cuenta lo que sucede en el campo de los fenómenos transferenciales, tratando de encontrar el último significado, el determinado por la acción del inconsciente, del acto o del fenómeno psíquico en cuestión. Por ello, podemos afirmar que, aun siendo el psicoanálisis en parte una ciencia histórica, pues la interesa reconstruir hechos del pasado, su peculiaridad está en lo hermenéutico, superando así la mera reconstrucción biográfica y las explicaciones históricas, para comprometerse en explicaciones dinámicas y profundas, en las interpretaciones, situando en primer plano los significados determinados por la influencia del inconsciente, que es a lo que podemos llamar explicaciones interpretativas o dinámico-exegéticas.

Las ideas anteriores fueron de alguna forma expresadas por los filósofos anglosajones Toulmin, Flew y Peters, captando que la explicación psicoanalítica no corresponde ni a una razón alegada, ni a una razón relatada, ni a una estricta explicación causal o funcional, aunque en el ámbito teórico tome el aire de ésta, por apuntar a causas a la hora de esclarecer el último por qué del comportamiento humano. Pero, en todo caso, los intereses psicoanalíticos apuntan a lo semántico, que se sostiene en determinantes ajenos al causalismo fisiológico o de cualquier otro tipo, estando igualmente lejos del dado por presuntas relaciones funcionales entre variables. La semántica que trata de esclarecer el psicoanálisis se refiere a la determinada por el funcionamiento dinámico del aparato psíquico, con la primacía del papel de lo incons-

ciente, concretamente la semántica del deseo. Justamente, como ha dicho Ricoeur (19), el gran mérito de Freud fue el haber logrado llevar a un lenguaje psicológico aquellos fenómenos que en último término tienen su raíz en lo neurofisiológico (o en lo energético), es decir, en lo estrictamente causal: en efecto, la metapsicología torna psicológico lo que es energía, permitiendo conectar la explicación causalista con la explicación interpretativa.

El psicoanálisis, por todo ello, obtiene una adecuada justificación epistemológica en el terreno histórico-hermenéutico y de ninguna forma en el campo empírico-experimental, sin que por ello se trate de un saber pseudocientífico, sino científico. Ello exige ampliar la concepción de ciencia, incluyendo explicaciones que estén al margen de lo causal y funcional. Tratemos de abundar en este aserto mostrando algunas de las ideas que ya hemos expresado en otros momentos y lugares, con el fin de dar cuerpo y consistencia a esa tesis central (1, 2, 3, 20, 21, 22, 23).

## ■ EL PSICOANÁLISIS COMO CIENCIA HISTÓRICO-HERMENÉUTICA

### *A) el carácter histórico del psicoanálisis*

La teoría y la práctica psicoanalíticas están básicamente interesadas en la consideración del conflicto intrapsíquico inconsciente, que se constituye por los avatares de los deseos pulsionales procedentes del inconsciente en la interacción con el objeto, sobre todo durante los primeros años de la infancia, lo que sirve como fundamento, si no fueron adecuadamente resueltos, para ocasionar los diversos desajustes que el sujeto tendrá a lo largo de su vida.

Tales hechos se elaboran de una u otra manera por el aparato psíquico, dejando en la esfera de lo inconsciente las temáticas pulsionales rechazadas, más o menos conectadas con experiencias de naturaleza psicotraumática ocurridas en las primeras relaciones objetales. Ello conlleva la presencia de una cierta cantidad de energía libre, que es invertida en la organización de determinados productos caracteriales y conductuales, ya normales, ya patológicos, propiciando así la adaptación o la desadaptación. En el momento del encuentro clínico psicoanalítico, este conjunto de elementos psíquicos sufre una nueva y peculiar reelaboración en la mente del sujeto, con la participación o no de ingredientes objetivos procedentes de la interacción clínica, lo que lleva a su expresión en los llamados fenómenos transferenciales, el campo genuino del trabajo psicoanalítico.

El psicoanalista, por ello, no sólo está interesado por la interacción real o fantaseada que tuvo lugar entre el sujeto y sus padres en la infancia y por eventos puntuales que pudieran haber traumatizado psíquicamente al individuo, así como por el esclarecimiento de los deseos que en tales circunstancias pudieron movilizarse y entraron en conflicto con los controles normativos superyoicos (que en gran parte proceden del entorno cultural), sino sobre todo por lo que aparece en la relación dada por el aquí y ahora del encuentro psicoanalítico.

En el encuadre clínico, con sus estrictas condiciones y reglas, y dentro de los llamados fenómenos transferenciales, el analizado produce una serie de contenidos (pensamientos, deseos, afectos, lapsus, sueños, actos motores, etc.) y relata una gran variedad de vivencias que le problematizan, cuyo último origen y sentido desconoce. Todo ello sirve al analista no sólo en tanto puede ser útil para reconstruir el pasado real o fantaseado, sino sobre todo en cuanto es susceptible de una interpretación profunda o dinámica, gracias a lo que podrá hacerse consciente y dominable por el yo el último sentido de los motivos de los conflictos que alteran al sujeto, de forma que el llamado proceso secundario podrá tomar el dominio donde era el dueño el proceso primario.

Como es fácil inferir de lo expresado, la reconstrucción histórica psicoanalítica no acoge sólo una recuperación de hechos objetivos del pasado y del presente, sino sobre todo de cómo se vivieron y viven subjetivamente, así como un conjunto de hechos fantaseados por el propio sujeto, siendo lo más importante tratar de darles una oportuna interpretación capaz de poner en primer plano los significados determinados por el inconsciente, recorriendo un camino que va desde el aquí y ahora al ayer y entonces.

Pues bien, en tanto el psicoanalista se compromete en la tarea de reconstruir el pasado personal en el sentido señalado, está poniendo en primer plano su vocación de historiador, mientras que se convierte en hermeneuta de lo profundo cuando efectúa una exégesis de tal pasado en el marco de su teoría y de los fenómenos transferenciales, donde la pulsión y sus avatares y la interacción con el objeto cobran la máxima importancia. En tanto historiador busca un determinado tipo de explicación y en tanto hermeneuta otra, tratando de comprender y hacer comprender la dinámica de la realidad psíquica vivida en función de los determinantes inconscientes, lo que conduce a un tipo de explicación de naturaleza ajena a la causal y a la funcional, yendo también más allá de la comprensivo-fenomenológica, de la que la estricta explicación histórica estimamos que es una forma. La explicación que maneja el psicoanalista es dinámico-exegética o interpretativa, la cual busca poner en la esfera de lo consciente lo que está oculto por la acción de los procesos inconscientes.

Concentrándonos en primer lugar en el psicoanálisis como ciencia histórica, podemos intentar una mayor profundización a partir de las ideas que nos ha aportado Gibson (24), cosa que puede facilitar el esclarecimiento de los puntos comunes que existen entre historiador y psicoanalista. Gibson indica que ser historiador quiere decir, sencillamente, que uno se interesa por lo que sucedió en el pasado. Y, en tal sentido, añadimos nosotros, el psicoanalista lo es, pues concentra parte de su trabajo en los eventos biográficos del analizado (especialmente en cómo los vivenció desde su realidad subjetiva), tratando de entresacar los claves más sobresalientes y significativas, para determinar así algunos de los factores que crearon los conflictos del individuo, teniendo siempre presente que es en las fallas del discurso verbal y no verbal del presunto recuerdo donde se expresa con más precisión lo inconsciente.

En sus respectivas tareas, tanto historiador como psicoanalista tratan de encontrar el mayor número de pistas, para, con el máximo rigor ético y científico posibles, intentar dar una explicación de lo que aconteció en tiempos pretéritos, a la luz de sus correspondientes sistemas teóricos: en uno y otro caso se manejan explicaciones propiamente históricas, las cuales apuntan más a motivos, razones, creencias, actitudes e intereses que a causas de naturaleza fiscalista. Ahora bien, el psicoanalista supera este nivel al tratar de acceder a explicaciones de tipo dinámico-exegética (explicaciones interpretativas), pues no se da por contento con la mera comprensión de eventos de la realidad subjetiva, sino que quiere captar, para transmitirlo después, el significado profundo que todo ello ha tenido y tiene para el sujeto, significado que éste, por la acción de sus defensas inconscientes, desconoce, gracias a lo que evita la angustia que el percatarse del mismo traería aparejado.

Si profundizamos algo más en el examen de las peculiaridades de la investigación histórica, pueden determinarse más similitudes entre historiador y psicoanalista: así, en la investigación histórica destacan dos cuestiones centrales: ¿qué ocurrió? y ¿por qué ocurrió? La respuesta a la primera pregunta nos enfrenta a la estricta reconstrucción histórica, que en ocasiones puede ser conjeturada o hipotetizada, lo que puede denominarse retrodicción, una forma invertida de predicción cuando parte de un cuerpo de principios generales. La respuesta a la segunda de las cuestiones nos conduce a la explicación histórica, no pudiendo ni debiendo identificarse ésta con la explicación causal, por muchas semejanzas formales y lógicas que ambas posean.

Cuando tales retrodicciones y explicaciones son genuinas exigen imprescindiblemente de un soporte de principios generales y particulares bien establecidos. Llamar leyes a tales principios es una cuestión secundaria, aunque sería razonable reservar tal epígrafe sólo para las regularidades que subyacen tras los fenómenos que acontecen de forma cerrada y determinista, como ocurre en el terreno físico. Sea como fuere, lo que hay que resaltar es que si un quehacer viene derivado de un cuerpo de principios (y por supuesto de leyes), ese quehacer es científico: y ello tiene lugar tanto en la historia como en el psicoanálisis.

Es bien cierto, sin embargo, que en los hechos históricos, y en general en la conducta humana individual, se da una circunstancia no buscada por sus estudiosos: la irrepetibilidad. Esto torna muy dificultosa la contrastación de las reconstrucciones y explicaciones en la historia y en la psicología. Es verdad que el psicoanalista tiene en este asunto ciertas ventajas sobre el historiador clásico, como es la posibilidad de comprobar más directamente si unas y otras son adecuadas, por ser más factible conectar conjeturas con eventos más o menos recientes e incluso actuales. Pero el psicoanalista también cuenta con limitaciones que debilitan su discurso científico, ya que, dado que trabaja con hipótesis-dichas, declarando a su analizado la reconstrucción que supone o la explicación histórica y la explicación interpretativa que cree que mejor se atienen a lo registrado, intervención que puede alterar la evolución

espontánea de los datos que sirvan para confirmar o refutar las conjeturas en juego, dándose el caso de que el sujeto que las escucha se oponga aun siendo certeras, o las acepte incluso siendo incorrectas, por la intervención de factores afectivos y cognitivos que lo mediatizan en uno u otro sentido. Esto, sin duda, es una limitación epistemológica seria, que sólo puede obviarse parcialmente cuando la experiencia muestra, en muchos casos o reiteradamente en un mismo sujeto, la validez de las conjeturas que se han manejado.

Historiador y psicoanalista, por otro lado, se valen de una amplia variedad de vestigios para alcanzar sus objetivos científicos: sin tales vestigios, que en todo caso han de ser reconstruidos y descritos a la luz de una teoría, la tarea de uno y otro es inviable. La operatividad de esta labor se torna mayor, además, cuando se da una evidencia acumulativa, que puede referirse tanto al caso individual como al conjunto de objetos o sujetos que comparten la misma característica. Por esta vía se facilita la superación de lo idiográfico, accediéndose a un escalón más alto de la ciencia, lo nomotético.

Como se acaba de decir, el hallazgo y la descripción de los vestigios se realiza, inevitablemente, en el contexto de una determinada teoría. Y, paralelamente, tales vestigios pueden confirmar los supuestos teóricos, debilidad epistemológica propia de las estrategias inductivas, de alguna manera presentes en la historia y en el psicoanálisis. Igualmente es cierto, desde luego, que una y otra pueden trabajar al modo deductivo, en cuyo instante se sitúan en un nivel epistemológico de superior categoría, pero tampoco esta alternativa garantiza el encuentro con la verdad (23).

Ahora bien, debe tenerse muy presente que, tanto en la historia como en el psicoanálisis (y en toda psicología humana), cualquiera que sea la estrategia investigadora (inductiva o deductiva), las validaciones de conceptos, hipótesis o principios (generales y particulares) tienen un carácter abierto y probabilístico, como corresponde a los eventos en que participa el hombre, dado que sus actos se ponen en marcha y se sostienen por deseos, propósitos, intereses, actitudes y otros elementos psicológicos, y no directamente por causas físicas, que son las que ocasionan una determinación más cerrada, más predecible. Y de aquí que sólo en este campo podamos hablar de genuinas leyes.

Ahora bien, aunque lo histórico sea importante en el trabajo psicoanalítico, lo esencial está en la tarea hermenéutica, terreno en el que los errores son más factibles, por su propia naturaleza y por la metodología que manejamos al respecto.

### *B) El carácter hermenéutico del psicoanálisis*

Tal como afirma Suárez (25), Ricoeur ha llevado a cabo un trabajo lúcido, riguroso y honesto para fundamentar epistemológicamente el psicoanálisis, contrastando el valor del discurso freudiano a la luz de la hermenéutica. Para Ricoeur (19) el avance epistemológico central del psicoanálisis freudiano es que supera lo energético por

medio de lo hermenéutico, gracias a lo que lo físico se abre a lo psicológico. Este hecho constituye, justamente, la razón de ser del psicoanálisis, en donde la energética pasa por una hermenéutica y ésta describe una energética.

Ciertamente, la perspectiva metapsicológica de Freud, en especial el punto de vista económico, se enraíza en lo biológico, en lo neurofisiológico, en lo energético. Pero, sin duda, el psicoanálisis trata de ir más allá de lo somático, buscando el sentido o significado personal (y también general) del deseo pulsional y de los productos más o menos ligados a él, como las temáticas que se establecen en las relaciones con el objeto, entrando en ese instante en un terreno puramente psicológico. Aquí la aportación metapsicológica dada por la perspectiva dinámica cumple un papel definitivo, pues permite acceder a lo hermenéutico, lo que supera la reconstrucción y la explicación históricas.

Las interrelaciones existentes entre lo histórico y lo hermenéutico no chocan en absoluto, puesto que ambas tareas se complementan, particularmente en el psicoanálisis. Lo que sí queda fuera de los intereses psicoanalíticos son los estudios fisiológicos, aunque en ningún caso se abandone la idea de que lo psíquico se funda en último término en un sustrato biológico: de aquí la inclusión de construcciones económicas en la metapsicología. Pero, ¿cómo es posible ligar la explicación económica, de carácter causalista, a la interpretación de significados? Para Ricoeur (19) el freudismo existe justamente porque supera este dilema, yendo más allá de la dicotomización cuerpo-mente que subyace en la fenomenología: gracias al modelo metapsicológico, la interpretación psicológica puede surgir, en un momento dado, por encima de la explicación causalista o económica. En efecto, el aparato mental conceptualizado por Freud, sobre la base de sus características estructurales, económicas, dinámicas y genéticas permite superar el dualismo inserto en el hecho de defender una explicación causalista-fisicalista versus una explicación interpretativa-psicológica, dado que tal aparato es descrito como un escenario donde la pulsión fisiológica se transforma en representación psíquica (fantasía, deseo), esto es, en pulsión psíquica, a partir de cuyos conflictos se construyen los rasgos de carácter y el comportamiento manifiesto, que esconden un significado o sentido de naturaleza inconsciente, que puede trabajarse exegéticamente.

Es claro que, en tanto disciplina hermenéutica, el psicoanálisis se sitúa más allá de los hechos manifiestos u objetivos, fisiológicos e incluso psicológicos, extrañándose si se pretende una validación de sus presupuestos y hallazgos con el metro empírico. No quiere ello decir que el psicoanálisis se oponga a ser tratado de esta forma en determinados aspectos de su teoría y de su quehacer, pero, como ha escrito el citado Ricoeur (19), no es lo mismo prestarse a una valoración empírica que hacer posible la contrastación empírica de una interpretación que se centra en la semántica del deseo: en este caso, las conjeturas psicoanalíticas han de considerarse bajo la condición de una probabilidad semántica del deseo, lo que no es igual que la probabilidad de un hecho observable por los órganos de los sentidos.

Tal planteamiento ha llevado a algunos a mantener que, al fin y a la postre, el soporte epistemológico del psicoanálisis es semejante al de la fenomenología, de modo que ambos enfoques serían similares. Ricoeur (19, 26) llama la atención sobre este error, pues aunque psicoanálisis y fenomenología tengan algunos puntos comunes (como el acto filosófico de la reducción, las implicaciones de los aspectos dialécticos del lenguaje, la intersubjetividad que ambos comportan y los componentes históricos que a los dos interesan), la fenomenología es esencialmente una disciplina reflexiva, mientras que el psicoanálisis no lo es (si acaso autorreflexiva); además, el desplazamiento metodológico que el psicoanálisis efectúa difiere bastante de la estricta reducción fenomenológica, persiguiendo asir con la interpretación el significado inconsciente del acto conductual, a diferencia de la fenomenología que se detiene en la comprensión vivencial, sin ir nunca más allá de la esfera de lo consciente.

Psicoanálisis y fenomenología, en todo caso, son dos quehaceres hermenéuticos, pero con planteamientos, compromisos y metodologías bien distintos. La hermenéutica psicoanalítica busca la traducción de un texto manifiesto, que ha sido deformado, alterado, censurado y oscurecido, engañando al propio sujeto: el encuentro con el último sentido lo hace el psicoanalista contando con los determinantes inconscientes, que se consideran las principales claves del carácter y de la conducta. Por ello, el eje central de su método y de su técnica es la interpretación, superando la manifestación incompleta o distorsionada del texto consciente.

Habermas (27), en una línea argumental semejante, nos dice que el psicoanálisis se presenta aparentemente como una hermenéutica que se atiene al modelo filológico que utiliza el fenomenólogo, pero si se mira atentamente el trabajo interpretativo del analista se distingue bastante del que el fenomenólogo lleva a cabo, no sólo por su particular objeto de interés, sino especialmente porque tiene muy en cuenta la dimensión inconsciente, tratando de ir más allá del elemento manifiesto asentado en la consciencia, que es donde se detiene el fenomenólogo. El psicoanálisis, sigue diciendo Habermas, se consolida como una tecnología particular porque Freud capta, en las acciones y expresiones aparentemente discordantes del neurótico, una intención, un sentido, un significado, cuyo origen se hunde en el inconsciente: la interpretación analítica se ocupa, así, de aquellos contenidos deformados, alterados y mutilados a través de los que el sujeto se engaña a sí mismo, con lo que la hermenéutica filológica de Dilthey se transforma en el psicoanálisis en una hermenéutica de lo profundo.

La hermenéutica psicoanalítica, por otra parte, no tiene como objetivo final la mera comprensión intelectual de contenidos simbólicos, como acontece en las tradicionales ciencias del espíritu, sino que su meta principal está en lograr que el sujeto alcance una autocomprensión saturada de afectos (insight): no basta, e incluso desde el punto de vista terapéutico es inútil, que el psicoanalista proponga un significado del acto o del contenido mental y que el analizado lo acepte intelectualmente, puesto

que es imprescindible que éste, superando las barreras de las defensas/ resistencias, tenga ocasión de experimentar el ¡ah! cognitivo y afectivo que indica que su yo ha alcanzado la total comunicación con contenidos antes inaccesibles (27).

Finalmente, el psicoanálisis necesita de un complejo proceso de translaboración, por medio del cual pueden superarse todas las resistencias y asumirse los contenidos reprimidos: el psicoanálisis no busca, pues, un mero análisis seguido de una síntesis, sino lo que Habermas (27) bautizó como autorreflexión y Lorenzer (28, 29) como tarea crítico-hermenéutica, que en lenguaje psicoanalítico sería hacer consciente lo inconsciente, pasar lo que está regido por el proceso primario al proceso secundario o cambiar el dominio del ello en dominio del yo, relacionando lo expresado con los oportunos elementos inconscientes (30), transformando lo ignoto en conocido y lo ingobernable en controlable. Semejante idea late en la fórmula lacaniana que sitúa como meta pasar al orden simbólico lo que está en el orden imaginario.

Cuestión aparte es que la hermenéutica aún está lejos de establecer un cuerpo de principios bien asentados y contrastados, lo que aboca en una afirmación que algunos se resisten a pronunciar: siendo el saber psicoanalítico científico, es todavía muy inmaduro y provisional. Pero, en todo caso, no es en el terreno empírico-experimental, ni en leyes deterministas que permitan una explicación causal donde está su lugar, ni tampoco en el hallazgo de un cuerpo de principios que justifiquen ciertas explicaciones funcionales o en reconstrucciones de la esfera de lo consciente que aboquen en una explicación histórico-comprensiva de los hechos, sino en una categoría distinta de saberes científicos: en lo histórico-hermenéutico, campo dotado de un cuerpo de principios generales y particulares que puedan ser un buen pilar para las explicaciones interpretativas a la luz de los determinantes inconscientes.

#### ■ ESTRUCTURA LÓGICA DE LA ACTIVIDAD PSICOANALÍTICA

Es necesario plantear ahora la estructura lógica de la actividad psicoanalítica, que afecta tanto a la reconstrucción histórica como a la estricta interpretación, así como las posibilidades de la contrastación de sus hallazgos, todo lo cual supone enfrentarse a los fundamentos epistemológicos de estos instrumentos técnicos, claves en el psicoanálisis en cualquiera de sus facetas. En tal sentido, se implican al menos tres aspectos particulares, que suponen tres problemas epistemológicos distintos: el carácter explicativo de la reconstrucción y de la interpretación, el asunto referido al aspecto semántico de ambas y la vertiente instrumental (especialmente terapéutica) de los dos instrumentos.

Vamos a tratar de mostrar que la actividad del psicoanalista se sedimenta en una estrategia común a la que usan otros investigadores científicos, aunque poseyendo determinadas peculiaridades que impiden la obtención de un rango epistemológico indiscutible.



## ■ LA CARA EXPLICATIVA DE LA RECONSTRUCCIÓN Y DE LA INTERPRETACIÓN

Como ha dicho Klimovsky (31), el asunto relacionado con la naturaleza explicativa de la interpretación psicoanalítica (y para nosotros también el relacionado con la reconstrucción histórica) es de orden gnoseológico, debiéndose relacionar con el tipo de conocimiento que ocasiona. Podemos afirmar al respecto que tales intervenciones suponen habitualmente conjeturas con una pretensión explicativa (histórica, económica, dinámica) o comprensiva (semántica) sobre determinados fenómenos conductuales humanos, lo que trae consigo importantes cuestiones epistemológicas. En tal sentido, lo primero a afirmar es que la reconstrucción histórica o la interpretación psicoanalíticas, cualquiera que sea su contenido, suponen sin duda un acto de conocimiento, una especie de afirmación que hace el psicoanalista respecto al contenido o significado de determinado material verbal, o en general conductual, observado en el analizado, pudiendo también adelantarse a la aparición de tal material, en función de vivencias contratransferenciales y de ciertos elementos teóricos que asume.

En todo caso, cuando el psicoanalista reconstruye o interpreta formula una proposición o sentencia declarativa, algo que puede ser acertado o equivocado. En algunos casos, además, tal proposición es de naturaleza hipotética, desconociéndose en principio la dosis de verdad o falsedad que posee, duda que afecta tanto al psicoanalista como al psicoanalizado. Solamente, y con todas las limitaciones que ello conlleva, tras captar uno y otro los efectos que sus intervenciones traen consigo en los nuevos datos que aparecen, la reconstrucción y la interpretación empiezan a perder su carácter conjetural, para permitir su posible confirmación o refutación.

El psicoanalista trata con dos tipos de contenidos, el manifiesto (que puede ser estimado de naturaleza empírica) y el latente (que es de naturaleza distinta, pues no puede ser observado por los sentidos). Es cierto que el psicoanalista mantiene que ambos contenidos están íntimamente relacionados, pero, en todo caso, es evidente que entre los dos hay un salto epistemológico, lo que se capta cuando se intenta sus respectivas descripciones. De tal asunto deriva, evidentemente, uno de las cuestiones epistemológicas más nucleares del psicoanálisis: ¿cómo es posible fundamentar el conocimiento del inconsciente (material de tipo latente) y de qué manera debe ser ordenado y sistematizado este saber, habida cuenta que se trata de algo inferido o supuesto, y no de una realidad directamente observable?

Debe tenerse en cuenta, en este asunto, que cuando se reconstruye o se interpreta a partir de lo manifiesto, no se está describiendo ni correlacionando, ni se está colocando un hecho descriptivo en el contexto de otro hecho descriptivo, sino que se está trascendiendo del dato empírico al dato teórico, de lo objetivo a lo subjetivo, incluso de lo físico a lo psíquico. ¿Cómo es ello posible? Para aclarar esta cuestión es útil recurrir al esclarecimiento de las estrategias que sigue el psicoanalista en su quehacer: la inductiva y la deductiva.



### ■ LA ESTRATEGIA INDUCTIVA

En la investigación científica existen varios procedimientos para tener acceso a lo que no es directamente cognoscible, desde la utilización de soportes tecnológicos sofisticados hasta el uso de métodos exegeticos. Pero, en todo caso, hay que contar con una teoría y con las oportunas reglas de correspondencia (aportadas desde luego por el propio sistema teórico) entre las construcciones derivadas de la teoría y los hechos sensibles, para así poder ir más allá de lo físicamente observable, es decir, del material empírico o manifiesto: tal acto supone la utilización de una estrategia de naturaleza inductiva.

Pues bien, la reconstrucción histórica o la interpretación psicoanalíticas pueden apoyarse, y de hecho así acontece, en los hechos conductuales manifiestos que se observan en el analizado (palabras, gestos, etc.), induciendo cuál fue la realidad vivida o fantaseada en el pasado y su significado a la luz de la dinámica inconsciente, contando con la oportuna teoría y con las adecuadas reglas de correspondencia. En ocasiones, lo observado (que podemos llamar O) se vincula con lo inconsciente conjeturado (que denominaremos Ic) mediante la conocida regla si O, entonces Ic. Un empirista rígido afirmaría que, en tal caso, lo único que deberíamos afirmar es que conocemos O, debiéndonos limitar a describirlo, lo que conlleva que todo acto de conocimiento no supone ningún sustrato teórico. Para otros, sin embargo, todo genuino conocimiento científico implica algún concepto teórico (aun contando con que el investigador lo desconozca o lo niegue), pues si lo teórico no subyace es imposible captar algo significativo: así, cuando se observa un material celular a través de un microscopio, no se verá nada con sentido, salvo que se tenga en la cabeza alguna construcción teórica sobre la citología.

Evidentemente, igual que cualquier otro científico, el psicoanalista efectúa sus inducciones en función de su marco teórico, traduciendo que tras O está Ic, con todas las limitaciones que derivan de la amplitud y riqueza de la conducta y de la parcialidad y provisionalidad de sus teorías. En tal lectura, cuando se trata del compromiso histórico, la regla de correspondencia sería si tenemos un elemento 'O', tiene que estar también un elemento 'Ic' del pasado y si el compromiso es hermenéutico, la regla de correspondencia que se maneja sería si tenemos un signo 'O', constituido por elementos observables, tal signo está en el sentido 'Ic', no observable. En cualquier caso, se entiende que O es condición suficiente para Ic y que Ic es condición necesaria para O, relación legal que enseña la teoría, que tiene todas las posibilidades de error que se quieran, pero que es perfectamente asumible desde la epistemología.

### ■ LA ESTRATEGIA DEDUCTIVA

La legalidad más profunda y consistente es, sin embargo, inversa a la discutida, asentando en una estrategia deductiva, también usual en la investigación y práctica psicoanalíticas, valiéndose de la argumentación que mantiene que un contenido

latente o inconsciente de naturaleza hipotética (HIc) es la condición suficiente y que el contenido manifiesto (O) es la condición necesaria: esto es, si existe un determinado material inconsciente (HIc) se dará, probablemente, una concreta conducta manifiesta (O). En este caso se está llevando a cabo una estrategia deductiva que se atiene al modelo de cobertura legal de Hempel, de categoría epistemológica superior a la inductiva.

En efecto, tanto en la reconstrucción-explicación histórica como en la interpretación-explicación hermenéutica se pone sobre el tapete una hipótesis y se deducen una serie de consecuencias, con arreglo a un principio general o unos principios concretos, siendo posible verificar si aquella conjetura se cumple o no, a partir de la observación de los hechos que aparecen en la conducta manifiesta, o, en el caso terapéutico, teniendo en cuenta la finalidad instrumental del psicoanálisis, esto es, los efectos positivos que se establecen.

No puede negarse que la teoría psicoanalítica es una rica fuente de hipótesis y deducciones, sometibles a una eventual contrastación, habitualmente teniendo en cuenta el contexto clínico, aunque también es posible la contrastación observacional sin más, como se efectúa en el terreno evolutivo, sociológico, etc. En todo caso, en el encuentro psicoanalítico de naturaleza terapéutica es donde más adecuadamente se puede llevar a cabo la verificación-refutación de las conjeturas analíticas, sucediendo las cosas aproximadamente así: cuando un psicoanalista ha recogido, por medio de una peculiar observación participante, determinada cantidad de material manifiesto, a través de un procedimiento racional y también intuitivo se plantea las eventuales hipótesis explicativas, ya históricas, ya hermenéuticas, tratando después de advertir cuáles de ellas se ajustan mejor a los elementos en juego. Esto plantea, sin duda, nuevos problemas epistemológicos, pues los que crearon la lógica ya dijeron que sus leyes sólo garantizan que si se parte de verdades se llegue a verdades, pero advirtieron también que, aun razonando correctamente, de lo falso puede deducirse lo verdadero. O dicho de otra forma: la lógica no garantiza nada acerca de lo que pasa si se parte de hipótesis equivocadas, pues no es imposible que desde ellas se deriven consecuencias verdaderas, y éstas no garantizan de ningún modo la validez de las conjeturas manejadas.

En el trabajo psicoanalítico hay, además, otros inconvenientes, que antes se insinuaron, a la hora de enjuiciar su valor científico: dado que la reconstrucción histórica y la interpretación dinámica suponen un decir, un desvelar al sujeto lo que se presume, esto puede condicionar los hechos siguientes, que son los que confirmarán o refutarán aquéllas. Puede suceder, incluso, que siendo correcta la reconstrucción o la interpretación, el sujeto las rechace por la actuación de resistencias inconscientes u otras circunstancias; pero también puede acontecer que, siendo erróneas, las confirme, por razones transferenciales o de otro orden. Esto hace que las reconstrucciones e interpretaciones psicoanalíticas en ocasiones se tornen autopredictivas, y por ello de alguna manera suicidas frente a su contrastación científica.

## ■ LA CARA SEMÁNTICA DE LA RECONSTRUCCIÓN Y DE LA INTERPRETACIÓN

El carácter semántico o comprensivo del psicoanálisis tiene que ver con la función simbólica o de signo que está contenida en los más variados actos conductuales manifiestos, ya se trate de una asociación verbal libre, un lapsus, un acting-out, un síntoma, un rasgo caracterial, un fenómeno transferencial, etc. En tal sentido, reconstruir e interpretar supone un ejercicio estrictamente hermenéutico, un acto mediante el cual se trata de dar sentido o significado (precisamente el determinado por el inconsciente, contando con el ambiente y la cultura en que se ha desenvuelto el sujeto) a un significante concreto, justamente el formado por el hecho reconstruido o expresado en el campo de las relaciones transferenciales o en menor medida en la vida diaria del sujeto. Naturalmente, todo esto implica que lo manifiesto no sólo posea una relación legal con lo latente, sino también una relación de sentido.

En este plano, el más genuino del psicoanálisis, nos enfrentamos con lo que podríamos llamar la semiótica psicoanalítica, que es un campo en desarrollo, no habiendo logrado aún una suficiente madurez, como lo expresa el hecho que viene dado por las distintas interpretaciones que pueden darse a un determinado significante en función de los posicionamientos teóricos asumidos. Esto se complica, además, por el hecho de que siempre se da una multideterminación del signo, interviniendo en ello no sólo las peculiaridades individuales, sino también las culturales e históricas, personales y de toda la humanidad, como las aportaciones junguianas han revelado, aunque éstas insisten en ciertos elementos comunes y universales. En cualquier caso, todo ello conduce al carácter altamente probabilístico de la semántica del hecho interpretado: de aquí la insistencia psicoanalítica en evaluar la interpretación en el contexto metodológico dado por su sistema, que procura la observación reiterada, la acumulación de datos, el profundo conocimiento biográfico y la liquidación de las resistencias que impiden al analizado el acceso al significado inconsciente del elemento en cuestión.

Naturalmente, al efectuar la tarea de dar sentido a lo psicológico, también se sirve el psicoanalista de una estrategia inductiva o deductiva. Al respecto, ha de admitirse que, tanto en una como en otra estrategia, o en la búsqueda de explicaciones históricas o explicaciones exegéticas, en el psicoanálisis se da una cobertura epistemológica laxa, y, consiguientemente, contestable desde posicionamientos científicos más maduros. Pero esto no quiere decir, de ninguna forma, que el trabajo psicoanalítico reconstructivo e interpretativo sea un juego azaroso ajeno a los presupuestos de una actividad investigadora, que se maneja con fines manipuladores o interesados. Hacer equivalentes la magia y el psicoanálisis es una actitud prejuiciada donde uno está tentado de traer a colación, por mucho que quiera evitarlo, el argumento ad hominem. Más razonable sería, quizás, mantener que el psicoanálisis es, en ciertos aspectos, una contraciencia, que pone en crisis los supuestos tradicionales de las ciencias positivas.

#### ■ ASPECTO INSTRUMENTAL DE LA RECONSTRUCCIÓN Y DE LA INTERPRETACIÓN

La reconstrucción y la interpretación psicoanalíticas, por último, tienen compromisos instrumentales, de naturaleza más terapéutica que investigadora o científica. Ciertamente, el psicoanalista, en su quehacer cotidiano, no maneja las reconstrucciones e interpretaciones buscando el hallazgo de legalidades científicas, sino especialmente intentando originar una serie de efectos clínicos deseables, a partir de los cambios metapsicológicos que pone en marcha en los conflictos inconscientes del analizado. La teoría y la práctica psicoanalíticas mantienen que el trabajo psicoanalítico, y en particular la interpretación, ocasiona que los contenidos inconscientes, que mantienen activos los conflictos, puedan pasar a la esfera de lo consciente, al proceso secundario o al dominio del yo, a través de la liquidación de las defensas/resistencias y de los oportunos insights, así como de las acompañantes experiencias emocionales correctoras.

Pues bien, así como el principal problema epistemológico en el campo de la gnoseología era encontrar la verdad, lo decisivo en el terreno instrumental es lograr un cambio caracterial y conductual rápido, estable y adecuado, es decir, una intervención terapéutica efectiva, eficaz y eficiente, criterio de orden tecnológico y no estrictamente científico. Por consiguiente, el tema de la instrumentalidad se liga al de la técnica. Y en este sentido, el psicoanálisis ha establecido con bastante precisión las condiciones y los contenidos del proceso terapéutico, los instrumentos de trabajo, los objetivos inmediatos y lejanos y las anomalías y las etapas del curso de la terapia, así como los caminos necesarios para adquirir la técnica. Así mismo, se ha buscado y se busca una contrastación objetiva de los cambios terapéuticos (resultados, procesos), lo que ha alcanzado recientemente un nivel muy aceptable. Pero, en todo caso, no puede olvidarse que el psicoanálisis, como intervención terapéutica, supone un encuentro humano, con todos los ingredientes de espontaneidad, de respeto, de genuino amor e incluso de arte que tal hecho debe traer aparejado. Y todo esto, desde luego, escapa a los parámetros de la ciencia.

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez-Barranco, A., Naturaleza histórico-hermenéutica del saber psicoanalítico, *Revista de Historia de la Psicología*, 3-4, 1991, 351-355.
2. Sánchez-Barranco, A., La condición científica del psicoanálisis, *Apuntes de Psicología*, 36, 1992, 57-76.
3. Sánchez-Barranco, A., Naturaleza de la investigación psicoanalítica: reflexiones epistemológicas, *III Jornadas de Psicoanálisis en la Universidad*, Gerona, noviembre 1992.
4. Bridgman, P.W., Operational Analysis, *Philosophy of Science*, 5, 1938, 114-131.

5. Bridgman, P.W., Some General Principles of Operational Analysis, *Psychological Review*, 52, 1945, 246-249.
6. Madison, P., Freud's Concept of Repression and Defense. *Its Theoretical and Observational Language*, Minneapolis, Minnesota University Press, 1961.
7. Sullivan, H.S., *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, New York, Norton, 1953.
8. Sullivan, H.S., *The Fusion of Psychiatry and Social Science*, New York, Norton, 1964.
9. Fine, R., *Historia del psicoanálisis*, 2 tomos, 1979, Buenos Aires, Paidós, 1982.
10. Chrzanowski, G., *International Approach to Psychoanalysis*, New York, Wiley, 1977.
11. Rapaport, D., El modelo conceptual del psicoanálisis. En *El modelo psicoanalítico, la teoría del pensamiento y las técnicas proyectivas*, 1951, Buenos Aires, Hormé, 1978, 9-44.
12. Rapaport, D., *La estructura de la teoría psicoanalítica*, 1960, Buenos Aires, Paidós, 1971.
13. Peterfreund, E., The Need for a New Theoretical Frame of Reference for Psychoanalysis, *Psychoanalytic Quarterly*, 44, 1975, 534-549.
14. Peterfreund, E. y Schwartz, J.T., *Información, sistemas y psicoanálisis*, 1971, México, Siglo XXI, 1976.
15. Gear, M. y Liendo, E., *Acción psicoanalítica*, Caracas, Monte Ávila, 1976.
16. Gear, M. y Liendo, E., *Informática psicoanalítica*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1977.
17. Klein, G.S., *Psychoanalytic Theory*, New York, International University Press, 1976.
18. Schafer, R.S., *A New Language for Psychoanalysis*, New Haven, Yale University Press, 1976.
19. Ricoeur, P., *Freud: una interpretación de la cultura*, 1965, México, Siglo XXI, 1975.
20. Sánchez-Barranco, A. *La condición científica del psicoanálisis. Consideraciones epistemológicas*, Sevilla, Universidad de Sevilla, 1986.
21. Sánchez-Barranco, A., El psicoanálisis, una ciencia hermenéutica. En *La psicología hoy. De la teoría a la intervención*, Sevilla, Universidad Nacional de Educación a Distancia, monografía 0, 1986, 9-27.
22. Sánchez-Barranco, A., *Historia y fundamentos (conceptuales y epistemológicos) de la técnica psicoanalítica*, Sevilla, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Básica y Metodología (Universidad de Sevilla), 1988.
23. Sánchez-Barranco, A., *Técnica psicoanalítica. Desarrollo histórico, conceptos fundamentales y fundamentos epistemológicos*, Sevilla, Arquetipo, 1993.
24. Gibson, Q., *La lógica de la investigación social*, 1959, Madrid, Tecnos, 1982.

25. Suárez, A., Nota preliminar. En P. Ricoeur, *Freud: una interpretación de la cultura*, México, Siglo XXI, IX-XI, 1975.
26. Ricoeur, P., *Hermenéutica y psicoanálisis*, 1969, Buenos Aires, La Aurora, 1979.
27. Habermas, J., *Conocimiento e interés*, 1968, Madrid, Tecnos, 1982.
28. Lorenzer, A., *El lenguaje destruido y la reconstrucción psicoanalítica*, 1970, Buenos Aires, Amorrortu, 1977.
29. Lorenzer, A., *Bases para una teoría de la socialización*, 1972, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.
30. Fornari, F., Teoría semiótica de la interpretación psicoanalítica. En L. Grinberg (comp.), *Prácticas psicoanalíticas comparadas en las neurosis*, Buenos Aires, Amorrortu, 1977, 46-47.
31. Klimovsky, G., Aspectos epistemológicos de la interpretación psicoanalítica. En E.R. Etchegoyen, *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Buenos Aires, Amorrortu, 1986, 433-456.

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

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

Fernando Sánchez-Barranco Vallejo  
Médico  
Sevilla. España

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





SECCIÓN



HISTORIA





*Francisco Balbuena Rivera*

## COMPROMISO SOCIAL E IDEALES POLÍTICOS EN PAUL FEDERN\*

PAUL FEDERN – SOCIAL COMMITMENT AND POLITICAL IDEALS

### ■ RESUMEN

En este trabajo se reflexiona acerca de la labor política y de genuino compromiso social desarrollada por P. Federn desde su doble rol de psicoanalista y de militante del partido socialdemócrata austriaco, tareas en las que resultó decisiva la influencia ejercida por el psicoanálisis freudiano, como así se manifiesta en su ensayo intitulado *Psicología de la revolución: la sociedad huérfana de padre* (1919), en el que expresa sus reflexiones acerca de lo que acaecido en Europa después de 1918, de las que se hará eco S. Freud, que lo citará dos años después en *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), siendo esto interpretado por algunos autores como muestra de la influencia de Federn en su redacción. El auge del nazismo, sin embargo, truncará las esperanzas de cambio sociopolítico propugnadas por Federn, que se exiliará a Estados Unidos, en donde su pretérita adscripción política será malinterpretada, al equipararse socialdemócrata con comunista, siendo entonces denunciado en un periódico neoyorquino, eclipsando así la seria labor de crítica social desplegada por Federn a lo largo de toda su vida.

Palabras clave: P. Federn, S. Freud, psicoanálisis, política.

### ■ ABSTRACT

This study considers the political involvement and genuine social commitment developed by P. Federn from the perspective of his dual role of psychoanalyst and activist within the Austrian social-democratic party. The influence of Freudian psychoanalysis in both these spheres was to prove decisive, as can be seen in his essay *Psychology of the Revolution: the fatherless society* (1919), in which he expresses his reflections on events in Europe after 1918. Freud himself would echo his thoughts, citing the essay two years later in *Group Psychology and the Analysis of the Ego* (1921), which some commentators see as evidence of Federn's influence on the work. The rise of Nazism, however, put paid to Federn's hopes for socio-political change, and he left Europe for the United States, where his previous political affiliations were misinterpreted, as social-democracy was equated with communism. He was denounced by a New York newspaper and his life-long work as social critic was undermined.

Key words: P. Federn, S. Freud, psychoanalysis, politics.

\* El autor desea expresar su agradecimiento por la ayuda prestada en la elaboración de este artículo a Ernst Federn, así como a Joss Pinches en la redacción del resumen en inglés.



## ■ EL INICIO DE LA ACTIVIDAD POLÍTICA BAJO LA ÓPTICA PSICOANALÍTICA

Aun cuando las simpatías políticas de P. Federn (1871-1950) por el partido socialdemócrata se remontan a su temprana juventud, alentadas posiblemente por influencia de sus padres, Salomon Federn (1831-1920) y Ernestine Spitzer (1848-1930), dado el talante liberal, humanista y libre pensador del primero y el serio compromiso de la segunda con los derechos de la mujer, como así se evidencia en su participación en la creación en la década de 1890 en Viena de la Escuela de Arte para mujeres y chicas jóvenes o en su amistad con Marianne Hainisch (1839-1936), una de las pioneras en el movimiento de emancipación de las mujeres, cuyo hijo llegó a ser presidente de la República austriaca en 1920 (1), no fue hasta 1918, a la edad de 47 años y finalizada la Primera Guerra Mundial, cuando P. Federn ingresa en sus filas, convencido quizás tras su labor como médico militar de que sólo una activa militancia política es capaz de propiciar los cambios sociopolíticos que Austria requiere, siendo entonces designado concejal de distrito, tarea que compagina con una incesante actividad en la Sociedad de médicos socialdemócratas (2).

Junto a ello, en 1919, imparte un ciclo de conferencias en la asociación vienesa Monistenbund (3), cuyo contenido sustentará en su reciente participación bélica y en la obra freudiana hasta entonces editada, apareciendo aquellas compiladas ese mismo año en un trabajo intitulado Psicología de la revolución: la sociedad huérfana de padre (4). En éste, como punto de partida se alude al nuevo escenario sociopolítico generado tras la desmembración del Imperio Austrohúngaro, al que considera resultado de una revolución política, sintiéndose sin embargo más interesado por analizar lo que llama revolución social, inspirándose para ello en lo sucedido tras la Revolución rusa de octubre de 1917 y concretamente en el papel determinante ejercido por ciertos colectivos sociales (trabajadores, soldados y campesinos) en el logro del nuevo orden sociopolítico. Vinculado con ello, y contrariamente a lo defendido por miembros del partido socialdemócrata alemán, que responsabilizan a la propaganda rusa de la creación de comités de trabajadores y soldados en otros países, P. Federn (4) atribuye la puesta en marcha de aquellos a los propios sujetos, que cansados de la inercia estatal deciden democráticamente agruparse para defender sus derechos colectivos, recurriendo a la huelga general cuando todas las medidas previas adoptadas han fracasado frente al poder político instituido.

Para explicar la adopción de tal postura colectiva, P. Federn (4) se sirve del saber freudiano, al juzgar que es mediante éste como es posible alcanzar una explicación dinámica y profunda de los determinantes conscientes e inconscientes que gobiernan la conducta individual y grupal.

Esto último, como muy acertadamente afirma Ekstein (5), no implica que el objetivo teórico de P. Federn fuera psicologizar la Historia, sino sólo amplificar las hipótesis formuladas desde la psicología social o de masas acerca de lo que había supuesto para Europa la Primera Guerra Mundial y el camino que, tanto el individuo

como la sociedad, debía seguir a raíz de la nueva situación sociopolítica creada. Con ello, P. Federn se anticipaba al ensayo freudiano *Psicología de las masas y análisis del yo* (6), si bien es cierto que, con anterioridad a ello, en algunas misivas de Freud que datan de la primavera de 1919 éste ya refiere su deseo de redactar un escrito que explique la psicología de las masas, lo que se materializará en un primer borrador en agosto de 1920, que alcanzará su forma definitiva en febrero del año siguiente, siendo pocos meses después publicado (7).

Buceando en el intercambio epistolar de Freud no hemos hallado sin embargo ninguna alusión acerca de tal cuestión previa a 1920, encontrándose las primeras referencias en las misivas que dirige el mismo día, concretamente el 8 de febrero de 1920, a M. Eitingon (1881-1943), S. Ferenczi (1873-1933) y E. Jones (1879-1958), en donde le confiesa al primero que había comenzado a redactar *Psicología de las masas*, mientras que a los otros dos que cuando le detenían las dificultades surgidas con *Más allá del principio del placer* se volvía a *Psicología de las masas*, en torno al que meditaba de forma lenta y dubitativa (8). En similares términos Freud volvía a expresarse en una carta fechada el 21 de junio de 1920, en la que le indicaba a K. Abraham (1877-1925) que se llevaba a Bad Gastein un trabajo que estaba germinando con dificultad, en clara referencia a *Psicología de las masas*.

En términos más esperanzadores acerca del avance de este ensayo se expresaría posteriormente Freud a Ferenczi en una carta fechada el 20 de agosto de 1920, en la que aquél anunciaba algunos progresos realizados en la redacción del citado trabajo, de lo que surgiría un borrador que fue terminado a finales de ese mismo año, siendo leído por Abraham y Eitingon, al último de los cuales Freud le informaba en una misiva del 17 de febrero de 1921 que había comenzado de nuevo a redactar *Psicología de las masas*, del que ya había escrito ocho páginas.

La culminación de este trabajo, en todo caso, se produce el 14 de junio de 1921, cuando Freud le expresa por carta a Jones que ya había recibido el primer ejemplar editado del libro, comunicándole a la par que le llegaría una copia de éste acompañada de su traducción inglesa por mediación de la señora Strachey, hacia cuyo esposo y ella misma, como máximos responsables de la versión inglesa de *Psicología de las masas*, Freud le rogaba a Jones que se mostrara amable, al ser consciente de las dificultades inherentes que todo proceso de traducción conlleva de una lengua a otra.

La última referencia encontrada en torno a este libro alude a los comentarios manifestados por Freud a Romain Rolland (1866-1944) en una misiva del 4 de marzo de 1923, en donde le expresa que, si bien no considera este trabajo especialmente satisfactorio, sí cree que llega a ser una comprensión de la sociedad (8).

## ■ DINÁMICA INTRAPSÍQUICA Y GRUPAL EN P. FEDERN (1919) Y S. FREUD (1921)

La pérdida de la autoridad paterna representada en la figura del emperador del Imperio Austrohúngaro dejó a muchos súbditos huérfanos del padre simbólico proyectado en tal figura imperial, forzando así a replantearse el orden sociopolítico previamente establecido, lo que en otra esfera de influencia social, el ámbito íntimo familiar, ya había atraído el interés científico del psicoanálisis freudiano, como así manifiestan C. Schorske, W. Johnston o J. L. Rider, para quienes la invención del saber psicoanalítico en Viena fue fruto del sentimiento social que existía acerca del declive de la función paterna y la gran preocupación por reevaluar la posición simbólica del padre (9).

El derrumbe del antiguo Régimen era así equiparado, si bien con matices diferentes, dada la activa militancia política de P. Federn (4) y la postura crítica pero no comprometida políticamente de S. Freud (6), al de una familia en donde la fratría ha perdido la cabeza rectora, abocando de esta forma a sus miembros a la búsqueda de una figura sustitutiva del padre, para cuya elección se guiarán de las similitudes inconscientes que tales vástagos hallaran en los distintos referentes sociales (maestro, ministro, emperador, etc.) y la figura fallecida. En el amplio espectro de estos últimos, en opinión de P. Federn (4), habría algunos que se acercarían en mayor medida a la imagen idealizada del padre, mientras otros se alejarían, sirviendo tal proceso de identificación como un índice del grado en el cual el sujeto sintoniza o no con las instituciones sociales (por ejemplo la Iglesia o el Estado), a las que juzga fiel reflejo de las distintas imagos de los padres. A un nivel individual, no ya institucional, P. Federn (4) corporeiza una de tales imagos en Friedrich Adler (1879-1960), secretario del partido socialdemócrata austriaco, quien se tornó en símbolo de resistencia para los trabajadores, dada su firme oposición a que Austria participara en la Primera Guerra Mundial, para lo que no dudó en asesinar en 1916 al ministro de guerra austriaco, siendo condenado a muerte y después liberado en noviembre de 1918 (5).

Bajo esto último, en un plano más abstracto, lo que late a nuestro entender es el tránsito de una sociedad de tipo patriarcal, asentada en la pretêrita autoridad del padre, a otra basada en el gobierno de los hijos, cuya viabilidad futura exigirá modificar los presupuestos y normas educativas en los que se sustenta la familia tradicional, que habrán de ser sustituidos por otros de carácter matriarcal o de otra naturaleza, siendo en todo ello de vital importancia la nueva conciencia social surgida tras la Primera Guerra Mundial (4).

Como fuente de inspiración de tales premisas está las ideas freudianas expuestas en Tótem y tabú (10), donde la sociedad es juzgada fruto de la responsabilidad común del crimen cometido en los albores de la civilización (el asesinato del padre), lo que ocasionó intensos sentimientos de culpa, instaurándose después los dos principios morales básicos: no matarás y no tendrás relaciones incestuosas. Fruto de ello, a nivel

social, tras una fase de ginecocracia, se habría reinstaurado la jefatura del padre, pagándose el tributo de la divinización de la madre, siguiéndose así las directrices del mandato del padre y para garantía del clan (11).

Acomodando esto último a sus ideas de corte socialdemócrata, Federn (4) destaca la notoriedad que los comités de trabajadores adquieren en Austria después de 1918, al convertirse en revulsivo y pieza clave de cambio social, en clara oposición al papel hasta entonces ejercido por el parlamento austriaco como signo indiscutible del poder absoluto del padre representado en la figura del emperador. Los comités, así concebidos, hacen factible que una hermandad filial basada en el mutuo respeto y diálogo entre sus miembros pueda existir, algo del todo imposible bajo el pretérito mandato imperativo del padre.

En un plano diferente, la nueva dinámica social generada a causa de la caída del antiguo régimen absolutista y la instauración de la República Austriaca es asemejada por Federn (4) a la situación personal a la que se enfrentan los emigrantes europeos afincados en Estados Unidos, quienes al marcharse del viejo continente dejaron atrás muchos de los sentimientos hostiles que caracterizaban sus relaciones paterno-filiales, lo que no evita que en su nuevo hogar, aun poseyendo idénticos derechos y deberes civiles que el resto de los ciudadanos norteamericanos, los miembros (hermanos) de las diferentes etnias y credos, dada la falta de un origen común, precisen generar de forma inconsciente una imagen social colectiva del padre, esto es, del país o patria en donde conviven.

Con todo, Federn (4) alude también al clima social que caracteriza la sociedad estadounidense, ayudándose para ello de sus impresiones personales generadas en 1914, cuando fue invitado a impartir una serie de conferencias en la ciudad de Nueva York (12), en donde también fueron requeridos sus servicios para tratar a Herbert H. Lehman (1878-1963), entonces aquejado de una tartamudez psicógena, que más tarde llegaría a ser gobernador del Estado de Nueva York y senador (13), llamándole la atención el enorme sentimiento comunitario y elevado nivel de participación de la población en distintas tareas sociales, señalando como ejemplo de ello lo sucedido en la enseñanza reglada en Norteamérica, donde los discentes se implican activamente en gran diversidad de actividades, favoreciendo así valores como el respeto, la tolerancia, etc. propios de un gobierno republicano.

En lo que respecta a Freud (6), en la introducción de su escrito señala la falsa pugna que habitualmente se ha creado entre la psicología individual y la psicología social o de masas, al juzgar que ambas necesitan del concurso de la otra para acceder a una adecuada explicación de la conducta individual y grupal.

Esto último, no obstante, no le impide referir las excelencias y deméritos que caracterizan al individuo en su inextricable vínculo con el alma colectiva o masa psicológica, sirviéndose para ello de las ideas referidas por Gustave Le Bon (1841-1931) en su ensayo titulado Psicología de las masas (14), afirmando como rasgos distinti-



vos del sujeto sometido a la influencia del grupo el extraordinario acrecentamiento de su afectividad y la notable merma experimentada en su rendimiento intelectual, dando así lugar a una inhibición de funciones intelectuales tales como la capacidad de crítica, el juicio y el razonamiento lógico.

Como posible explicación de ello señala la sugestionabilidad de los individuos a lo que sucede en el grupo, juzgando como otro factor explicativo fundamental los lazos sentimentales generados entre quienes integran la masa grupal (6). Asimismo, dentro de las masas diferencia entre aquellas que poseen un conductor y las que no lo poseen, enumerando como ejemplos representativos de las primeras a la Iglesia y al Ejército, que, mediante cierta compulsión externa, impiden la disolución de quienes los integran. Paralelamente a ese elemento favorecedor de la cohesión interna de tales grupos, cada uno de sus componentes poseen una doble ligazón libidinosa, al mantener lazos afectivos con el conductor (Cristo, general en jefe) y con los otros sujetos que conforman la masa. De ambas ligazones, sin embargo, juzga más importante la que mantienen los sujetos con el conductor o líder del grupo, de tal forma que, de suprimirse ésta, como regla general desaparecerá la que existe entre los diferentes individuos del grupo (6).

De la Iglesia específicamente hace alusión a la intolerancia pretérita que caracterizó a quienes eran seguidores de un determinado credo, que, si bien se ha dulcificado con el transcurso de los siglos, aún sigue presente en nuestra civilización. En tal sentido, afirma que si el vínculo religioso es sustituido por el lazo socialista, como así parece haber sucedido, se manifestará una similar intolerancia hacia quienes no comulgan con tales ideas políticas, asemejándose ello así a lo que acontecía en la época de las luchas religiosas (6). Como puede resultar evidente, el pesimismo freudiano en esta cuestión choca frontalmente con los ideales socialdemócratas de P. Federn, que aboga por una organización social sustentada en tales consignas políticas.

Otra cuestión que es objeto de especial interés para el creador del psicoanálisis se refiere a la posibilidad de que un conductor pueda ser sustituido por una idea rectora, considerando a la Iglesia, con su jefatura invisible, como ejemplo de transición de una a otra alternativa. En cuanto a quienes forman un grupo, como origen de su ligazón afectiva señala a la identificación, la cual depende estrechamente de cómo estén vinculados afectivamente los componentes del grupo con el conductor. Como expresión primigenia de tal mecanismo de identificación puede servirnos una vez más algunas ideas vertidas por Freud en *Tótem y Tabú* (10), en donde se defiende que los grupos sociales serían semejantes a una familia, cuyo jefe es el sustituto del padre, justificando la unión entre sus miembros como fruto de la admiración, temor y hostilidad que le profesan, lo que en última instancia Freud considera que emana de las primitivas y atávicas experiencias de la Humanidad. El ser humano, desde esta perspectiva, es juzgado más que como un animal gregario, como un animal de horda,



esto es, como un miembro más de una horda encabezada por un jefe (6). Asimismo, la primitiva vida en la horda habría dejado sus huellas, de modo que las masas con su caudillo repetirían las antiguas pautas conductuales. En tales circunstancias, cada miembro de la masa se habría creado la ilusión de ser amado por su jefe-padre de idéntica forma, que es justo la ilusión que se genera en instituciones como la Iglesia y el Ejército (11).

#### ■ LA VUELTA ATRÁS: AUGUE DEL NAZISMO Y EXILIO A ESTADOS UNIDOS

La apuesta personal de P. Federn (4) por el hombre, reflejada en su doble condición de psicoanalista y militante socialdemócrata, se advierte también en otras facetas de su vida, pues junto a su actividad clínica privada, trabaja durante algún tiempo en el establecimiento privado, de claro compromiso social, fundado en Viena por su hermana Else (1873-1946), que para ello se inspiró en el trabajo pionero de J. Adams (1860-1935), así como en su propia experiencia en una institución similar inglesa, uno de cuyos primeros máximos responsables fue K. Renner, quien llegaría a ser presidente de Austria en 1945 (1).

Las labores de P. Federn se extienden también a la Sección vienesa de la Comisión Internacional de Higiene mental, de la que formará parte desde 1926 a 1938, año en que es disuelta, dada la invasión de Austria por las tropas alemanas (2). De esos años data un trabajo intitulado Factores mentales en la depresión mundial (15), en donde P. Federn analiza las reacciones emocionales acaecidas en sus conciudadanos tras la depresión económica de 1929, de la que emerge la primacía del Tánatos sobre el Eros, dado el alto índice de desempleo y la falta de ingresos económicos que la población en general aqueja, que algunos sectores o grupos hacen recaer en el Estado o algún colectivo, tornando a estos últimos en chivos expiatorios, mientras otros sujetos interiorizan sus impulsos agresivos, lo que les acarrea una profunda depresión, dada la culpa inconsciente generada por tales deseos destructivos. Es entonces, a su entender, cuando mediante la puesta en marcha de diversas medidas de protección social y diferentes subsidios, el gobierno y las instituciones deben ayudar a sus hijos indefensos, lo que sin duda manifiesta su adscripción socialdemócrata. Asimismo juzga como en ocasiones las guerras han reorientado los impulsos agresivos, haciendo recaer sobre otras naciones la miseria nacional. El cúmulo de tales experiencias, en todo caso, ayudará a los sujetos a conformar su self y las fronteras entre éste y los demás o entre éste y la provincia, país etc., (15).

Ante tal situación económica y dado el fuerte antisemitismo que se extiende en Austria y otros países europeos, P. Federn se exilia a EE UU en 1938, eligiendo como hogar de adopción Nueva York, urbe que ya conocía de una estancia previa realizada en 1914 como ya se ha referido.



En la elección de tal ciudad fueron también determinantes las preferencias personales de Wilma Bauer Federn (1883-1949), esposa de P. Federn, quien en una misiva fechada al parecer el 11 de octubre de 1938 le refería a Smith Ely Jelliffe (1866-1945) el profundo sentimiento de soledad que embargaría a su mujer de asentarse en cualquier población distinta a Boston, Chicago o Nueva York (16).

Sea como fuere, antes que P. Federn emigrara a Estados Unidos, ya lo había hecho un antiguo analizado y después amigo, H. Nunberg (1884-1970), que le aconsejó que abandonara Viena y se afincara en USA, retrasando el primero su partida arropado por la vana esperanza de que Austria no sería anexionada por Hitler. En su huida de Europa, que P. Federn llevó a cabo vía Suecia, en donde desde la década de los 20 contaba con amigos y conocidos, entre ellos Alfield Tamm (1867-1959), el primer psicoanalista sueco (17), no pudo sin embargo acompañarle su hijo menor Ernst, entonces prisionero en el campo de concentración de Dachau, que posteriormente sería confinado en el campo de Buchenwald, en donde conoció a Bruno Bettelheim (1903-1990), siendo aquel liberado en abril de 1945 para reencontrarse tres años después con su familia en Estados Unidos (9) (18).

En Norteamérica, sin embargo, las cosas no fueron fáciles para P. Federn, pues, junto a la imposibilidad de ejercer como médico psiquiatra, al suspender en tres ocasiones los exámenes pertinentes para convalidar sus estudios de medicina (19), lo que finalmente logró solventar en 1946 por vía legal, dado el hallazgo de su abogado Goodman de una ley que permitía a los médicos que hubieran obtenido su título antes de 1914 en universidades extranjeras reconocidas poder ejercer sin necesidad de convalidar sus estudios universitarios (20), se unieron las opiniones vertidas el 25 de enero de 1947 en el periódico neoyorquino de emigrantes de tendencia conservadora Austria, donde con el título Actividad comunista austroamericana en América, veía la luz un artículo en el que P. Federn, H. Broch, E. Waldinger, F. Bruckner, E. von Kahler y B. Viertel eran acusados de realizar una labor comunista de zapa. Las actividades subversivas y antinorteamericanas del citado grupo de intelectuales consistían tan sólo en una seria labor de reflexión intelectual desplegada a través del intercambio de misivas en donde mostraban sus opiniones acerca de los cambios sociopolíticos generados tras el final de la Segunda Guerra Mundial, sintiéndose especialmente interesados en lo que afectaba a las relaciones Este-Oeste, de lo que es fiel reflejo la misiva que el 8 de octubre de 1945 H. Broch remitió a P. Federn, cuyo contenido parcial reproducimos textualmente:

*(...) Naturalmente que sé que el gobierno ruso actúa de manera totalitaria en el interior e imperialista hacia el exterior. Pero ni en 1935 se pudo ni hoy se puede olvidar que la paz mundial depende tanto de Rusia como de las democracias, puesto que estos dos grupos de poder son los oponentes potenciales de la guerra futura (...)* (21).

Como algunas de las posibles razones que pudieran explicar tal campaña de descrédito estarían la inclusión de P. Federn en los listados de comunistas europeos, infiriéndose de ello la ignorancia de sus autores al convertir en sinónimos los términos comunista y socialdemócrata, a lo que se unía el trasiego de gente que acudía a su consulta, que alcanzaba hasta ocho pacientes diarios, lo que hizo sospechar a algunos de que tal lugar era un hervidero de comunistas que planeaba acciones criminales encaminadas a derruir los pilares del gobierno democrático norteamericano. Por si esto no fuera suficiente, se aludía a la suscripción de su hijo Ernst a la revista de izquierdas *Imprecor*, lo que alentó aún si cabe más la idea de un complot comunista (22) en un país donde el senador J. McCarthy (1909-1957), organizador e inspirador del Comité de Actividades Antiamericanas del Senado, lideraba la mayor operación de investigación, acoso y derribo de políticos, sindicalistas, intelectuales y artistas que se les presumiera sustentasen planteamientos liberales o progresistas (23).

Antes de ello, no obstante, en 1940, veía la luz un artículo de P. Federn que resulta oportuno mencionar titulado *Psicoanálisis como una terapia de la sociedad* (24), en el que refería su sorpresa por el optimismo que la sociedad norteamericana manifestaba hacia el progreso socio-tecnológico, en clara oposición a la situación sociopolítica que se vivía en Europa, entonces inmersa en la Segunda Guerra Mundial, en donde los ciudadanos expresaban gran temor hacia lo que vivenciaban como un futuro incierto. De mayor calado resultan por el contrario sus ideas acerca del psicoanálisis freudiano, al que concebía como una terapia social, de lo que cabe pensar que permaneció siempre fiel a sus ideales políticos socialdemócratas, juzgando que es posible cambiar la psicología individual mediante la terapia, expresando al respecto que los analizados con inclinaciones políticas o cercanas al ejercicio del poder actuarían de forma diferente después de tal experiencia, al haber accedido a algunos de los determinantes conscientes e inconscientes que gobiernan sus acciones, sirviéndose de esto último con matices para explicar la conducta de las masas. Convencido de esta forma del papel crucial que el saber psicoanalítico posee para lograr un genuino cambio social, en el citado trabajo afirma que los furibundos ataques que éste ha recibido, fruto de marcadas defensas neuróticas, más que debilitarlo, lo fortalecen (24).

## CONCLUSIONES FINALES

Aun cuando el ensayo de P. Federn (4) se sustenta en ideas freudianas insertas en *Tótem y tabú* (10), puede ser juzgado como el primer trabajo que aplica conceptos psicoanalíticos a la historia política, habiendo más tarde S. Freud expresado que fue su contenido el que le inspiró para redactar *Psicología de las masas y análisis del yo* (17).

Asimismo, previamente a su partida a Estados Unidos en 1938, P. Federn redactó una serie de escritos en los que, apoyándose en premisas psicoanalíticas, trató de explicar algunos de los problemas sociales que entonces aquejaban a la sociedad,

mereciendo señalarse al respecto el breve escrito intitulado Sobre el nacionalismo (25), en el que por vez primera distingue entre nacionalismo saludable y nacionalismo mórbido, guiándose para ello de los rasgos que caracterizan al narcisismo sano y al narcisismo patológico o insano (17). Varias décadas después, concretamente en 1965, las ideas de P. Federn relativas al psicoanálisis y sus planteamientos sociopolíticos eran objeto de reflexión por parte de A. Mitscherlich en su trabajo intitulado En torno al camino para asentar una sociedad huérfana de padre, ideas para una psicología social, en donde refiere la contribución de P. Federn a tales cuestiones (26).

Con todo, las ideas sociopolíticas de P. Federn apenas suscitaron interés en Estados Unidos, como así lo expresa su hijo Ernst, para quien su padre era un socialdemócrata imbuido de fuertes ideales sociales y humanísticos, quien estaba convencido de que el saber freudiano serviría para mejorar a la Humanidad, de ahí su deseo de difundir las ideas psicoanalíticas entre la gente. A ello también añade su ignorancia acerca de cómo realmente se sentía su padre en la gigante Norteamérica, ya que él vivió con aquel sólo desde 1948 a 1950, en que su progenitor se suicidó (27).

Sea como fuere, junto al profundo desarraigo sociocultural que para muchos psicoanalistas europeos que huían del nazismo supuso establecerse en Estados Unidos, P. Federn, como los demás, hubo de adaptarse a una concepción diferente del psicoanálisis freudiano, debiendo así vivenciar la distorsión teórico-técnica que tal disciplina sufrió en manos de los psicoanalistas norteamericanos, para quienes la perspectiva adaptativa primaba sobre todas las demás (tópica, económica, dinámica y genética) (11).

#### ■ BIBLIOGRAFÍA

1. Urbach, A. , The Federn Family. En E. Federn, A. Urbach, H. Meng y E. Weiss, *Thirty-Five Years with Freud. In Honour of the Hundredth Anniversary of Paul Federn*, M. D Monograph Supplement, n° 32 (Clinical Psychology Publishing CO., INC), 1972, 12-17.
2. Weiss, E., Paul Federn. La teoría de las psicosis. En L. Veszy-Wagner y E. Weiss, *Historia del psicoanálisis II*. Buenos Aires: Paidós, 1968, 93-118.
3. Federn, E. Witnessing Psychoanalysis. *From Vienna back to Vienna via Buchenwald and the USA*. London: Karnac Books, 1990.
4. Federn, P., Zur Psychologie der Revolution: Die Vaterlose Gessellschaft. *Der Aufstieg, neue Zeit und Streitschriften*, Nos. 12-13. Wien: Anzengruber Verlag, 1919 (traducción inglesa de R. Ekstein).
5. Ekstein, R., Reflections on and Translation of Paul Federn's "The fatherless society". *Reiss Davis Clinic Bulletin*, 1971, 8 (1), 3-33.
6. Freud, S., Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras Completas, XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu, 1979, 67-126.

7. Strachey, J., Nota introductoria. En *Obras Completas, XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu, 1979, 65-66.
8. Caparrós, N. (ed.), *Correspondencia de Sigmund Freud, Tomo IV (1914-1925)*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1999.
9. Roudinesco, E. y Plon, M. *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1998.
10. Freud, S. Tótem y tabú. En *Obras Completas, XIII*. Buenos Aires: Amorrortu, 1980, 7-162.
11. Sánchez-Barranco, A., *El psicoanálisis freudiano*, 2ª ed. Sevilla: Repiso Libros, 1997.
12. Oberndorf, C. P. *A History of Psychoanalysis in America*. New York: Grune & Stratton, 1953.
13. Federn, E., Comunicación personal, 12 de junio, 2001.
14. Le Bon, G. *Psicología de las masas*. Madrid: Morata, 1983.
15. Federn, P., Mental Factors in the World Depresión. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1934, 79, 43-58.
16. Hale, N. G., *The Rise and Crisis of Psychoanalysis in the United States. Freud and the Americans, 1917-1985*, vol. II. New York: Oxford University Press, 1995.
17. Meng, H., Paul Federn, Teacher and Reformer. En E. Federn, A. Urbach, H. Meng y E. Weiss, Thirty-Five Years with Freud Thirty-Five Years with Freud. In Honour of the Hundredth Anniversary of Paul Federn, M. D. *Monograph Supplement, n° 32* (Clinical Psychology Publishing CO., INC), 1972, 34-40.
18. Federn, E., Comunicación personal, 7 de noviembre, 2000.
19. Federn, E., Psychoanalysis. The Fate of a Science in Exile. En Timms, E. y Segal, N. (ed.), *Freud in Exile. Psychoanalysis and its Vicissitudes*. New Haven and London: Yale University Press, 1988, 156-162.
20. Federn, E., Comunicación personal, 26 de octubre, 1999.
21. Lützeler, P. M., *Hermann Broch, una biografía*. Valencia: Edicions Alfons el Magnànim, IVEI, 1989.
22. Federn, E., Comunicación personal, 5 de diciembre, 2002.
23. Palomares, G. USA, caza de brujas. *Cuadernos del Mundo Actual*, 16. Madrid: Información e Historia, S. L, 1993.
24. Federn, P. Psychoanalysis as a Therapy of Society. *American Imago*, 1940, 65-80.
25. Federn, P. Vom Nationalgefühl, *Almanach der Psychoanalyse*, 1931, 97-101.
26. Federn, E., Thirty-Five Years with Freud. In Honour of the Hundredth Anniversary of Paul Federn, M. D. En E. Federn, A. Urbach, H. Meng y E. Weiss, *Monograph Supplement, n° 32* (Clinical Psychology Publishing CO., INC), 1972, 7-11; 18-33; 45-53.
27. Federn, E. Comunicación personal, 18 de abril, 2000.



Francisco Balbuena Rivera  
Psicólogo  
Departamento de Psicología  
Universidad de Huelva

Correspondencia:  
Francisco Balbuena Rivera,  
Avenida Luis Montoto, 130 A 1-1  
41005 – Sevilla  
E-mail: [balbuena@uhu.es](mailto:balbuena@uhu.es)

SECCIÓN  
INFORMES







*Ana María Jiménez*  
(Coordinadora grupo de trabajo)

## COORDINACIÓN ENTRE DISPOSITIVOS DE EDUCACIÓN Y SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

COORDINATION BETWEEN EDUCATION AND MENTAL HEALTH SERVICES FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

### ■ RESUMEN

Se plantea la necesidad del trabajo interdisciplinar y coordinado entre los distintos dispositivos que atienden al niño y al adolescente, ya que aún hoy en día ante los problemas psíquicos, educativos o sociales que se puedan presentar en estas edades, existen diferentes equipos implicados para la atención de los mismos, por lo que es difícil en la práctica trabajar desde una visión integral e integrada, haciéndolo por lo general separadamente.

Partiendo de la necesidad de tener una red amplia y completa de dispositivos de salud mental infanto juvenil, se plantean las distintas áreas de coordinación y diferentes dispositivos para la atención integrada de los niños y adolescentes con trastorno mental grave y con necesidades educativas especiales.

Palabras clave: Trastorno mental grave en niños y adolescentes; trabajo interdisciplinar; dispositivos para atención integrada.

### ■ ABSTRACT

This raises the question of interdisciplinary work and the need for the different devices that help us pay attention to children and teenagers to be coordinated. This is important because still today there are many different teams involved in meeting the psychological, educational and social problems that children of these ages have.

This makes it very difficult to work from an integral and integrated perspective as it is done separately. Departing from the fact that we need a wide and complete net of mental health devices addressed to infants and young people, we establish the different areas of coordination and the different devices to give an integral respond to children and adolescents with mental disorders and special educational needs.

Key words: Serious mental disorders in children and adolescents, interdisciplinary work, devices for integrated attention.



## ■ INTRODUCCIÓN

Durante seis años ha estado funcionando un grupo de trabajo convocado y organizado por la Sección de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (A.E.N), que ha ido debatiendo y elaborando distintos documentos sobre dispositivos y abordaje de la problemática mental en niños y adolescentes, documentos que han sido publicados posteriormente en la revista de la AEN (1)(2)(3).

Continuando con los planteamientos de estos grupos, se vio la necesidad de plantear el trabajo interdisciplinar y coordinado entre los distintos dispositivos que atienden al niño y al adolescente, de lo cual es fruto este nuevo documento.

La infancia y adolescencia son periodos evolutivos cruciales, cuyo desarrollo armonioso depende de factores biológicos, sociales y educativos, así como familiares y relacionales, aunque la interpretación de la importancia que tiene cada área en la génesis y la influencia en el desarrollo emocional y cognitivo es muy variable y controvertida. Aún hoy en día ante los problemas psíquicos, educativos o sociales que se puedan presentar en estas edades, existen diferentes equipos implicados para la atención de los mismos, por lo que es difícil en la práctica trabajar desde una visión integral e integrada, haciéndolo por lo general separadamente. (4)

Los profesionales que trabajamos en dispositivos sociales, educativos o de salud mental para niños y adolescentes, no podemos olvidar que son personas en desarrollo y por tanto influenciables por el entorno; a su vez la propia problemática mental, así como las dificultades de aprendizaje o sociales, pueden provocar reacciones en este mismo medio que produzcan de nuevo respuestas que aun empeoren más la situación; o bien por el contrario, la respuesta social (de la familia, del barrio, de la escuela...), acepte, contenga o integre al chico con ciertas dificultades o síntomas, favoreciendo su evolución.

Debemos intervenir en esos ámbitos también desde un enfoque psicoterapéutico y educativo amplio, para comprender cómo influyen en un niño o adolescente dado y para intentar favorecer que ese entorno cambie si es necesario, sobre todo facilitando la comprensión de la sintomatología que presenta y ayudando en su resolución.

Partimos pues de la necesidad de una coordinación y un trabajo interdisciplinar entre los distintos dispositivos que intervenimos en la infancia, para lo que planteamos en el presente trabajo los puntos esenciales que a nuestro entender se han de tener en cuenta para crear las bases de esa coordinación y trabajo interdisciplinar.

Inicialmente nos encontramos con dificultades importantes, necesarias de plasmar pues sin su resolución por parte de las autoridades competentes, los esfuerzos voluntaristas que se realicen, como ocurre en la actualidad, van abocados al fracaso o al menos a rendimientos muy pobres en relación con el considerable esfuerzo realizado por los distintos profesionales:

- Falta de recursos ambulatorios especialmente en salud mental para niños y adolescentes en las diferentes comunidades autónomas y la precariedad de recursos humanos en los existentes, lo que dificulta la posibilidad de coordinación continuada con el resto de equipos de las áreas sanitarias.
- Escasez por parte de sanidad de recursos intermedios para la patología mental grave, lo que favorece que programas y dispositivos desarrollados por parte de educación para el abordaje de estas problemáticas, sean realizados de forma unilateral por lo general y sin coordinación con los recursos de salud mental.
- La tendencia de los organismos competentes, tanto de Educación, Bienestar Social y Sanidad, a poner en marcha programas y dispositivos, sin tener en cuenta la coordinación y trabajo conjunto de los diferentes profesionales.
- Existencia de lenguajes diferentes en los distintos campos de trabajo, para referirnos a una misma problemática, lo que dificulta la unificación de criterios y la toma de decisiones conjuntas o al menos consensuadas.

En términos generales y partiendo de lo expuesto anteriormente, insistimos una vez más en la necesidad de tener una red amplia y completa de dispositivos de salud mental infanto juvenil (3), que de cobertura en cada área sanitaria a las distintas problemáticas mentales que surgen en estas edades.

Así mismo es necesario iniciar una coordinación entre los distintos dispositivos que nos posibilite(4):

- Unificar, conciliar o al menos respetar el lenguaje y la filosofía utilizados desde cada campo de trabajo, de tal modo que eso no sea un impedimento para la coordinación.
- Conocer la especificidad de cada equipo, evitando funcionar en redes o actuaciones paralelas poco coordinadas.
- Mejorar los sistemas de derivación de casos y de coordinación.
- Conocer los problemas psicosociales y psicopedagógicos más relevantes en estas edades y que impliquen a los diversos equipos.
- Realizar protocolos de intervención conjunta en aquellas problemáticas que así lo requieran, abarcando también la perspectiva preventiva.
- Comunicar a las autoridades competentes las necesidades que se detecten en materia de prevención, actuaciones conjuntas y de recursos necesarios.

Para ello se propone la creación de una Comisión técnica interprofesional en cada área sanitaria, de forma oficial integrada por profesionales del área, pertenecientes a SMIJ, Educación y Bienestar Social (y en muchos casos Justicia).

## ■ ÁREAS DE COORDINACIÓN Y TRABAJO INTERDISCIPLINAR

En primer lugar planteamos la necesidad de contar con una política por parte de las Consejerías implicadas (Educación, Sanidad, Bienestar Social y Justicia), de acuerdos de colaboración y funcionamiento interdisciplinar, proponiendo el desarrollo de programas de prevención y de actuación precoz en determinados grupos de riesgo, donde la salud mental no se diluya dentro de esos acuerdos en la sanidad general.

Así mismo es importante que se puedan poner en marcha convenios de colaboración entre las diferentes Consejerías que posibiliten la creación de dispositivos específicos para el abordaje conjunto de problemáticas mentales donde es necesario no solo la coordinación y el trabajo común de los diferentes profesionales, sino la financiación y el diseño común de los mismos (centros psicoeducativos y/o centros terapéuticos de media y larga estancia, centros terapéuticos de día u hospitales de día...)(3).

Por ello propugnamos la necesidad de que funcionen comisiones técnicas interinstitucionales a niveles regionales, que den curso a los convenios necesarios para que todo esto se pueda desarrollar, en estrecha comunicación con la mencionada Comisión técnica interprofesional de área, viendo las necesidades reales que se tienen.

Esta coordinación se completaría con reuniones periódicas de los diferentes equipos en relación a problemas concretos que plantea un niño/ adolescente y que implican a varios profesionales

A un nivel más concreto y en relación con los problemas que el niño/ adolescente puede plantear en periodo escolar, se propone comenzar con las necesidades básicas de esta coordinación entre los diferentes equipos e ir desarrollando conjuntamente los siguientes puntos:

### 1. Primera infancia

- Coordinación con Centro de Desarrollo Infantil y A. Temprana: funcionamiento conjunto con protocolos para la detección y abordaje precoz de problemas de salud mental (especialmente los de mayor gravedad) en niños de 0 a 3 años.

### 2. Niños en preescolares y ciclo de primaria

- Coordinación con equipos psicopedagógicos del ciclo de infantil y primaria: derivación de casos en ambos sentidos e intervención conjunta a través de protocolos, proponiendo los siguientes:
  - Derivación de casos a SMIJ, e intervención coordinada:
    - Retrasos psicomotores (lenguaje, simbolización...)
    - Trastornos de conducta, hiperactividad... Disarmonías evolutivas.
    - Trastornos Generalizados del Desarrollo- Psicosis.

- Derivación a Equipos psicopedagógicos (casos vistos en SMIJ) y acuerdos de intervención:
  - Para valoración psicopedagógica
  - Para posible cambio de escolaridad
  - Información- apoyo- coordinación a maestros desde SMIJ.
  - Intervenciones concretas (logopedia, apoyo...)
- Coordinación con los departamentos de orientación de enseñanza secundaria:
  - Actuación conjunta en los casos atendidos en SMIJ de los trastornos de conducta y de fracaso escolar.

### 3. Niños y adolescentes con trastorno mental grave y con necesidades educativas especiales

Para muchos niños y adolescentes con requerimientos educativos especiales, que además presentan un trastorno mental severo, son necesarios dispositivos con la participación conjunta de Educación y Salud Mental Infante Juvenil, siendo así mismo importante la coordinación con Bienestar Social para el abordaje de ciertas situaciones familiares, así como para favorecer la integración social de estos niños y adolescentes.

Para estas problemáticas se ve imprescindible crear o adecuar dispositivos nuevos que den cuenta de esta diversidad y aunque se perfila la conveniencia de diferentes recursos, en todos ellos se ve la necesidad de equipos conjuntos que aborden la problemática diversa.

Tanto desde el ámbito clínico, como desde el psicopedagógico, partimos que se tratan de trastornos mentales, donde además de los posibles déficit cognitivos y relacionales, hay alteraciones emocionales y síntomas psiquiátricos, cuyo origen, en la mayor parte de los casos, es multifactorial.

Por ello se plantea, en un primer momento y de forma prioritaria, que la coordinación parta desde la detección precoz, haciendo especial hincapié en el diagnóstico, siendo importante que además del diagnóstico psicopedagógico, esté presente para el nivel educativo el diagnóstico clínico por parte de Salud Mental y viceversa.

Es fundamental resaltar que el pronóstico de estas patologías se ha revelado hoy por hoy difícil y tortuoso se utilice el método que se utilice, por lo que propugnamos partir de las carencias y limitaciones de cada área, siendo conscientes de que el trabajo coordinado y multiprofesional es el que estipulamos más idóneo. Ante un niño con sospecha de padecer una psicosis o TGD, propugnamos además de una colaboración en el diagnóstico, una toma de decisiones colegiadas entre los equipos psicopedagógicos y de salud mental infante- juveniles implicados, de cara a que dispositivo debe acudir el niño y cómo se haría la coordinación entre ambos.

Así mismo esto nos plantea la necesidad de tener un espacio de formación continuada común.

Para poder cumplir estos objetivos, se proponen reuniones periódicas, iniciándolas especialmente a principios de curso.

En relación a los dispositivos podemos especificar:

1. Hospital de Día para niños y adolescentes con trastornos mentales graves (incluidos los de tiempo parcial), aunque puede denominarse así mismo en otros ámbitos Centro terapéutico de día(1).

Es un dispositivo asistencial para el tratamiento institucional intensivo, en un medio terapéutico específico, de los trastornos mentales severos que aparezcan en estos periodos de la vida.

El objetivo clínico fundamental con el niño/ adolescente sería el posibilitar el cambio emocional y cognitivo de forma estable, que permita una mejor adaptación a la realidad, así como una mejora de las competencias relacionales y que facilite la reincorporación a la vida en la comunidad, donde podrán continuar el tratamiento ambulatorio oportuno. Así mismo se plantea como esencial el trabajo con la familia, ayudando a contener y elaborara las ansiedades y ambivalencias generadas por la enfermedad y actuando sobre los factores familiares influyentes en la misma.

El tiempo de permanencia semanal en el dispositivo, es variable, estaría en función de la posibilidad o no de integración en los centros escolares de la red educativa de cada área geográfica.

- Indicaciones clínicas:

Dirigido a una población entre 2 y 17 años (ambos inclusive) que presente cuadros psicóticos u otras alteraciones severas que conlleven un trastorno de la organización del psiquismo y de la relación del niño/ adolescente con su mundo circundante y que impidan su adaptación al medio familiar, social, escolar y /o profesional. Se incluyen:

- Trastornos generalizados del desarrollo.
- Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico.
- Trastornos del Humor.
- Trastornos neuróticos severos.
- Trastornos de personalidad.
- Disarmonías evolutivas severas.
- Trastornos graves de la alimentación.

Debido a la gran disparidad de las edades, se hace necesario especificar claramente tres espacios diferenciados dependiendo de la edad:

- De 2 a 6-7 años.
- De 6-7 años a 12.
- De 12-13 a 17 años inclusive.

- Recursos humanos

Se parte de la necesidad de equipos multidisciplinares, donde se utilicen técnicas psicoterapéuticas para los trastornos emocionales, junto con trabajo pedagógico necesario para el desarrollo cognitivo y emocional. Se estipula:

- Psiquiatra de niños y adolescentes.
- Psicólogo clínico.
- Logopeda (en el grupo de los pequeños).
- Psicomotricista (pudiendo ser asumida esta función por otro miembro del equipo con formación específica).
- Personal de enfermería y monitores /as.
- Trabajador Social.
- Terapeuta ocupacional.
- Maestro /a especializado en Pedagogía terapéutica.

Ya hay en funcionamiento este tipo de dispositivos en algunas comunidades autónomas, como Navarra, País Vasco(5), Madrid (6) y Cataluña, en las que existen acuerdos de colaboración entre las instituciones implicadas.

2. Aulas específicas para Trastornos Generalizados del Desarrollo (TGD). Este dispositivo desarrollado en la comunidad de Madrid, depende de Educación y es una nueva alternativa que favorece la integración y el abordaje psicopedagógico en la escuela. Es para niños de entre 3 y 12 años con TGD. Se caracteriza por:

- Es un aula especial dentro de un centro de educación ordinario.
- El niño está matriculado en su aula de referencia y combina la escolaridad dentro del mismo colegio.
- Cuenta con un auxiliar y con un especialista en audición y lenguaje (AL) o un profesor de pedagogía terapéutica (PT).
- Para atender este dispositivo, existe un equipo psicopedagógico específico, formado en TGD.

Se propugna la intervención coordinada con el personal educativo, de los profesionales de SMIJ en estas aulas, coordinándose con el personal educativo, que aportarían la comprensión de los conflictos emocionales que estos niños presentan y cómo influyen los mismos tanto en su conducta como en su forma de aprender, así como poder realizar intervenciones familiares. Con una filosofía similar existen alternativas educativas en otras comunidades autónomas (7)(8).

### 3. Colegios de educación especial

Existen niños y adolescentes que no se amoldan a los anteriores dispositivos, por lo que requieren más específicamente centros de educación especial, propugnando que participen en los mismos profesionales de salud mental. Dentro de esta problemática se incluirían:

- Niños y adolescentes con deficiencia mental que necesitan una escolaridad en colegios de educación especial, porque presentan cuadros de agitación, de autoagresión y heteroagresión, que son de difícil contención en el ámbito escolar con métodos exclusivamente psicopedagógicos, obedeciendo a veces a psicosis injertadas, a psicosis deficitarias, psicosis de tipo orgánico u otros cuadros psiquiátricos graves.
- Niños y adolescentes con trastornos psicóticos o trastornos graves de la personalidad, con deficiencia mental leve o moderada (en ocasiones como síntoma residual de su patología mental de base). Niños y adolescentes con Trastornos Generalizados del Desarrollo y otros cuadros graves psiquiátricos, que por su sintomatología excede la capacidad de tratamiento del Hospital de Día o Centro terapéutico y que así mismo no pueden ser integrados en los colegios normalizados, por lo que deben asistir a colegios de educación especial.

En algunos de estos casos la situación familiar es difícil y complicada por diversos motivos ( en ocasiones provocada o agravada por la propia sintomatología del chico), no pudiendo en muchos momentos dar una cobertura de contención emocional apropiada al mismo, siendo una importante medida terapéutica la separación del niño o adolescente del medio familiar.

Por otra parte muchos de estos niños y adolescentes, aunque evolucionen favorablemente, sufren una descompensación de su cuadro en los periodos vacacionales, siendo importante plantear una continuidad asistencial durante estos periodos.

Para dar cobertura a estas diferentes situaciones se ve necesario la siguiente organización:

- Colegio de educación especial con refuerzo de Salud Mental Infanto Juvenil (SMIJ) (9).
- Dispositivos de internamiento terapéutico y residenciales.
- Internamiento en colegios de educación especial (siendo necesario también el refuerzo de SMIJ)
- Familias terapéuticas con el apoyo de USMIJ, para casos como el apartado anterior, que si se pudieran beneficiar de este dispositivo.
- Colegios de educación especial con cobertura completa vacacional y respiro familiar, debiendo desarrollarse este programa conjuntamente con Bienestar Social.



■ BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Pascual, A. (coordinadora del grupo trabajo). Hospital de día psiquiátrico para niños y adolescentes. *Revista Asociación española de Neuropsiquiatría* 2001; vol XXI, (77): pp. 115- 124.
2. Jiménez Pascual, A. (coordinadora del grupo trabajo). Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2002; vol XXII, (82): pp. 115- 126.
3. Jiménez Pascual, A. (coordinadora del grupo trabajo). Dispositivos de internamiento terapéutico para patología mental severa de niños y adolescentes. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2004; vol, nº, pp
4. Jiménez Pascual, A. Intervenciones psicoterapéuticas en unidades de salud mental infanto juvenil y coordinación con otros dispositivos (en prensa, revista de SEPYPNA).
5. Begoña Solana Azumendi. Lugar de encuentro en la atención a los trastornos mentales severos en la infancia. *Revista Norte de Salud Mental* 2001; IV, (12): 75-80
6. Orden 992/2002 de 11 de Diciembre. B.O.C.M. Num. 19 (publicado 23 de Enero de 2003).
7. Resolución de 25-07-2001, de la Dirección general de Coordinación y Política educativa. Castilla La Mancha, D.O.C.M. Num. 89 (publicado el 10 de agosto de 2001).
8. Resolución 08-07-2002, de la Dirección de Coordinación y Política Educativa. Castilla La Mancha, D.O.C.M. Num. 88 (publicado el 19 de julio de 2002).
9. Prego Dorca, R. Centro de rehabilitación psico- social infanto- juvenil. Memoria técnica. Fundación Obra san Martín. Colegio de educación especial P. Apolinar (trabajo no publicado).

GRUPO DE TRABAJO

Roque Prego Dorca  
Centro Salud Mental Infantil  
Santander

Ana-M<sup>a</sup> Jiménez Pascual  
Unidad S.Mental Infanto-Juvenil  
C/ Irlanda 7  
13600-Alcazar de S.Juan



Begoña Solana Azurmendi  
Centro de Día educativo terapéutico  
Bilbao

Carmen González Noguera  
Hosp.Insular de Gran Canarias  
Las Palmas de G.Canaria

Elena Cortés Rabal  
U.S.M. Las Palmas

Lucía Álvarez Buylla  
CSM Ciudad Lineal  
Madrid

Teresa Armas Falcón  
U.S.M. Lasso Las Palmas

Carmen Otero  
Serv . de planificación  
Consejería de educación  
Comunidad de Madrid

Lourdes Sánchez  
Unidad de S.M.I.J. Hospital de Valmes  
Sevilla

Carmen Alriols Fornes  
Serv. Educación especial y orientación psicopedagógica  
Consejería de educación. Comunidad de Madrid

Mercé Gilbert i Clols  
Hospital de Día para Adolescentes de Gavá  
Barcelona

M<sup>a</sup> Angels Horta Guitart  
Hospital de Día para Adolescentes de Gavá  
Barcelona

Mateo Martínez  
Serv. Educación especial y orientación psicopedagógica  
Consejería de educación. Comunidad de Madrid

Rubén Estandia  
Centro "Lupasco" Trastornos de personalidad

Olga Ramírez Muñoz  
Logopeda. Coordinadora del CDIAT ASPRODIQ  
Quintanar de la Orden. Toledo

Paloma San Román  
Psiquiatra U.S.M.I.J  
Albacete



SECCIÓN  
LIBROS





Guillermo Rendueles Olmedo

## EGOLATRÍA

KRK Ediciones

Oviedo 2004

296 páginas

Estamos ante un libro inusual entre la extensa bibliografía psiquiátrica actual, que se sale del corsé de las clasificaciones categoriales y propone, tomando como referencia las bases del pensamiento psiquiátrico y, por tanto, la historia de la psiquiatría, una sugerente reflexión acerca de la expresión del malestar psíquico en nuestros tiempos y del papel de quien trata con ellos. Y lo hace, con la brillantez del erudito y la curiosidad intelectual de quien trabaja a diario con los que acuden a los recursos públicos de salud mental, a través de una actualizada disertación acerca de la egolatría, del culto al sí mismo, uno de los atributos que a juicio del autor mejor caracteriza a los individuos que viven en la posmodernidad.

Así, en sus trece capítulos, aparentemente independientes pero con un fondo común, se encuentra una documentada revisión del concepto de “yo” que tiene su origen en las revoluciones burguesas y su auge en las oportunidades para los individuos que se derivan de la revolución industrial, y es clave para entender la consideración moderna del ser humano, con sus implicaciones ontogénicas, éticas y sociales. Y nos recuerda que esta concepción del “yo”, tan reciente aunque arraigada, se sustenta en principios que las limitaciones del conocimiento humano en estos ámbitos convierte en provisionales y, por tanto, mutables.

En este sentido, ofrece magníficos ejemplos de la dificultad humana para organizar un “yo” integrador, unitario y persistente, que confiera una identidad inalterada en el tiempo. Los casos de Pessoa, Althusser, Lawrence de Arabia y otros muchos personajes descritos en las páginas del libro ponen de manifiesto el esfuerzo necesario, y en ocasiones infructuoso, para conseguir una identidad mental de contornos tan nítidos como la identidad física.

Y si el mantenimiento de un “yo” integrador ha sido difícil mientras existían claros referentes externos en forma de tradiciones, ritos, creencias, etc., que se transmitían a través de la familia, la escuela y el entorno social más inmediato, las características de esta sociedad donde se vive para cambiar continuamente (de pareja, de ciudad o de trabajo), quita anclajes y facilita la posibilidad de vivir una vida de diferentes “yos”, de múltiples identidades.

Desde este contexto, el autor reflexiona acerca de la viabilidad de las psicoterapias. La psicoterapia tradicionalmente necesita de la narración con la que el sujeto articula el malestar psíquico en su biografía y de la escucha que el terapeuta hace del relato del paciente. ¿Tienen hoy en día el individuo y el terapeuta esta capaci-



dad?. ¿De qué habla uno y qué escucha el otro?. ¿Cuáles son las reglas del juego?. Lo que el terapeuta intenta es descubrir la causa nosológica, objetiva y tangible, del malestar del paciente para actuar sobre ella o sencillamente despliega sus medios (psicofármacos, informes, bajas laborales, ...) para ajustar socialmente la conducta alterada del paciente (que se aísla, delinque, no trabaja, altera la convivencia, etc.) y a la que se da nombre siguiendo un catálogo consensuado de trastornos. En este sentido, una regla que siempre se cumple es que para la psiquiatría queda el malestar narrado, el que procede del relato de los pacientes y su entorno, en tanto que cuando se desvela la causa tangible de ese malestar el trastorno pasa a ser objeto de otras disciplinas médicas como la neurología o la medicina interna, por ejemplo.

Para el autor, en una sociedad donde “se elogia la flexibilidad de quienes son capaces de cambiar en cada momento de su vida olvidando sus promesas y se critica la búsqueda de la coherencia como una forma de anquilosamiento”, el malestar narrado puede ser tan cambiante como la vida de los narradores. Y apostilla: “en las biografías posmodernas no tiene cabida la epopeya, sólo la novela picaresca”.

En este estado de cosas, ¿qué actitud tomar ante la certidumbre de que los pacientes maquillan la verdad, que cuentan una versión de sus vidas sustentada en “un proyecto autónomo cuya única base es el deseo personal”, “liberado de las convenciones que ataban al “yo” tradicional a proyectos preescritos por herencia, familia, cultura o moral”?. Acaso la actitud de un doctor Panglos, inocente y voluntarioso, convencido de vivir en el mejor de los mundos posibles rodeado de escalas psicométricas, psicoterapias ad hoc y psicofármacos que parecen ordenar el caos, o bien la de Jaspers, exiliado de las terapias o quizás, desde una posición más pragmática, recordar que formamos parte del escenario y reconocer y reivindicar que no se puede ofrecer consuelo psiquiátrico a todas las situaciones de crisis de identidad posmoderna.

En definitiva, un texto fiel a su autor, pleno de ironía y erudición, que suscita, evoca y provoca.

Pedro Marina González



## ATENCIÓN COMUNITARIA A PERSONAS CON TRASTORNOS PSICÓTICOS

Coordinado por JM Caldas de Almeida y Francisco Torres González

Editado por la Organización Panamericana de Salud (OPS).

Publicación Científica y Técnica N° 601, 2005

152 pags.

Lo que podríamos llamar los prolegómenos de la reforma psiquiátrica en España, es decir las reformas que se desarrollaron en nuestro país en los años 70 del S. XX, antes de la Ley General de Sanidad (1986), tenían como principal función desarrollar actividades y dispositivos para proporcionar la atención en la comunidad a los pacientes psicóticos, en parte debido a que, lo que se pretendía, era, por un lado acercar los servicios asistenciales a la comunidad y por otro tratar de dar el alta al mayor número posible de pacientes recluidos en los Hospitales Psiquiátricos y así superar este recurso como único dispositivo asistencial.

La filosofía asistencial que tuvo más preponderancia por aquellas fechas fue la psiquiatría de sector francesa diseñada a su vez precisamente para atender a los pacientes más gravemente afectados, eligiendo el modelo de atención como el de la toma a cargo (*prise à charge*) o si se quiere de la responsabilización de los avatares clínico asistenciales de los pacientes más severos.

Esta toma a cargo o responsabilización refería a un mismo equipo, el del Sector, la continuidad de los tratamientos de los pacientes más graves. Mediante la creación de la Psiquiatría de Sector se primaba la mejor atención para el paciente más necesitado.

Sin embargo, en España, el paso de la reforma psiquiátrica a la atención a la salud mental consolidado con la Ley General de Sanidad, hizo que muchas de las actividades comunitarias relacionadas con los pacientes psicóticos, se perdieran para ser engullidas por las actividades relacionadas con el mundo de lo neurótico que actualmente pueblan los centros de salud mental comunitarios.

La principal fuente bibliográfica de la que bebimos la mayoría de los psiquiatras de aquella época fueron los textos producidos por el modelo de sector francés, además, y por supuesto, de los textos de la reforma italiana y la llamada antipsiquiatría. Los textos que por entonces manejábamos eran eminentemente teóricos, reflexivos y fundamentalmente críticos con la situación pasada pero en general poco técnicos. Yo recuerdo pocos textos de la época en los que pudiéramos encontrar el camino a seguir para la creación de recursos y racionalizar la asistencia. En general, lo que podríamos llamara el Corpus Bibliográfico de la Reforma psiquiátrica en España, se nutre más de textos de reflexión sobre lo realizado, que líneas de actuación y criterios para la creación de los recursos asistenciales necesarios para llevar a cabo una correcta asistencia a los problemas mentales severos.

El libro que hoy comentamos Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos, coordinado por los Dres J.M. Caldas de Almeida y F. Torres González, viene a cubrir alguno de los huecos antedichos. Publicado por la OPS dentro de la línea de apoyo a la reforma psiquiátrica que este organismo está llevando a cabo en los países latinoamericanos y sobre todo como expresión de la Declaración de Caracas (1990) en la cual se enunciaba las líneas maestras para la reforma en estos países. Muchos de los colaboradores de este libro han participado en la celebración del XV aniversario de esta declaración, celebrado del 7 al 9 de noviembre de 2005 en Brasilia con una Conferencia Regional auspiciada por la OPS y el Ministerio de Salud de Brasil.

Desde hace algún tiempo, los organismos internacionales están intentando unificar criterios para el desarrollo de los servicios de salud mental y es donde creemos que encuentra su lugar primordial este libro. La OMS está publicando un conjunto de Guías sobre servicios y políticas de salud mental que contienen las líneas generales para llevar a cabo el desarrollo de servicios en la comunidad. Se han publicado 7 hasta ahora, en inglés, y se ha iniciado la traducción de estas al español, en el que ya ha aparecido la dedicada a Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos.

El libro que comentamos trata también de seguir esta línea en lo que se refiere a la atención para los pacientes psicóticos. Eminentemente práctico y técnico, hasta el punto de que los temas tratados son enunciados como Guías operativas, creemos que se trata de un libro fundamental para aquellos lugares que intentan mejorar la atención a este tipo de pacientes, y aunque va especialmente dedicado a América Latina y el Caribe, creo que en España y también en Europa estamos necesitados de este tipo de publicaciones.

En el colaboran un grupo de profesionales no solo de países latinoamericanos (Chile, Bolivia, Panamá, etc.) sino también italianos, portugueses y españoles, algunos de ellos altamente significativos para nuestra asociación ya que han participado en sus juntas directivas y comisiones, además de ser actores principales en los procesos de transformación de la asistencia psiquiátrica en las CCAA donde han trabajado; Víctor Aparicio, Ladislao Lara, Marcelino López, Ana Esther Sánchez, Francisco Torres, etc, etc, entre otros forman, la nómina de colaboradores por parte española.

En general las 13 Guías operativas que se presentan en el libro responden al objetivo de unificar criterios para el desarrollo de programas de atención comunitaria para personas con trastornos psicóticos que se puedan integrar en los planes nacionales de salud mental.

Cada guía trata de responder a las siguientes nueve estrategias que el Dr. Francisco Torres enumera en la introducción al tema:

1. Formación y capacitación de los RR.HH
2. Cooperación y coordinación con Atención Primaria

3. Mejorar la estructura de los servicios
4. Mejorar la dinámica funcional de los servicios
5. Desarrollar la red de atención psicosocial
6. Reducir el estigma
7. Ofrecer apoyo a las familias y las redes de apoyo
8. Promover la investigación
9. Llevar a cabo la advocacy, es decir la defensa, el apoyo o la promoción de los programas de atención comunitaria para personas con trastornos psicóticos entre las instituciones públicas del Estado.

Aunque con diferencias, en general las guías están elaboradas siguiendo un guión parecido: Objetivos, metodología, protocolos de aplicación, árbol de decisiones y dificultades para llevar a cabo la estrategia planteada, lo que hace que su lectura sea fácil y entretenida. Algunas de las guías ofrecen al final de la exposición una experiencia concreta relacionada con la estrategia a tratar, donde se da cuenta de; la reforma psiquiátrica en Andalucía, el camino hacia la desinstitucionalización del H. Psiquiátrico “El Peral” de Santiago de Chile, el ejemplo de la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental (FAISEM) en la gestión de recursos de apoyo social o la evaluación de la transición desde hospitales psiquiátricos a servicios basados en la comunidad (TAPS).

En el libro se echa de menos una mejor organización de la bibliografía utilizada en cada capítulo así como una mejor reseña del nombre de los autores de cada una de las guías; El lector curioso que tenga por costumbre leer por capítulos seguidos, si le interesa saber quien lo ha realizado, debe retroceder hasta la primera página cada vez que cambia de capítulo.

La bibliografía se encuentra al final del libro y se divide en dos partes, las referencias citadas en las guías y otra parte llamada simplemente bibliografía que contiene textos fundamentales para el tema tratado aunque algunos de los cuales ya han sido citados en las referencias.

Como decimos anteriormente libro necesario para aquellos países, provincias, CCAA, etc que precisen desarrollar programas comunitarios para pacientes psicóticos estén en el país que estén, ya que las necesidades cada vez más complejas de los pacientes que se van a tratar en la comunidad y la variabilidad de la patología que presentan, precisan que exista una planificación general de los recursos necesarios y las actividades a realizar y que esta sea elaborada conjuntamente por los organismos competentes y los profesionales, teniendo en cuenta los datos demográficos, epidemiológicos y antropológicos del área donde se va a trabajar.

“Es porque el psicótico no puede, a menudo, verbalizar una demanda clara de cuidados por lo que no basta esperarlo en una consulta” Ph Paumelle en *Le psychanaliste sans divan*



No obstante el libro tiene cierto aire de despedida. Probablemente es la última publicación del Dr JM Caldas de Almeida como responsable del programa de salud Mental de la OPS. Después de 5 años trabajando en Washintong vuelve a su país, Portugal. Durante la conferencia regional de Brasilia se le hizo un pequeño homenaje de despedida.

El tiempo que ha permanecido Caldas de Almeida al frente de Salud Mental en OPS ha conseguido dinamizar este programa en múltiples países de América Latina y el Caribe, al mismo tiempo que ha consolidado experiencias de transformación psiquiátrica tan importantes como la de Chile y Brasil, entre otras. Le deseamos mucha suerte en su nuevo destino.

Dr. Tiburcio Angosto Saura  
Vigo

SECCIÓN



PÁGINAS DE LA ASOCIACIÓN





# ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA, PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD VALENCIANA. AEN-PV.

Memoria de gestión correspondiente al año 2005, para la Asamblea Ordinaria del día 25 de Marzo, sábado, en el Centro de Salud Mental Trinitat de Valencia durante la celebración de las V Jornadas de la AEN-PV: "El caso clínico, el compromiso de los profesionales".

## 1. INTRODUCCIÓN

Es informe se refiere al periodo de tiempo comprendido entre el día 12 de Marzo de 2005, última Asamblea Ordinaria en Alicante hasta el día 25 de Marzo de 2006 próxima Asamblea Ordinaria en Valencia. Se estructura lo mismo que otros años, alrededor de cuatro áreas de trabajo: la asociación y sus asociados, las plataformas en defensa de servicios públicos de Salud Mental, las relaciones con las administraciones que tienen competencias y la escuela de salud mental de la AEN-PV; todo ello de acuerdo con el plan de trabajo aprobado en la Asamblea Ordinaria, celebrada el año pasado en Alicante.

La Agencia Valenciana de Salud quedó constituida por la Ley 3/2003, de 6 de Febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana. Mediante el Decreto 25/2005, de 4 de Febrero, el Consell de la Generalitat aprobó los Estatutos reguladores de la Agencia Valenciana de Salud. El Decreto 77/2005, de 15 de Abril del Consell modifica los estatutos de dichos Estatutos haciendo desaparecer la Dirección General de Atención a la Dependencia, y pasando las competencias de Salud Mental a la Dirección General de Asistencia Sanitaria. Se mantiene la Dirección General de Drogodependencias. La Orden de 12 de Mayo de 2005, de la Conselleria de Sanidad crea los departamentos de salud sustituyendo a las áreas de salud y la Orden de 26 de Septiembre de 2005, del Conseller de Sanidad, por la que se procede a la creación del Consejo Asesor de Salud Mental de la Comunidad Valenciana

Es el marco legal donde nos vamos a mover en los próximos años. De acuerdo con un primer análisis, La Agencia Valenciana de Salud proporciona la necesaria cobertura legal privatizadora y da entrada a los Departamentos de Salud que sustituyen a las Areas Sanitarias, la desaparición de la Dirección General de Atención a la Dependencia nos rebaja en nuestro estatus y nos obliga como otra especialidad más a competir por los presupuestos quizás en condiciones de partida desiguales, en el Consejo Asesor de Salud Mental no hemos sido admitidos.

## 2. ÁREAS DE TRABAJO

### *1. De la Asociación y sus asociados.*

- Somos en el conjunto de la Comunidad 119 asociados, distribuidos por provincias como sigue: Alicante 37, Castellón 20 y Valencia 62, a fecha de 1 de Marzo de 2006.
- El día 20 de Agosto de 2005 fallecía en San Juan de Alicante el Dr. Don José Luis Montoya Rico quien fue el director de los Servicios Psiquiátricos de la Diputación de Alicante durante muchos años y que lidero la primera experiencia de reforma psiquiátrica en nuestro país, que fue en el año 1966 en Oviedo, Hospital Psiquiátrico del Principado de Asturias. Previamente, el día 10 de Junio en un acto celebrado en Alicante, el Dr. Montoya fue homenajeado.
- Hemos celebrado una Asamblea Ordinaria en el Colegio de Médicos de Alicante, el día 12 de Marzo de 2005, tres Juntas de Gobierno los días 21 de Mayo, 24 de Septiembre y 17 de Diciembre de 2005 en Alicante y una Asamblea Informativa el día 10 de Junio de 2005 en Alicante.: "III Reunión Informativa de la AEN-PV. Tratamientos involuntarios en psiquiatría (TAI) y Organización Asistencial", sirvió de soporte al homenaje al Dr. Montoya y en el transcurso del cual se le nombro Socio de Honor de la AEN-PV por su compromiso y aportes al modelo de salud mental comunitario. Se presentaron los grupos de trabajo: "Legislación, derechos del enfermo mental y prisiones" y "Evaluación y Planificación Asistencial" que coordinan respectivamente los Drs. Enrique Pérez y Manuel Girón. Además, se recordaron los 20 años transcurridos del "Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica".
- Se distribuye el día 1 de Abril de 2005 entre los asociados el Boletín nº 1 de la AEN-PV, que en principio saldrá con una periodicidad semestral.

### *2. Articulación con los movimientos ciudadanos*

Hemos colaborado activamente como asociación en el desarrollo de las Plataformas de Alicante, Castellón y Valencia, así como en los actos institucionales y reivindicativos que han organizado, en defensa de modelos de atención a los problemas de salud mental en nuestra comunidad públicos y de calidad.

- La Plataforma de Alicante el día 17 de Mayo de 2005 se dirigió al Sindic de Greuges, Don Bernardo del Rosal Blasco, (queja nº 010906, de Oficio nº1/2001), para denunciar el incumplimiento por parte de las administraciones afectadas de las recomendaciones que realizo en el año 2003. En su "Informe especial sobre la situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias" de 22 de Diciembre de 2005, recuerda en "valoración provisional" que: "...la solución a la compleja problemática social y asistencial que plantea la enfermedad mental no ha avanzado sustancialmente desde la fecha de la presentación



del anterior informe.”, de 2003; e insta a la Conselleria de Sanidad para que: “se realicen todos los esfuerzos necesarios para evitar la ralentización que está experimentando el proceso de creación de estructuras sanitarias adecuadas en materia de salud mental”.

- En el Club Información de Alicante el día 9 de Mayo y en el Club Levante de Valencia el día 10 de Octubre (día mundial del enfermo mental) se celebraron dos mesas redondas con un contenido muy similar: recordar la marginación que sufren estos enfermos, la precariedad de los recursos a ellos destinados y abogar una vez mas por sus derechos como ciudadanos. En el acto de Alicante estuvo presente el Sindic de Greuges.
- En Ca Revolta, Valencia, reunión/asamblea de las Plataformas con técnicos del IMSERSO y políticos del PSOE., el día 14 de Abril de 2005 con la finalidad de intercambiar impresiones acerca del Centro Estatal de Referencia para la Atención Socio sanitaria a personas con trastorno mental grave que se esta construyendo en Valencia. Se trata de hacer aportaciones que haga viable el proyecto inicial. Va a hacer un año de aquel encuentro y tal y como se prometió, la Plataforma de Valencia ha remitido en el mes de Febrero de 2006 un documento con las aportaciones consensuadas de las tres plataformas, así como de la AEN-PV, para que sirva de base de comunicación y donde se aportan propuestas concretas de modificación para ser tenidas en cuenta en el proyecto definitivo del futuro Centro, tras la reunión de trabajo de Julio de 2005 en Madrid. Con miembros de las Plataformas.
- Manifestaciones en Alicante y Valencia los días 19 y 10 de Octubre de 2005 con familiares y enfermos mentales con motivo del Día Mundial de la Enfermedad Mental.- El Defensor del Pueblo D. Enrique Mújica inicia investigación de oficio sobre presuntos malos tratos a internos en el Psiquiátrico Penitenciario de Foncalent (Alicante) en el mes de Agosto de 2005, tras recibir una petición desde la Sindicatura de Agravios y suscrita por la Plataforma de Alicante y la AEN-PV. Aprovechamos para reivindicar más medios para estos enfermos y una atención más equitativa con respecto a los enfermos no penados. A finales del año 2005 la investigación se archiva al no tener el Juzgado nº 4 de Alicante constancia de delitos; con lo que dichos enfermos se quedan con lo que tenían, en cuanto a recursos se refiere.
- Informe Especial sobre la situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias. Por la Institución del Sindic de Greuges se elaboró en el año 2003, un informe sobre la situación de las personas que padecen enfermedades mentales y de sus familias. Dada la trascendencia del problema, se ha realizado seguimiento periódico del cumplimiento de las recomendaciones precitadas. El trabajo referido constituye, dice el Sindic, el primero de estos procesos de revisión. La Plataforma de Alicante estuvo detrás del tema. En los



locales de CCOO de Alicante se celebró el día 20 de Enero de 2006 una rueda de prensa donde se presentaron a los medios de comunicación las conclusiones que viene recogidas en el apartado: 2.2.1 del presente informe.

- Se reúnen en Valencia el día 21 de Mayo de 2005 las tres Plataformas. No tengo información sobre lo que allí se dijo o concluyó.
- En la Provincia de Alicante, la Conselleria de Bienestar Social pone en marcha dos CEEM con Centro de Día, en Elda y Benidorm (40+40 plazas), tres CRIS: en Alcoy, Benidorm y Gandia (210 plazas) y una vivienda tutelada en Orihuela (4 plazas). Supone un impulso importante, aunque insuficiente, sobre todo porque no va a tener continuidad. En estos momentos no hay iniciado ningún otro centro. La apertura de nuevos centros se deja, en la práctica, en manos de la iniciativa privada. La Plataforma de Alicante reclamó el día 26 de Febrero de 2006, ante la Dirección Territorial de Bienestar Social una inspección del CEEM de Benidorm ante las múltiples deficiencias del centro, de su gestión, la falta de personal, etc. La Conselleria carece de planificación sobre la atención a las personas con enfermedad mental en la forma mas adecuada. No publica datos sobre necesidades y coberturas, ni memorias sobre las actividades que se realizan en sus centros.

### *3. Relaciones con las administraciones con competencias en Salud Mental.-*

La tónica general sigue siendo la descrita en la memoria de gestión correspondiente al año 2005: sólo se nos tiene en cuenta cuando les hacemos falta para sus propósitos y operaciones de maquillaje y propaganda, relaciones asimétricas y utilitarias. Quizás la única excepción este año ha sido la Sindicatura de Greuges, que ha mantenido una relación fluida, de trabajo y compromiso, así como de representación con las plataformas, tanto el Sindic como su asesor jurídico D. Carlos Ferreiros.

- Invitación, a través de una carta de la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria de la Conselleria de Sanidad, para participar como sociedad científica en el proceso de elaboración del II Plan de Salud de la Comunidad Valenciana para el periodo 2005-2009. En esta reunión se solicita la urgente promulgación del Decreto de creación del Consejo Asesor de Salud Mental que prometió el Sr.Conseller de Sanidad, en su comparecencia el día 26 de Mayo de 2004 en la Comisión de Sanidad y Consumo de las Cortes Valencianas.
- Abandonado el tema del Consorcio, el día 24 de Enero de 2006 la asociación se dirige mediante carta al Director General de Asistencia Sanitaria, Don Alfonso Bataller Vicent, con motivo de las transferencias parciales que la Diputación de Alicante ha iniciado de sus servicios de salud mental a la Agencia Valenciana de la Salud y ante la "amenaza" del desmantelamiento de los equipos interdisciplinarios que se vienen ocupando de la atención. La Diputación de Alicante a través de su Presidente, Sr.Ripoll, ha anunciado que en el Area de Salud Mental van a

hacer un esfuerzo importante. “vamos a poner en marcha el Instituto de la Familia Pedro Herrero en el Edificio Pritz.....un Centro Asistencial para discapacitados...en colaboración con APSA.....un nuevo dispositivo compuesto por un CRIS, un centro de Rehabilitación e Inserción Social de 50 plazas y dos Unidades Residenciales de 25 plazas ... Se remiten copias al Sr. Cervera , Secretario General de la denominada Agencia y a la Sra.Diputada, Dña Ana Kringe de la Diputación de Alicante.

- Carta a los Srs. Bataller y Cervera y copia al Sr. José Luis Moreno Murcia, Jefe de Servicio de Salud Mental de la Conselleria, solicitando incorporación como vocal en el Consejo Asesor de Salud Mental al amparo del artículo 3, de la Orden de 26 de Septiembre de 2005 del Conseller de Sanidad, que lo regula. El día 2 de Marzo de 2006, contesta más de un mes después el Director General denegando dicha petición porque el susodicho consejo “ya esta constituido”.

#### *4. Escuela de Salud Mental de la AEN-PV. Jornadas, formacion, etc.*

- Nuestra asociación, dentro de las actividades de la Escuela de Salud Mental, ha organizado a lo largo del curso 2004-2005, en Valencia /Ca Revolta) un ciclo de seis conferencias sobre diversas cuestiones relacionadas con los mecanismos científico asistenciales que se ocupan del malestar psíquico de los individuos, es decir, los denominados dispositivos de salud mental correspondiendo aquí desde la psiquiatría y la psicología hasta el trabajo social. Algunos títulos: “¿Hacia una clínica sin sujeto?”, “La construcción social del coneixemet científic: una perspectiva histórica”, “Trabajo Social, cuidados y creatividad: al lado del paciente psicótico”, “Adolescentes: ingenuos, idealistas, rebeldes, violentos, errantes, desafiante: ¿paradoja del ser?”, “Industria farmacéutica y Psiquiatría: historia de un secuestro”.
- V Jornadas AEN-PV. “El cas clínic: compromís dels professionals. Museu de Belles Arts de Valencia. Centre de Salut Mental Trinitat. Valencia 23, 24 i 25 de març 2006. Talleres: Arteterapia, Tratamiento Asertivo Comunitario, Introducción a la investigación cualitativa, Acompañamiento creativo, Continuidad de cuidados.
- En el curso de la presente Asamblea se debe elegir el tema de las VI Jornadas a celebrar durante el año 2007 en Alicante, así como el tema y los comités organizador y científico.
- Convenio de colaboración AEN-PV, Universidad de Alicante.

#### **3. EN REPRESENTACIÓN DE LA AEN-PV.**

- Reunión con el Jefe de Servicio de salud mental de la Conselleria de Sanidad, D. Juan José Moreno y con la técnico de salud mental Dña. Carmen Blasco Silvestre en Alicante, tras la dimisión/cese del anterior responsable D. Bartolomé Pérez Gálvez en Abril de 2005. En Junio de 2004 había dicho: “La carencia de medios

humanos está generando, junto con el visible incumplimiento del Plan Director de Salud Mental importantes demoras en la atención a los enfermos así como un destacable deterioro de la calidad asistencial”.

- Preparación del homenaje al Dr. Montoya y gestiones acerca de la Junta Directiva de la AEN para su nombramiento con socio honorario. En principio la Junta Estatal aprobó el homenaje en Alicante y su nombramiento como “Socio Distinguido”, así como su presidente, D. Francisco Chicharro envió una carta de adhesión. Queda pendiente, pues las gestiones acerca de la AEN, tiene que pasar por una asamblea
- Nota de prensa, diario Información de Alicante y Levante de Valencia sobre los acontecimientos del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Foncalent (Alicante).
- Gestiones para invitar al responsable de salud mental de la Comunidad Valenciana a la jornada: “La atención a la salud mental en España y el Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría: balance y perspectivas,” presentación de los datos recogidos y que organizó la AEN en el salón de actos del Ministerio de Sanidad y Consumo el día 18 de Octubre de 2005 en Madrid. Finalmente acudió la técnico Dña. Carmen Blasco por parte de la Conselleria y por la AEN-PV, el Dr. Pérez Martínez, tesorero de la valenciana y el Dr. Gómez Beneyto como coordinador del grupo de estrategia en salud mental del Ministerio.
- Gestiones para preparar candidatura de la nueva Junta de Gobierno de la AEN-PV.
- Gestiones y carta de invitación a tres psiquiatras cubanos que trabajan en el Hospital Psiquiátrico de la Habana, para acudir a nuestras V Jornadas. Cuando todo estaba arreglado problemas de fechas y permisos dieron al traste con la idea, todos estábamos de acuerdo con este interesante contacto.
- En el fallecimiento del Dr., Montoya como amigo y como representante de la asociación junto con su secretaria Dña Eutropia Salinas. Redacción de la necrológica que aparece en el numero 95 de la revista AEN, correspondiente a Julio/Septiembre de 2005: “José Luis Montoya Rico (1932-2005) un pionero de la psiquiatría comunitaria”, junto con el presidente de la Asturiana Dr. D. Víctor Aparicio.
- En las Juntas de la AEN: 26 Mayo de 2005 en Zaragoza en ocasión de las Jornadas Anuales y 16, 17 de Septiembre en Madrid. A la Junta correspondiente a los días 20 y 21 de Enero de 2006 fue en mi representación, Dña. M<sup>a</sup> Ángeles Torres, miembro de nuestra Junta de Gobierno.

#### 4. TEMAS VARIOS DE INTERÉS

- Artículo de prensa aparecido en el diario “El País” el 7 de Noviembre de 2005: “El Consell asume que el Plan de Salud Mental fracasa por la ausencia de medios humanos”. El artículo hace referencia al Informe del Observatorio de recursos de salud mental en España 2005 de la AEN, que se presento en Madrid.
- Del 10 al 13 de Mayo de 2006 se celebrará en Bilbao el XXIII Congreso de la AEN: “Abriendo claros, construyendo compromisos”.

- Recortes presupuestarios (Conselleria de Sanidad) que comprometen los programas asistenciales de las Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales.
- Futuro decreto que regulará la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, que puede hacerse cargo de la rehabilitación psicosocial, actualmente competencia de Bienestar Social, permitirá que también tenga un carácter de prestación universal.
- Se sigue trabajando sobre el documento que el Ministerio de Sanidad cree puede paliar el actual desequilibrio entre comunidades: Estrategia Nacional de Salud Mental, que coordina el Dr. Gómez Beneyto.
- Respecto al importante debate y conflictos abiertos, a nivel nacional en el ámbito de la profesión de Psicología y la Especialidad de Psicología Clínica, resaltar:
  - Respaldo de la AEN a la actuación y buen hacer de su representante en la Comisión Nacional de la Especialidad, y Presidenta hasta Marzo de 2006 de la misma, Dña. Begoña Olabarría; frente a las continuas e infundadas descalificaciones del Colegio Oficial de Psicólogos Estatal (COP), que no ha hecho sino frenar la labor de dicha Comisión, en la que el mismo COP participa, dificultando seriamente el proceso de homologación de especialistas en Psicología Clínica. Ahora está prevista la renovación de la Comisión, la representante de la AEN pasa a ser Consuelo Escudero, ya presente en la anterior composición y conocida por todos por su trabajo y dedicación.
  - Participación en la elaboración y distribución a los consejeros autonómicos de la Declaración por el Desarrollo de la Psicología Clínica, junto con la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), Asociación Nacional de Residentes de Psicología (ANPIR), y los Colegios Oficiales de Psicólogos de Andalucía Oriental (COPA0) y Gallego (COPG).
  - Reivindicación de la Psicología Clínica como especialidad sanitaria, finalmente conseguida.
  - Significativa participación en la elaboración del Informe sobre el reconocimiento del título de Licenciado en Psicología como profesión sanitaria, solicitado por el Ministerio de Sanidad.

Después de 20 años del inicio de la Reforma Psiquiátrica se abren nuevas oportunidades: “La Conferencia de Helsinki” y su plan de salud mental para Europa, el grupo de trabajo “Estrategias en Salud Mental” propiciado por el Ministerio de Sanidad y en el que participan varios compañeros de la AEN, el desbloqueo del Consejo Ínter territorial, etc. Son muestras de que las autoridades sanitarias han retomado la sensibilidad por los problemas de salud mental de la población.

(Dr. Francisco Chicharro. Presidente de la AEN.)  
Alicante Marzo de 2006

## LIBROS DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Distribución: La Torre Literaria)

### ESTUDIOS

1. M. GONZÁLEZ 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 contención, 1990.
13. M. DESVIAT (ed), Epistemología psiquiátrica, 1990.
14. A. INGALAR, R. GÓMEZ ESTEBAN, J. FRERE, A. GONZÁLEZ 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 ROMÁN 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. GONZÁLEZ, 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. SIMÓN (compiladores). Sesenta y cinco años de historia de la Psiquiatría (1924-1999). Editan: Asociación Española de Neuropsiquiatría y Asociación de Galera de Saude Mental, 1999.
28. CRISTINA GISBERT AGUILAR (Coordinadora). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo, 2003
29. ANTONIO ESPINO Y BEGOÑA OLABARRÍA (Coordinadores). La formación de los profesionales de la salud mental en España. Estado actual y perspectivas, 2003.
30. MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE Y RAFAEL HERRERA VALENCIA (Coordinadores). La atención a la salud mental de la población reclusa, 2003.
31. R. ESTEBAN, J. M<sup>a</sup> ÁLVAREZ. Crimen y locura. 2004
32. B. MORENO KÜSTNER. El registro de casos de esquizofrenia de Granada. 2005

### HISTORIA

1. JACQUES FERRAND. Melancolía erótica, 1996
2. ROBERT BURTON, Anatomía de la melancolía I, 1997
3. ANSELM VON FEUERBACH, Gaspar Hauser, 1997
4. ROBERT BURTON, Anatomía de la melancolía II, 1998
5. ROBERT GAUPP, El caso Wagner, 1998
6. GEROLAMO CARDANO, El libro de los sueños, 1999
7. EMIL KRAEPELIN, Cine años de Psiquiatría, 1999
8. ETIENNE ESQUIROL, Sobre las pasiones, Joseph Daquin, Filosofía de la locura, 2000
9. TOMASO GARZÓN, El teatro de los cerebros. El hospital de los locos incurables, 2000  
Traducción Mariano Villanueva Salas.
10. JUANA DE LOS ANGELES, Autobiografía. Madrid, AEN, 2001
11. FRANCOIS LEURET. El tratamiento moral de la locura, 2001
12. ROBERT BURTON, Anatomía de la melancolía III, 2002
13. LAURENT JOUBERT, Tratado de la risa, 2002
14. SAMUEL AUGUSTE TISSOT, El onanismo, 2003
15. DANIEL P. SCHREBER, Sucesos memorias de un enfermo de los nervios, 2003
16. RAIMOND QUENEAU, Los locos literarios, 2004

## CRITERIOS PARA LA ACEPTACIÓN DE ORIGINALES

1. Los trabajos deberán ser inéditos, mecanografiados a doble espacio en panel de tamaño folio o DIN A-4, que se considerará, en cualquier caso, como el original. Se enviarán cuatro copias de éste a la Redacción.
2. La primera página debe incluir el título y un brevísimo resumen de 20 palabras acompañado de tres a cinco palabras clave para índices: todo ello, en castellano e inglés.
3. En página final, se incluirán: 1) Nombre y apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. 2) Nombre de los departamentos e instituciones a los que debe atribuirse el trabajo. 3) Renuncias, si existen. 4) Nombre y dirección del autor al que debe dirigirse la correspondencia sobre el manuscrito.
4. Cuando sea posible, el texto se adaptará a los apartados clásicos de Introducción (con explicación de los objetivos del artículo), Métodos, Resultados y Discusión.
5. La bibliografía se identificará en el texto mediante número arábigos (entre paréntesis) y las citas se numerarán consecutivamente por el orden en que se citen por primera vez en el texto y se reunirán en páginas separadas al final del manuscrito. En el caso de los libros se especificará por este orden: autor, título (subrayado o en cursiva), lugar de la edición, editorial y año. En el caso de las revistas, por este orden: autor, título del artículo (entrecomillado), 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,