

ASOCIACION CASTELLANO- LEONESA DE SALUD MENTAL

BOLETIN

Diciembre - 1992

Nº 1

SUMARIO

| | |
|--|-----------|
| Editorial | 3 |
| El yo freudiano, ese desconocido | 5 |
| Efectos de los abusos sexuales de menores | 13 |
| Casos clínicos | 23 |
| Aproximación diagnóstica dinámica en paciente de un Hospital de Día | 25 |
| Virginia y el agua: Un caso de polidipsia psicógena | 29 |
| Guía documental | 33 |
| Tribuna abierta | 41 |
| Información jornadas | 45 |
| Criterios para la aceptación de originales | 47 |

EDITORIAL

*Resumen
Arquitectura 92*

Vive nuestra región un momento histórico, crucial para el futuro de la atención a la salud mental, al haberse iniciado un acercamiento entre las instituciones implicadas en la misma, que deberá conducir a la integración de recursos. Ahora bien, este tan prometedor comienzo, corre el riesgo de desembocar en posiciones antirreformistas si no se evitan los peligros que, sin ánimo de reseña exhaustiva, indicamos a continuación:

- a) La actitud de algunas Diputaciones, tendentes a descapitalizar sus servicios para acelerar su transferencia a la Junta de Castilla y León.
- b) La tibieza con que ésta ha venido abordando en los dos últimos años la mayoría de los problemas asistenciales -exceptuando algunos que le ponían «contra las cuerdas»- y que queda alarmantemente reflejada en muchos de los capítulos de su Proyecto del Sistema Regional de Salud, actualmente todavía en las Cortes.
- c) La tendencia del Insalud a confundir la integración de recursos con la extensión de ciertos criterios gerencialistas -lastrantes incluso para el modelo médico- a la asistencia psiquiátrica.
- d) La lentitud con que el Gobierno Central está desarrollando los principios contenidos en la L.G.S., por no decir nada del tema de la transferencia a algunas comunidades autónomas de las competencias en materia sanitaria.
- e) La «desmovilización» crítica de muchos profesionales, dedicados los unos a la lamentación narcisista, seducidos los otros por la nueva tecnocratización doctrinal. Por otra parte, algunos soportan el gran peso de la coordinación funcional en beneficio de otros.
- f) La creciente presión asistencial sobre dispositivos extrahospitalarios no siempre mínimamente dotados, que impide el desarrollo de actividades realmente comunitarias, preventivas, etc.
- g) La deficiente implementación de los Equipos de Atención Primaria, que les impide desempeñar su papel teórico en la práctica diaria.
- h) La reducción de las U.P.H.G. a unidades de tratamiento farmacológico si no se les dota adecuadamente de personal y medios infraestructurales.
- i) La lentísima creación y/o puesta en marcha de estructuras intermedias de contención/rehabilitación.
- j) La robótica repetición de que «los bienes son escasos» a la par que se hace gala de una muy humana y desbordante imaginación para malgastarlos.

Pero demos una inflexión positiva al abecedario, señalando también los aspectos favorables del «momento»:

- k) Como han señalado varias veces, se ha dado respaldo oficial al modelo comunitario, existe el compromiso de crear una red única y se espera la integración pronta de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general.
- l) Desde cierta óptica, se ha mejorado la calidad asistencial al universalizar a todos los usuarios la posibilidad de contactar con determinados servicios.
- m) Se van iniciando sistemas -mínimos- de recogida de datos y se comienza a hablar de criterios de control de calidad.
- n) Los Comités Provinciales -al menos, aquellos que se reúnen con relativa frecuencia- pueden ser órganos adecuados de consenso, superar en el futuro el escalón mínimo de la integración funcional y servir de articulación a una coordinación que englobe el resto de los aspectos (presupuestarios, de gestión, etc.).
- ñ) Algunos profesionales, aún haciendo un esfuerzo «contra natura», están dispuestos a prorrogar benevolentemente su paciencia, con la esperanza puesta en que un país de olímpica energía, afán descubridor y proyección universalista, no puede seguir eternamente siendo tan pobre y funcionando tan mal.

Combine cada cual estas y otras letras para lograr la palabra que considere más adecuada al momento actual. Si desde aquí tuviéramos que formular propuestas, «ilusionado escepticismo» o «colaboración vigilante» serían algunas. Y puestos a tachar lo que no interesa, tacharemos a todo aquel que, por acción u omisión, nos encarcele en la palabra «desencanto».

Castilla y León, diciembre 1992

JUNTA DIRECTIVA de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental
y Miembro de la Asociación España de Neuropsiquiatría

| | |
|---------------------------|--|
| Presidente | <i>Ramón Esteban Arnáiz</i> |
| Vicepresidente | <i>Antonio Uría Pérez</i> |
| Secretario General | <i>Antonio Sáez Aguado</i> |
| Tesorera | <i>M^a del Carmen Fernández Verde</i> |
| Vocales | <i>Antonio Vecino Gallego</i> |
| | <i>M^a del Rosario Palomo Alvarez</i> |
| | <i>M^a Paz Castro González</i> |
| | <i>M^a del Pilar de la Viña Guzmán</i> |

COMISION DE ASISTENCIA Y DOCENCIA

Jesús Alonso de Vega
M^a de los Angeles López Peña
Esperanza González Marín
Inmaculada López Alija
Fernando Colina Pérez
José Antonio Espina Barrio

COMITE DE REDACCION

Charo Palomo Alvarez
Jorge Arévalo Ferreira
Esperanza González Marín (Coordinadora)
Félix López Sánchez
Antonio Pérez Urdániz
José M^a Alvarez Martínez
M^a Carmen García Pérez
Jesús de Dios Pacios
Ramón Esteban Arnáiz

EL YO FREUDIANO, ESE DESCONOCIDO

*«A veces algo dentro de mí me impulsa
hacia una síntesis, pero yo resisto»*

S. Freud

*«Ah !El buen yo otra vez con nosotros
Qué alivio, volvemos a los caminos de la
psicología general!»*

Lacan

Fernando García Roncero

INTRODUCCION

Es frecuente observar que los conceptos de una disciplina, con el paso del tiempo y el uso habitual, vienen a vulgarizarse, simplificarse, perder su identidad y esencia, olvidándose las circunstancias y razones de su gestación y nacimiento a la luz, y haciéndose precisa la renovación de términos y vocablos más actualizados.

El psicoanálisis se ha visto especialmente afectado en este sentido; se ha extendido y vulgarizado, sus conceptos se utilizan en múltiples discursos de usos común, y las disciplinas próximas los han incluido en su vocabulario. Además, numerosos psicoanalistas colaboran en este sentido.

Es preciso volver a los orígenes de los conceptos fundantes, recuperar sus circunstancias de aparición, su verdadero sentido, y conocerlos y usarlos adecuadamente.

En esta ocasión, y con esta finalidad, vamos a revisar el concepto del yo freudiano.

El yo es un concepto de gran importancia en la psicología general, en la psiquiatría y la neuropsicología. En psicoanálisis es mayor su importancia, precisamente porque el yo freudiano es totalmente distinto del yo de la psicología general y la psiquiatría, es un concepto propio y único, que va a romper con ese sentido que siempre se le dio y se le sigue dando en todos los demás ámbitos de estudio.

Sin entenderlo en su verdadera dimensión, no se puede comprender el psicoanálisis, ni la teoría ni la técnica. Los psicoanalistas de la ego-psicología y el psicoanálisis que se acostumbra a enseñar en la Universidad parecen haberlo olvidado.

Vamos a revisar el concepto del yo en la psicología general y neuropsiquiatría, en un autor representativo que psicologiza el psicoanálisis y la reconducción que inicia Lacan en 1954, Sem. 2, para recuperar la identidad del psicoanálisis y sus conceptos, volviendo a Freud.

EL YO EN LA PSICOLOGIA GENERAL Y EN LA PSIQUIATRIA

La Psicología General ha abordado el concepto del yo como referido primariamente a una experiencia y siendo el más inmediato contenido de la consciencia; se le atribuyen cualidades de elementos central u omnicomprendivo. En la Teoría de los Estratos aparece como el vértice de la pirámide, convertido en la característica esencial de la estructura de la personalidad. El yo, sinónimo de «ego» y de «sí-mismo», representa el concepto central en la investigación de la teoría de la personalidad.

En la psicología de la motivación es considerado como la fuente y el fin de la misma, en la medida en que ésta tiene por objeto la persona misma.

El yo, como instancia organizativa del comportamiento y de la experiencia, tiende a dirigir y a conservar la adaptación del individuo.

En el hombre psíquicamente sano, la experiencia del yo no se hace presente a la consciencia aisladamente; sin embargo, puede ser llevada a la consciencia en cualquier instante y además se caracteriza por el signo de la continuidad espacio-temporal y siempre como una e idéntica persona.

En el ámbito de la experiencia del yo, W. James ha hecho una importante distinción, según la cual se dan dos aspectos del yo: el yo que conoce; y el yo conocido o empírico como contenidos que el sujeto percibe pertenecientes a él.

Es necesario recordar que el campo de la personalidad se ocupa del individuo en cuanto totalidad y de las diferencias entre unos y otros individuos; en este sentido considera que, en general, las personas funcionan como totalidades organizadas y desde esta perspectiva de su organización o totalidad busca comprenderlas; aunque el término personalidad no

incluye todas las conductas humanas, son pocos los aspectos del funcionamiento humano que no reflejan y expresan la personalidad del individuo.

Dicho esto, podemos exponer una serie de ideas de gran interés para nuestro estudio y que hemos encontrado en la obra de R. Stagner sobre la personalidad, de amplia aceptación en la psicología académica. Stagner escribe: «En los capítulos anteriores hemos presentado sucesivamente los elementos importantes (rasgos) para una descripción total de la personalidad... Ahora llegamos al concepto central, núcleo alrededor del cual están organizados todos estos elementos. A este centro se le ha llamado yo, ego, self, autoconcepto y autoimagen. La autoimagen siempre implica atribuir rasgos... la identidad no puede definirse, sino experimentarse -yo soy quien soy-ego sum qui sum-, el yo es una suerte de experiencia primitiva y la autoimagen tiene un intenso matiz social... el término "yo" aquí empleado se parece mucho a lo que los existencialistas llama "ser". Por tanto, el yo está en el núcleo mismo de lo que llamamos personalidad única... la persona dice: yo soy yo, soy algo distinto de la mera enumeración de esos rasgos... Cada uno de nosotros tiende a desarrollar una unidad interna... el desarrollo de la autoimagen está íntimamente ligado con la necesidad de consistencia de la conducta... pero ningún individuo tiene una autoimagen completamente consistente y unificada; todos sus atributos encajan armoniosamente en una unidad cooperativa, pero algunos elementos son rechazados y constituyen las inconsistencias».

Poco más adelante encontramos: «un hombre tiene tantos yoes como grupos separados existen en cuyas opiniones está interesado. Muchos hombres tienen un yo en los negocios, un yo en la vida familiar, un yo en el grupo de jugar la baraja, etc. ...llamamos a esta clase de organización "yoes segmentados"».

Adentrándonos ahora en el terreno de la Psiquiatría, encontramos una habitual utilización del concepto del yo muy similar a la expuesta hasta ahora; desde el empleo en el lenguaje corriente donde el sujeto se designa a sí mismo afirmando la totalidad de su existencia, pasando por el más actual concepto de sí mismo o self, hasta el yo como instancia de la tópic del psicoanálisis en su sentido vulgarizado.

Es de justicia incluir a Eugen Bleuler, representante universal de la psiquiatría y autor entroncado con las teorías del asociacionismo y del modelo médico del déficit, con una influencia decisiva en todas las concepciones posteriores de la enfermedad mental. Su obra de 1911 sobre el grupo de las esquizofrenias define esta enfermedad como un proceso mórbido que se caracteriza por la disociación de la coherencia interna del psiquismo, en contraposición a la mente sana o normal, integrada y asociada lógicamente.

Textualmente dice: «Llamo a la demencia precoz esquizofrenia porque (como espero demostrarlo) el desdoblamiento de las distintas funciones psíquicas es una de sus características más importantes... En todos los casos nos vemos frente a un desdoblamiento más o menos nítido de las funciones psíquicas... La personalidad pierde su unidad; en diferentes momentos, diferentes complejos psíquicos parecen representarla. La integración de los diferentes complejos e impulsos es insuficiente, o inclusive falta por completo. Los complejos psíquicos no se combinan en un conglomerado de esfuerzos con un resultado unificado como sucede en la persona sana...».

Creemos que es uno de los ejemplos más claros que se pueden encontrar, de la mano de un clínico cuya categoría nadie duda, de los conceptos de la personalidad, el yo y el psiquismo que se manejan. Ya veremos como Freud se refiere al concepto de la personalidad y al yo de Bleuler en una carta dirigida a Abraham en 1907.

Igualmente, hay que situar en esta misma línea el concepto de comprensión de Jaspers, que determinará la patología en desarrollo o procesal, otro de los pilares de la psiquiatría actual y que Lacan criticará encuadrándolo en la línea de un pensamiento socrático.

Cuando se inició en la psicología y psiquiatría el interés hacia el concepto del yo-ego, surgió la necesidad de delimitar y acomodar a los diversos estudios académicos tan espinoso término. Delimitarlo de otros términos afines (yo-self) y buscar progresivamente términos más acomodaticios, a la medida de las diversas teorías.

Así las cosas, se ha llegado a prescindir prácticamente del término «yo», para utilizar de forma generalizada el de «self», y posteriormente otros muchos hasta el más actual y utilizado de «concepto de sí mismo».

En este recorrido, y en una constante búsqueda de términos, ha surgido todo un arsenal disponible del que pondremos algunos ejemplos:

«ego-yo; self-sí mismo: self-as-doer -sí mismo en tanto que agente; self-as-process- sí mismo en tanto que proceso; self-as-object- sí mismo en tanto que objeto; self-as-perceiver- sí mismo en tanto que percibido; concepto de sí mismo; imagen de sí mismo; proprium...» etc.

Quizá por lo visto, y ante una escasa unificación de criterios, se tiende claramente a prescindir de una atribución de las dos funciones, activa y perceptual, a cargo de dos entidades diferentes (ego y self) y es cada vez más corriente utilizar la de «concepto de sí mismo», formada en función de la cenestesia, la imagen de los otros y como vivencia experiencial.

En un próximo campo de estudio, el de la Neuropsicología-Neuropsiquiatría, también encontra-

mos parecidas concepciones del yo, así como la relación que se puede establecer con las diversas áreas cerebrales.

A modo de ejemplo, un reciente trabajo de A. Imbriano nos permite encontrar las siguientes consideraciones neurológico-filosóficas, tan frecuentes en estos tratados: «...El yo no es esa pobre cosa que suponía Freud, sino la modalidad propia de un ser autónomo existencial inmerso en su medio social que le proporciona un estatus propio y personal. Hedónicamente, tanto la persona como la sociedad son dos entes teleológicos, apuntando el primero a la autoinformación y autosatisfacción personal y el segundo al bien común...».

Dice más adelante: «Interpretando a Freud, el ello pertenece al protocerebro y en particular al sistema límbico; el superego con la participación de los lóbulos prefrontales, que pueden satisfacer o castigar al ello. De ambos depende la adaptación; el ego o yo, conciencia intravitral de la existencia que depende de la personalidad, con la participación del lóbulo prefrontal izquierdo o de comando».

UN APUNTE: LA TEORÍA DE LA DISONANCIA COGNITIVA

En 1957 León Festinger propone la teoría cognitiva, uno de los constructos más importantes de la psicología social moderna. Dicha teoría se basa en el supuesto de que «el individuo intenta establecer armonía, coherencia o congruencia entre sus opiniones, actitudes, conocimientos y valores», llamados por Festinger «elementos cognoscitivos».

Un ejemplo muy claro es el de la recompensa incongruente. Se ofrece poco dinero por realizar una tarea monótona y aburrida a un grupo de personas y mucho dinero a otro grupo por la misma tarea. A la hora de valorarla se podría pensar que la verán más grata los que al fin y el cabo cobraron mucho, los que fueron más recompensados y satisfechos; lejos de eso, los menos pagados valoraban como más agradable la tarea, pues se puede sufrir por una buena recompensa, pero es estúpido hacerlo por una muy pequeña, por lo que «después de todo, no estaba tan mal lo que hemos hecho».

La teoría de la disonancia contradice, aparentemente, el sentido común y las teorías del aprendizaje fundamentadas en el refuerzo-castigo. Las personas tienden a justificar sus propias acciones, creencias y sentimientos intentando convencerse a sí mismos y a los demás de que no son personas absurdas y de que «era algo lógico». Este es también el caso de personas que han realizado comportamientos sin sentido bajo órdenes hipnóticas y que desconociendo

porqué actuaban, buscaban justificarlo con racionalizaciones (Por cierto, no hemos encontrado ningún libro en el que se reconozca el mérito de tal teoría a Freud, quien la expuso tal cual en sus Estudios sobre la Historia bajo el nombre de «coerción asociativa»).

La teoría de la disonancia cognitiva no presenta al hombre como un ser racional, sino como un ser racionalizador. La motivación del hombre no es tanto estar en lo cierto, sino creer que está en lo cierto; no quisiera saber que hace cosas absurdas, pero hay fuerzas que actúan en contra.

Nos parece de interés reseñar este concepto circulante en la psicología social académica, que plantea los conflictos en un plano cognitivo consciente y que vino a aliviar el temor de una excesiva extensión del masoquismo en las personas normales, de los llamados instintos de muerte de los psicoanalistas y la caída del coherente behaviorismo. Pero, al final, todo se solucionó.

La similitud con la racionalización del obsesivo es muy interesante.

COMENTARIOS

Hemos hecho en este primer apartado un breve recorrido por lo que son las habituales concepciones del yo en la psicología general, la psiquiatría y la neurología, que no agota ni mucho menos, la amplitud de estudios existentes en este sentido, pero que pretende ser una pequeña muestra representativa de ese «corpus teórico» hacia el que vuelven la vista, aliviados, numerosos autores tras publicarse «El yo y el ello». Creemos que esta sucinta exposición era una cita obligada para entender las relaciones de proximidad de algunas escuelas psicoanalíticas, así como las repercusiones que en la técnica van a tener.

Si hemos de extraer algunas conclusiones generales, podríamos decir:

- Existe una general identificación del yo con la consciencia.
- La identificación es del sujeto consigo mismo: yo soy yo.
- Se establece una relación de orden natural entre estos términos y la adaptación-conocimiento.
- Se identifican los términos sujeto-personalidad-yo, como el lugar del origen y del fin de toda motivación.

Ahora bien, al mismo tiempo encontramos una serie de singularidades en toda esta conceptualización («el hombre cultiva cierta idea de sí mismo» —Lacan—), que vienen a dar cuenta de algunos aspectos que no encajan en esta coherencia.

- La necesidad de recurrir a la noción de «yoes segmentados» para poder dar cuenta de algunos aspectos que no son integrables en esa coherencia y que tampoco pueden ser llamados patológicos.
- La dificultad de considerar patológico cualquier aspecto integrado, así como la necesidad de considerar patológico lo no integrado, inadaptado o disfuncional.
- El desarrollo de la teoría de la disonancia cognitiva para dar cuenta de la frecuencia innegable del absurdo, que dilapida la coherencia del comportamiento adaptativo de las ratas experimentales.
- La profusión de términos para hablar de una u otra forma del sujeto, evidencia de lo inaprehensible («donde nuestra ignorancia empieza, donde ya no llegamos con la vista, ponemos una palabra; por ejemplo, la palabra yo» -Nietzsche-).

Así pues, la coherencia e integración, el yo central y las teorías que vienen a solucionar las pequeñas fugas, desvíos y absurdos «dentro de un orden», forman parte del criterio de salud mental. La división, escisión, disgregación, la incapacidad de situar al yo como centro rector de la unificación, es criterio patológico, cuyo máximo exponente es Bleuler, como lo será Jaspers del criterio de coherencia socrática.

Las inconsistencias de esta armazón teórica provienen del empeño en cultivar esa idea de unidad, coherencia, armonía y jerarquía. Frente a esto, Lacan nos va a recordar que «la técnica de Freud desde el comienzo, trasciende esta ilusión».

Freud va a considerar que el sujeto, sano y enfermo, siempre está dividido; sobre esa división sitúa al yo; y luego nos va a recordar que entre los procesos psíquicos normales y patológicos hay una identidad.

Con respecto a la personalidad, término que Freud utiliza muy pocas veces, interesa recordar una carta a Abraham del 21-10-1907, donde le dice: «personalidad, de una manera análoga al término yo de su jefe (Bleuler), es una expresión poco definida, procedente de la psicología superficial, que para la comprensión de los verdaderos procesos, es decir, metapsicológicamente, no aporta nada en especial, pero es fácil creer que al utilizarla se dice algo sustancial».

OTTO FENICHEL: EL APARATO DE CONTROL

Uno de los autores de mayor prestigio en psicoanálisis es Otto Fenichel; su obra «Teoría psicoanalítica de la neurosis» aborda, a modo de texto enciclopédico, todos los grandes temas psicoanalíticos.

Nos interesa destacar el concepto del yo que este autor va a manejar, como uno de los exponentes más claros, a nuestro entender, de lo que se ha denominado «psicologizar» el psicoanálisis y sus conceptos.

En efecto, nos parece que toda su exposición busca ser un magnífico constructo teórico de coherencia biológico-científica, donde un ser vivo se organiza desde lo fisiológico hasta los niveles más elevados del psiquismo en estratos de desarrollo y adaptación que sólo el curso de incidencias perturbadoras van a desviar o permitir un insuficiente desarrollo. En medio de este enfoque biologicista-psiquiátrico, el yo va a ser un aparato de control y adaptación más o menos suficientemente capacitado. No es extraño que no tenga cabida la teoría del «instinto de muerte», contraria a las más elementales leyes de la biología.

Una vez introducida esta confusa mezcla de planos entre el acontecer biológico y el psíquico, se va a referir al concepto de pulsión, Trieb, denominándolo instinto (término inadecuado y equívoco a nuestro entender) para distinguir el instinto de la teoría psicoanalítica, del significado habitual en biología. A pesar de esto, más adelante va a quedar prendido en las redes de la concepción del instinto en la biología.

La primera reseña que destacamos, al inicio de la obra, establece que «las funciones psíquicas deben abordarse desde el mismo ángulo que las funciones del sistema nerviosos en general y que el patrón básico para comprender los fenómenos mentales es el arco reflejo; un tipo especial de fenómenos psíquicos serán los impulsos instintivos, energía apremiante con tendencia general a disminuir el nivel de excitación por medio de la descarga».

Al plantear la estructura psíquica en una primera introducción general se va a referir al yo diciendo: «Opera como un aparato inhibitor que controla... la posición del organismo en el mundo externo...» ...«La organización opera de la superficie a la profundidad; el yo es el mediador entre el organismo y el mundo externo»...

Y añade reseñando «no hay ninguna razón para suponer que el yo, creado con el fin de asegurar la gratificación de los impulsos del organismo, sea, de ninguna manera, primariamente hostil a los instintos».

Poco más adelante, un primer ensayo de la definición de neurosis dice así: «todos los fenómenos neuróticos tienen por base insuficiencias del aparato normal de control... como descargas de emergencia involuntaria, que sustituyen a las descargas normales...»

«Las personas que pasan por una crisis emocional han perdido el control»... «algo de naturaleza más arcaica ha sustituido el yo normal... cuando el control del yo normal se ha hecho relativamente insuficiente».

Fenichel va a abordar, a continuación, el desarrollo del yo con más detenimiento. Las funciones mentales constituyen un aparato, cada vez más complejo destinado a controlar los estímulos; la capacidad de «ir probando», modifica la relación entre el yo y sus afectos, por lo que el yo en crecimiento aprende a amansar los afectos y utilizarlos para sus propósitos de previsión... Simultáneamente el dominio de la motilidad se desarrolla un aparato de defensa. El yo aprende a rechazar los impulsos peligrosos o inadecuados.

«Un terreno en que es especialmente fructífero el estudio de la adaptación es el de la psicología de la volición o el deseo. Las necesidades son moldeadas y modificadas por las valoraciones del yo (o por la influencia del superyo)» «Los factores constitucionales, así como también la experiencia, deciden hasta qué punto se logra la adquisición del sentido de la realidad...»

...«En los neuróticos hay una incapacidad de aprendizaje diferencial»...

Desde éstos supuestos va a abordar el planteamiento de los «instintos». El instinto es explicado como la medida de la exigencia que pesa sobre la psique a consecuencia de la vinculación con el cuerpo, «es este concepto de los instintos el que permitió al psicoanálisis asentarse sobre una base biológica».

No resulta extraño, después de este recorrido, que al enfrentarse a la polémica clasificación de los «instintos» que Freud hace en 1920, quede prendido Fenichel en su propia argumentación y no encuentre cabida a la teoría de un «instinto de muerte».

Dice Fenichel «La existencia y la importancia de las pulsiones agresivas, por supuesto, no puede ser negadas. Pero no hay pruebas de que aparezcan siempre y necesariamente como una vuelta hacia fuera de pulsiones primariamente autodestructivas. Más bien parecería que la agresividad fuera originariamente, no un fin instintivo en sí mismo, característico de una categoría de instinto por oposición a otros, sino una manera que a veces adopta la pugna por fines instintivos, en respuesta a las frustraciones, y a veces, incluso en forma espontánea... Un instinto de muerte resultaría también incompatible con el concepto biológico vigente de instinto...» los hechos clínicos de la autodestrucción tampoco obligan a admitir un auténtico instinto autodestructivo y todos los hechos que están más allá del principio del placer pueden considerarse como creados por fuerzas externas que han logrado perturbar los principios innatos del organismo. El hecho de sostener que el concepto de un instinto de muerte no es ni necesario ni útil no significa el rechazo de las especulaciones... «Será necesario esperar, para una clasificación más apropiada de los instintos, a que la fisiología nos pre-

vea de hipótesis más valiosas acerca de las fuentes instintivas».

COMENTARIOS

Según lo expuesto, podemos considerar una serie de conclusiones teóricas en la psicología de Fenichel que vamos a tratar de puntualizar.

- Toma de base el modelo de desarrollo neurológico co-biologicista acorde a la teoría de los niveles de Jackson y Ribot, de la evolución de las funciones nerviosas, signos negativos deficitarios y signos positivos de liberación, lógica racional y lógica afectiva, desde un enfoque evolucionista.
- Sitúa al yo entre el organismo y el medio como la pieza que cierra y completa las dos partes de un rompecabezas. Identifica al sujeto con el yo ego quien se conoce y que se contrapone al no-yo. La evolución es hacia el control progresivo y el principio de trabajo del yo es el de la adaptación inhibiendo la satisfacción alucinatoria, la descarga inadecuada y la angustia primaria, para asegurar así una adecuada gratificación. Su referencia está alrededor del Proyecto, indicando que el terreno del deseo es especialmente fructífero para estudiar la adaptación.

Se produce aquí, más bien, una quiebra radical entre la psicología y el psicoanálisis, pues será el terreno del deseo precisamente donde se pone de manifiesto la radical inadaptación que va a situar al sujeto en un plano diferente, siempre descolocado con respecto a la satisfacción del deseo, siempre imposible. De aquí a la relación con la compulsión a la repetición en la pulsión de muerte no hay más que un paso y a la conclusión de que el yo será esa pobre cosa, que no va a coincidir con el sujeto. «Freud formula el deseo como fundamentalmente ajeno al arco reflejo... El deseo... produce el olvido del camino de la satisfacción de la necesidad, condena al organismo a la desadaptación desde el inicio».

- Siguiendo la lógica de su planteamiento, frente al yo lógico y sistematizador va a situar el inconsciente como un segundo plano donde lo no sistematizado, en un nivel arcaico no evolucionado y que aparece en la patología en ausencia del control del yo, como liberación de formas inferiores inadaptadas. La proximidad a los presupuestos teóricos de Jackson -Ribot- Janet es mayor que a Freud, a nuestro entender. Sus descripciones del inconsciente en muchas ocasiones se parecen más a las de subconsciente de Janet y su auto-

matismo o a las que hace la psicología cognitiva actual sobre la entrada de estímulos según el modelo input, con teorías como la del cuello de botella, etc.

- La patología no puede ser situada más que como la insuficiencia del yo en este «camino de perfección» y desde la regresión a posiciones cuanto más arcaicas, más patológicas.

A nuestro entender confunde la reacción afectiva con la neurosis, al igual que muchos autores. La sobrecarga de estímulos, acontecimientos y dificultades produce malestar, y su alivio bienestar; ese malestar no es patológico, aunque sea incómodo, quite el sueño o genere tensión y sea aliviado por medicamentos. La neurosis, por el contrario, no está en relación con las dificultades, aunque esa sea la queja inicial del paciente, sino, al contrario, con la posibilidad de satisfacción imposible de abordar, por lo cual se agravan o desencadenan con el bienestar y se mantienen en la dificultad estabilizados, aunque si quejas.

- La técnica analítica se basará en la alianza terapéutica por división del yo y buscará demostrarle al paciente la inadecuación de transferir emociones a objetos que no corresponde y fortalecer el yo-lógico. La técnica en Lacan va a buscar debilitar el yo, para que aparezca-hable el sujeto.
- La pulsión de muerte no tiene cabida, pertenece a otro discurso. Confundida con un instinto de muerte y con la agresividad, es insostenible en la biología, y es vista como poco útil y no necesaria. Ciertamente, porque habla de la radical inadaptación biológica del ser humano y su fracaso a ese nivel.

LACAN: EL RETORNO A LOS CONCEPTOS ORIGINALES

Lacan va a plantear sin ambigüedades la necesidad de definir la naturaleza del yo, para recuperar la autenticidad del yo del psicoanálisis, en una época, 1954, de esplendor de la ego-psicología, y de una tendencia a desnaturalizar la obra de Freud bajo el influjo de las tendencias históricas filosóficas que ejercen un tirón en el sentido contrario.

Así, comienza Lacan estableciendo el propósito de este seminario, definir la naturaleza del yo, para situar la confrontación entre la noción tradicional del yo en la filosofía y la subvención que frente a ella supone la noción freudiana del yo, verdadera revolución copernicana.

Frente a esta revolución, por mil flancos hay una reabsorción hacia la psicología general de los térmi-

nos teóricos; hay una resistencia a seguir a Freud, y éste trasciende esa resistencia que no es otra que la ilusión de la subjetividad, esa idea de sí mismo que cultiva el hombre contemporáneo, esa creencia de estar constituido de tal o cual modo; no podemos dejar de pensar con ese registro del yo que hemos adquirido en el transcurso de la historia.

Sócrates va a inaugurar en la subjetividad humana el saber vinculado a las exigencias de coherencia. Descartes va a dar la seguridad del orden del mundo desde la razón y el método, cada cosa en su sitio es lo que es; el pienso, luego soy, es el yo racional, pero no va a ser el sujeto. Esta es la aportación subversiva de Freud, que el yo no está en el centro, sino que está descentrado, como Copérnico descentra del Universo al planeta Tierra, y como una poesía lo expresa: y es otro.

El inconsciente escapa por completo al círculo de certidumbres mediante las cuales el hombre se reconoce como yo.

Esta es una nueva perspectiva en el estudio de la subjetividad, que además va a arrastrar importantísimas consecuencias en el entendimiento de la psicología normal y patología; el sujeto como tal, va a ser un organismo que no se adapta, no es su inteligencia, no está en ese eje, su conducta habla desde otra parte para quien deba oírlo y no se capta desde el yo.

Ahora bien, la lectura de la obra metapsicológica de Freud posterior a 1920, va a ser la gran crítica de Lacan; ahí se respira «el buén yo, otra vez con nosotros»; no se repara en la escritura anterior del Más allá, Psicología de las masas y El yo y el ello, en la crisis de la técnica analítica, y en la importancia que van a tener como nociones suplementarias para mantener el principio del descentramiento del sujeto. Fue una alegría poder creer nuevamente que el yo es central.

Rescatar los conceptos, diferenciarlos, marcar el corte histórico y señalar lo diferencial del discurso analítico frente al de la ciencia de la lógica. Lacan apunta a las ambigüedades del saber coherente y a entender el yo freudiano desde la pulsión de muerte y la inadaptación, a diferencia de la habitual tendencia a hacerlo situándolo en el centro del sujeto.

Cierra el capítulo dedicando el epíteto de querubín del psicoanálisis a Hartman, por su teoría del yo ego autónomo, locura común del sujeto que cree en sí que él es él, sin dudas; la idea de yo fuerte y yo débil eluden la comprensión de la neurosis.

Y frente a tales lecturas, recuerda que la metapsicología freudiana está desde el principio y no desde 1920, y reitera que el pivote de esta época es Más allá del principio del placer.

Para ir situando las cosas, lo hace contraponiendo el orden simbólico al acontecer biológico animal, esto es, que el orden humano está atravesando, interviniendo, en todo momento, por la función simbólica.

Desde el momento en que la sociedad surge como humana, va a precisar como indispensable la distinción de planos y relaciones entre los términos real, simbólico, imaginario, para leer a Freud.

Y para ilustrarlo, un ejemplo: el yo, en su aspecto más esencial, en una función imaginaria.

La segunda tópica busca establecer en su lugar al yo, algo deslizado, pero produce el efecto de la ilusión -que no error- clásica, creer que volvíamos al yo de siempre.

Y sin embargo Freud persigue restablecer la exacta perspectiva de la excentricidad del sujeto con respecto al yo.

El pensamiento de Freud nunca se formuló en una edición definitiva y dogmática. Y la resistencia a esta enseñanza se equipara a la resistencia en análisis.

La resistencia siempre reside en el yo, y lo que corresponde al yo es una suma de perjuicios que implica todo saber y que cada uno arrastra.

¿Qué es, pues, analizar las resistencias? Pues contrario a lo que se enseña, no es decirle que «usted se resiste a tomar conciencia»..., ni reforzar la parte sana, ni convencerle con que «mire usted, esto es así». Es, casi nada, en cada momento de la relación analítica saber a qué nivel debe ser aportada la respuesta, y no siempre lo es a nivel del yo.

Desde aquí, ¿qué es el yo? Pues lisa y llanamente el objeto y se percibe en el interior del campo de la conciencia como constituyendo nuestra unidad.

Esta unidad del campo, conseguida en el estadio del espejo reuniendo lo fragmentado, es aquello en lo cual el sujeto se reconoce como unidad.

Aquí se impone el nuevo orden de lo imaginario sobre lo real. Y esta dialéctica estará presente siempre, en todos los niveles de estructuración del yo.

Esta unidad conseguida, entonces, está suspendida de la unidad de esa otra imagen exterior, de ese modo, fascinada y dependiente, y se dirigirá siempre hacia donde se dirija ese otro modelo previo.

El yo es un objeto particular en el interior de la experiencia del sujeto. El yo es un objeto y cumple una función imaginaria.

Esto es esencial en la técnica.

Así las cosas, Lacan comenzará preguntando ¿qué es el sujeto? El cuerpo fragmentado encuentra su unidad en la imagen del otro (estadio del espejo), imagen de sí anticipada, pero invertida; algo ya no coincide. ¿Y el sujeto? El sujeto es nadie, es «personne»; está descompuesto y fragmentado, es aspirado por la imagen que le permite encontrar unidad.

Esto contradice la filosofía tradicional, para la cual la aprehensión de la conciencia por sí misma es uno de los pilares de la concepción del mundo.

Para Freud la conciencia va a quedar excluida de la dinámica psíquica porque le resulta un callejón sin salida.

Ibamos en busca del sujeto y el problema es saber dónde está. Para nosotros va a estar en el inconsciente, excluido del sistema del yo y desde donde ese sujeto habla.

El inconsciente es ese sujeto ignorado por el yo, desconocido por el yo y de hecho el proceso primario de Freud apunta al núcleo de nuestro ser, en un pleno sentido ontológico y que no coincide con el yo.

Este es el verdadero sentido de la experiencia analítica.

Pero creer que este sujeto es el verdadero yo y que el yo es una forma incompleta del sujeto es reunificar y reducir el descubrimiento freudiano. Y esto ocurrió al orientarse hacia el análisis del yo, pensando que actuando sobre él aparecería el reverso de lo que había que comprender.

Y el yo circula con una evidencia, fruto de la contingencia histórica, que hay que desmontar; y esa evidencia le viene de la importancia concedida a la conciencia en tanto experiencia, irreductible e individual. Pues bien, demostrar esa fascinación permite acceder a ese sujeto.

Freud quiere decir al introducir su nueva tópica que se recuerde que entre el sujeto del inconsciente y la organización del yo hay una diferencia radical.

Freud sitúa una regulación, equilibrio, con la palabra inercia -hoy homeostasis- y que el aparato psíquico en tanto organizado, se sitúa entre el principio del placer y de la realidad; y este principio de inercia-homeostasis le obliga a Freud traducir todo en términos freudianos de carga, investidura, descarga. Pero algo no funciona, algo no satisface el principio del placer, una insistencia que rompe ese sistema coherente regulado por el placer y hace del hombre una máquina que funciona; algo converge en esa insistencia de reproducción y pertenece al otro sistema, al inconsciente; ahí encuentra Freud al sujeto.

Es conveniente evitar el término «automatismo de repetición», de resonancias neurológicas y utilizar el de «compulsión de repetición», la *Wiederholungszwang*.

Esta *Wiederholungszwang* presenta una ambigüedad, una tendencia restitutiva de un intento fallido de éxito y una tendencia repetitiva paradójica, gratuita, enigmático, que orienta una función en la idea de pulsión de muerte.

Ahora bien, no olvidemos la pulsión de muerte, que no es un punto último de lo irreductible, de la impotencia. La pulsión de muerte es un concepto. Y con esto Freud se sale de la antropología, porque su descubrimiento es que el hombre no está completamente en el hombre.

Esta noción se opone claramente al espejismo que maneja la ciencia de que el sujeto humano es verdaderamente autónomo. Y desde el psicoanálisis se genera la idea del yo autónomo, como si hubiera dos yo y uno fuera sano, aparte y aliado del analista en la cura; es al contrario; a nivel del yo se produce las

resistencias; no hay tal libido deslibidinizado ni tal agresividad desagresivizada, no hay un punto fuera del mundo para que Arquímedes mueva el mundo.

Si el hombre es la medida de todas las cosas, ¿dónde está su propia medida?

Pero ¿tiene cabida la comprensión en el psicoanálisis?

Si algo pone de relieve el análisis es la discordancia radical de las conductas esenciales para el hombre con respecto a lo que vive.

En efecto, el placer hace travesuras y no se ajusta a ese concepto preestablecido del sistema nervioso homeostático. En el principio del placer, el placer tiende a su fin. El principio del placer es que el placer cese.

El aprendizaje nos muestra, en el análisis, su inadecuación, su desajuste; la transferencia, la repetición y el trauma son la intrusión del pasado.

El análisis descubre la dimensión de aquello contrario al progreso por adaptación, aproximación y perfeccionamiento.

Y la necesidad de repetición se sitúa a otro nivel; por la repetición ha de pasar lo que significa progreso para el hombre.

Esa repetición bajo la forma de un comportamiento montado en el pasado y reproducido en el presente como inadaptación nos muestra que el inconsciente es el discurso del circuito en el que estamos integrados como un eslabón más, ese circuito del lenguaje y la función del símbolo, del orden humano, la regulación y del sentido y el sin sentido.

El ser humano está en parte fuera de la vida, participa de la pulsión de muerte y sólo desde ahí puede abordar el registro de la vida.

CONCLUSIONES

Después de este recorrido hemos empezado a situar en el lugar que corresponde, numerosas nociones propias del psicoanálisis.

En primer lugar, no olvidar el profundo y radical giro que va a suponer en la historia la lectura freudiana del acontecer psíquico, que va a destronar y descentrar el yo cartesiano.

Hasta entonces la psicología, filosofía y una neurología y psiquiatría incipientes, contraponen el yo al objeto, en el sentido del objeto del conocimiento. Así lo hará una buena parte del psicoanálisis.

Lacan retorna a Freud y contrapone el yo al sujeto, porque Lacan va a darle estatuto de sujeto al inconsciente. No es una mera parte incómoda, no resuelta o mal integrada como teorizaba Janet; es un sujeto, y un sujeto que habla, determina y causa efectos con una finalidad propia y plena de sentido.

Serge Cotet, en su libro sobre el deseo del psicoanalista, nos va a decir: «¿Cómo puede el analista

“asistir” al yo en sus contradicciones, si el yo está estructurado como un síntoma? ¿La división del sujeto, no es, en definitiva, lo que el analista debe desear?

¿Porqué sería su deseo fortificar al yo, si éste es un síntoma -está estructurado como tal- y además es función de desconocimiento, ambas cosas no son más que una, ya que estableciendo compromisos con la pulsión llega a asimilarsele y se concilia con ella pagando el precio de su desconocimiento?».

El yo, entonces, es un objeto imaginario, un lugar de desconocimiento y está estructurado como un síntoma.

Fomentar la división subjetiva, confrontar sujeto y yo, va a ser una clave diferencial entre unos y otros planteamientos teóricos y técnicos.

Donde era yo, sea ello.

BIBLIOGRAFIA

- BERCHERIE, P.: Génesis de los conceptos freudianos. Paidós. Barcelona, 1989.
- PERVIN, L. A.: Personalidad. Teoría, diagnóstico, investigación. DDB. Bilbao, 1978.
- EY, H.: Tratado de psiquiatría. Toray-Masson. Barcelona, 1980.
- BLEULER, E.: Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias. Hormé Paidós, B. As. Lingred. Introducción a la psicología social. Trillas. México, 1978.
- ARONSON, E.: El animal social. Paidós, 1980.
- WITHAKER, J. O.: La psicología social en el mundo de hoy. Trillas. México, 1979.
- FREUD, S.: Estudios sobre la histeria. Vol. I. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973.
- POMENTA, S.: El paciente borderline. Ed. Científico Médica. Madrid, 1985.
- IMBRIANO, A. E.: El lóbulo prefrontal y el comportamiento humano (Bioaxio-práxico volicional). JIMS. Barcelona, 1983.
- ECUYER, R. L.: El concepto de sí mismo. Oikos Tau S.A. Barcelona, 1985.
- LAPLANCHE, J. y PONTALIS, J. B.: Diccionario de psicoanálisis. Labor. Barcelona, 1983.
- VILLAMARZO, P. F.: Cursos sistemáticos de formación psicoanalítica. Vol. II. Temas metapsicológicos. Marova, 1989.
- FENICHEL, O.: Teoría psicoanalítica de las neurosis. Paidós. Barcelona, 1984.
- VILLAMARZO, P. F.: Características generales del método psicoanalítico. Apuntes.
- LACAN, J.: El seminario Nº II. Paidós. Barcelona, 1983.
- VARIOS AUTORES: La envoltura formal del síntoma. Manantial. Buenos Aires, 1988.
- COTTET, S.: Freud y el deseo del psicoanalista. Manantial. Buenos Aires, 1988.
- RAVINOVICH, D. S.: El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica. Manantial. Buenos Aires, 1988.
- ALVAREZ MARTINEZ, J. M.: Jacques Lacan: El sujeto en la estructura. Estudios Filosóficos. Vol. 38. Salamanca 1989.

EFECTOS DE LOS ABUSOS SEXUALES DE MENORES

F. López, E. Carpintero, A. Hernández, M. J. Martín, A. Fuertes, J. Zapiain
Universidad de Salamanca*

1. INTRODUCCION: FASES HISTORICAS EN EL TRATAMIENTO DE LOS ABUSOS SEXUALES

El abuso sexual de menores es un problema que sólo recientemente ha comenzado a ser estudiado. Por ello no teníamos datos científicos sobre ellos hasta tiempos muy recientes, aunque sí referencias anecdóticas que demuestran que se han dado en todas las épocas históricas.

Desde una *perspectiva histórica* más amplia los estudios sobre los abusos sexuales han pasado por tres fases:

A. Primeras alusiones

Después de siglos de silencio, a pesar de los abusos sexuales se han dado siempre (aunque no sepamos bien en qué proporción), en los que la ciencia no se ha ocupado de esta problemática, a comienzos de nuestro siglo se empezó a hablar de este tema. El primero en reconocer que los abusos sexuales eran frecuentes fue *Freud*, pero, seguramente por la presión social ante esta denuncia, acabó defendiendo que en la mayor parte de los casos estos no eran reales, sino fantaseados por los propios niños. Seguramente *Freud* acabó haciendo esta interpretación presionado por el posible escándalo social y, sobre todo, porque sus postulados sobre el Complejo de Edipo le llevaban a pensar que los niños, ya en el período preescolar, sentían deseos sexuales especialmente orientados hacia el progenitor del sexo opuesto. Estos deseos no realizados podrían facilitar fantasías e interpretaciones erróneas de determinadas conductas

y situaciones que acabaría recordando posteriormente como reales.

En otro lugar (López, 1984, López, 1990, 1991) hemos reinterpretado desde la teoría del «apego» el supuesto Complejo de Edipo, considerándolo como un deseo de participar de la intimidad (espacial y afectiva) de los padres más que como un deseo explícitamente sexual, rechazando como consecuencia una argumentación que parece subyacer a la posición psicoanalítica: la creencia en que los niños son seductores sexuales de los adultos. Esta argumentación que parece descargar al menos parcialmente sobre los niños la responsabilidad de los abusos sexuales, nos parece especialmente rechazable.

Es sin embargo, justo decir que el psicoanálisis, a pesar de estos presupuestos, considera traumáticas las experiencias sexuales entre niños y adultos, como demuestran de forma especialmente clara los escritos de Ferenczi.

Kinsey, en torno a los años cincuenta, incluyó en su investigación algunos items que le permitieron obtener informaciones valiosas sobre los abusos sexuales. El dato más sobresaliente es el reconocimiento de que aproximadamente el 20% de mujeres habría sufrido abusos sexuales durante la infancia. Pero *Kinsey* minusvalora los posibles efectos de estos abusos sexuales en algunos de sus comentarios.

B. Fase de reconocimiento y catalogación (Finkelhor, 1986, 1988)

Posteriormente los clínicos se han dedicado durante un tiempo a catalogar los posibles efectos a partir del análisis de sujetos concretos, pero sin llevar

* Una versión más amplia de este tema será publicada por la Asociación Española de Maltrato Infantil.

acabo estudios con muestras. Estos comentarios clínicos, sin embargo crearon la necesidad de que se llevaran a cabo estudios cuantitativos más generales.

C. Fase de estudios descriptivos

Esta fase, desde los años setenta hasta la mitad de los años ochenta, se caracteriza porque se llevan a cabo numerosos estudios que pretenden cuantificar la frecuencia de los abusos, el tipo de abusos y sus efectos a corto y largo plazo. Para ello se hacen comparaciones entre grupos que han sufrido abusos y grupos que no los han sufrido, se estudian muestras especiales en los que supuestamente los abusos han actuado como uno de los factores desencadenantes o concomitantes (depresivos, delincuentes, prostitutas, etc.).

La revisión de Browne y Finkelhor (1986) y la recopilación de trabajos de Wyatt y Powell (1988) recogen todos los trabajos más importantes de este período.

D. Fase de construcción de modelos explicativos

Desde finales de los años ochenta se está intentando aplicar modelos que expliquen los efectos de los abusos sexuales sobre las víctimas, así como modelos que expliquen la conducta de los agresores.

Estos modelos están aún en discusión, destacando las propuestas de Finkelhor (1986) para explicar la conducta de los agresores (López, 1989) y la de Curtis (1986), Donaldson y Gardner (1985) y el propio Finkelhor (1988) para explicar los efectos de los abusos sexuales. Sobre ellos volveremos enseguida.

2. REVISION DEL TEMA

2.1. ¿Qué debe entenderse por abuso sexual a menores?

El primer problema con que nos encontramos es la ausencia de un concepto suficientemente preciso y aceptado por la comunidad científica. Los investigadores difieren en los criterios de edad de la víctima y del agresor y el tipo de conductas que deben ser incluidos dentro de este concepto; algunos estudios ni siquiera indican que entienden por abuso sexual.

Tres criterios son los más utilizados: La edad de la víctima y del agresor, las conductas que el agresor pone en juego para someter a la víctima y el tipo de conductas sexuales que tienen lugar entre ambos.

A) La mayor parte de los autores usan, como criterio de edad máxima de la víctima, los 15 ó 17 años. Por encima de esta edad ya no deberían ser considerados abusos sexuales a menores, sino violación o acoso sexual.

El agresor debe tener entre 5 y 10 años más que la víctima. Algunos autores precisan este criterio exigiendo 5 años de diferencia entre el agresor y la víctima cuando ésta tenga menos de 12 años, y 10 años de diferencia cuando ésta supere dicha edad. Algunos autores, además, piensan que sólo debe hablarse de abuso sexual si el agresor tiene, en todo caso, más de 15 años.

B) El empleo de la fuerza, la presión o el engaño, con menores, independientemente de la edad del agresor, también debe ser considerado abuso sexual. Por ello, pueden darse también abusos sexuales entre niños de la misma o parecida edad, aunque estas conductas son menos frecuentes y de efectos, también, menos severos. Algunos autores, sin embargo no incluyen dentro de los abusos sexuales las experiencias negativas que se tienen con los iguales, aunque se haya usado coerción o violencia.

C) Las conductas abusivas pueden implicar o no contacto físico. El contacto físico incluye toda conducta en la que el agresor toque zonas de claro significado sexual (caricias de pechos o genitales, coito vaginal, anal u oral, etc.). Otras conductas, aunque no incluyen contacto físico, pueden también tener carácter abusivo, como el exhibicionismo, la petición expresa de realizar actividades sexuales, etc. También en este caso hay discrepancias y algunos autores no consideran abusos sexual al exhibicionismo ni las propuestas verbales.

Un problema sobreañadido es que estos conceptos no necesariamente coinciden con la legislación de los diferentes países.

Desde nuestro punto de vista, los abusos sexuales deben ser definidos a partir de dos grandes conceptos, el de coerción y el de asimetría. La coerción (con fuerza física, presión o engaño) debe ser considerada, por sí misma, criterio suficiente siempre que tenga lugar con una persona menor. La asimetría de edad impide la verdadera libertad de decisión y hace imposible una actividad sexual común, ya que los participantes tienen experiencias, grado de madurez biológica y expectativas muy diferentes. Esta asimetría supone en sí misma un poder que vicia toda posibilidad de relación igualitaria.

Por consiguiente, por lo que se refiere a los menores, consideramos que siempre que exista coerción o asimetría de edad, en el sentido propuesto, las conductas sexuales deben ser consideradas abusivas.

2.2. Creencias erróneas

Como en todos los temas tabúes, existen numerosas creencias en torno a los abusos sexuales infantiles. Estas contribuyen a ocultar el problema y tranquilizar a quienes no desean afrontarlo. Estas son, en el fondo, las mismas que hemos descrito en el caso del incesto ya que éste es una forma, la más traumática, veámoslas brevemente.

Muchas personas piensan que los abusos sexuales no existen o son muy infrecuentes. Siempre que en nuestras clases, charlas o conferencias hemos citado algún dato, hemos observado rostros de incredulidad. Esta incredulidad la comparten casi todos, pero muy especialmente los varones; en general las mujeres están más dispuestas a reconocer la existencia y la amplitud de este problema.

Esta creencia es especialmente fuerte en relación con los abusos sexuales sufridos por los varones. Se puede estar dispuesto a admitir que se dan en mujeres, pero no que se dan con relativa frecuencia también en los hombres.

Otra opinión muy extendida se refiere a los agresores. La mayor parte de las personas creen que éstos son personas con graves patologías o con desviaciones sexuales. Sin embargo, casi todos los abusos sexuales son cometidos por sujetos aparentemente normales.

En relación con el agresor tiende a creerse también que los agresores son siempre o casi siempre desconocidos, resintiéndose a creer que con frecuencia el agresor pertenece al núcleo familiar más o menos cercano, es conocido o es un educador.

También es usual creer que si los abusos sexuales ocurrieran en nuestro entorno inmediato, nos enteraríamos. La realidad, por contra, es bien distinta. La mayor parte de los casos de abusos sexuales no son conocidos por las personas más cercanas a las víctimas. Estas tienden, con mucha frecuencia, a ocultarlos. Ocultarlos porque no saben muy bien lo que está pasando, porque son amenazados, se sienten culpables o piensan que serán castigados. Esta reacción de ocultamiento se extiende con frecuencia a todo el sistema familiar y social.

Frecuentemente se cree también que los abusos sexuales a menores sólo ocurren en ambientes muy especiales, asociándolos con la pobreza, baja cultura, etc. Es posible que en determinados ambientes sean más frecuentes, pero los datos confirman que están presentes en todas las clases sociales, zonas geográficas, etc. Este hecho, precisamente, plantea un grave problema para todo tipo de intervención porque no puede hablarse con propiedad de grupos de riesgo.

Como los adultos nos solemos resistir a la evidencia de estos hechos, no es infrecuente tampoco la

tendencia a creer que los niños, cuando los cuentan, no dicen la verdad o que están fantaseando. Sin embargo, cuando un niño dice que ha sido objeto de estas conductas, prácticamente siempre dice la verdad y, por consiguiente, debemos creerle. Sólo en países en los cuales hay una gran obsesión social por este tema algunos niños, siempre una pequeñísima minoría y ya de cierta edad, pueden hacer acusaciones infundadas.

También parecería razonable creer que si la madre de un niño se enterara de que su hijo ha sido objeto de un abuso sexual, no lo consentiría y lo comunicaría a alguien o lo denunciaría. Pero, en contra de lo esperado, sobre todo si el agresor es un miembro de la propia familia, más de la mitad de las madres reaccionan ocultando los hechos. En bastantes casos, en especial cuando la hija es objeto de abusos sexuales por parte del padre, las madres participan de una u otra forma en los hechos, a veces, incluso invitando al padre de forma más o menos explícita. De esta forma, no es infrecuente que la madre desempeñe un rol facilitador del incesto con el fin de retener al marido y obtener seguridad familiar; se trata, normalmente, de madres muy dependientes del marido o con relaciones sexuales insatisfactorias con él.

Estas creencias erróneas, y otras muchas posibles, deben ser superadas, si pretendemos afrontar de forma adecuada este tema. Ser conscientes de su importancia, prevenir con educación sexual estos sucesos y afrontarlos adecuadamente cuando ocurren.

2.3. Incidencia de los abusos sexuales a menores

Como la mayor parte de los casos no son denunciados en el momento en que suceden, es muy difícil saber su verdadera frecuencia. Los estudios más realistas se basan en autoinformes de adultos en los que comunican los recuerdos que estos tienen de los sucesos de su infancia. Los abusos sexuales suelen dejar un recuerdo imborrable a través de los años, por lo que las investigaciones que usan entrevistas o cuestionarios anónimos a adultos son las más indicadas.

En todo caso, toda metodología basada en el recuerdo tiene ciertos límites no solamente porque han pasado muchos años desde que sucedieron estos hechos, sino, sobre todo, porque esos recuerdos han sido ya elaborados por una persona adulta que tiene una sexualidad distinta en aspectos importantes a la de los niños.

Los resultados obtenidos por diferentes investigadores nos ofrecen datos bastante diferentes. Esta

variabilidad depende del concepto de abuso sexual empleado, el tipo de población estudiada y la metodología empleada (quién, cómo y dónde se hacían las preguntas). En unos casos se usan conceptos de abusos amplios y en otros muy restrictivos, muestras clínicas o muestras normales, entrevistas o cuestionarios, etc.

En un balance de las diecinueve investigaciones mejor planteadas en Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, Finkelhor (1986), sin duda uno de los mejores investigadores en este campo, considera que aproximadamente un 20% de mujeres (con una variabilidad entre el 6% y el 62% según la fuente de investigación citada) y un 10% de hombres (entre el 3% y el 31%), dicen haber sido víctimas de abusos sexuales en la infancia. Proporciones similares recogen Wyatt y Powell (1988).

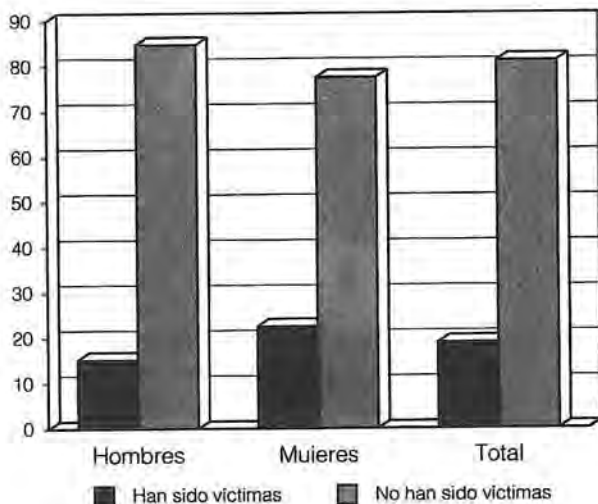
Para Browne (1986), uno de cada cuatro niños y una de cada tres niñas tienen algún tipo de experiencia sexual con adultos.

En una investigación realizada por nosotros, entrevistando a 2.000 personas, una muestra representativa de la población española, estratificada por comunidades autónomas, edad y sexo (López y Otros, 1992), como muestra la tabla 1, figura 1, el 18,9% de los entrevistados dijeron haber sido víctimas de abusos sexuales. En los varones este porcentaje fue del 15,2% y en las mujeres del 22,5%.

Tabla 1: Frecuencia de abusos

| | HOMBRES | MUJERES | TOTALES |
|----------------------|---------|---------|---------|
| Han sido víctimas | 15,25 | 22,54 | 18,91 |
| No han sido víctimas | 84,75 | 77,46 | 81,09 |

Fig. 1: Frecuencia de abusos en la muestra



Esta frecuencia es similar a la que otros investigadores han encontrado en países anglosajones. Por otra parte, es también muy similar a la encontrada por nosotros en el estudio piloto y a la encontrada en las distintas comunidades autónomas. Estos hechos dan especial congruencia a este resultado.

Por nuestra parte creemos que dicha frecuencia debe ser interpretada en el sentido de que «al menos» se da esta incidencia de abusos. Es decir, nos parece del todo improbable que los sujetos hayan inventado abusos y no carecemos de razones para pensar que algunos pueden haberlos ocultado. Esta es la impresión de las entrevistadoras y en esta dirección puede haber actuado el efecto de la deseabilidad social, puesto que los abusos sexuales merecen consideraciones muy negativas a los sujetos entrevistados. En todo caso, las entrevistadoras, en general, se muestran altamente satisfechas del clima de confianza creado en las entrevistas y del grado de sinceridad alcanzado.

Todo parece indicar que, con independencia de la gran variabilidad entre las cifras de unos y otros investigadores, estamos ante unas conductas realmente muy frecuentes. Y ello sin tener en cuenta situaciones de seducción más o menos larvadas que los niños pueden percibir de una u otra forma.

2.4. ¿Cuáles son los factores de riesgo?

Cuando hablamos de factores de riesgo lo que hacemos es preguntarnos por las circunstancias de diverso tipo que favorecen el que los niños sean víctimas de abusos sexuales o que determinados adultos comenten estas agresiones. El que un niño o niña tenga uno o varios factores de riesgo significa que es más probable que sea víctima de tales abusos. El que un adulto tenga más probabilidad de cometer este tipo de agresiones le haría pertenecer a un determinado grupo de riesgo, en este caso en cuanto agresor. No se trata, pues, de una relación directa y necesaria, causa efecto, sino de una asociación o relación que hace más probable que esto ocurra. Pero ni quienes participan de estos factores de riesgo están necesariamente condenados a ser víctimas, ni el resto de los niños está a salvo de estas conductas.

Lamentablemente no puede hablarse con propiedad de grupos de riesgo ni en relación con las víctimas ni en relación con los agresores. Sólo podemos indicar algunas circunstancias que favorecen uno u otro riesgo.

El hecho de ser niña (mujer) es, indudablemente, uno de los factores que hace mucho más probable el ser víctima de abusos sexuales. Los estudios varían en cuanto a la probabilidad asignada a las chicas y a

ABUSOS SEXUALES DE MENORES

los chicos (en un rango que va de 4 a 1.5 niñas por cada niño), pero todos ellos conceden una mayor probabilidad de sufrir abusos sexuales a las niñas. La media está entre 2 ó 3 niñas por cada niño, de forma que se calcula que el 71% de las víctimas son mujeres y el 29% hombres.

Esta asociación parece deberse fundamentalmente al hecho de que la mayor parte de los agresores son varones y, en éstos, la orientación del deseo predominante es la heterosexual.

Las edades de mayor riesgo son las del inicio de la pubertad. Entre los 10 y 12 años ocurren más del doble de casos de abusos sexuales que en cualquiera de las otras edades. Precisamente ésta es también la edad en la que los efectos de los abusos sexuales son más severos.

El que los agresores prefieran niños de estas edades, puede deberse al hecho de que, a la vez que ya manifiestan algunos signos de los cambios puberales, siguen siendo niños, cumpliendo así, una doble condición que les hace sentirse atraídos por ellos y, a la vez, con poder para dominarlos.

Todas aquellas condiciones que favorecen el uso de la violencia con los niños, están también asociadas con mayor riesgo de sufrir abusos sexuales. La pobreza, el bajo nivel cultural, las viviendas inadecuadas, el abuso del alcohol, el hacinamiento, etc.

El aislamiento social también ha sido relacionado con los abusos sexuales. Pero no hay pruebas seguras de que algunas formas de aislamiento que eran citadas en casi todos los estudios, como el hecho de vivir en una zona rural, estén realmente asociadas con este tipo de conductas. Otras formas de aislamiento, como la ausencia de amigos y compañeros de la misma edad, que están realmente asociadas con los abusos sexuales, pueden ser más una consecuencia de ellos que un factor de riesgo. En efecto, cuando un niño sufre abusos sexuales suele sentirse estigmatizado, se siente diferente y tiende a aislarse de los demás.

Los factores más claramente asociados con los abusos sexuales son determinadas situaciones familiares: La ausencia de los padres biológicos, la incapacidad o enfermedad de la madre, el trabajo de ésta fuera del hogar, los conflictos entre los padres (conflictos, indiferencia, enfados, peleas, separaciones y divorcios), las relaciones pobres (escasas o deficitarias por algún motivo) con los padres y el hecho de tener padrastro, son factores de riesgo que aumentan las posibilidades de ser víctima de los abusos sexuales.

Estas situaciones hacen a los niños más vulnerables porque están menos vigilados, más sujetos a posibles engaños y en mayor grado de dependencia de personas que tienen menos razones para inhibir sus pulsiones sexuales.

Ninguno de estos factores de riesgo es tan definido y excluyente como para que podamos establecer criterios que orienten nuestra intervención. Todos los niños tienen posibilidades no desdeñables de verse involucrados en este tipo de experiencias.

Por lo que hace relación a los adultos que las cometen tampoco podemos definir sus características de tal manera que puedan diseñarse intervenciones parciales dirigidas a grupos específicos.

2.5. Efectos de los abusos sexuales

Los efectos de los abusos sexuales son muy variables, dependiendo de la edad del agresor y la víctima, el tipo de relación entre ambos, la duración de la agresión, la personalidad del niño agredido, la reacción del entorno, etc. En general puede decirse que entre los factores que parecen agravar los efectos de los abusos sexuales están: el que se den de forma repetitiva; haya contacto genital; se emplee la fuerza; que el agresor sea el padre o padrastro, hombre (frente a mujer), adulto (frente a adolescente); que la víctima tenga entre 7 y 12 años, no reciba apoyos de la familia y tenga que dejar el hogar.

Estos efectos, por otra parte, han sido poco y mal estudiados por las razones conceptuales y metodológicas que hemos comentado que ya hemos indicado. Esto es especialmente verdad en el caso de los efectos a largo plazo porque los posibles efectos de los abusos han estado interactuando durante mucho tiempo con otros muchos factores y pueden haberse producido retroalimentaciones complejas difíciles de analizar.

En líneas generales puede decirse también que son mejor conocidos los efectos en el caso de las mujeres que los efectos en el caso de los hombres, aunque numerosas investigaciones incluyen a ambos sexos.

2.5.1. Efectos iniciales

Cuando hablamos de efectos iniciales nos referimos, convencionalmente, a aquellos que aparecen inmediatamente y hasta aproximadamente los dos años siguientes a la agresión. A partir de este momento hablamos de efectos a largo plazo.

De las niñas que sufren abusos sexuales, entre el 60 y el 80% se ven afectadas en diferente grado. Sólo entre un 20 y 30% permanece estable emocionalmente después de la agresión.

Entre el 17 y 40% sufren patologías clínicas claras. El resto pone de manifiesto síntomas de uno u otro tipo.

La edad en que más se ven afectadas está entre los 7 y 13 años, siendo, por ello, el período más vulnerable, aunque, como hemos indicado, hay otros muchos factores que influyen (relación con el agresor, tipo de agresión, etc.).

Los efectos físicos encontrados con mayor frecuencia son problemas del sueño (entre el 17 y 30% según los estudios), cambios en los hábitos de comida (5-20%), embarazo (entre 1 y 11%).

Desde el punto de vista emocional, miedo (entre el 40 y 80%), hostilidad (entre el 13 y 50%), vergüenza (entre el 30 y 65%), culpa (entre el 25 y 64%), sentimientos de depresión (en torno al 25%), baja autoestima (58%), angustia, agresiones y conducta antisocial, sentimientos de estigmatización (empiezan a creerse desgraciadas y diferentes a las demás), etc., son las conductas más frecuentes.

También es relativamente frecuente que manifiesten excesiva curiosidad sexual, inicien o aumenten las conductas masturbatorias y exhiban sus genitales. Entre el 27 y 40% ponen de manifiesto algún tipo de conducta sexual anormal.

Desde el punto de vista social, dificultades escolares, comportamiento antisocial, discusiones familiares frecuentes, abandono del hogar (entre el 33 y 50%), delincuencia, matrimonio precoz y prostitución están entre los efectos más frecuentes. En algunos estudios, la mitad de quienes sufren este tipo de problemas sociales habían sufrido abusos sexuales durante la infancia.

Los problemas familiares son frecuentes, especialmente si el agresor es un familiar o si el niño/a tiene la sensación de que la familia no le ha protegido excesivamente.

En nuestra investigación, como demuestran la tabla 2 y figura 2, el porcentaje de víctimas que han experimentado diferentes síntomas a corto plazo es muy elevado. Las categorías no son excluyentes, y por lo tanto las sumas de los porcentajes no son necesariamente iguales a 100.

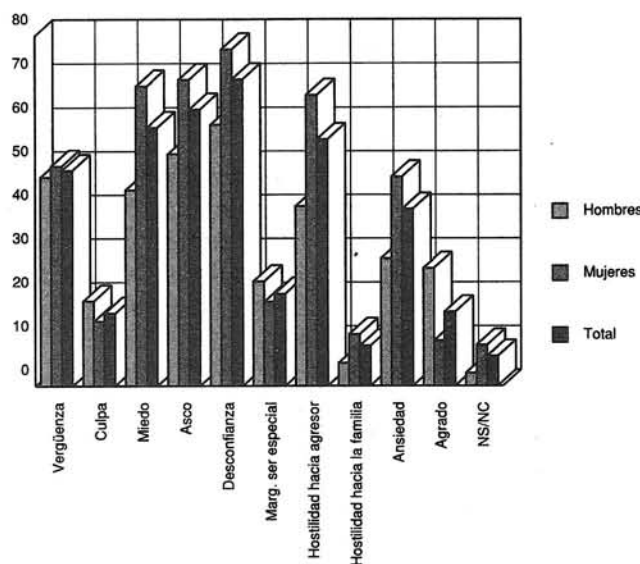
Observamos que los sentimientos más frecuentemente producidos por los abusos, fueron los de «desconfianza» (en un 70% de los casos), «asco» (en un 63%) «miedo» (en un 50%), «hostilidad hacia el agresor» (en un 56%), «vergüenza» (en un 49%), y «ansiedad» (en un 40%).

Estos datos, similares a los hallados en la mayor parte de los trabajos revisados, ponen claramente de manifiesto el importante impacto emocional negativo que tiene la experiencia del abuso sexual en un considerable número de víctimas. Estos datos, por otra parte, son congruentes con el modelo explicativo que expusimos en la primera parte.

Tabla 2: Sentimientos producidos por el abuso

| Sentimientos | V | M | Total |
|---|-------|-------|-------|
| Vergüenza | 47,76 | 50,25 | 49,26 |
| Culpa | 19,4 | 14,78 | 16,62 |
| Miedo | 44,78 | 68,47 | 59,05 |
| Asco | 52,99 | 69,95 | 63,20 |
| Desconfianza | 59,70 | 76,85 | 70,03 |
| Marginac., ser especial | 23,88 | 19,21 | 21,07 |
| Hostilidad o agresividad hacia el agresor | 41,04 | 66,50 | 56,38 |
| Hostilidad o agresividad hacia la familia | 5,22 | 11,82 | 9,20 |
| Ansiedad | 29,10 | 47,78 | 40,36 |
| Agrado, satisfacción | 26,87 | 10,34 | 16,91 |
| NS/NC | 2,98 | 9,36 | 6,82 |

Fig. 2: Sentimientos producidos por el abuso



2.5.2. Efectos a largo plazo

Los efectos a largo plazo son más difíciles de estudiar por la interacción con otra serie de factores. Así, por ejemplo, un abuso sexual que pudo originarlos o agravarlos; lo mismo podríamos decir de un posible fracaso escolar, etc.

Disponemos, a pesar de esta dificultad, de suficientes trabajos como para establecer relaciones bastante seguras entre los abusos sexuales en la infancia y determinados problemas posteriores.

La depresión es la patología más claramente relacionada con los abusos sexuales en numerosos estudios, como tendencia a la depresión y como mayor probabilidad de acabar sufriendo episodios depre-

vos psiquiátricos. Quienes los sufrieron durante la infancia es más probable que tengan depresiones durante la vida adulta. Esto ha sido demostrado tanto con muestras clínicas como con personas sin síntomas clínicos claros. Las ideas de suicidio, los intentos de suicidio y los suicidios de hecho llevados a cabo, también son más probable en quienes han sido víctimas de abusos sexuales.

Los abusos sexuales provocan también sentimientos de estigmatización, aislamiento, marginalidad y pérdida que disminuyen, con frecuencia, la autoestima de quienes los sufrieron.

Ansiedad, tensión y dificultades en los hábitos de comida, están asociados también con mayor frecuencia a este tipo de traumas infantiles.

Las dificultades de tipo relacional (en especial con los hombres, los padres o los propios hijos) acompañan con cierta frecuencia, estas sintomatologías. En las relaciones interpersonales es más probable que la víctima sienta hostilidad hacia las personas del mismo sexo que el agresor.

La víctima de abusos sexuales en la infancia está también más predispuesta a sufrir abusos cuando es adulta (por parte de su pareja o de otros), tendencia que ha sido denominada «revictimación».

Otra serie de efectos, como los relacionados con la sexualidad (mayor probabilidad de sufrir disfunciones sexuales, dificultades para relajarse, anorgasmia, promiscuidad, explotación sexual, etc.) han sido citadas con frecuencia. Todo parece indicar que las víctimas de abusos sexuales durante la infancia tienen más dificultades sexuales y disfrutan menos con la actividad sexual.

Por referirnos a algunos estudios concretos, Briere y Runtz (1988) ha estudiado una muestra clínica de mujeres que han sufrido abusos y que no han sufrido abusos estudiando la diferencia entre los dos grupos a través de una lista de 24 síntomas (Crisis Symptom Checklist) y operacionalizando el abuso sexual como «autoinforme sobre contactos sexuales experimentados por el cliente antes de los 15 años e iniciados por alguien que tuviera al menos cinco años más de edad» (Briere y Runtz, 1988, pág. 88). No incluye a sujetos entre los 15 y 17 años, ni a aquellos que hayan tenido experiencias negativas con iguales, ni a los que únicamente han presenciado escenas de exhibicionismo. Estudiaron 152 clientes que formaban una muestra homogénea en cuanto a edad, clase social, estado matrimonial, etc., diferenciándose solamente en el hecho de haber sufrido o no haber sufrido abuso sexual. Los resultados de esta investigación son bien concluyentes: El 44% de los sujetos clínicos estudiados había sufrido abusos (67 sujetos), el 39% de los que había sufrido abusos (26 sujetos) siguen relacionando el sufrimiento que tienen en la actuali-

dad con la experiencia de abusos. En dieciocho de los 24 síntomas se encuentran diferencias dignas de ser tenidas en cuenta, que se pueden agrupar en varios factores: sentimientos de disociación (tendencia a percibir que las cosas son irreales, por ejemplo), problemas de sueño (insomnio, por ejemplo), sentimientos de alienación (aislamiento y marginación, por ejemplo), dificultades sexuales, cólera (dificultades para controlarse, por ejemplo) y tensión.

Otros estudios sobre los efectos a largo plazo se han llevado a cabo no con muestras clínicas, sino con sujetos supuestamente normales (Wyatt, 1985; Finkelhor, 1979; Russel y otros, 1988; Stein y otros, 1988; Peters, 1988). Peters, por ejemplo, ha estudiado 119 mujeres a través de técnicas de entrevista y cuestionarios. En este estudio se operacionaliza el abuso sexual a través de tres criterios:

—Que la víctima tuviera menos de 18 años.

—Se trata de conductas sexuales físicas intencionales y no ambiguas.

—El agresor tenga cinco años más que la víctima o use algún tipo de coerción.

Los resultados de esta investigación son también concluyentes: Hay una significativa asociación entre haber sufrido abusos sexuales y la existencia de dificultades psicológicas posteriores. Las mujeres que han sufrido abusos es más probable que tengan problemas de depresión y episodios depresivos que las mujeres que no han sufrido abusos sexuales. El grado de las dificultades psicológicas está además en relación con aspectos específicos de la experiencia de abusos sexuales: el número de incidentes, la duración del abuso y determinadas características del agresor son factores específicos importantes.

Stein y otros (1988) han llegado a estudiar una muestra de 3.132 adultos mayores de 18 años, a través de diferentes cuestionarios, confirmando que tres cuartas partes de quienes han sufrido abusos tienen síntomas de ansiedad, angustia, cólera, culpa, depresión, etc. También puntúan más alto en desórdenes psiquiátricos como depresión, fobia, reacciones de pánico y personalidad antisocial.

En nuestra investigación (López y otros, 1922) los datos demuestran que los sujetos que han sufrido abusos es más probable que puntúen más alto en una prueba que mide la tendencia a tener problemas de salud mental. Igualmente es más probable que a lo largo de la vida hayan tenido algunos de estos síntomas (fracaso escolar, depresión diagnosticada, ingestión de drogas, embarazo no deseado, huidas de casa, etc.).

Después de reseñar tantos efectos negativos de los abusos sexuales, conviene decir, para no provocar confusión, que estos efectos a corto o largo plazo no se dan en todos los sujetos y que, si llegan a pro-

ducirse, pueden ser superados. Los efectos a largo plazo son, comparativamente, menos frecuentes y claros que las secuelas iniciales. La mayor o menor vulnerabilidad de estas experiencias depende de numerosos factores que están siendo estudiados.

2.6. Modelos explicativos

2.6.1. Modelos explicativos de la conducta del agresor

Es difícil establecer las características de los agresores. En muchos casos son sujetos aparentemente normales y que permanecen en el anonimato. Los agresores que pueden ser estudiados son aquellos pocos que son denunciados y, por consiguiente, no necesariamente los más representativos.

Groth y Birnbaum (1979) han propuesto una posible tipología, que, a pesar de su valor relativo, puede ayudar a entender por qué algunas personas abusan sexualmente de niños. Estos autores distinguen dos grandes grupos y varios subgrupos.

El primero de los grupos estaría formado por aquellos agresores que emplean el engaño, la persuasión o la presión psicológica para conseguir que los niños acepten este tipo de conductas. No usan la violencia ni el asalto, sino que basándose en autoridad de adulto, padre, maestro, etc., consiguen involucrar a los niños en actividades sexuales.

Este primer grupo debe ser subdividido, a su vez, en dos:

A) Los pedófilos. Estos adultos se sienten orientados sexualmente exclusiva o preferencialmente por los niños, siendo la interacción con ellos lo que les proporciona mayor satisfacción sexual. Rechazan las relaciones sexuales con adultos o le son insatisfactorias por diferentes razones. Se trata de sujetos inmaduros que no son capaces de adoptar pautas de comportamiento sexual adulto.

Interactúan de forma muy infantil con los niños, adaptándose de tal manera a ellos que parecen pautas infantiles en lugar de conductas adultas.

La causa subyacente a este tipo de conductas parece ser el temor a las relaciones sexuales con adultos. Éstas le producen ansiedad o inseguridad, miedo a no estar a la altura de las circunstancias y ser criticados o rechazados. En la relación con los niños se sienten seguros, son ellos quienes controlan la situación y pueden presentarse como personas experimentadas que enseñan a los niños cosas muy importantes para la vida.

B) Adultos que mantienen actividad sexual con otros adultos, que son, por tanto, aparentemente normales, pero que, en determinadas circunstancias,

abusan sexualmente de menores. Entre estas circunstancias, están los conflictos matrimoniales, la insatisfacción sexual, la baja autoestima, especialmente en el campo sexual, y, sobre todo, el abuso del alcohol u otro tipo de drogas.

Estos, a diferencia de los pederastas, afirman tener una orientación del deseo sexual normal, sin predilección especial por los niños; tienden a racionalizar los abusos sexuales, atribuyéndolos a las circunstancias en que se produjeron o afirmando que, en realidad, la víctima no era tan niño/a; y, por último, interactúan con los niños como si estos fueran mayores de edad. Este es el subgrupo más numeroso de todos.

El segundo gran grupo está formado por aquellos que usan la violencia o diferentes formas de asalto. Este grupo es menos numeroso que el anterior y su posible dinámica interna es menos conocida.

A) Unos parecen recurrir a este tipo de conductas porque se sienten angustiados por otros motivos y desplazan a este campo sus sentimientos buscando compensaciones.

B) Otros parecen disfrutar usando el poder sobre el niño/a, porque de esta forma controlan y dominan totalmente al otro.

C) Por último, muy pocos son sádicos, que obtienen satisfacción cuando su actividad sexual va acompañada del sufrimiento del niño/a con quien actúan.

Para los sujetos que pertenecen a estos tres subgrupos, aunque su deseo sexual no esté orientado exclusivamente hacia los niños, éstos tienen un especial atractivo porque son más fáciles de doblegar, dominar y conseguir que sufran sin riesgo para el agresor.

En todos los casos parece haber algo en común, el interés por la situación de indefensión de los menores de edad, a los cuales se les convierte en víctimas, y el miedo a los adultos, que, o bien son evitados, o no pueden satisfacer ciertas demandas inmaduras o patológicas de los agresores.

Desde el punto de vista descriptivo los agresores pueden ser del entorno familiar inmediato, conocidos de la familia, educadores, religiosos y también desconocidos, éstos últimos son especialmente frecuentes en las grandes ciudades donde hay situaciones de hacinamiento.

Algunos autores, en lugar de presentar tipologías definidas, se preguntan por las razones que pueden llevar a un adulto a cometer abusos sexuales con menores. Finkelhor (1986), después de revisar las diferentes teorías, propone cuatro posibles explicaciones:

La primera de ellas la denomina «*congruencia emocional*». Según esta teoría, los agresores escogerían como víctimas a los niños porque éstos tendrían para

ellos un gran significado emocional. Determinadas necesidades emocionales de estos adultos se satisfacerían en contacto con los niños, dado que dichas necesidades se adecúan a las características propias de los niños. Estas necesidades podrían tener su origen en la inmadurez emocional, la baja autoestima, traumas infantiles, el deseo de controlar la relación, etc. Desde un punto de vista cultural, uno de los valores asociados al varón es el «ser dominante», «poderoso», «eficaz»; valores que el ofensor puede obtener con más facilidad en la relación con los niños.

Esta explicación puede ser útil para entender a los pedófilos y, en general, a aquellos agresores que no usan la violencia, pero carece de una base experimental y clínica suficientemente probada.

Otros autores creen que el origen de los abusos sexuales está en que algunos adultos se excitan sexualmente más con los niños. Esta activación sexual (*Sexual Arousal*) puede tener orígenes diferentes. De entre todos ellos, el factor concreto que parece tener un mayor peso explicativo, es el hecho de haber sido objeto de abusos sexuales en la infancia. Quienes sufren abusos sexuales cuando son niños, tienen más probabilidad de reproducirlos con otros, al llegar a la vida adulta, pues pueden aprender que esta actividad resulta placentera a algunos adultos y, consiguientemente, tienden a repetirla. Este aprendizaje puede hacerse a través de la observación de modelos que obtienen satisfacción en estas conductas (como es el caso de la pornografía infantil) o por atribuciones erróneas a los niños (por ejemplo, la creencia en que los niños desean la relación sexual con los adultos, etc.). Por último, algunos autores no descartan que esta excitación sexual ante los niños pueda tener origen hormonal o cromosómico.

Bastantes datos experimentales apoyan la explicación basada en la excitabilidad sexual que le producen los niños en el caso de los pedófilos, pero no así en otros tipos de agresiones como el incesto, etc.

Un tercer grupo de autores creen explicar mejor estas conductas atribuyéndolas a dificultades para relacionarse con otros adultos (*bloqueo*). Los agresores sexuales se orientarían hacia los niños porque son incapaces de tener relaciones sexuales satisfactorias con otros adultos. Estas dificultades son explicadas de diferentes maneras según los autores (falta de habilidades sociales, dificultad para abordar mujeres adultas, inadecuada elaboración del complejo edípico, impotencia en el primer contacto sexual, abandono por parte del primer amor, etc.).

La dificultad para abordar mujeres adultas y la falta de adecuadas habilidades sociales han recibido confirmación experimental suficiente. Los problemas en las relaciones familiares están también, con frecuen-

cia, asociados a este tipo de conductas, pero no necesariamente los conflictos de tipo edípico.

Por último, algunos autores piensan que lo que mejor explica los abusos sexuales es la falta de control de algunos adultos (*desinhibición*). La impulsividad, el retraso mental o la senilidad, el abuso del alcohol y la supresión del tabú del incesto son los factores explicativos concretos más citados. Los factores impulsividad y retraso mental o senilidad carecen de apoyo experimental, mientras está claramente confirmada la asociación del abuso del alcohol y la supresión del tabú del incesto (fenómeno frecuente en los padrastros), con los abusos sexuales.

Por consiguiente todas estas teorías parecen tener algún valor explicativo, sin que en realidad, estén, necesariamente, en contradicción entre sí. Las agresiones sexuales a menores, probablemente, sólo pueden ser explicadas desde un modelo multicausal dada la gran variedad de formas en que se presentan.

2.6.2. Modelos explicativos de los efectos de los abusos sexuales

El efecto de los abusos sexuales se ha intentando explicar en primer lugar desde el modelo PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) propuesto en el DSM III (Asociación Americana de Psiquiatría, 1980).

Este «desorden post-traumático caracterizado por stress» tiene los siguientes componentes:

- a) La existencia de un claro suceso estresante.
- b) La tendencia a volver a experimentar el trauma expresado en pensamientos recurrentes, sueños y sentimientos que aparecen de forma súbita.
- c) Una pérdida de interés por el mundo externo: pérdida de interés en las actividades, sentir a los otros como extraños, inespresividad afectiva.
- d) Y al menos dos de los siguientes síntomas: estado de hiperalerta, problemas de sueño, sentimientos de culpa, dificultades de concentración y memoria, evitación de actividades o intensificación de los síntomas cuanto se expone a estímulos relacionados con el trauma.

Entre las ventajas de este modelo está el servir para establecer una descripción, permitir un diagnóstico que todos los profesionales pueden entender, situar la comprensión de estos efectos en un contexto más amplio como es el de la dinámica de los traumas, etc.

Este modelo es criticado por otros autores (Finkelhor, 1988) porque no da cuenta de todos los síntomas, sólo se puede aplicar a algunas víctimas, no ayuda a explicar la relación entre el suceso traumático y los síntomas.

En efecto, aunque los síntomas descritos puedan encontrarse, el énfasis de quienes describen los síntomas post-abuso es distinto al poner el acento en el miedo, la depresión, la culpa y los problemas sexuales. Igualmente se pone el acento tanto en aspectos cognitivos como afectivos y no casi exclusivamente en los afectivos, como en el estado de confusión del sujeto, las distorsiones en las creencias sobre sí mismos o los demás, etc.

Además, en numerosos casos las víctimas de abusos, pasado algún tiempo, no parecen poner de manifiesto síntoma alguno.

Por último, el PTSD no es en realidad un modelo teórico, sino la ordenación de un conjunto de síntomas.

Por todo ello Finkelhor rechaza este modelo explicativo y propone otro denominado «*Traumagenic Dynamic Model of Child Sexual Abuse*» considerado como un modelo comprensivo y dinámico que da sentido explicativo a un conjunto de síntomas en relación con un suceso —el abuso sexual—.

Según este modelo, la dinámica provocada por un abuso sexual puede ser entendida desde cuatro componentes:

- Sexuación traumática.
- Pérdida de confianza relacional.
- Estigmatización.
- Sentido de pérdida o falta de poder.

Esta dinámica supone una alteración del funcionamiento emocional y cognitivo que puede llegar a distorsionar la visión de sí mismo, las relaciones y el mundo en general.

Por *sexuación traumática* se entiende el hecho de que el desarrollo sexual normal de un niño se ve interferido por la intrusión de los intereses y conductas sexuales de un adulto. Estas conductas son inapropiadas para un niño, y al ser recompensadas con frecuencia por los adultos pueden aprender a usarlas como estrategia para obtener beneficios o manipular a los demás, adquieren aprendizajes deformados de

la importancia y significado de determinadas conductas sexuales así como concepciones erróneas sobre la sexualidad y la moral sexual. Por último, la sexualidad del niño puede quedar traumatizada o gravemente afectada de numerosas formas.

Los abusos sexuales conllevan una *pérdida de confianza* en la relación con el agresor. Esta puede ser especialmente conflictiva cuando existen relaciones familiares entre el agresor y la víctima. La víctima se puede sentir manipulada, herida, amenazada, etc., precisamente por quién era objeto de confianza.

Esta ruptura de confianza en las relaciones se puede extender a toda la familia por no haber logrado librar a la víctima de estas experiencias. Y alargarse también a todas las personas del sexo del agresor.

La *estigmatización* es sentida como culpa, vergüenza, envilecimiento, pérdida de valor, sentimientos de que sólo a él/ella le ocurre lo peor, etc. La víctima se puede considerar marcada para el resto de la vida por las experiencias más traumatizantes y considerarse distinta, desgraciada, marginada, etc.

Las víctimas, por último, pueden llegar a creer y sentir que lo que le sucede está fuera de su control, que no saben reaccionar ante las situaciones, en definitiva, que tienen *poco poder sobre sí mismos y cuanto les sucede*. En este mismo sentido se pueden volver temerosos de lo que pueda sucederles en el futuro, tomar actitudes pasivas y poco asertivas, ser retraídos socialmente, etc.

De esta forma, los abusos sexuales conllevarían en aquellos casos en que acaban produciendo efectos significativos una socialización sexual traumática, una pérdida de confianza relacional y una autoconsideración negativa.

BIBLIOGRAFIA

- LOPEZ, F.; HERNANDEZ, A.; CARPINTERO, E.; MARTIN, M. J.; FUERTES, A., y ZAPIAIN, J. (1992): *Abusos sexuales*. Memoria de investigación. Ministerio de Asuntos Sociales: Madrid.

CASOS CLINICOS

El Boletín de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría incluye una Sección de Casos Clínicos, la cual se ocupará de la publicación de casos psiquiátricos que pudieran ser de interés para los profesionales de Salud Mental de nuestra Región, a los cuales está abierta esta Sección.

Los casos podrán ser expuestos desde la perspectiva del psiquiatra, psicólogo, ATS o trabajador social, esperando que la aportación multidisciplinar contribuya al mejor conocimiento de las múltiples facetas de la Salud Mental y a su mejor coordinación en orden a prestar una atención integral al enfermo psiquiátrico.

APROXIMACION DIAGNOSTICA DINAMICA EN UN PACIENTE DE UN HOSPITAL DE DIA

María José Lorenzo Bragado
Médico Residente III
Servicio Psiquiatría de Salamanca
Complejo Hospitalario

Varón de 20 años, que nació en un hospital privado de Salamanca, donde fue abandonado por su madre, que se dedicaba a la prostitución. A los pocos días de su nacimiento fue adoptado por un matrimonio sin hijos, siendo su madre adoptiva también hija adoptada, abandonada por sus padres biológicos.

Fue remitido al Hospital de Día Psiquiátrico de Salamanca en febrero del 90 desde una Unidad de Salud Mental, porque el paciente presentaba «comportamientos psicopáticos y agresividad importante en el núcleo familiar». Tras una larga serie de entrevistas individuales y familiares llevadas a cabo por el psiquiatra de este hospital, con el objeto de hacer un estudio diagnóstico y valorar la posibilidad de iniciar tratamiento en régimen de hospitalización parcial, se llegó a la conclusión de que el paciente presentaba un «Trastorno de conducta de tipo indiferenciado» (DSM-III-R: 312.90) pero que existían graves problemas parentales que condicionaban la mayor parte de la psicopatología del paciente, y que junto con las ausencias prolongadas del hogar por parte del padre, por motivos laborales, imposibilitaban el tratamiento en el Hospital de Día para el que se exige una presencia familiar suficiente.

En noviembre de 1990 es remitido nuevamente al Hospital de Día dado que el padre ya residía de forma continuada en el domicilio familiar. Se reiniciaron las entrevistas diagnósticas y terapéuticas y, finalmente, el paciente ingresó en julio del 91. Mi contacto con él se produce en enero del 92, cuando inicio mi rotación formativa en este hospital.

CONTEXTO FAMILIAR

- El padre, de 62 años, actualmente jubilado, trabajó como camionero en una empresa de transportes. Ha sido siempre una figura paren-

tal ausente, pues únicamente estaba en casa los fines de semana. La relación con su hijo era prácticamente inexistente y desprovista de afecto.

- La madre tiene 55 años y es ama de casa. Es una mujer de carácter abandonico, con intensa agresividad reaccional y rabia inconsciente por sus frustraciones pasadas, que dirige especialmente contra su hijo estableciéndose entre ambos un tipo de relación interpersonal sado-masoquista. En los últimos años esta relación ha empeorado debido a los abusos alcohólicos de ella. Nunca ha aceptado el tratamiento en el Hospital de Día del paciente y siempre ha rechazado la ayuda psiquiátrica para ella.
- Ambiente familiar: La relación entre los padres está dominada por la violencia verbal y física. Es una relación muy destructiva, de la que hacen responsable al paciente.

ANTECEDENTES PERSONALES Y SOCIALES

Desconocemos todo lo relativo al curso del embarazo y parto de nuestro paciente...

La lactancia fue artificial. Inició la deambulación a los 12 meses y presentó enuresis nocturna hasta los 13 años.

A los 3 años le llevaron a un colegio religioso en el que permaneció hasta los 16 años. En 2º de E.G.B. comienza el fracaso escolar que se mantuvo durante todo el tiempo pues no llegó a terminar 7º. El paciente relaciona su fracaso escolar con los conflictos familiares que desembocaban en malos tratos hacia él, sobre todo por parte de la madre. Con frecuencia hacía «novillos» o tenían que echarle de clase por sus conductas desadaptadas.

En el colegio se llevaba bien con los compañeros y fuera de él se relacionaba con los niños del barrio, pero sólo tenía un amigo que es también el único que tiene ahora.

Después de salir del colegio intenta hacer un curso de peluquería a través del INEM, pero tampoco puede finalizarlo porque no soporta las clases, tiene comportamientos muy regresivos, con mínimas pero repetidas agresiones hacia sus compañeros que él considera bromas graciosas y que para los demás resultan insoportables.

A los 17 años, el paciente comienza con sus conductas agresivas dirigidas contra la madre. Por esta razón fue enviado al Hospital de Día y él explicaba las razones de su conducta así: «Mi madre no me quiere, me insulta constantemente; yo no quiero hacerle daño, sino meterle miedo para que deje de insultarme». «Yo no soy un psicópata; lo que yo hago no es para divertirme como hacen los psicópatas, son cosas que hago a la desesperada para que cambie la situación y tengo mis motivos para hacerlas».

Sobre sus experiencias sexuales refiere que comenzó a masturbarse con frecuencia a los 13 años. A los 15 tuvo su primera relación sexual con otro chico de su misma edad en la que adoptó un papel pasivo. Ha tenido relaciones homosexuales esporádicas siempre con chicos adolescentes como él. Actualmente mantiene una relación heterosexual extraña y peculiar, y lo hace más que por su propio deseo, por deseo de su madre.

Entre sus antecedentes mórbidos hay que destacar la aparición de asma bronquial alérgica hace 2 años y episodios de jaquecas. Ambas enfermedades podrían considerarse dentro de la esfera psicósomática.

Nunca ha consumido drogas ni alcohol. Fuma unos 40 cigarrillos/día.

EVOLUCION Y SITUACION ACTUAL EN EL HOSPITAL DE DIA

El paciente y los padres fueron entrevistados por primera vez en marzo del 90. El padre a penas participó en la entrevista y la madre dio esta visión del hijo: «De contarle y no acabar. Me insulta, me pega, tira las cosas (el pan, el bote de detergente...) y luego les clava cuchillos con furia. Otras veces le da por quemar lo que se le antoja. No me ha dicho una verdad en su vida. Roba la radio a su padre, nos pide mucho dinero y nos roba. En el colegio siempre armaba alguna. Además es un marica».

Andrés, de rostro agradable, un poco grueso y aspecto afeminado, dice «ya no tengo ganas de vivir; mi madre no me quiere; yo no quiero hacerle daño..., yo no soy un psicópata... quería ser chica hace 2

años, para cambiar de vida; quiero cortar esto y ya no sé cómo hacer».

Al final el entrevistador anota «creo que le quieren abandonar».

En el resto de las entrevistas se mantiene la misma dinámica, a pesar de que el paciente ha mejorado su comportamiento en casa y fuera de ella. Esta se muestra ambivalente respecto a los padres: sentimientos de odio y rabia por los malos tratos en la infancia, sentimientos de culpa por no ser lo que esperan de él, deseos de reparar sus actuaciones... Poco a poco se va notando la influencia del padre que ya está más tiempo en casa y participa más de las entrevistas y el paciente actúa menos sus enfados. Sin embargo la relación entre los padres mejora muy poco. La madre deja de acudir a las entrevistas en enero del 92 y el padre se queja de que es insoportable la situación y que está pensando en la separación matrimonial. En varias ocasiones ha «huido» de la casa, a la que finalmente vuelve «por el chico».

Durante todo el tiempo que el paciente lleva en el hospital su conducta y estado de ánimo han variado, unas veces con aspectos positivos y otras negativos. Le resulta difícil incorporarse a las actividades terapéuticas, negándose a participar, y en muchas ocasiones se ha negado a entrar en ellas. A menudo dificulta el funcionamiento normal de las actividades grupales con bromas pesadas y de mal gusto, y en las asambleas y reuniones de buenos días nunca comunica sus sentimientos y preocupaciones y únicamente intenta hacerse el gracioso, mintiendo constantemente como defensa maníaca ante su situación interna depresiva y abandonada.

En ocasiones presentó conductas realmente psicopáticas, y aunque ahora son menos inadaptadas, continua con sus comportamientos gracioso-agresivos y participando poco en todas las actividades. En los últimos días ha estado francamente deprimido, con insomnio, labilidad emocional y fantasías de abandono debido a la insostenible dinámica familiar que provocó la huida del padre del domicilio.

JUICIO DIAGNOSTICO

- *Cuadro clínico:* Es compatible con el «Trastorno de conducta indiferenciado», pues cumple más de 3 ítems: 1) Robo sin enfrentamiento con la víctima, 2) mentiras frecuentes; 3) novillos en la escuela; 4) destrucción deliberada de la propiedad ajena. No reúne criterios para el trastorno antisocial de la personalidad.

El paciente no ha presentado en ningún momento sintomatología ni funcionamiento psicótico.

- *Estructura de personalidad:* Dinámicamente, el paciente presenta un *estado u organización LIMITE*, intermedio entre neurosis y psicosis, cuyo Yo ha sobrepasado el momento en que las frustraciones de la infancia habrían podido producir fijaciones prepsicóticas, pero no ha podido acceder a una relación de objeto genital para alcanzar una evolución edípica normal, en la que los conflictos neuróticos se sitúan entre el Ello y el Superyo; la relación objetal ha permanecido centrada en una dependencia anaclítica del otro, tanto pasiva como agresiva. El Superyo clásico de las estructuras neuróticas no ha podido constituirse completamente, ya que el Edipo mal abordado no puede aportar elementos madurativos. Aparece por ello un Ideal del Yo pueril y gigantesco (descrito por G. L. Bibring).

Nos encontramos con un *carácter Narcisista* (Freud, 1931: «ni tensión entre Yo y Superyo, ni establecimiento de un verdadero Superyo, ni primacía de lo genital, sino por el contrario, preponderancia organizadora de las pulsiones del Yo en el sentido de los instintos de conservación». «El Yo de tales organizaciones dispone de una gran dosis de agresividad que se manifiesta en una actitud para la acción») *de tipo*

abandónico, que se caracteriza por la angustia de abandono por la pérdida de objeto, la no-valorización y la agresividad reactiva. Como defensa ante la depresión, que es el peligro inmediato de toda organización límite, este paciente ha evolucionado hacia una «*perversión*» *de carácter*, manifestando agresiones repetidas, a veces mínimas, no para hacerse amar directamente, sino para ser respetado indirectamente, como necesidad narcisista profunda. Como dice Bergeret, podría decirse que muchas veces se trata de «graciosos agresivos».

Se podría hablar también de *carácter narcisista psicopático*, que vive con toda claridad la parte agresiva de su anaclitismo, en lugar de inhibirla o volverla contra sí mismo. Su «antisociabilidad» trata de atraer la atención del objeto anaclítico por el que se siente olvidado, frustrado y mal querido.

En cuanto a la posible *homosexualidad* del paciente, podría tratarse de una fijación a la madre en estadios preedípicos, como una búsqueda de la plenitud narcisista por el juego de «la imagen en espejo» (obtención de su primera identidad reflejado en la madre).

VIRGINIA Y EL AGUA: UN CASO DE POLIDIPSIA PSICOGENA

Leopoldo Elvira Peña

Médico Residente IV

Servicio Psiquiatría de Salamanca

Complejo Hospitalario

Mujer soltera de 20 años, estudiante de 5º año en la Universidad. Es la segunda de 4 hermanas (21, 20, 16 y 14 años). Su padre es representante comercial, la madre realiza las tareas domésticas. Padres y hermanas viven juntos en Salamanca. Clase social media.

Acude a la consulta el 31 de enero de 1992 acompañada de su madre. Derivada a Psiquiatría por el médico de cabecera por petición de su madre, a la que se lo había recomendado un endocrinólogo. No existe demanda personal de consulta, y si viene a vernos es empujada por sus padres.

ANTECEDENTES PERSONALES

Operada recientemente de «vesícula biliar» y «fístulas» a nivel sacro. No se aportan informes. No otras enfermedades ni alergias conocidas ni tratamientos concomitantes. Fuma 3-5 cigarrillos diarios. No consumo de otros tóxicos. Peso: 57 Kg. Talla: 1,60 m. Es la primera vez que acude al psiquiatra.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre «nerviosa y depresiva», aunque sin tratamiento psiquiátrico. Resto sin interés.

PSICOBIOGRAFIA

Nacida a término de parto normal tras embarazo sin complicaciones. Desarrollo psicomotriz normal. Lactancia materna durante 4-5 meses. Control de esfínteres adecuado. Escolarización normal con buen rendimiento académico. Pasó de 1º B.U.P. a la Universidad con buenas notas. Buena adaptación sociofamiliar. No existen conflictos identificables

—según la paciente—. Personalidad descrita por su madre: «siempre algo caprichosa y pelusera... tranquila... extrovertida pero poco sociable con la gente... es comunicativa en la familia... tiene mucho genio de repente».

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

La madre lleva la iniciativa en las respuestas. Virginia permanece silenciosa, con una media sonrisa en los labios y sólo habla si me dirijo directamente a ella. Utiliza frases cortas, monosílabos, aunque no tiene problemas para expresarse correctamente. Parapetada en su silencio y a la sombra de su madre, se mantiene a la defensiva.

Hace dos años -dice su madre- comenzó con problemas en el estómago (molestias gástricas, náuseas y vómitos). El origen de tales molestias fue atribuido a la vesícula, operada el verano pasado. En noviembre del 91 es intervenida de nuevo por unas fístulas a nivel sacro. Durante el último ingreso se realizan pruebas endocrinológicas que descartan la existencia de una diabetes mellitus y una diabetes insípida (no se aportan informes). Según su madre, Virginia tiene un carácter «raro» desde los 15 años: «es muy comodona, no sale casi nada de casa... no se preocupa de nada». El médico que la examinó del estómago hace dos años le dijo que tenía «algo de nervios» y le recetó unas pastillas que la paciente no tomó regularmente.

Desde hace algo más de dos años bebe grandes cantidades de agua sin causa aparente. La ingesta media diaria oscila entre 7-8 litros (verificada durante la estancia de la enferma en casa de unos familiares). Toma de 5 a 10 vasos de agua después de cada comida, además de otros 5-10 entre las comidas. Su desayuno consiste en 6-7 vasos de agua y no toma nada más.

Según refiere la madre, los endocrinos han descartado cualquier causa orgánica que explique el cuadro, aunque no se aportan informes.

Come «muy desentonada» dice su madre, existe cierto caos en las comidas. Durante el año adelgaza y engorda unos 10-12 kilos. Generalmente pone peso en invierno y lo pierde en verano. No realiza dietas alimenticias «simplemente le da por comer menos». Le gustan especialmente los dulces y suele rematar las comidas con unos pasteles o chocolate para inmediatamente después beber un par de litros de agua seguidos. No le importa que la vean bebiendo tanta agua y por eso no lo hace a escondidas. No alteraciones de la autoimagen. No claros episodios bulímicos entre las comidas, ni vómitos autoinducidos. No hiperactividad (más bien lo contrario). No episodios de anorexia «típicos».

Entrevisto a la enferma a solas. Aporta escasa información de forma espontánea y la entrevista ha de ser muy directiva. Corrobora sin corregir nada lo dicho por su madre. Aspecto personal correcto, aunque viste con poca gracia, no parece darle demasiada importancia a su forma de vestir. Respuestas cortas, muy concretas. Destaca la apatía y la alexitimia en su discurso. No existe conciencia de enfermedad y se ve claramente forzada a colaborar por la insistencia de los padres a que acuda a la consulta (es posible que la madre intuya, mejor que la propia paciente, que «algo no va bien»).

Dice no tener problemas de ningún tipo. No le da importancia a la polidipsia: «será porque como muchos dulces... por eso bebo tanta agua... no sé» -se ríe-. Esto no parece cierto, pues las temporadas en las que come muy poco bebe aún más agua. Refiere que sus relaciones familiares y sociales son buenas. «No tengo novio porque no quiero... nunca he tenido relaciones sexuales porque no he querido... no me apetece...». En otro momento comenta: «las chicas que conozco todas han terminado igual...» -embarazadas-. Se percibe un fondo depresivo, una apatía y falta de motivación que la paciente niega. Dice encontrarse muy bien, no refiere ningún tipo de trastorno psicopatológico. Ha venido por tranquilizar a su madre. Tengo la impresión de que la paciente, de forma defensiva, se hace «la tonta», como no queriéndose enterar de lo que ocurre, ocultando el trasfondo depresivo o carencial.

Como juicio clínico provisional apreciamos la polidipsia psicógena (trastorno atípico de la conducta alimentaria) y un posible fondo depresivo. Pedimos estudios psicométricos y psicoproyectivos, no se pauta en principio medicación y se cita a la enferma para dentro de 15 días.

En la segunda entrevista, la enferma relata recuerdos infantiles muy pobres en contenido expresivo,

con pocos detalles, sin afecto, en un discurso formal y alexitímico. Impresiona de una aparente simpleza, sonrío con frecuencia, sin que parezca importarle mucho nada de lo que le ocurre. Predominio de la racionalización.

Vive con egosintonía su apetencia por los dulces y el agua: «hasta que no me como uno después de comer no me quedo tranquila... no me veo gorda... aunque no me importa eso... a veces he bajado a buscar dulces si no los había en casa... de agua no me sacio... cuando tengo exámenes como y bebo más pero no estoy nerviosa». Aunque no aparecen episodios bulímicos típicos, admite que, a veces, como de forma mecánica y se atraca de dulces «...sí, algunas veces me siento un poco culpable... no sé».

Se establece como plan terapéutico la realización de un autorregistro de los episodios polidípsicos y «bulímicos» y se pauta tratamiento con Fluvoxamina a dosis iniciales de 50 mg./día.

Virginia es vista por tercera vez. Mala cumplimiento de la medicación, que la abandonó por que le provocaba somnolencia y «pesadez en las piernas». No ha realizado el autorregistro «por que no he tenido tiempo». La entrevista apenas aporta información nueva. Las conductas potomaníacas no se han modificado. Se perciben rasgos obsesivos en la personalidad de Virginia: meticulosidad, perfeccionismo, relaciones a media distancia, formalismo, escasez de expresividad emocional. La coraza defensiva es en apariencia impermeable: racionalización, negación, «atontamiento». No quiere saber nada ni quiere que yo me entere de nada. Se confirman elementos depresivos, quizás no conscientes, o carenciales.

Dice soñar mucho, aunque es incapaz de relatar-me un sueño completo «...no sé, ahora no recuerdo... una vez soñé que dos personas están hablando y a una se le sale la dentadura... una dentadura grande... muy rara». Este sueño podría condensar el miedo a ser invadida, «violada» la intimidad de sus conflictos durante la entrevista, así como sus propias necesidades orales primitivas y voraces. En la entrevista se muestra escurridiza, vanal en sus respuestas, superficial en la apariencia. Parece proteger celosamente su intimidad y sus conflictos.

Suspendo toda la medicación y autorregistro. Planteo seguimiento quincenal hasta completar estudio psicológico y para procurar reblandecer algo sus resistencias.

Realizamos la cuarta entrevista. Ha completado los test psicológicos con la Dra. P. Hace dos días se realizó la devolución de los resultados (ver al final los resultados de los test psicológicos).

La enfermedad carece de motivación para iniciar un tratamiento. Sus conflictos negados están muy protegidos, son «intocables». Refiere no tener tiem-

UN CASO DE POLIDIPSIA PSICOGENA

po, «me da igual... no me veo ni me noto nada... estoy siempre contenta (se ríe)... no tengo problemas... estoy bien... hay mucha gente que bebe mucha agua...». En principio decidimos no iniciar tratamiento. Le ofrezco la posibilidad de volver a la consulta si lo considera oportuno.

RESULTADOS DE LOS TESTS PSICOLOGICOS

Pruebas aplicadas: WAIS, tests gráficos (dibujo libre, Machover, Koch, HTP color), test desiderativo, entrevista.

Resultados WAIS: CI verbal 110, manipulativo 116, total 114.

Rasgos diagnósticos: (T. proyectivos).

- Fondo depresivo. La depresión tiene que ver fundamentalmente con cierta carencia en la relación con la madre. La carencia con respecto a la madre aparece vinculada con la castración; en su fantasía «como no es un chico, no es querida por la madre».

- Identificación masculina. Más problemas con la identificación femenina. Fantasías muy fálicas. Rechazo de la agresividad fálica. Fantasías de violación. Se identifica con el agresor, cuando en realidad existe pánico a la castración.
- Defensas histéricas de «entontecerse, ponerse bobalicona».
- La actividad profesional que realiza gira en torno a lo que puede ser un chico -es además la única chica de su clase-. Esta actividad puede funcionar como compensación de la castración: ocupa así el lugar de un chico.
- Tendencia a dejarse estar, a abandonarse. Además le cuesta pedir afecto directamente.
- El síntoma expresa una necesidad muy lejana, compensando esa necesidad. Síntoma muy regresivo: ella «seca» y «regándose» internamente.
- La actitud de la paciente con el Dr. L., parece estar apuntando al gran problema que tiene ella en relación con el hombre: le da miedo, pero no tiene conciencia y por eso se manifiesta huidiza y sin interés.

GUIA DOCUMENTAL DE REHABILITACION PSIQUIATRICA*

Este trabajo inaugura lo que pretendemos que sea una sección establecida de nuestro Boletín, la «Guía Bibliográfica». Con ella queremos introducir un espacio en el que podamos encontrar información bibliográfica de primera mano con una utilidad muy directa para nuestro trabajo asistencial y formación. Conscientes de las, afortunadamente, cada vez más numerosas fuentes de información bibliográfica existentes, nuestra pretensión con esta sección es la de aportar información seleccionada por una «fuente experta» con su particular punto de vista. De esta manera queremos incluir, por una parte, lo que se puede considerar como lo «más importante» y, por otra, la peculiar versión subjetiva de quien presenta la guía. Esperamos que con las aportaciones de los autores a esta sección se enriquezca nuestro conocimiento sobre los temas escogidos.

1. INTRODUCCION

Tras la escueta enumeración de este proceso histórico, a lo largo del cual el concepto de rehabilitación ha ido adquiriendo progresivamente un significado más claro y delimitado dentro del campo de la asistencia psiquiátrica, haremos una pequeña incursión sobre la definición del propio concepto de rehabilitación. La primera apreciación tiene que ver con el título de esta guía que por razones de mayor familiaridad en nuestro contexto habla de «rehabilitación psiquiátrica». En realidad, para ser más precisos debería decir «rehabilitación psicosocial» ya que es este el término que usualmente se emplea para hacer referencia a la rehabilitación en el campo de la atención psiquiátrica. En segundo lugar, recogemos la definición que el Tesoro, instrumento que incluye los descriptores que delimitan un determinado ámbito conceptual, ofrece del término rehabilitación: «tratamiento diseñado para restaurar a un cliente a una situación de salud o recuperarle para una actividad útil o constructiva. Se emplea para poblaciones con deficiencias sensoriales, retrasados, delincuentes, criminales o trastornados». Para obtener una visión global del mapa conceptual de los diferentes aspectos vinculados a la rehabilitación resulta interesante listar los conceptos subordinados al término rehabilitación del tesoro, que son los siguientes: rehabilitación cognitiva, rehabilitación de las drogas, terapia ocupacional, terapia física, rehabilitación psi-

cosocial, rehabilitación vocacional, actividades de la vida diaria, conducta adaptativa, desinstitutionalización, manejo de la discapacidad, habilitación, servicios de cuidado de salud, programas para vivir independientemente, capacitación, hospitalización parcial, centros de rehabilitación, counselling de rehabilitación, habilidades de auto-cuidado y grupos de apoyo. Todos estos aspectos nos ponen en la pista de los diversos elementos que componen la rehabilitación y por lo tanto de la gran complejidad que rodea al concepto.

Una tercer apreciación se refiere a la ambigüedad que tradicionalmente ha rodeado al concepto de rehabilitación. Hasta que a finales de los 70 y principios de los 80 se delimitó una conceptualización precisa del término, una gran cantidad de prácticas diversas realizadas en hospitales psiquiátricos u otros contextos eran bautizados como rehabilitación, sin quedar claro cuáles eran sus objetivos, sus estrategias y sus límites. Particularmente ha sido habitual equiparar rehabilitación con reubicación, de forma que la mera salida de la institución a la comunidad o cualquier tipo de práctica realizada en la comunidad eran consideradas rehabilitadoras. Estas y otras concepciones inadecuadas que no podemos abordar aquí por falta de espacio (ver Fernández González y Guerrero, 1990 o el capítulo que Watts y Bennet, 1990 dedican a esta cuestión en su manual, para una aclaración conceptual) nos llevan a proponer una definición más precisa que es la ofrecida por William

(*) Jorge Arévalo Ferrera. Psicólogo de la Unidad de Rehabilitación de Segovia, profesor asociado de la Fac. de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Correspondencia: Centro de Servicios Sociales y Salud Ntra. Sra. de la Fuencisla. Crta. de la Granja s/n. Palazuelos del Eresma (Segovia)

Anthony uno de los autores líderes en el campo «dotar a las personas con incapacidades de las habilidades físicas, intelectuales y emocionales necesarias para vivir, aprender y trabajar en la comunidad con el menor posible de apoyos de servicios y de los profesionales» (Anthony, 1977).

Para que esta definición se haga efectiva, no resulta válida cualquier estrategia sino que se han establecido una serie de principios que resultan definitorios de lo que en propiedad debemos llamar rehabilitación psicosocial (Anthony, 1979; Beard, 1982; Dincing, 1981; Lamb, 1982), principios que a su vez nos permiten repoder como Anthony, Cohen y Farkas (1982) señalan si estamos o no ante un programa de rehabilitación. Entre tales principios cabría destacar algunos fundamentales: 1) El núcleo central de la rehabilitación es el aumento de las capacidades y las competencias; 2) Los beneficios de la rehabilitación están constituidos por mejoras conductuales en los contextos relevantes para los pacientes psiquiátricos; 3) Unos de los objetivos fundamentales consiste en alcanzar el mayor grado posible de independencia (en la mayor parte de los casos ello supone aumentar la dependencia de un número limitado de personas y contextos) 4) Uno de los elementos esenciales es la participación e implicación de los pacientes en todas las fases del proceso; 5) Los dos tipos básicos de intervención de los que se sirve la rehabilitación lo constituyen el desarrollo de habilidades del paciente mediante entrenamiento y la creación o adecuación de recursos ambientales (familia, trabajo, vivienda, etc.); 6) La rehabilitación debe llevarse a cabo a través de planes individualizados. Ello supone un proceso que se inicia con una evaluación funcional de habilidades y déficits del individuo y de los apoyos, carencias y demandas del ambiente. A continuación la elección de metas a corto, medio y largo plazo y su planificación estratégica. Y finalmente, la revisión de la consecución de los resultados obtenidos.

La aplicación de estos principios ha conseguido demostrar en numerosos trabajos que la metodología de rehabilitación psicosocial constituye un instrumento altamente eficaz para incidir en el curso de los trastornos psiquiátricos mejorando de forma notable muchos de los aspectos del funcionamiento (social, familiar, interpersonal, etc.) de las personas que sufren esta clase de problemas. Su plasmación se ha hecho realidad en la creación de centros de rehabilitación psicosocial cuya estructura y funcionamiento responden a una filosofía común. Esta clase de cen-

tros, es la que guía de modo global la organización de algunos de los centros de día existentes en nuestro país (ver Fernández, González y Guerrero, 1990) y a la que cada vez se tiende más en muchos lugares del territorio nacional.

2. ORGANIZACION DE LA GUIA

La presente guía no ha sido elaborada con un afán de minuciosidad documentalista, y es seguro que algún lector informado echará de menos alguna referencia no señalada. Los criterios de elaboración han partido de una selección personal, que ha tratado de ser lo más exhaustiva posible. Dada la juventud del campo en general y de un modo más notable en nuestro país, el listado de referencias en castellano que atienda al descriptor de «rehabilitación psicosocial» no es demasiado numeroso. A causa de este motivo la opción ha consistido en introducir algunas referencias que no hacen mención específica a la noción de rehabilitación, pero que sin embargo contienen elementos importantes de lo que podríamos entender por el universo conceptual próximo a la rehabilitación, como por ejemplo es el caso de algunos trabajos que tratan sobre la desinstitucionalización o la cronicidad.

El hecho de que no existan demasiadas referencias¹ en nuestro idioma no hacía demasiado aconsejable dividir los trabajos atendiendo a lo que podrían ser diferentes fuentes de documentación. La opción ha sido dividir la guía en 4 apartados: el primero de ellos incluye tanto textos como monografías (ambos muy escasos) y artículos de revistas en castellano. El segundo apartado recoge las principales revistas en las que se pueden leer los trabajos que aparecen sobre rehabilitación. En esta ocasión se han incluido además de las publicaciones españolas, también las de lengua inglesa por constituir la principal fuente de información existente en la materia. En ambos casos sólo se menciona el nombre de la revista, debiendo recurrir los lectores a un centro documental para conocer más detalles acerca de las mismas (periodicidad, localización, editorial, etc.). Se incluye un tercer apartado destinado a mencionar algunas referencias básicas en inglés (manuales y monografías fundamentales y algunos artículos importantes), ya que en este caso la exhaustividad supondría un catálogo interminable de referencias. El cuarto apartado menciona algunas de las principales reuniones científicas

¹ Cuando realizamos una búsqueda de referencia bibliográfica empleando las base de datos PSYCHAM de la APA usando el descriptor rehabilitación psicosocial aparecieron sólo 10 referencias en castellano, no todas ellas referidas al campo de la asistencia psiquiátrica. Lógicamente, hay que tener en cuenta que aparte de la escasez de citas bibliográficas, se añade el hecho de que muchas de las revistas españolas en las que podrían aparecer trabajos sobre el tema no forman parte de dicha base.

cas y profesionales celebradas en los últimos años en nuestro entorno, que de forma monográfica o central han tratado la cuestión. Por último, bajo el epígrafe «Otras Informaciones» se recogen algunas observaciones sobre el asunto de la formación en rehabilitación, aspecto no recogido de forma expresa en los currícula de las titulaciones de las profesionales que desarrollan su labor en este terreno.

2.1. Publicaciones en castellano

En este apartado que recoge como ya se ha señalado manuales, monografías y artículos de revista en castellano, se ofrece adicionalmente un pequeño comentario sobre los dos primeros tipos de publicación, pretendiendo aportar una información adicional, sobre todo a aquellos que se acerquen al tema de nuevo. Con un asterisco se señalan los trabajos de revisión.

- ADAM, A.; RUIZ, I.; GOMEZ A. y MONTERO, I. (1986): «Revisión y análisis crítico de las técnicas de intervención psicosocial en la familia de esquizofrénicos», *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 14, 75-84.
- ANDERSON, C.; REISS, D. y HOGARTY, G. (1986): «Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación», Amorrortu, Buenos Aires.

Manual imprescindible para el trabajo psicoeducativo con las familias. Desarrolla con detalle las fases de un modelo psicoeducativo, ofreciendo una buena descripción de la información que se da a las familias y la filosofía de trabajo que debe guiar a los profesionales. De especial interés todo lo relacionado con el desarrollo del «Taller de habilidades de supervivencia», para orientar el diseño de escuelas de familias y talleres psicoeducativos, y los apartados dedicados al «retorno después de la recaída» y a la rehabilitación vocacional. Detalla experiencias clínicas de implantación del modelo y aporta una bibliografía de interés para formar un «nuevo staff».

- AREVALO, J. (1990): «Intervenciones familiares en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia: Aproximaciones recientes», *Estudios de Psicología*, 43-44, 169-193.
- AREVALO, J. (1992): «La aproximación psicoeducativa: Una necesidad terapéutica en el trabajo con las familias de los pacientes psicóticos», *Boletín de la Asociación Castellana Leonesa de Salud Mental*, nº 0, 6-19.
- Asociación de Rehabilitación de Enfermos Psíquicos: «Centros de rehabilitación, centros ocupacionales y talleres protegidos», *Revista de la FEAFES*, nº 11, 7-8.

- AZNAR, E.; BERLANGA, A. y GOMEZ, C. (1991): «Intervención en esquizofrenia. Una aproximación conductual a la rehabilitación psicosocial», *Papeles del Colegio Oficial de Psicólogos de Valencia*, diciembre de 1991, 22-26.
- BALLUS, C.; LLOVET, J. M.; BOADA, J. L. y CABRERO, I. J. (1991): «La orientación terapéutica familiar en la esquizofrenia: un modelo psicoeducativo sistémico. Reflexiones tras un año de seguimiento», *Rev. de Psiquiatría de la Fac. de medicina de Barcelona*, 18, 71-78.
- CABRERO, I.; LLOVET, J. M.; BALLUS, C.; AMOR, B. y OBIOLS, J. (1991): «Psicoeducación familiar: Hacia una actuación integral en la esquizofrenia», *Rev. de Psiquiatría de la Fac. de Medicina de Barcelona*, 18, 40-42.
- CABRERO, I.; NIETO, E.; AMOR, B.; HERNANDEZ, J. y OBIOLS, J. (1990): «Terapia psicoeducativa familiar: Primera experiencia en Cataluña», *Rev. de Psiquiatría de la Fac. de Medicina de Barcelona*, nº especial dedicado al II Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial (II).
- CASTANYER, M.; GONZALEZ, E. y NIETO, I. (1989): «La integración de los enfermos mentales», *Revista de Servicios Sociales y política social*, nº 13, 58-65.
- CASTILLA, A.; ESPINA, J. A.; BLANCO, B. et al. (1991): *Los hogares protegidos en el marco de la asistencia psiquiátrica*, Junta de Castilla y León, Conserjería de Bienestar Social y Salud, Valladolid.

Monografía de sumo interés sobre alternativas residenciales para personas con trastornos mentales crónicos escrita por un grupo de autores que han dedicado una parte importante de su trayectoria profesional a esta tarea. Recoge el concepto de hogar, proponiendo una tipología desde varios puntos de vista. Quizás lo más interesante es la descripción de objetivos y funciones de este tipo de recursos, así como las fases de trabajo necesarias para su establecimiento y su relación con otros dispositivos asistenciales y la sociedad en general. Guía muy útil para los que se inician en las tareas de diseñar dispositivos residenciales alternativos a la institución psiquiátrica.

- CELA, C. (1982): «Una experiencia de hogar intermedio en la asistencia al enfermo esquizofrénico», *Psiquis*, vol. III, 32-36.
- CUEVAS, C.; PERONA, S. y CASADO, F. (1990): «Una aproximación a la rehabilitación psicosocial de psicóticos crónicos desde el modelo andaluz de salud», *Apuntes de Psicología*, nº 31, 5-8.
- DUMOND, J.; LEGER, J. M. y FAYOL, P. (1990): «Reinserción de pacientes con lesiones cerebrales severas», *Psicopatología*, 10, 11-14.
- ESPINOSA, J. (Coord.) (1986): *Cronicidad en Psiquiatría*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.

Esta monografía recoge los trabajos presentados a la ponencia del XVII Congreso de la Asociación

Española de Neuropsiquiatría realizado poco después de la aparición de la Ley de Sanidad. Ha sido incluido en esta guía, no por abordar directamente la cuestión de la rehabilitación psicosocial, sino por analizar a fondo la materia prima de la rehabilitación «la cronicidad» y «los crónicos». En mi opinión resulta importante que los «técnicos de la cronicidad» más allá de las técnicas, cuyo papel es indiscutible, no pierdan de vista los antecedentes históricos del problema para no dar palos de ciego. El libro está lleno de interesantes reflexiones acerca del concepto de cronicidad, revisando el estado de uno de los grupos diana de la rehabilitación (los pacientes institucionalizados) en varios lugares del estado y ofreciendo algunas alternativas. También resulta interesante el capítulo sobre la nueva cronicidad: remanente maniaco, crónicos externalizados, usuarios crónicos de servicios ambulatorios y pacientes crónicos adultos jóvenes (los «famosos YACP» tal como los bautizó Pepper).

- FERNANDEZ, M. V.; GONZALEZ, J. y GUERRERO, M. (1990): «La rehabilitación psicosocial: Un modelo de intervención», *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 489-505.
- FERNANDEZ, M. V.; GUERRERO, M. y GONZALEZ, J. (1990): «Rehabilitación psicosocial de pacientes psiquiátricos crónicos: El Centro de Día de Alcalá de Henares», *Rev. de Psiquiatría de la Fac. de Medicina de Barcelona*, nº especial dedicado al II Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial (II), 41-44.
- FERNANDEZ LIRIA, A. y GARCIA ROJO, M^a. J. (1990): «Los programas de case management. Conceptos básicos y aplicabilidad», *Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 32, 65-76.
- FERNANDEZ LOPEZ DE OCHOA, E. y VAZQUEZ VALVERDE, C. (1989): «Tratamientos psicológicos y psicosociales de la esquizofrenia», *Monografías de Psiquiatría*, vol. I, 40-46.
- GARCIA-ORDAS ALVAREZ, A. (1990): «Programa de tratamiento y rehabilitación de pacientes con esquizofrenia, en Turki (Finlandia). Una realidad planificada», *Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 34, 411-418.
- GUIMON, J. (1982): «Editorial: Ventajas y dificultades de la desinstitucionalización del paciente psiquiátrico», *Psiquis*, vol. III, 11-23.
- HORWITZ, E. y TEN HORN, S. (1990): «Reforma psiquiátrica en Asturias (España). ¿Qué pasa con los enfermos desinstitucionalizados?», *Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 34, 419-431.
- IRAZABAL, E. y DURO, J. C. (1986): «El loco de la comunidad. Una intervención grupal en salud mental comunitaria: I», *Clínica y Análisis Grupal*, 10, 454-473.
- KÖNIG, A. y SCHALOCK, R. L. (1991): «Empleo asistido: Igualdad de oportunidades para hombres y mujeres gravemente incapacitados», *Revista Internacional del Trabajo*, 110, 95-113.
- KORBER, H. (1990): «Programa de ayuda a domicilio en Munich», *Cuadernos de Acción Social*, nº 21-22.
- LAMB, R. (1989): «Psiquiatría comunitaria y prevención», en J. A. Talbott, R. E. Hales y S. C. Yudofsky (Eds.), *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona, Ancora.
- Ese capítulo no versa específicamente sobre la rehabilitación sino sobre la cuestión más amplia de la psiquiatría comunitaria. Sin embargo, queda recogido en la guía por ser su autor una de las figuras claves del movimiento de desinstitucionalizador americano y por recoger algunas de las principales cuestiones que forman el contexto general de la rehabilitación: el enfermo mental crónico, sus necesidades, el problema de alojamiento, el tratamiento comunitario de los enfermos crónicos, la familia, etc.
- LIBERMAN, R. P. (1985): «Intervención conductual con enfermos mentales crónicos», en R. P. Liberman, *Inicialización al análisis y la terapéutica de la conducta*, Martínez Roca, Barcelona.
- MAYORAL, F. (1983): «Programa de reinserción social para un grupo de pacientes crónicos a través de una red de pisos asistidos en la comunidad», *Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 8, 67-73.
- MELERO, J. C. (1991): «Grupos de auto-ayuda. AVIFES: Experiencia de participación comunitaria», *Psiquis*, vol. XII, 27-32.
- MONTERO, I.; ADAM, A.; GOMEZ-BENEYTO, M. et al. (1990): «Influencias de la terapia psicosocial en la evolución de la esquizofrenia; un estudio comparativo», *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 12, 267-278.
- MONTERO, I.; RUIZ, I.; ADAM, A. y GOMEZ-BENEYTO, M. (1990): «Impacto de un programa psicoeducativo en familias de pacientes esquizofrénicos», *Psiquis*, XI, 27-35.
- MORENO, B. (1990): «Rehabilitación de pacientes crónicos mentales: entrenamiento en habilidades comunicacionales, percepción de la realidad y variables ambientales», *Rev. de Psiquiatría de la Fac. de Medicina de Barcelona*, nº especial sobre el II Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial (II), 37-40.
- PELECHANO, V. (1987): «Psicología y Rehabilitación. Un primer acercamiento», *Análisis y Modificación de Conducta*, 13, 5-43.
- QUIROGA, H.; RODRIGUEZ, M.; CARDENAS, G.; VITE, A. et al. (1986): «Programas de tratamiento psicosocial para la rehabilitación del paciente mental crónico hospitalizado en México: Descripción, resultados y perspectivas», *Revista Mexicana de Psicología*, 3, 44-58.
- RAKKOLAINEN, V.; LEHTINEN, K. y ALANEN, Y. O. (1991): «Tratamiento de los pacientes esquizofrénicos adaptado a las necesidades: El papel esencial de las reuniones centradas en la familia», *Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 36, 3-7.
- RAMOS, J. A. (1987): «Desarrollo de un índice de reinserción social (INRESO) operativo para pacientes psiquiátricos», *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 15, 239-247.

- RAYA, E. (1990): «El mundo laboral de los psicóticos crónicos», *Rev. de Psiquiatría de la Fac. de Medicina de Barcelona*, nº especial sobre el II Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial (II), 26-29.
- RODRIGUEZ, A. (1992): «Alternativas residenciales comunitarias para personas con enfermedades mentales crónicas», *Revista de Intervenciones Psicosociales*, nº 2.
- ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O. y MAURI, D. (1987): «Desinstitucionalización: otra vía», *Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 21, 165-187.
- ROTH, E. y LOPEZ, M. R. (1985): «Entrenamiento en habilidades en la comunidad: Un reporte experimental», *Análisis y Modificación de Conducta*, 11, 565-583.
- ROZANES, M. (1984): «Algunas consideraciones sobre la hospitalización parcial del paciente psiquiátrico», *Salud Mental*, 7, 22-24.
- SALTO, C.; GUARCH, J.; CIRICI, R. y OBIOLS, J. (1990): «Importancia de la intervención psicosocial en el curso de la esquizofrenia», *Rev. de Psiquiatría de la Fac. de Medicina de Barcelona*, 17, 282-290.
- SANCHEZ, F. (1989): «Programa de rehabilitación», *Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 29, 205-217.
- SARACENO, B.; DE LUCA, L. y MONTERO, F. (1992): «Problemas metodológicos en la evaluación de un programa de rehabilitación», *Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, nº 40, 3-8.
- SUAREZ, M. T. (Coord.): *Rehabilitación y reinserción socio-laboral del enfermo mental*, (Jornadas organizadas por los servicios de Salud Mental del Area 8, 1989-90). Comunidad de Madrid (Conserj. de Salud) y Ayto. de Móstoles (Conserje. de Bienestar Social).
- VALENCIA, M. (1986): «Formulación de principios para el tratamiento y rehabilitación del paciente psicótico hospitalizado», *Revista Mexicana de Psicología*, 3, 37-43.
- VALENCIA, M.; OTERO, B.; RASCON, M. L. et al. (1986): «Un modelo de intervención clínica en un hospital mental», *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 32, 41-51.
- VARELA, C.; LARRINAGA, M. A.; JAUREGUIBEITIA, M.; URIZAR, F. y PEREZ, J. C. (1983): «Habilidades sociales aplicadas a psicóticos: Un enfoque cognitivo», *Psiquis*, vol. IV, 47-52.
- VERDUGO, M. A. (1989): *Programas conductuales alternativos (I) Programa de habilidades sociales*, MEPSA, Madrid.
- Comunicación verbal y no verbal, 2) Interacción social, 3) Habilidades sociales instrumentales 4) Participación en actividades sociales y recreativas, 5) Utilización de servicios de la comunidad y 6) Desarrollo del sentido cívico), conteniendo fichas para cada sesión. En ellas se especifican las habilidades a entrenar, los componentes de dichas habilidades (objetivos generales, específicos y operativos), la guía para el terapeuta y los criterios para determinar la adquisición de cada habilidad. Además se proporciona hojas de observación para cada sesión y fichas de perfil para identificar de modo gráfico los progresos individuales realizados. Hasta ahora sólo ha aparecido el programa de habilidades sociales, estando pendientes de publicación otros de igual interés sobre habilidades de la vida diaria y habilidades de orientación al trabajo.
- VIZ, M. C. (1989): «Rehabilitación en psiquiatría», *Revista de Servicios Sociales y política social*, nº 13, 66-73.
- WATTS, F. N. y BENNET, D. H. (Comps.) (1990): *Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y Práctica*, Ed. Limusa, México.

Aunque es reciente su traducción al castellano, estamos ante un clásico de la rehabilitación y el único manual sobre el tema publicado en nuestra lengua (que yo conozca). Constituye uno de los primeros manuales que intenta aglutinar los elementos básicos que definen a la rehabilitación psiquiátrica como espacio diferenciado. Ofrece una sección centrada en las características de la rehabilitación para diferentes síndromes clínicos (esquizofrenia, trastornos neuróticos, afectivos y de conducta, adicciones, delincuentes con trastornos mentales), otra para tratar de la rehabilitación en diferentes espacios (hospital, comunidad), otra que versa sobre los distintos roles sociales y finalmente aborda la importante cuestión del trabajo en equipo y como hacer planes individuales.

ZAPATA, R. y CERVERA, S. (1985): «La resocialización del paciente psiquiátrico de larga estancia I: Reinserción familiar versus dependencia institucional», *Psiquis*, vol. VI, 35-41.

ZAPATA, R. y CERVERA, S. (1985): «La resocialización del paciente psiquiátrico de larga estancia II: Del hospital psiquiátrico a la asistencia en la comunidad», *Psiquis*, vol. VI, 42-56.

2.2. Revistas

En este apartado hemos optado por incluir no sólo las revistas en castellano (en realidad no existe ninguna que de modo exclusivo se ocupe del tema de la rehabilitación) sino también las publicadas en inglés, ya que éstas constituyen los principales vehículos de infor-

Este programa no está propiamente elaborado para el trabajo con pacientes psiquiátricos ya que la población a la que se dirige es la que padece problemas de retraso mental, sin embargo, constituye, a mi juicio, un magnífico material de partida para el diseño de programas de habilidades sociales con psicóticos si se hacen las adaptaciones necesarias (selección adecuada de materiales didácticos, supresión o incremento de componentes, etc.) partiendo de las peculiaridades propias de las personas con las que vamos a trabajar. El programa que constituye un estupendo material pedagógico se divide en varias áreas de intervención (1)

mación en los que aparece publicado el grueso de trabajos que ven la luz sobre rehabilitación psicosocial.

Community Care
Community Mental Health Journal
Community Support Network News
Documentos de Psiquiatría Comunitaria
Hospital and Community Psychiatry
FEAFES (Revista de la Federación Estatal de Familiares de Enfermos Psíquicos)
Innovation Research
International Journal of Rehabilitation Research
International Psychiatric Rehabilitation Newsletter
Occupational Therapy in Mental Health
Psychosocial Rehabilitation Journal
Boletín de Rehabilitación (publicado por el INSERSO, su contenido se centra en los grupos de población que reciben atención preferencial de este organismo: minusválidos psíquicos y físicos, tercera edad, etc.)
Rehabilitation Counselling Bulletin
Rehabilitation Psychology
Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación (orientada mayoritariamente al campo de la rehabilitación física)
Schizophrenia Bulletin
Vocational Rehabilitation

Además de estas revistas a la hora de buscar artículos sobre el tema deberemos acudir a las revistas sobre salud mental existentes en castellano entre las cuales podemos destacar las siguientes:

Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría
Anales de Psiquiatría
Análisis y Modificación de Conducta
Anuario de Psiquiatría
Clínica y Salud
Informaciones Psiquiátricas
Psiquis
Psiquiatría Pública
Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (y las correspondientes a las federaciones autonómicas)
Revista de Intervenciones Psicosociales
Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona

2.3. Jornadas, congresos y seminarios

II Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial. Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial, Barcelona, 1989.

Seminario sobre «La Rehabilitación del Paciente Mental Crónico en la Comunidad». Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Sevilla, 1990.

X Jornadas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría «La Reforma psiquiátrica: Cronicidad y Rehabilitación». Asociación Española de Neuropsiquiatría y Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental, Segovia, 1991.

Iª Jornadas de Salud Mental del Hospital Psiquiátrico de Teruel «Alternativas al tratamiento hospitalario», Teruel, 1991.

XVI Jornadas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría «Alternativas en la atención al paciente psicótico», Granada, 1991.

Iª Jornadas Regionales de Salud Mental de la Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental «De las Estructuras Intermedias a la Rehabilitación», León, 1992.

IV Jornadas de la Federación Estatal de Amigos y familiares de Enfermos Psíquicos (FEAFES) sobre «Aspecto médico legales en la asistencia al enfermo mental», FEAFES, Zaragoza, 1992.

Jornadas Internacionales de «Rehabilitación Psiquiátrica y Estructuras Intermedias». Dirección Regional de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias, Oviedo, 1992.

Seminario sobre «La integración Laboral del Paciente Mental Crónico». Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Sevilla, 1992.

2.4. Rereferencias básicas en inglés

Este apartado es el más extenso en fuentes documentales, sin embargo, consideramos que no tiene sentido ofrecer una lista interminable de referencias bibliográficas, por lo que hemos optado por ofrecer una selección personal de referencias a nuestro juicio importantes para aquellos que quieran saber algo más de la rehabilitación.

2.4.1. Manuales, libros y monografías

ANTHONY, W. A. (1979): *The principles of psychiatric rehabilitation*, Massachussets, Human Resource Development Press Inc.

ANTHONY, W. A.; COHEN, M. y FARKAS, M. D. (1990): *Psychiatric rehabilitation*, Univ. Boston, Ed. Center for Psychiatric Rehabilitation.

BELLACK, A. S. (Ed.) (1984): *Schizophrenia, Treatment, Management and Rehabilitation*, Orlando, Grunne and Stratton.

CIARDELLO, J. A. y BELL, M. (Eds.) (1988): *Vocational rehabilitation of persons with prolonged psychiatric disorders*, Baltimore, John Hopkins University Press.

FALLON, IR. H.; BOYD, J. L. y MCGILL, C. (1984): *Family care of schizophrenia*, New York, Guildford Press.

FARKAS, M. D. y ANTHONY, W. (Eds.) (1989): *Psychiatric rehabilitation programs. Putting theory in practice*, Baltimore, John Hopkins University Press.

LAMB, R. H. (1984): *Homeless mentally ill*, Washington, American Psychiatric Press.

LIBERMAN, R. P. (Ed.) (1988): *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*, Washington, American Psychiatric Press.

- MIRABI, M. (1984): *The cronically mentally ill. Research and Services*, Lancaster, MTB.
- PAUL, G. L. y LENTZ, R. J. (1977): *Psychosocial treatment of chronic mental patients, Milieu versus social learning programs*, Cambridge Ma. Harvard University Press.
- PERRIS, C. (1989): *Cognitive therapy with schizophrenic patients*, Cassel Ed.
- STRAUSS, J. S.; BOKER, W. y BRENNER, H. D. (Eds.) (1987): *Psychosocial treatment of schizophrenia, Multidimensional concepts, psychological, family and self-help perspectives*, Toronto, Hans Huber.
- TALBOTT, J. A. (Ed.) (1984): *The chronic mental patient: Five years latter*, Orlando, Grunne and Strtaton.

2.4.2. Artículos de revista y otras publicaciones

- ANTHONY, W. A. (1977): «Psychological rehabilitation. A concept in need of a method», *American Psychologist*.
- ANTHONY, W. A. (1979): «Rehabilitation approach to diagnosis», *New Directions for Mental Health Services*, nº 2, 25-36.
- ANTHONY, W. (1980): «A rehabilitation model for rehabilitating the psychiatric disabled», *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 24, 6-21.
- ANTHONY, W. (1982): «Explaining "psychiatric rehabilitation" by an analogy to "physical rehabilitation"», *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5, 61-65.
- ANTHONY, W. A. (1986): «Psychiatric rehabilitation. Past Myths and current realities», *Community Mental Health Journal*, XXII, 249-264.
- ANTHONY, W. A.; COHEN, M. R. y FARKAS, M.: *Training and technical assistance in psychiatric rehabilitation*, Boston University, Sargent College, Center of Psychiatric Rehabilitation.
- ANTHONY, W. A.; COHEN, M. R. y FARKAS, M.: *Professional pre-service training for working with the long-term mentally ill*, Boston University, Sargent College, Center of Psychiatric Rehabilitation.
- ANTHONY, W. A.; COHEN, M. R. y VITALO, R. (1978): «Measurement of rehabilitation outcome», *Schizophrenia Bulletin*, 4, 365-383.
- ANTHONY, W. A. y LIBERMAN, R. P. (1986): «The practice of psychiatric rehabilitation. Historical, conceptual and research base», *Schizophrenia Rehabilitation*, 4, 542-559.
- BLANCH, A.; CARLING, P. y RIDGWAY, P. (1988): «Normal housing with specialized supports. A psychiatric rehabilitation approach to living in the community», *Rehabilitation Psychology*, XXXIII, 47-55.
- CNAAN, R.; BLANKERTZ, L.; MESSINGER, K. y GARDNER, J. (1988): «Psychosocial rehabilitation: Toward a definition», *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11, 61-77.
- CNAAN, R.; BLANKERTZ, L.; MESSINGER, K. y GARDNER, J. (1989): «Psychosocial rehabilitation: Toward a theoretical base», *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 33-55.
- COHEN, B.; RIDLEY, D. y COHEN, M. (1983): *Teaching skills to severely psychiatrically disables persons*. Boston University, Sargent College, Center of Psychiatric Rehabilitation.
- DANLEY, K.: *Improving vocational rehabilitation for person with psychiatric disabilities*, Boston University, Sargent College, Center of Psychiatric Rehabilitation.
- DION, G. y ANTHONY, W. A. (1987): «Research in psychiatric rehabilitation. A review of experimental and quasi-experimental studies», *Rehabilitation Counselling Bulletin*, marzo, 177-203.
- FARKAS, M.; COHEN, M. y NEMEC, P. (1988): «Psychiatric rehabilitation programs. Putting concepts into practice?», *Community Mental Health Journal*, XXIV, 7-21.
- GLYNN, S. y MUESER, K. T. (1986): «Social learning for chronic mental inpatients», *Schizophrenia Bulletin*, 12, 648-668.
- HURSH, N.: *Diagnostic vocational evaluation with psychiatrically disabled individuals. Preliminary results of a national survey*, Boston University, Sargent College, Center of Psychiatric Rehabilitation.
- HURSH, N. y ANTHONY, W. A. (1985): *Vocational preparation of the chronic psychiatric patient in the community*, Boston University Sargent College, Center of Psychiatric Rehabilitation.
- LIBERMAN, R. y EVANS, C. (1985): «Behavioral rehabilitation for chronic mental patients», *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5, 8-14.
- RIDGWAY, P. y CARLING, P.: *User's guide to needs assessment in community residential rehabilitation*, Boston University, Sargent College, Center of Psychiatric Rehabilitation.
- RIDGWAY, P. y CARLING, P. (1987): *Strategic planning in housing and mental health*, Boston University, Sargent College, Center of Psychiatric Rehabilitation.
- RIDGWAY, P.; SPANIOL, L. y ZIPPLE, A. (1986): *Case management services for persons who are homeless and mentally ill. Report from an NIMH workshop*, Boston University, Sargent College, Center of Psychiatric Rehabilitation.
- ROGERS, S. E.; ANTHONY, W. A. y JANSEN, M. A. (1988): «Psychiatric rehabilitation as the preferred response to the needs of individuals with severe psychiatric disability», *Rehabilitation Psychology*, XXXIII, 5-14.
- WALLACE, C. J. (1986): «Functional assessment in rehabilitation», *Schizophrenia Bulletin*, 12, 604-630.

2.5. Otras informaciones

Queremos recoger en este epígrafe informaciones diversas que tienen que ver en su gran mayoría con la formación en rehabilitación. Es esta una cuestión abierta que por el momento no ha sido recogida curricularmente en la formación académica de todos aquellos que desde diferentes posiciones profesionales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, personal de enfermería, etc.) desarrollan su tarea en el ámbito de la rehabilitación de personas con trastornos psiquiátricos severos. En otros países esta cuestión ha sido ya planteada en profundidad proponiéndose distintas alternativas formativas dirigi-

das a la formación de especialistas en rehabilitación psicosocial capaces de hacer frente de un modo competente a las múltiples necesidades de servicios que los pacientes psiquiátricos severos plantean. De un modo o de otro se recomienda que los programas académicos y de aprendizaje incluyan el desarrollo de habilidades específicas para trabajar en rehabilitación, que habitualmente no son transmitidas en los programas tradicionales (ver al respecto la publicación de la APA sobre las implicaciones formativas para la Psicología para atender las necesidades de los enfermos mentales severos, Johnson, 1990). Nuestro panorama por el momento se encuentra lejos de incorporar esta formación especializada de un modo reconocido. No obstante, existen algunas ofertas formativas cuya presencia nos limitaremos a señalar, sin juzgar la calidad ni el contenido de tales ofertas:

- El Grupo Exter de Madrid (C/ Nuñez de Balboa, 121, 28006 Madrid) que cuenta en su organización con un Departamento de Crónicos, viene impartiendo desde hace algún tiempo en fines de semana los siguientes cursos:

- «Curso general de formación en rehabilitación de personas con problemas psiquiátricos crónicos»
- «Curso sobre intervención con familias de personas con problemas psiquiátricos crónicos»
- «Curso sobre actividades de Ocio y tiempo libre para la integración de personas con problemas psiquiátricos crónicos»

- El Colegio de Psicólogos de Madrid a través de su vocalía de Psicología Clínica ofrece un Programa de Formación en Psicología Clínica de la Salud que dentro del Módulo dedicado al modelo cognitivo conductual incluye un tema sobre «Programas de rehabilitación de pacientes psiquiátricos crónicos».

También a lo largo de las distintas temporadas de la Escuela de Verano que organiza dicho Colegio, han estado presentes distintos cursos cuyo contenido central era el de la rehabilitación. Por citar un ejemplo en la IV Escuela de Verano celebrada en Madrid en 1990 se incluyeron los siguientes cursos, algunos de los cuales se han repetido en años sucesivos:

- «Metodología de la rehabilitación psiquiátrica» a cargo de Sergio Rebolledo (responsable de los Dispositivos de Rehabilitación Psiquiátrica de Salud Mental del Area IX de Madrid) y Virginia Otero (Becaria del MEC).

- «Entrenamiento en habilidades sociales con enfermos mentales» a cargo de Carmen Varela (psicóloga del Centro de Salud del INSALUD de Parla).

- «Rehabilitación del enfermo mental crónico, experiencia de un centro de rehabilitación psicosocial y un mini residencia» a cargo de Teodosia Sobrino (Drta.

Coord. del CRPS) y M^a Dolores Aranda, Antonio Ruz y Juan L. Olcoz (psicólogos).

- La Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca ofrece un Master de dos años de duración sobre «Integración de Personas con Discapacidad: Habilitación y Rehabilitación». Dicho Master no está focalizado en la problemática de los pacientes psiquiátricos crónicos, si bien algunos de sus contenidos pueden tener una estrecha relación conceptual con el tema que nos ocupa.

- La Universidad de Córdoba ofrece un Master sobre la «Integración laboral del deficiente psíquico», al igual que con el Master anterior, es obvio que los contenidos se refieren al ámbito de la deficiencia mental. De nuevo, hay que señalar que salvando las distancias existen elementos de trabajo común desde varios puntos de vista tales como el aplicado y el jurídico, entre otros.

- Por último, hay que señalar la reciente creación de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial (C/ General Martínez Campos, nº 36 28010, Madrid), asociación surgida al amparo de las Jornadas Mundiales de Rehabilitación Psicosocial celebradas en Barcelona en 1989 que tiene como preocupación central el desarrollo de la rehabilitación psicosocial en sus diferentes facetas (formativa, asistencial, profesional, etc.). La Asociación ha llevado a cabo un primer curso sobre el tema «La motivación. Factor importante en el trabajo de rehabilitación».

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- ANTHONY, W. (1977): «Psychological rehabilitation. A concept in need of a method», *American Psychologist*, 32, 658-662.
- ANTHONY, W. COHEN; M. y FARKAS, M. (1982): «A Psychiatric Rehabilitation Treatment Program: Can I recognize one if I see one?», *Community Mental Health Journal*, 18, 83-96.
- BEARD, J.; PROPST, R. y MALAMUD, T. (1982): «The Fountain House model of psychiatric rehabilitation», *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 5, 47-59.
- DINCIN, J. (1981): «A community agencing model», en J. A. Talbot (Ed.), *The Chronic Mentally Ill*, Human Sciences, Nueva York, 212-226.
- FERNANDEZ, M. V.; GONZALEZ, J. y GUERRERO, M. (1990): «La rehabilitación psicosocial: Un modelo de intervención», *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 489-505.
- JOHNSON, D. E. (1990): *Service Needs of the seriously mentally ill: Training Implications for Psychology*, Washington, American Psychological Association.
- LAMB, R. (1982): *Treating the long term mentally ill*. San Francisco, Joseey Bass.
- WATTS, F. y BENNET, D. H. (1990): «Introducción: El concepto de rehabilitación», en F. Watts y D. H. Bennet (Comp.), *Rehabilitación psiquiátrica. Teoría y Práctica*, México, Limusa.

TRIBUNA ABIERTA

Para este número se nos ha sugerido el tema de las diferencias entre las Unidades de Internamiento de Agudos y las Unidades de Rehabilitación. La polémica está servida desde la puesta en marcha del Decreto que regula la Organización y funcionamiento de estos dispositivos asistenciales, hasta el punto de que no todos los encuestados han querido manifestarse al respecto. Estas son las opiniones obtenidas.

1. ¿Qué diferencias conceptuales existen, en tu opinión, entre las Unidades de Internamiento y las Unidades de Rehabilitación?

2. ¿Qué ventajas y desventajas se derivan de la existencia de estos dos tipos de Unidades?

1. Creo que las Unidades de Internamiento deben estar diseñadas para aquellos pacientes que presentan problemática psíquica importante no susceptible de ser abundada de forma ambulatoria ni el paciente está en condiciones de recibir un estímulo para su sensación social. Tanto los pacientes agudos como los crónicos, creo que deben contar con sistemas institucionales que funcionen de dos formas: con ingresos cortos hasta recuperación total o parcial de sus síntomas, y con ingresos de media o larga estancia cuando su trastorno psíquico haya producido un deterioro de su personalidad que les impida llevar con éxito un programa de rehabilitación. Personalmente soy partidario de crear estructuras a medio camino (pisos protegidos, ciudades de día), que sin limitación de tiempo asuman el control y apoyo de pacientes que no puedan adaptarse a una forma de vida independiente, ya que la experiencia nos demuestra que este tipo de pacientes acaban siendo «usadores crónicos y repetidos» de distintos servicios asistenciales: Unidad de urgencias, hospitalización en distintos cen-

tros y provincias, consultorios de ambulatorios, trabajadores sociales, etc., sin que se consiga mejorar su calidad de vida ni rehabilitar su deterioro psíquico y social (psicóticos con varias recaídas y gran defecto psíquico sobreañadido).

2. El inconveniente fundamental de las Unidades de Rehabilitación, es que tal y como están diseñadas cursen sólo una parte de la población necesitada de asistencia y una vez finalizada su labor «rehabilitados», es de esperar que los pacientes tarde o temprano presenten recaídas.

Creo que deberían asumir una parte de aquellos pacientes que necesitan apoyo y tratamiento a más largo plazo, que se descompensan en cuanto se les deja de prestar un apoyo institucional y supervisión muy cercanos.

Dr. D. José Luis Montejo
Psiquiatra de E.S.U. del INSALUD
SALAMANCA

1. Creo preferible el término «Unidades de Hospitalización» al de Unidades de Internamiento.

Las U.H. deben estar ubicadas en Hospitales Generales si éstos disponen de espacios adecuables a las peculiares necesidades de los pacientes psiquiátricos. Atenderían a los enfermos en cualquier momento evolutivo que exigiera su hospitalización, en coordinación con el criterio del Equipo de Salud Mental del Distrito que esté a cargo del paciente.

Respecto a las Unidades de Rehabilitación Activa, considero tan peligrosos como difícil establecer definiciones rígidas o muy generales. Su funcionamiento está muy condicionado al de los demás recursos del Área Sanitaria. Allí donde los distintos dispositivos (y estructuras intermedias) estuviesen bien desarrollados, pueden ser prácticamente superponibles en funcionamiento a un Centro de Día, diferenciándose únicamente en la posible estancia nocturna de los pacientes en la Unidad. En cualquier circunstancia, deben responder a su nombre, esto es, ser ACTIVAS y REHABILITADORAS, sin convertirse en asilos encubiertos o en meras unidades residenciales; mucho menos en unidades «de crónicos» o «de larga estancia».

2. Todo depende de su funcionamiento real, y no de su diseño teórico en planes o decretos.

Aún así, pueden surgir inconvenientes al ubicar las U.H. en Hospitales Generales: medicalización de la asistencia, institucionalización de la convivencia, limitación de espacios, etc. Un cuidadoso diseño infraestructural y una adecuada coordinación, deberían paliar lo antedicho inclinando la balanza hacia las ventajas de la integración en los Hospitales del sistema sanitario general.

Por otra parte, la existencia de las U.R.A. puede verse desvirtuada si se pretende que funcionen como fondos de saco o donde enviar a «los crónicos», desentendiéndose las U.P.H.G. de atender a estos pacientes en caso de descompensación. La limitación de estas líneas impide abordar otros matices, pero éste me parece el principal.

D. Ramón Esteban Arnáiz

Coordinador Técnico Área Oeste
VALLADOLID

1. Son las que existen entre la enfermedad y sus distintas manifestaciones clínicas y las consecuencias de la misma y de su prolongación a lo largo del tiempo... cronicidad: déficit personales, contextuales y marginación comunitaria.

La Unidad de Hospitalización o de Internamiento forma parte del circuito asistencial que pretende dar respuesta a la enfermedad y sus manifestaciones. Una respuesta que se inicia en las estructuras comunitarias (sociales, educativas, de salud), que en muchas ocasiones continua en los equipos de salud mental y que en alguno de ellos precisa de su continuidad en una Unidad de Hospitalización. En todos los escalones de su recorrido gira en torno a lo terapéutico.

La Unidad de Rehabilitación, hospitalaria o no, es el primer eslabón del circuito asistencial que persigue la reeducación de los deterioros y de su limitación funcional que la enfermedad y su prolongación en el tiempo ha ocasionado, para que la persona sea más autónoma y pueda participar y ser miembro activo de su comunidad. Por ello, la Rehabilitación precisa de prolongarse a través de otros eslabones: estructuras intermedias, servicios sociales, para que este camino de retorno a la comunidad sea más efectivo mediante la elaboración en cada uno de ellos de objetivos individualizados, que permitan en palabras de Saraceno «la maximación de las oportunidades del individuo para su recuperación y la minimización de los efectos deshabilitantes de la cronicidad».

2. Podríamos contemplar ventajas puntuales referidas a los enfermos que giran y vagan por los diferentes Servicios e instituciones sin encontrar una respuesta adecuada a sus necesidades y demandas.

Pero las ventajas más claras de la existencia de ambas Unidades hay que verlas en función de la claridad del circuito asistencial, que va a permitir a cada una de sus estructuras una respuesta interdisciplinaria y a la vez específica a la enfermedad y sus consecuencias.

Estos efectos benéficos permitirá que la atención de Salud Mental se entronque más en la Comunidad y se vertebré en otros servicios de la misma (sociales, educativos, de empleo) en la elaboración de programas e intervenciones conjuntas y contribuyendo de esta manera a alcanzar un mayor dinamismo comunitario.

En esta perspectiva, las desventajas no están en el punto de partida. Pueden surgir en alguna parte del circuito asistencial cuando se produzcan desconexiones con las estructuras comunitarias, que favorezcan procesos de institucionalización y de respuesta a la enfermedad desde una óptica epistemológica unilateral, ocasionando forcejeos y tensiones con otras partes del circuito asistencial.

D. Desiderio López Gómez

Jefe de la Sección Hospitalaria del
Área de Salud Mental de la
Diputación de Salamanca

1. Las Unidades de Hospitalización Breve tienen su fundamento en mi opinión, en dos razones básicas:

a. La existencia de diversos cuadros clínicos y situaciones de crisis (trastornos mentales orgánicos, episodios depresivos mayores con alto riesgo autolítico, brotes y reagudizaciones psicóticas con importantes alteraciones comportamentales, etc.) cuya resolución segura sería difícilmente factible fuera de un medio de contención que garantice la atención especializada continua y la protocolización de cuidados, con el soporte adicional de los servicios de un Hospital General.

b. La relativa brevedad en la remisión de los estados antes citados tras el tratamiento adecuado o, en todo caso, la posibilidad de derivación hacia otros dispositivos asistenciales que brinden continuidad al plan terapéutico una vez superada la fase más intensa del trastorno.

Las Unidades de Rehabilitación, por su parte, cumplen, en mi opinión, otras funciones. Básicamente:

a. Optimizar las facultades y rendimientos conservados tras la evolución crónica y deteriorante de algunos trastornos.

b. Recuperar las habilidades deficitarias por insuficiente estimulación ambiental.

Ambos objetivos generales deberían llevarse a cabo siguiendo programas acreditados y no mediante el voluntarismo de algunas ideologías de la rehabilitación.

2. La existencia de Unidades de Hospitalización Breve y de Rehabilitación, en mi opinión, es ventajosa. Los problemas pueden surgir cuando:

a. La información al paciente o la coordinación entre los profesionales, son insuficientes.

b. La red asistencial no cuenta con otros dispositivos intermedios (Centros de Día, Unidades de Larga Estancia, etc.) obligando a las Unidades de Hospitalización o a las de Rehabilitación a realizar funciones que no les son propias.

c. La red asistencial es tan prolija y dispersa, en definitiva, tan laberíntica, que invita a ser abandonada.

En este último sentido, centralizar en un mismo espacio físico los Dispositivos Intermedios y los Centros de Salud Mental podría resultar ventajoso respecto a la fragmentación y dispersión que se observa en la actualidad en algunos lugares.

D. Alfredo Barbero García

Psiquiatra

U. Hospitalización Breve

Policlínico Segovia

INFORMACION JORNADAS

PROGRAMA DE LAS II JORNADAS REGIONALES DE SALUD MENTAL (Salamanca, 11 y 12 de marzo)

DIA 11

- 10.30 h.** Entrega de documentación
- 11,00 h.** Inauguración oficial
- 11.30 h.** **Conferencia inaugural: «Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental Infantil: Situación Actual»**
Ponente:
D. ALBERTO LASA ZULUETA. Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría de niños y adolescentes de Uribe. Servicio Vasco de Salud.
- 16.30 h.** **I Mesa Redonda: El niño en su contexto**
Moderador: D. DESIDERIO LÓPEZ GÓMEZ, Psicólogo. Equipo de Salud Mental, Diputación de Salamanca.
El niño en la Familia. D. FÉLIX LÓPEZ SÁNCHEZ, Catedrático de Psicología de la Universidad de Salamanca.
El niño en la Escuela. D^a ARACELI BRONCANO RODRÍGUEZ, Psicóloga y Profesora de EGB del Colegio Ntra. Sra. de la Asunción, Salamanca.
El niño en el Medio Sanitario. D. IGNACIO AVELLANOSA CARO, Psiquiatra. Director del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Clínico de San Carlos, Madrid.

Descanso

- 19,00 h.** Comunicaciones
- 21.30 h.** Cena

DIA 12

- 10.00 h.** **II Mesa Redonda: Perspectivas asistenciales en Salud Mental Infantil**
Moderador: D. FEDERICO MENÉNDEZ OSSORIO, Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infantil de La Coruña.
Planificación Sanitaria en S.M.I. en Castilla y León. D^a GLORIA RODRÍGUEZ CARRETERO, Jefe de Servicio de Salud Mental. Consejería de

Sanidad y Bienestar Social, Junta de Castilla y León.

Atención primaria - Salud Mental Infantil. D. JOSÉ LUIS PEDREIRA MASSA, Paidopsiquiatra. Centro de Salud Mental Infantil de Avilés, Asturias.

El equipo de Salud Mental Infantil. D^a CONSUELO ESCUDERO ALVARO, Psicóloga, Coordinadora del Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil de Getafe, Comunidad de Madrid.

La Atención al niño desde la perspectiva psicossomática. La Interconsulta Hospitalaria. D. FRANCISCO MARTÍ FELIPE, Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infantil, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Descanso

- 12.30 h.** Comunicaciones
- 16.30 h.** **III Mesa Redonda: Intervenciones en Salud Mental Infantil**
Moderadora: D^a. NATIVIDAD CRIADO MIGUEL, Psicóloga, Equipo de Salud Mental, Diputación de Salamanca.
Intervención preventiva. D. LUIS MARTÍN ALVAREZ, Pediatra. Centro de Salud «El Carrascal», Leganés, Comunidad de Madrid.
Intervención Familiar: D. JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ ARIAS, Psicólogo. Unidad de Salud Mental de Laredo, Cantabria.
Atención y Demanda en Psiquiatría Infantil. D. FRANCISCO REY SÁNCHEZ, Psiquiatra. Unidad de Psiquiatría Infantil, Complejo Hospitalario de Salamanca.

Descanso

- 19,00 h.** **Asamblea de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental.**

IX REUNION NACIONAL DE LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICODRAMA

PSICODRAMA: ARTE, CIENCIA Y MAGIA (4, 5 Y 6 de junio)

Parador Nacional de Tordesillas (Valladolid)

Secretaría técnica e inscripciones:

ESPECIALISTAS ASOCIADOS

Bajada Libertad, 10, 4^º

Tfno.: 983 - 30 88 48

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA

(Y en la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental)

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 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 nº

Población

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi CUENTA CORRIENTE / LIBRE DE AHORROS número el importe de la suscripción anual a la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma

BANCO / CAJA DE AHORROS

Sucursal

Cuenta nº

Población

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi CUENTA CORRIENTE / LIBRETA DE AHORROS número el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Población día mes año

Firma

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Enviar a: C/ Villanueva, 11 - 28001 Madrid

CRITERIOS PARA LA ACEPTACION DE ORIGINALES

El Boletín de la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, aparece semestralmente y es una publicación de carácter científico que recoge artículos de todos los campos relacionados con la Salud Mental, permitiendo la difusión de trabajos tanto de reflexión teórica como de experiencias prácticas que mayor vigencia tengan en nuestra comunidad autónoma.

Como tal debe ajustarse a las normas generalmente aceptadas para este tipo de actividad por la comunidad internacional:

1. Los artículos deberán ser inéditos, de una extensión máxima de 20 folios, mecanografiados a doble espacio en papel tamaño folio, con las páginas numeradas consecutivamente incluyendo primera página, resumen, texto, agradecimiento, bibliografía, tablas y pies de figuras. Se enviarán 3 copias del manuscrito completo y 3 copias en papel satinado de todas las figuras.

Los casos clínicos se escogerán los que mayor interés tengan según criterios del Comité de Redacción y tendrá una extensión máxima de 5 folios, a doble espacio en papel tamaño folio.

2. La primera página deberá contener: 1) Título del artículo. 2) Nombre y apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. 3) Nombre y dirección del autor al que debe dirigirse la correspondencia sobre el manuscrito.

3. La segunda página debe incluir un resumen de no más de 150 palabras acompañado de tres palabras clave para índice.

4. Cuando sea posible, el texto se adaptará a los apartados clásicos de Introducción (con explicitación de los objetivos del artículo), Métodos, Resultados y Discusión.

5. La bibliografía se identificará en el texto mediante números arábigos (entre paréntesis) y las citas se numerarán consecutivamente por 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 autor, título, lugar de edición y año, y en el de las revistas autor, título del artículo, título de la revista, año, volumen, número y página.

6. Las notas explicativas a pie de página se señalarán con asterisco o similar y se entregarán en página suplementaria que seguirá inmediatamente a la página del texto a que se refiere la nota.

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. Se citarán en el texto por orden consecutivo.

8. Se enviarán 3 conjuntos completos de figuras dibujadas y fotografiadas en forma profesional, con los títulos y explicaciones mecanografiados en hojas a parte numeradas con los números arábigos que corresponda a las figuras.

9. Los originales se enviarán por correo en sobre de papel fuerte y, si es necesario, protegidos con cartón. En el envío se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado o emplear fotografías de personas identificables.

10. Los originales podrán enviarse también en disquetes de 5 1/4 y de 3 1/2 transcritos en Macintosh o en PC.

El Consejo de Redacción se compromete a:

1. Acusar recibo de todo artículo recibido y remitir al autor la correspondencia recibida en la Revista acerca de los publicados, pero no se mantiene otra correspondencia acerca de los originales si no es previamente solicitada. Los originales no son devueltos.

2. Todo artículo recibido es leído por, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos), los cuales informan al comité de redacción sobre la conveniencia o no de su publicación de acuerdo con los criterios establecidos por éste para cada sección.

3. La responsabilidad de la decisión de publicar o no un original así como la de determinar la fecha en que éste se llevará a cabo corresponde al Comité de Redacción. Dicho Comité se reserva el derecho de resumir las publicaciones que no se ajusten a las necesidades de espacio.

Los originales se enviarán a:

Dra. Esperanza González Marín
Coordinadora del Comité de Redacción
Hospital Psiquiátrico Provincial de Salamanca
C/ Carlos I, s/n
37008 Salamanca



II JORNADAS REGIONALES DE SALUD MENTAL

SALAMANCA, 11 Y 12 DE MARZO DE 1993

Declaradas de interés sanitario



ORGANIZA: ASOCIACION CASTELLANO-LEONESA DE SALUD MENTAL

SECRETARIA: TESITEX, Melchor Cano, 15
923/25 51 15 - 25 51 61 - Fax: 25 51 61