

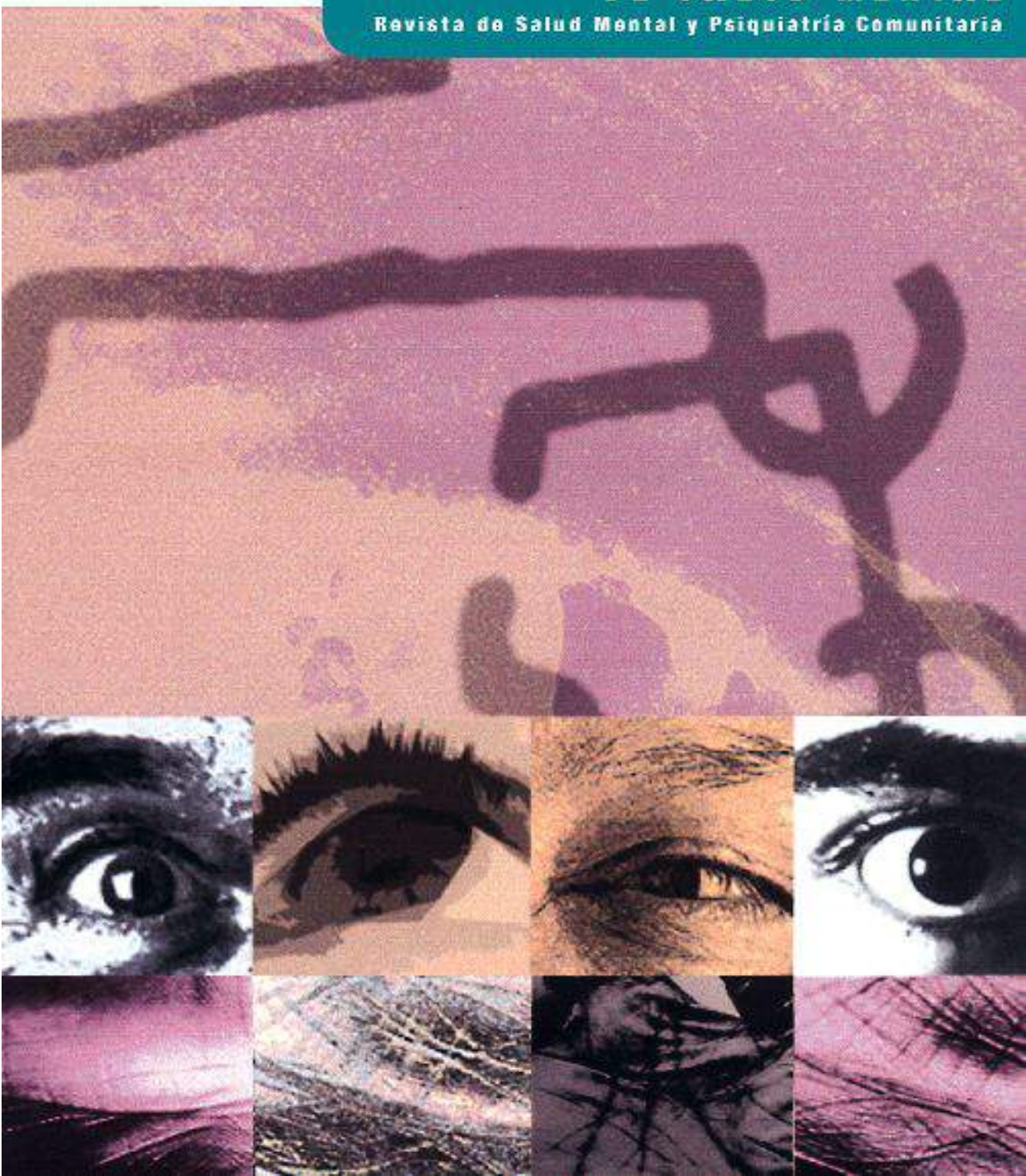


NORTE

Volumen V N°16 Febrero 2003

DE SALUD MENTAL

Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria



Proyecto "Una portada para Norte"

NORTE de salud mental, además de su labor de divulgación de conocimiento e intercambio asociativo, quiere cumplir otro papel añadido y que no por secundario deja de tener su importancia. Además del privilegio de contar en su cabecera con un diseño de Eduardo Chillida, desde sus portadas y páginas interiores ha venido apostando por la divulgación de la obra gráfica de jóvenes artistas de la Facultad de Bellas Artes de Leioa.

El interés de esta colaboración informal motivó un intento de ampliación de la experiencia, enfocándola mas concretamente a la expresión artística específica de temas en relación con la salud-enfermedad mental. Nos dirigimos con este fin al colectivo de estudiantes de la asignatura "Diseño Gráfico Publicitario" del 4º Curso de Publicidad y Relaciones Públicas, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Comunicación (UPV-EHU, en el campus de Leioa). A través de su profesor, Iñaki Zaldumbide, se les propuso un proyecto de diseño e ideas para posibles futuras portadas de Norte.

La respuesta fue entusiasta y pudimos comprobar la originalidad y creatividad de sus desinteresadas aportaciones, acompañadas de un pequeño texto explicativo de su significado subjetivo. Ante la imposibilidad de que todas ellas pudieran llegar a ser utilizadas como portadas de futuros números de la revista, hemos querido recoger todos estos trabajos en una pequeña exposición virtual donde pueda valorarse el trabajo realizado. Los diseños y sus explicaciones pueden visitarse en www.ome-aen.org/norte/expo.htm . Es su modesto tributo a la mejora de nuestra calidad de vida (y por tanto salud mental) a través del arte, la otra mejor forma de expresión además de la palabra.

Para este número hemos seleccionado el trabajo de Izaskun Toyos Rodríguez, destacando no solo su valor estético, sino la explicación que acompaña la imagen:

Representa "Los diferentes estados de ánimo reflejados en los ojos"

Los planos detalle de piel humana hacen referencia a que todas las personas pueden verse afectadas por una enfermedad mental sin importar de donde vengas. En el fondo se ha aplicado una imagen de un ojo en grande y distorsionada con el logotipo de la revista Norte sobrepresionado, como símbolo de protección.

Volumen V



Nº16

Volumen IV



Nº11



Nº12



Nº13



Nº14



Nº15

Volumen III



Nº5



Nº6



Nº7



Nº8



Nº9



Nº10

Volumen II



Nº1



Nº2



Nº3



Nº4

NORTE de Salud Mental

Revista de:

- Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, Osasun Mentalaren Elkartea, (OME)
- Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, (AANSM)
- Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental, (ACLSM)

Consejo Editorial:

Ander Retolaza
German Molina
Jose J. Uriarte
Oscar Martínez-Azumendi
Pilar de la Viña

Francisco Chicharro
Jose Filgueira
Mónica Póo
Paz Arias
Victor Aparicio

Director Revista NORTE:

Iñaki Markez

Consejo Asesor y de Redacción:

Aparicio, D.
Alvarez, JM.
Berrios, G.
Colina, F.
Erkizia, B.
Gonzalez-Pinto, R.
Gutierrez Fraile, M.
Iraurgi, I.
Lasa, A.
Marijuan, M.
Marina, P.
Medrano, J.
Palomo, Ch.
Redero, JM.
Sanchez, A.E.
Susparregui, JM.
Vega, A.
Ylla, L.

Ayerra, JM.
Ballesteros, J.
Candina, A.
De la Rica, JA.
Esteban, R.
Guimon, J.
Hernanz, M.A.
Larrazabal, A.
Malda, C.
Marín, M.
Marquínez, F.
Morchan, J.
Pardo, N.
Rendueles, G.
Santander, F.
Totorika, K.
Verdejo, M.
Zuazo, JI.

Sede Social: Apdo. Correos 276, 48991 - Algorta. Bizkaia. Tlf: 94 4674979

www.ome-aen.org

Todos los artículos publicados, incluyendo editoriales y cartas, representan la opinión de los autores y no reflejan las directrices de "NORTE de Salud Mental" salvo que esté así especificado.

La revista NORTE es accesible en el Servicio Bibliográfico de:
- CDD/SIIS (Centro de Documentación del País Vasco).
- IME (Índice Médico Español).

NORTE de Salud Mental

Vol V nº16, Febre ro 2003

www.ome-aen.org

© Copyright 2002 NORTE de Salud Mental

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización del titular del Copyright.

Realización y administración:

EKIMEN

Apdo. Correos nº276, 48991 Algorta, Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79

E-mail: ekimen@euskal.net

Portada:

Ojos

Autor:

Izaskun Toyos Rodríguez

Logo Norte de Salud Mental:

E. Chillida

Publicación cuatrimestral (3 números por año) no sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares.

Publicación gratuita para asociad@s.

Ejemplar atrasado: 6 euros.

Esta publicación ha contado para su edición con la subvención y colaboración de:

- Departamento de Sanidad. Eusko Jaularitza



OSASUN SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

- Laboratorios farmacéuticos:

Esteve, Ferrer Internacional, Janssen-Cilag,

Lilly, Pfizer, Glaxo SmithKline, Wyeth.

ISSN: 1578-4940

D. Legal:



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental



ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL
PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

www.ome.aen.org



[www.telecable.es/
personales/aenasturias](http://www.telecable.es/personales/aenasturias)



www.pulso.com/aen/index.htm

S U M A R I O

EDITORIAL / PRESENTACIÓN

Contra la Guerra	9
-------------------------------	----------

PARA LA REFLEXIÓN

Contra la guerra, defendamos la salud. Siempre nos queda la palabra	11
--	-----------

Itziar Martínez

El respeto a la confidencialidad en el contexto sanitario	15
--	-----------

Fernando Sanstebán y Carlos del Castillo

A propósito de la red de apoyo a la inserción sociolaboral	21
---	-----------

Antonio Vega y Natalia Peñero

ORIGINALES Y REVISIONES

Desorden mental y creación estética	33
--	-----------

Fabrizio de Potestis y Ana Isabel de Zubia

El estilo del padre	43
----------------------------------	-----------

ML. Gabriela Rodríguez-Révalo

Grupo de imagen corporal en trastornos de la alimentación	51
--	-----------

Joaquín Pardo

INFORME

Recomendaciones para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastorno depresivo mayor, APA	57
---	-----------

HISTORIA

Wenceslao Lopez Albo (1889-1944)	67
---	-----------

Diego Martínez Azurmendi

FORMACIÓN CONTINUADA

La incapacidad del Sr B	73
--------------------------------------	-----------

José Martínez

ACTUALIZACIONES

Psicopatología Hiszega	81
-------------------------------------	-----------

Psiquiatría de cabecera	82
--------------------------------------	-----------

PÁGINAS DE LAS ASOCIACIONES

Manifiesto contra la guerra	83
--	-----------

Hospital Psiquiátrico de Oviedo	85
--	-----------

Escuela de Salud Mental y Observatorio de Salud Mental	87
---	-----------

Decreto de especialidad de Psicología Clínica	89
--	-----------

El estigma y la ignorancia	91
---	-----------

I Congreso Ibérico de salud Mental y	
---	--

II Jornadas Interautonómicas del Norte	92
---	-----------

I Curso de actualidad en avances clínicos y terapéuticos	93
---	-----------

AGENDA

Próximas citas	101
-----------------------------	------------

Normas de publicación

La Revista **NORTE de salud Mental** considerará la eventual publicación de los trabajos que reciba sobre temas relacionados con la salud mental y disciplinas afines, así como relativos a las propias Asociaciones que participen en ella. Así tendrán cabida dos tipos principales de colaboraciones: 1) *Temas Científicos*. En forma de artículos originales, revisiones, comunicaciones breves o crítica de libros. 2) *Temas Asociativos*. Recogiendo tanto información de las propias Asociaciones y sus actividades científicas, como cartas, comentarios, sugerencias o informes de los socios.

En general no se aceptarán manuscritos que ya hayan sido publicados o presentados para su publicación en otra revista. En casos excepcionales podrá hacerse siempre y cuando se cuente con la autorización expresa del Editor de la publicación donde apareció con anterioridad el trabajo. Las normas generales se ajustarán a los "Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicación en revistas biomédicas" (Normas de Vancouver).

Todo original recibido será valorado por el Comité Editorial, quien decidirá sobre su publicación, pudiendo proponer a los autores modificaciones que puedan considerarse oportunas para la mejor claridad del texto o adecuación a la revista. Cualquier modificación propuesta necesitará del visto bueno de los autores previa a su publicación. El primer autor podrá recibir tres ejemplares de la revista, cuando desee recibir un mayor número lo comunicará con suficiente antelación.

Los contenidos u opiniones vertidos en los trabajos son responsabilidad exclusiva de sus autores, no asumiéndolos como propios el Consejo de Redacción. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de **Norte de salud mental** y su reimpresión posterior precisará de su autorización previa.

Requisitos de los manuscritos

Se enviarán al Editor de **Norte de salud mental** (Apdo. 276, 48990 Algorta. ekimen@euskalnet.net) copias mecanografiada a doble espacio, numeradas correlativamente. Se adjuntará un disquete con el fichero de texto del documento caso de envío por correo postal.

Primera página: incluirá, por orden, los siguientes datos: título del trabajo; nombre y apellidos (s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria. En los casos en que se considere oportuno se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

Segunda página figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones más destacadas. Se incluirán de 3 a 6 palabras claves para su inclusión en los índices oportunos.

Los originales deberán constar de introducción, material y métodos, resultados y discusión, siendo su extensión máxima de 20 páginas y 6 figuras o tablas. Las notas clínicas no superarán los 6 páginas y 4 figuras o tablas. Las revisiones podrán contener un máximo de 25 páginas.

Referencias bibliográficas: se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado (superíndice). La exactitud de las referencias es responsabilidad de los autores, que deben contrastarlas con los documentos originales y especificar claramente las páginas inicial y final de la cita (ver ejemplos). No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una "comunicación personal"

Las *tablas y gráficos* se enviarán en documento aparte, numerados consecutivamente, con el título en la parte superior y notas aclaratorias al pie, cuidando que su observación permita comprender su significado sin recurrir al texto.

Ejemplo de citas bibliográficas (de "Normas de Vancouver"):

Normas de publicación

Artículos de revistas

Artículo normal

Se mencionan los seis primeros autores y se agrega la expresión "et al" si son más.

Perkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Como alternativa, si una revista utiliza la paginación continua en todo un volumen (como hacen muchas revistas médicas) pueden omitirse el mes y el número. (Nota: a efectos de coherencia, esta opción se utiliza en todos los ejemplos siguientes).

Autor institucional

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996;164:282-4.

Sin nombre de autor

Cancer in South Africa [editorial], *S Afr Med J* 1994;84:15.

Libros y otras monografías

Indicación de autores personales

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*, 2ª ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

Indicación de directores de edición o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Indicación de una organización como autor y editor

Institute of Medicine (US). *Looking at the future of the Medicaid program*. Washington (DC): The Institute; 1992.

Capítulo de un libro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. En: Laragh JH, Brenner BM, editors. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management*. 2ª ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

Actas de congresos

Kimura J, Shibasaki H, editores. *Recent advances in clinical neurophysiology*. Resúmenes del 10º International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Original presentado en un congreso

Bengtsson S, Solheim BG. *Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics*. En: Lun KC, Degoulet P, Piemme TF, Rienhoff O, editores.

MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

Tesis doctoral

Kaplan SJ. *Post-hospital home health care: the elderly's access and utilizacion*. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

Otros trabajos publicados

Artículo de periódico

Lee G. Hospitalization tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

Diccionario y obra de consulta semejantes

Stedman's medical dictionary. 26ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. *Apraxia*; p. 119-20.

Trabajos inéditos

En prensa

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. En prensa 1997.

Material electrónico

Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 pantallas]. Accesible en: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.



Contra la guerra

Estamos contra una guerra de conveniencia contra Irak o cualquier otro país porque la principal víctima será la población civil, como ha ocurrido en los recientes conflictos armados en Kosovo y Afganistán. La guerra siempre es injusta con la población, por eso deseamos el diálogo y la cooperación entre los pueblos para resolver las situaciones de crisis.

Defendemos el derecho a la salud y a una vida digna para cualquier persona, rechazamos cualquier ataque y solicitamos una solución pacífica a través del diálogo y la acción diplomática. La comunidad internacional puede trabajar por garantizar el respeto a los Derechos Humanos y los principios del Derecho Internacional Humanitario.

Hoy más que nunca es necesario avanzar hacia un mundo más justo, más solidario y más democrático, en el que no tengan cabida ni regímenes autoritarios ni políticas belicistas. Para no callar ante la barbarie y el genocidio pues el silencio nos haría cómplices de las consecuencias, aunque fuera en pequeña medida, siempre podremos alzar la voz contra esta guerra interesada, que no habrá de traer sino sufrimiento irreparable a la población irakí, y deterioro de la convivencia entre los pueblos y naciones del mundo.

¡NO A LA GUERRA!

STOP the WAR!

GERRARIK EZ !

¡NO a la GUERRE!

NEIN ZUM KRIEG!



Contra la guerra, defendamos la salud. Siempre nos queda la palabra.

Iñaki Markez

Médico Psiquiatra
CSM Galdakao

Decía recientemente el teólogo Leonardo Boff que la guerra inminente no es guerra: es cobardía, es masacre. Porque no se trata de enfrentamiento de ejércitos, sino de matanza de civiles con bombas inteligentes arrojadas desde alturas de 16.000 metros. Ni aquí ni en ningún lugar del mundo, casi nadie quiere la guerra. Los gobernantes de Estados Unidos, y algunos de otros países sí están en guerra abiertamente, al menos desde las fechas posteriores a los trágicos atentados del 11 de septiembre de 2001.

— Antes fue contra Bin Laden, Al Qaeda, talibanes y población afgana. Ahora contra Sadam Hussein, el partido Baas y la población irakí. Después,... dios sabe qué ocurrirá con palestinos, coreanos, iraníes,... o cualquier otro país africano o asiático que sea considerado “una amenaza para la paz mundial,” aunque a duras penas sus habitantes logren sobrevivir en una mar de acoso, miseria y destrucción. Siempre podrán lanzarse a los cuatro vientos acusaciones, probadas o no, contra los pueblos y regímenes demonizados, los no leales al Imperio en un momento dado. Si no, siempre se podrá fomentar el ideario maniqueo: ¡con nosotros o con el terrorismo!. Al lado, un lastre de incertidumbre e inseguridad, mezcla de esperanza y miedo indefinido que les hace suspicaces ante casi todo.

El temor al enemigo difuso, el terror, la paranoia, las vivencias de vulnerabilidad y el patriotismo exacerbado proyectan su ira con objetivos nada humanitarios. La agresividad contra Irak nada tiene que ver con la guerra contra el terrorismo. El desar-

me y la pretendida amenaza de Irak para la paz son excusas que esconden la escalada armamentista, las ambiciones para controlar la segunda mayor reserva de petróleo del mundo estimada en 112.000 millones de barriles, también por nuevos mercados y nuevas áreas geoestratégicas. Esconden la frustración por no haber eliminado a Al Qaeda y a sus líderes, quizá también tomar ventaja ante futuras contiendas electorales, transformar el mapa de Oriente Medio donde Israel tenga sus ventajas, reducir el temor al terrorismo en territorio propio fomentando la “seguridad nacional” imponiendo el desarrollo creciente de ideologías belicistas y policiales. La guerra es la continuación de la política por otros medios como afirmara Clausewitz. Y nos esconden también la cara menos presentable por las consecuencias de horror, devastación y muertes de cientos de miles, quizá millones de personas, en la primera confrontación y en los años venideros.

El régimen de Sadam, tan dictador como un buen puñado de autoritarios presidentes hoy aceptados internacionalmente, tiene un curriculum donde sobresale el genocidio contra los kurdos del norte, el uso de armas bacteriológicas y químicas contra sectores de la población de su país, las ansias expansionistas expresadas en la invasión de Kuwait y, antes, en la guerra con Irán, o la exclusión de los sectores opositores. Pero Sadam ha llegado donde ha llegado con el beneplácito “democrático” de quienes hoy y hace doce años lo satanizaron, y que antes le armaron hasta los

dientes e incluso después han resuelto pingües negocios en diversos campos industriales.

— En las guerras modernas la prevalencia de muertes civiles ha crecido exponencialmente. En la Iª Guerra Mundial murió un 5% de civiles; un 50% en la IIª Guerra Mundial; en Vietnam y Corea un 82%; en Irak y en Yugoslavia el 98% de las víctimas fueron civiles. En la breve guerra de Irak, en 1991, murieron 150.000 ciudadanos por lo que se denominó “efectos adversos sobre la salud inducidos por la guerra” y otro millón posteriormente por el embargo. Los ataques de 1991, en los que se empleó uranio, han multiplicado por siete los casos de cáncer entre la población infantil que, en estos momentos, registra un índice de mortalidad del 90%, causado por “la escasez de medicamentos e instrumental médico,” según los facultativos.

En Irak, tras más de una década de mayor vulnerabilidad, sufren padecimientos por las consecuencias de la anterior guerra, de las persecuciones del régimen, del uranio empobrecido arrojado por los pretendidamente salvadores, del embargo que imposibilita la entrada de materiales y sustancias básicas para la producción de maquinaria y productos manufacturados, incluso de alimentos y medicinas, ha afectado a la totalidad de la población.

— Este embargo de doce años, ha generado una terrible precariedad en la situación sanitaria. Al progreso y la calidad de vida de los años 70 y 80. sucedieron la guerra con Irán durante ocho años y la del Golfo en 1991 así como las sanciones posteriores de la comunidad internacional. Los partidarios de tales sanciones afirman que son el único medio de castigar a los países que amenazan la paz. Son poco onerosas y, además, la opinión pública de los países occidentales acepta mal los enormes gastos y las pérdidas de vidas que ocasionan las intervenciones militares. Los detractores insisten en cambio en los graves perjuicios que sufren las poblaciones civiles, mientras los regímenes inculpatos se fortalecen y realizan intercambios ilegales. El caso de Irak confirma esa tesis. La población está exangüe; abundan pruebas de que el clan en el poder se enriquece y de que se desarrolla el tráfico ilegal de petró-

leo. Es más, a fines de enero de 2000, la Cámara de los Comunes británica publicó un informe en el que reconoce el fracaso del embargo en Irak y expresa el deseo de que ningún Estado sea sometido a una prueba semejante. Los indicadores sociales y de salud están a la vista: según Cáritas, la tasa de desempleo afectaba en el año 2000 al 75% de la población, muchas fábricas han cerrado, la agricultura está limitada por la falta de semillas y el sector de la construcción está prácticamente inactivo. En el sector público, los sueldos no pasan de 3,25 euros mensuales. La salud y la higiene también se han visto afectadas, incrementando las malformaciones, la morbilidad y mortandad, los abortos espontáneos, las infecciones, etc. y reduciéndose el acceso al agua potable hasta sólo la mitad de la población (el 66%, según ha declarado recientemente la directora de la ONU en Bagdad, Rebeca Arias). En los últimos años, el bloqueo se ha cebado, sobre todo, con los niños (más de 600.000 de los cuales están malnutridos y entre 4.000 y 5.000 mueren cada mes) y las mujeres embarazadas, de las que el 95% padece anemia.

— Un país con una calidad sanitaria próxima a la de los países desarrollados hace tan sólo quince años ha visto descender enormemente sus indicadores. La mortalidad infantil se ha multiplicado por 2,5 en la última década, alcanzando a 136 muertes por cada 1000 nacimientos. La esperanza de vida ha descendido de 66 a 58 años según los indicadores de desarrollo humano de la ONU, la tasa de alfabetización es del 55,9%, la escolarización ha pasado de un 90% a un 50% en menores de quince años. La tasa de mortalidad infantil se sitúa en torno al 105% y llega al 130% en los menores de cinco años. La malnutrición, el déficit de agua potable y el deterioro de los saneamientos hacen que, debido a la elevada vulnerabilidad de la población, una diarrea o una infección respiratoria puedan ser mortales. La menor capacidad de control de focos de enfermedad ha incrementado los problemas de salud pública.

El programa *petróleo por alimentos* de la ONU ha permitido que desde 1996 Irak exportara petróleo para acceder a algunos productos de primera necesidad, importando por este sistema el 90% de los alimentos pero siendo absolutamente dependiente de





las ayudas. De este modo, y según UNICEF, el 60% de los 27 millones de irakíes subsisten gracias al racionamiento distribuido mensualmente por el gobierno de Bagdad. Con una nueva intervención militar^(*) se multiplicaran los “daños colaterales” sobre la salud. A las dificultades actuales y a las consecuencias directas de la agresión en caso de guerra habría que añadir las relativas a las enfermedades asociadas a las condiciones de los refugiados y desplazados en el propio país y en los países limítrofes. Naciones Unidas estima que en caso de una guerra de una intensidad media, más de 10 millones necesitarían ayuda alimentaria, la mitad de la población carecerá de acceso al agua potable, dos millones serán desplazados internos y en torno a un millón serán refugiados. La Organización Mundial de la Salud ha distribuido lotes médicos que sólo alcanzaran a 240.000 personas durante tres meses.

¿Qué decir de los muchos motivos para padecer enfermedades mentales?. La situación de permanente estrés produce trastornos depresivos, de ansiedad o angustia, adaptativos, etc, alcanzando cotas inimaginables. Los estresores crecen por doquier. La misma situación prebélica prolongada ha incrementado la sensación de inseguridad en todo lo relacional de las personas, inseguridad en el mundo laboral y en el ámbito familiar. Si la situación de “guerra potencial” ha afectado psicológicamente a gentes en nuestras latitudes europeas, con sensación de minusvalía e indefensión ante las decisiones políticas beligerantes, sobre todo en las personalidades más inmaduras, qué no ocurrirá con quienes están viviendo la guerra desde hace ya dos décadas. De nuevo, entre ellos, los niños son las personas más desprotegidas, más débiles frente al miedo, el estrés y la ansiedad. Además faltan medicamentos de todo tipo, y el 92% de los hospitales carece de equipos médicos básicos, de pruebas de laboratorio, cuidados quirúrgicos, personal formado suficiente, etc. Desolador presente y sombrío panorama inmediato de esta población sometida a una doble imposición, a la de la comunidad internacional con sus juegos de guerra y a la de un régimen dictatorial.

— Los desórdenes disruptivos consecutivos a acontecimientos externos de la envergadura de una guerra, dure lo que dure esta, sin metabolización psíquica posible, provocará, viene provocando desde hace tiempo, desórdenes tanto del proceso constitutivo del psiquismo del niño como el desorden de integración psíquica cuando estas situaciones acontecen en personas adultas con sus ya defensas constituidas. Se producirá la desestabilización psíquica y fisiológica ocasionando diferentes patologías que irumpirán ante el peligro con comportamientos agresivos, actitudes suicidas o estuporosas, agitación psicomotriz, huida, etc, siempre comportamientos inadaptados tras la sorpresa emocional.

La comunidad no es extraña al fenómeno y se verá enormemente afectada por el conflicto bélico. El miedo de los afectados, la permanente búsqueda de seguridad para su grupo próximo, la frustración ante la imposibilidad de resolución de sus problemas afloran sin control, quizá hasta que se opere la reorganización de sus estructuras sociales. Las más profundas fantasías terroríficas se esconden en algún rincón de la mente. Los estados de ansiedad, fóbicos, depresivos e histéricos o reacciones traumáticas de tipo psicótico se desarrollaran en los más vulnerables. No olvidemos que el aparato psíquico es capaz de reorganizarse produciendo defensas psíquicas, organizando la vivencia de estrés y también emergiendo el vacío, el aislamiento y el desvalimiento que conduce a la vivencia traumática.

— Mientras, el gran amo y algunos leales incondicionales, cargados de militarismo y prepotencia, pasean su altanería en foros internacionales a pesar de que la opinión pública mundial se ha expresado. Ha expresado deseos de paz frente a la guerra “preventiva,” de desarme frente al rearme “defensivo,” de tranquilidad y tiempo frente a la alarma e inmediatez beligerante, de solidaridad con los pueblos frente al intervencionismo autoritario de los gobernantes. Las recientes expresiones de profundo pacifismo de la ciudadanía escuchadas por todo el planeta, seguro que han sido escuchadas por quienes manifiestan su belicismo. No sabemos hasta qué punto serán

(*) Curiosamente en la OTAN y en el gobierno USA no se utiliza el término guerra sino el de “intervención militar”, mientras la sociedad civil se expresa contra la “guerra.”

consideradas para caminar hacia un nuevo orden internacional más justo pero la *aldea global* se ha expresado con el rechazo a la destrucción masiva de vidas humanas en nombre de la paz.

Vemos confrontación entre políticos, que no se escuchan o que, cuando consolidan el poder, incluso no escuchan a la ciudadanía. Con comportamientos electoralistas, vendepatrias, de autismo social, respuestas únicas y mentirosas, etc mientras nos señalan riesgos y daños catastróficos. Pero ¿quién considera a las poblaciones afectadas?. El discurso hegemónico de los poderosos está centrado en el peligro de ese país, de sus gobernantes y, por extensión, de la comunidad árabe. Resulta preocupante que aquel viejo refrán chino “mata a uno y asusta a diez mil” haya quedado obsoleto. Ahora ya se plantean los asesinatos al por mayor, se ha alcanzado la unidad del deseo de matar y morir.

— Resulta hipócrita señalar con el dedo y los misiles a unos países exigiendo su desarme porque son una amenaza. Sería deseable que el desarme fuera general, global, pues comprobamos en la Historia que todo poder armado se convierte en enorme riesgo para muchos pueblos, para muchos millones de personas.

Los ciudadanos de a pie ¿qué podemos hacer?. El presidente Bush preguntado por qué puede hacerse para reducir los efectos del terrorismo contestaba que rezar. Lo mismo invocan algunos palestinos que se inmolan por su patria explotando bombas cargadas en su cintura, y también lo hacen Sharon y los militares israelíes. Unos se aferran a Ala, otros a Yahvé o a su dios verdadero, y es que la visión fundamentalista es compartida por los ámbitos más dispares.

No hace mucho Luis Rojas Marcos reflexionaba sobre el perdón ¿Quién se plantea el perdón? ¿Quién la reconstrucción? No significa arrepentimiento, la agresión no se olvida pues forma parte de la vida. Pero quien no perdona vive estancado con las heridas abiertas. Otro psiquiatra estadounidense, Thomas Szasz escribía: “Los tontos no perdonan ni olvidan; los ingenuos no perdonan y olvidan; los sabios perdonan pero no olvidan”. Esto nos ha de hacer pen-

sar en el enorme poder restaurador de la solidaridad humana.

— Es apremiante solicitar que se valore el impacto humanitario y sobre los derechos humanos que tendría una acción militar contra Irak para la población civil. Esta valoración debe considerar los posibles efectos de la acción militar sobre los derechos humanos de la población iraquí; los efectos sobre la situación humanitaria, pues los iraquíes ya padecen estrictas sanciones económicas y violaciones graves de sus derechos a manos de su gobierno; el riesgo de que una acción militar desemboque en que un número ingente de personas se vean forzadas a huir; las posibles violaciones graves del derecho humanitario internacional, incluidos ataques directos contra civiles, el uso de escudos humanos y el uso de armas de efecto indiscriminado.

Por ello sería deseable el despliegue observadores de derechos humanos en toda la región que informen de los abusos contra los derechos humanos que cometa cualquier entidad, así como que se organicen las ayudas necesarias que palien la actual situación sanitaria. El repetido comentario hecho argumento de la inevitabilidad de la guerra no exime de nuevos intentos para que no se lleve adelante la agresión bélica. No existe una guerra justa y como ejercientes de una profesión cuya razón de ser es mejorar la salud y preservar, en lo posible, a los seres humanos de la enfermedad y la muerte, no podemos permanecer impasibles ante esta forma de entender las relaciones internacionales manifestada con entusiasmo por algunos líderes políticos.

Para no callar ante la barbarie y el genocidio pues el silencio nos haría cómplices de las consecuencias, aunque fuera en pequeña medida, siempre podremos alzar la voz. Siempre nos quedará, al menos, la defensa de la palabra y el libre pensamiento frente a cualquier expresión de violencia y por el fiel cumplimiento de los derechos humanos.(26-2-03)



Iñaki Markez. Médico Psiquiatra

C.S.M. de Galdakao, Osakidetza

Bizkaia. Tfno: 94.6007408

El respeto a la confidencialidad en el contexto sanitario

Fernando Santander.

Médico Psiquiatra.
Magíster en Bioética (UCM). Vitoria-Gasteiz

Carlos del Castillo.

Médico de Familia.
Magíster en Bioética (UCM). Segovia

El respeto a la confidencialidad de los datos clínicos siempre fue un referente de buena práctica para los profesionales sanitarios y en los últimos años es motivo de interés creciente tanto por la mayor sensibilidad de los ciudadanos como por el desarrollo de los sistemas informáticos de registro y comunicación de datos. En este artículo, tras repasar los conceptos de privacidad, intimidad, confidencialidad y secreto profesional y los antecedentes históricos del derecho a la confidencialidad, se señalan los dos marcos desde los que se pueden fundamentar las respuestas a los posibles conflictos que se pudiesen generar al respecto: el ético (bioética) y el normativo (deontología). Las excepciones al deber de confidencialidad se condensan en las marcadas por los deberes de evitación de un daño o de cumplimiento de un imperativo legal explícito.

Finalmente, se sugieren unos referentes generales de manejo o cursos de acción posible ante situaciones conflictivas: transparencia, responsabilidad, parquedad y universalidad.

En los últimos años las preocupaciones por las cuestiones éticas de la asistencia sanitaria han estado centradas sobre todo en el Consentimiento Informado y aunque se han logrado importantes avances en este aspecto aún queda mucho por andar en cuanto a la puesta en práctica de ese proceso de información y consentimiento (que es mucho más que un papel o documento dado a firmar a toda prisa y con desgana, por motivos más defensistas que sinceros, como tantas veces ocurre).

Además de este aspecto, hay otro que recientemente ha ido ganando interés entre los profesionales sanitarios y entre los pacientes. Se trata del respeto a la confidencialidad de los datos que se manejan en los procesos asistenciales. Tal vez el detonante de este interés sea el creciente desarrollo de los sistemas informáticos (historias clínicas, registros sanitarios, bases de datos, investigaciones,...) que

hacen levantar fantasías acerca de dónde se procesarán y quién tendrá acceso a esos datos que se introducen en esos ordenadores que ya empiezan a estar presentes en casi todos los despachos profesionales y servicios sanitarios diversos.

Pero, aunque pareciese una preocupación nueva, el respeto a la confidencialidad, ligado al secreto profesional, siempre ha estado presente en las prácticas profesionales de los sanitarios. Se podría decir que hay un acuerdo universal en que la relación con el paciente está basada en la confianza mutua y que esta confianza jamás debe traicionarse. Este acuerdo ha sido plasmado desde antiguo en los documentos que regulaban la profesión médica, así, en el Juramento Hipocrático (sVáC), paradigma de la ética profesional, se dice: *“Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo*

callaré teniéndolo por secreto." Los códigos deontológicos de las diferentes profesiones sanitarias han seguido esta tradición y en todos ellos figura el secreto como un deber ineludible. Diversas normativas legales también han amparado y protegido el derecho a la intimidad, la privacidad y la confidencialidad (Declaración Universal de los Derechos Humanos, Constitución Española, Ley General de Sanidad, Código Penal, Ley de Protección de Datos, etc...). Mas si esto es así, si las declaraciones de principios y de deberes son tan claras ¿por qué preguntarse por estos asuntos ahora?. La respuesta estriba tal vez en que la realidad clínica es mucho más compleja de lo que leyes y principios pueden llegar a considerar y hay muchas circunstancias y situaciones en que a pesar de todo lo anterior pueden surgir conflictos cuando se está haciendo uso de información referida a las personas.

CONCEPTOS BÁSICOS

Para evitar equívocos o confusos sobreentendidos siempre es conveniente definir de antemano los conceptos que vamos a manejar:

Privado / Privacidad: Hace referencia a lo no público, a aquello que puede ser gestionado libremente por la persona, sin interferencia de otros; es el espacio de soberanía del individuo. La privacidad es una conquista de la modernidad e implica un reconocimiento de que existen derechos previos al "contrato social" entre los que está el derecho a la no intromisión de la autoridad pública en los asuntos privados.

Íntimo / Intimidad: Tiene que ver con lo más interior, con el conjunto de sentimientos y pensamientos que cada ser humano guarda en su interior. La característica de lo íntimo no está en el objeto, sino en la cualidad que la persona le otorga. La intimidad ha sido un concepto cambiante a lo largo de la historia de la humanidad y es considerada de forma diferente en las diversas culturas; en Occidente va ligada al derecho a la libertad de conciencia que se impuso tras las fracasadas guerras de religión en la Europa del siglo XVI, pero incluso dentro de una misma cultura y partiendo de una misma conceptualización social de lo que es íntimo, la variabilidad individual es capaz de aplicar diferentes matices de con-

cepto. La intimidad, en última instancia, es una necesidad –primordial– de las personas.

Confidencial / Confidencialidad: Confidencial es aquello reservado y secreto, lo que se comparte, se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca de que no será revelado. Tiene su fundamento en la confianza y el respeto mutuo, requisitos imprescindibles para comunicar los propios secretos, por ello es la base del secreto profesional. O, dicho de otro modo, el velo del secreto tutela el mutuo respeto y abre el camino a la confianza, vía de acceso a lo más íntimo del otro. Y así como decimos que la intimidad es una necesidad, podemos decir que la confidencialidad es un deber moral general que nace de la obligación de no perjudicar a los demás, del compromiso de lealtad hacia el otro y de mantener la promesa de la palabra dada.

Secreto profesional: Es la obligación de guardar los datos y confidencias que el profesional recibe de sus pacientes. Incluye todo aquello que haya sido visto, oído, deducido o intuido en el transcurso de la relación profesional. La evidente lógica de este compromiso de no divulgar, avalada por su larga tradición histórica, hace que se de por supuesto, sin necesidad de ser explicitado en cada acto clínico. Además, se asume que la obligación de guardar secreto no se extingue con la muerte del paciente.

El secreto profesional puede ser entendido de un modo **absoluto** (es decir aplicable a toda situación y sin excepciones) o de un modo **relativo** (admite excepciones, reguladas de antemano, en las que más adelante nos detendremos).

Se habla de **secreto compartido** para referirse a aquél que implica a los diferentes profesionales del equipo asistencial que atiende al paciente (médicos, enfermeras, etc.) y de **secreto derivado**, que sería el que implica a todos aquellos que –por su trabajo, y aunque no atiendan directamente al paciente– tengan acceso a datos clínicos (administrativos, documentalistas, etc.).

Círculo de confidencialidad: Es el formado por el paciente y aquellos profesionales sanitarios que directamente le atienden. Fuera de este estrecho círculo y en un



grado de cercanía variable, están los familiares, los otros profesionales sanitarios que no intervienen en el caso, la Administración, los seguros, la policía, etc.; el acceso a información confidencial por alguno de éstos pasa necesariamente por la autorización o permiso previo del paciente.

EL DEBER DE SECRETO, ANTECESOR DEL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Desde tiempos remotos se ha aceptado que el ejercicio de la medicina conllevaba un deber de respeto a la dignidad de los pacientes, pero no siempre se consideró que la salvaguarda de la confidencialidad fuese un derecho de ellos —este es un concepto relativamente reciente— sino que más bien era considerado como un deber que el profesional se imponía a sí mismo. Así, del **deber de sigilo** que ya aparece en las concepciones hipocráticas del ejercicio profesional, va ligado a una concepción beneficiante—paternalista en la que el médico juzga la información que debe o no desvelar (incluso al propio paciente), pudiendo callar aquella que desde su punto de vista pudiera provocar algún daño a su salud; esta es la base del llamado **privilegio terapéutico**, o excepción a la información, vigente aún en buena medida en nuestros días.

En el siglo XVIII, con la Ilustración, se producen los primeros atisbos de desarrollo técnico de la medicina, aparece el concepto de salud pública y se va asentando el pensamiento liberal. A la par de estos y otros procesos aparecen los primeros cambios de orientación en la relación terapéutica, con un estilo algo menos autoritario o paternalista. El deber de secreto del médico tiene un objetivo: velar por los intereses del paciente, y de la mano de algunos médicos ilustres (Thomas Percival, Benjamín Rush, John Gregory, ...) aparece un paternalismo suavizado, postulando por ejemplo que la información dada al paciente puede actuar como un agente terapéutico, pues observan que un paciente informado se recupera mejor de su enfermedad.

El siglo XIX trajo mayores avances en las ciencias biomédicas, surgen con fuerza la

higiene pública y la medicina social —derivado de un mayor conocimiento de las enfermedades infecciosas—, las ciencias se difunden y se hacen cada vez más abiertas y menos iniciáticas. Junto a todo esto, la relación médico—enfermo va perdiendo intimidad y el secreto médico al intervenir otros agentes (enfermería —profesión naciente en esos tiempos—, familia, sociedad, autoridad civil) se va desvirtuando, tal es el caso de la obligación de declaración de ciertas enfermedades. Aparecen los primeros códigos deontológicos profesionales, en los que se da gran importancia al secreto profesional, e incluso el secreto pasa a ser contemplado a los textos legales, pasando así de ser un deber de beneficencia autoimpuesto a ser también una exigencia social y legal (así, el Código Penal español de 1822 ya reproduce la idea del castigo a la revelación del secreto médico). Los cambios del siglo XX por más recientes son más conocidos: importante desarrollo técnico de la medicina, implantación de los sistemas públicos de salud, extensión del modelo de equipo de trabajo en medicina, aparición de ‘terceros pagadores’ (compañías de seguros y otros), etc.; todo ello en un contexto de mayor conciencia de los Derechos Humanos (entre los que están el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria). Pero también en el siglo XX aparecen las aberraciones en la investigación biomédica, cuyo culmen es la experimentación con seres humanos en los campos nazis de concentración y exterminio. Es en este siglo cuando se conceptualiza el **derecho a la intimidad** y el derecho a defenderse y denunciar a quienes lo violen. La introducción de este derecho impulsó cambios en la concepción del secreto profesional: se pasa del **secreto como deber** beneficentista del médico a la **confidencialidad como derecho** del paciente. Todo esto se ha visto reforzado en las últimas décadas con la enunciación del *Principio de Autonomía* y del derecho al *consentimiento informado*, en un proceso de progresivo abandono de posiciones paternalistas derivadas del Principio de Beneficencia, muestra de una inexorable evolución de los planteamientos éticos de la sociedad actual, en la que ha pasado a ocupar un lugar preponderante el desarrollo de una conciencia autónoma que fundamenta nuestra moral y nuestra actitud ante la vida.

FUNDAMENTANDO RESPUESTAS A LAS NUEVAS PREGUNTAS

Ante estas nuevas complejidades de las prácticas profesionales, la antigua pregunta ¿cómo guardar en secreto lo que el médico llega a conocer? se hace insuficiente y surgen nuevos interrogantes: ¿quién es el destinatario de la información referida a un paciente?, ¿existen datos "sensibles" que sólo se deberían manejar bajo un consentimiento explícito?, ¿cuáles son estos datos sensibles a registrar y conservar?, ¿a quién se deben ocultar y en qué medida?, ¿con qué procedimientos de salvaguarda?, ¿cuáles son los límites en el contexto de trabajo de un equipo interdisciplinar?, ¿qué situaciones podrían justificar una excepción al deber de secreto?, ¿cómo se pueden articular el deber de tratar o cuidar, el deber de alertar de posibles daños a terceros y el deber de salvaguardar la confidencialidad?, ¿cómo se ha de elaborar, usar y custodiar la información contenida en la historia clínica?

Son dos los marcos desde donde se ha intentado dar respuesta a esos y otros interrogantes: el ético y el normativo o legal. Desde el **punto de vista ético** el deber de confidencialidad se argumenta desde tres posiciones, complementarias entre sí: 1) respeto a la privacidad y a la autonomía del paciente para decidir sobre todo aquello que tenga que ver con su persona, 2) respeto leal al pacto implícito de secreto que está presente en toda relación asistencial y 3) respeto y mantenimiento de la confianza social en la actitud reservada de los profesionales sanitarios.

El respeto a la autonomía de las personas —entendido como la capacidad de gestión de la propia vida— es sin duda la mejor premisa ética de la confidencialidad. En este sentido, juzgar lo que es importante o no para cada persona (en cuanto a proteger o divulgar algo) es algo que corresponde decidir a la persona; pero además, ya desde un punto más consecuencialista, hay que contar con que en toda relación asistencial existe de entrada una confianza en que se respetará lealmente el pacto implícito de que la información será empleada solamente para los fines para los que fue recogida, sin esta confianza previa no sólo no se acercarán los pacientes a los servi-

cios sanitarios sino que se dañaría gravemente la imagen social de los profesionales.

Desde el **punto de vista normativo** podemos considerar los aspectos deontológicos y los legales.

Los códigos deontológicos son el conjunto de normas y criterios de los que se dotan los profesionales para regular la práctica de su profesión. Respecto a la confidencialidad y el secreto todos los códigos deontológicos comparten un criterio común: guardar el secreto es una obligación inherente al ejercicio profesional que obliga a todas las personas implicadas en el proceso asistencial. Pero admiten ciertas excepciones a esta obligación que, como luego veremos, son comunes a las planteadas desde el punto de vista legal.

El marco legal o jurídico-normativo fundamenta en general los derechos y deberes respecto a la confidencialidad de los datos clínicos en el respeto a la dignidad de las personas y en las doctrinas del contrato (el secreto nace de una promesa tácita, que adquiere así la categoría de 'contrato no escrito') y del orden público (la falta de seguridad en que los secretos profesionales no serán revelados crearía alarma social). Las legislaciones autonómicas, nacionales e internacionales están repletas de normas que hacen referencia a los deberes de confidencialidad y secreto y al derecho a la intimidad; por ser muy prolijo enumerarlas, señalaremos sólo algunas de las más importantes en nuestro medio: Convenio de Oviedo (Convenio del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, 1997), Constitución Española; Ley General de Sanidad, 1986; Código Penal, 1995; Ley Orgánica de Protección de Datos, 1999; Normativas autonómicas relacionadas con la historia clínica. En el contexto jurídico normativo es donde se han delimitado con más claridad las excepciones al deber de secreto y los límites del derecho a la confidencialidad.

DELIMITANDO EXCEPCIONES

El valor del secreto médico, al igual que el de la confidencialidad es instrumental, ya



que sólo es defendible en la medida en que contribuye a otros fines deseables, como es el de no estar al servicio de objetivos indeseables o delictivos, debiendo tener en cuenta que su mala utilización pudiera generar daño a terceros, amparar el fraude y el delito o lesionar el bien público.

En buena medida las excepciones al deber de secreto / derecho a la confidencialidad enunciadas por los códigos deontológicos profesionales coinciden con las marcadas por las legislaciones y en última instancia se justifican por: el deber de evitar el daño o el cumplimiento de un imperativo legal.

El Código Penal explicita que las excepciones se pueden admitir cuando se da un 'estado de necesidad' (para evitar un daño propio o ajeno) o cuando se cumple un deber (deber de denunciar un delito, deber de impedir un delito, deber de testificar ante la justicia o deber de comunicar casos de enfermedades infecto-contagiosas –las denominadas 'enfermedades de declaración obligatoria'–).

En el caso de la evitación de daño a otras personas sólo se podría justificar la excepción cuando el profesional tenga fundada sospecha de un perjuicio cierto y severo a terceras personas concretas, no a terceros en abstracto.

Cuando hablamos de evitar el daño a la propia persona, socialmente está aceptada la revelación de información sólo con el fin de evitar un riesgo vital grave (lesiones severas o la muerte).

En lo referente al imperativo legal de declarar ante la justicia se entiende que la declaración ha de quedar limitada a lo estrictamente necesario y relevante para el objetivo de la investigación judicial, justificada ésta en el interés público.

En cualquier caso, conviene tener presente que, aún cuando sea para prevenir un mal mayor, la ruptura del pacto de confidencialidad ha de ser en la menor medida posible y con la mínima información necesaria y suficiente, pues incluso aunque se dispusiese de la aquiescencia del paciente para la revelación de la información este permiso no nos autoriza a revelarla si no es estrictamente necesario.

POSIBLES CURSOS DE ACCIÓN

Sin duda, la formación de los profesionales en estos temas y la consiguiente toma de conciencia de su importancia e interés es el

mejor modo de asegurar un menor número de conflictos (de conciencia y legales). Además, sugerimos algunas otras estrategias, tales como:

- manejarse con registros escritos (historia clínica ...) claros y razonados, en los que diferencie con nitidez lo que es objetivo y lo que es valorativo y en los que la anote la fiabilidad de las fuentes de información.

- clarificar y protocolizar en los equipos de trabajo todos los aspectos referidos a la confidencialidad que en cada medio concreto se pueden/suelen dar, sin olvidar las obligaciones del secreto compartido y del secreto derivado.

- pactar explícitamente con el paciente –ante situaciones previsiblemente conflictivas– los límites de la confidencialidad respecto a la información que aportará y la atención sanitaria que recibirá.

Resumidamente, sugerimos que el modo más prudente de actuar respecto a la confidencialidad de los datos clínicos sería regirse por los principios de:

- **Transparencia:** informar al paciente de qué se anota, quién podrá acceder a ello y bajo qué condiciones.

- **Responsabilidad:** ser cuidadosos y responsables en el manejo de la información clínica.

- **Parquedad:** recabar y anotar sólo la información estrictamente necesaria; cuando haya que informar a terceros de los procesos clínicos de los que somos responsables tener en cuenta que se ha de informar de lo mínimo imprescindible y sólo cuando necesidad u obligación de hacerlo.

- **Universalidad:** Las medidas de seguridad de protección de los datos sanitarios se han de aplicar siempre, en todos los lugares y para todos, sin discriminación.





A proposito de la Red de Apoyo a la Inserción Sociolaboral

Amando Vega

Catedrático de Pedagogía.
Universidad del País Vasco

Nieves Piñeiro

Red de Apoyo a la Inserción Socio-laboral RAIS
Euskadi

En abril de 1997, Galdino Jesús dos Santos, un jefe indígena que estaba de visita en Brasilia, fue quemado vivo mientras dormía en una parada de ómnibus. Cinco muchachos de buena familia, que andaban de parranda, lo rociaron con alcohol y le prendieron fuego. Ellos se justificaron diciendo: -Creímos que era un mendigo. Un año después, la justicia brasileña les aplicó penas leves de prisión, porque no se trataba de un caso de homicidio. El relator del Tribunal de Justicia del Distrito Federal explicó que los muchachos habían utilizado nada más que la mitad del combustible que tenían, y eso probaba que habían actuado «movidos por la intención de divertirse, no de matar». La quema de mendigos es un deporte que los jóvenes de la clase alta brasileña practican con cierta frecuencia pero, por lo general, la noticia no aparece en los diarios.

Galeano, 2000

Introducción

“El juez ha dejado en libertad bajo la tutela de sus padres a los siete menores de edad que habían sido detenidos en relación con la muerte del indigente Alejo Aznar el pasado sábado en Getxo (Bizkaia). Según fuentes de la investigación, los jóvenes, la mayoría de 16 años y naturales de Getxo, aseguraron ante el juez que nunca tuvieron intención de matar al indigente, a quien conocían, sino sólo de darle unas patadas” (Camacho, 1999).

¿Qué distancia hay entre una y otra noticia, entre la de allá y la de aquí? Los mendigos ya parecen formar parte del paisaje urbano y su presencia, que para unos puede ser objeto de diversión, para otros pueden convertirse en carne de reportaje de prensa o en depositario de la “beneficiencia” de otros. Ellos siguen ahí, mientras otros miramos, hablamos, nos lamentamos, criticamos..

¿Qué sabemos de esas personas que agrupamos bajo el paraguas de los “sin techo”? De vez en cuando, porque algún periodista se interesa, llega alguna historia que recibimos con curiosidad. Pero estas noticias por más que nos conmuevan poco o nada nos cuestionan. El rechazo a los pobres está más extendido de lo que parece en nuestra sociedad.

En el artículo anterior dedicado a los “sin techo” (Vega y Rubio, 2001) se recordaba cómo la sociedad postindustrial empuja a algunos sectores sociales, jóvenes principalmente, a la inactividad laboral, a la limitación de sus expectativas. Las expectativas de consumo y bienestar sobreestimuladas se tornan en frustración y surgen patologías, como trastornos de la alimentación, ludopatías, dependencias de sustancias legales e ilegales, etc. (Markez, 1999). Y se planteaba una pregunta: ¿quién se hace cargo de los que no tiene hogar, sobre todos de aquellos que unen a su pobreza,

abuso de alcohol, dependencia de drogas, problemas de salud mental? Se presenta entonces la respuesta que *Bizitegi* da a esta situación en Bilbao, como una muestra del buen hacer.

Este artículo no tiene otra meta que presentar otra "experiencia" de trabajo con los sin techo, la de RAIS, Red de Apoyo a la Inserción Social, que tiene como meta "*humanizar las relaciones sociales, en la lucha contra actitudes excluyentes*". Desde este planteamiento se presentan sus diferentes servicios, resaltando el "espíritu" de este ambicioso proyecto que pretende acortar distancias y construir relaciones con los sin techo..

La celebración en este año, 2003, por otra parte, del Año Europeo de la Discapacidad, con la mirada puesta en la proclamación y defensa de los derechos de las personas con limitaciones, constituye una invitación más a tener en cuenta los derechos de los más marginados como son las personas "sin techo". Ellos no son más que "minusválidos sociales," personas que arrastran tras de sí no pocos problemas, entre los que no faltan las enfermedades mentales.

LA SOLIDARIDAD MEDIÁTICA Y LOS VALORES DE LA SOCIEDAD ACTUAL

Nunca como hoy se han puesto en marcha acciones solidarias para atender a los más necesitados. En fiestas como las navideñas, la solidaridad parece dar sentido a todo tipo de encuentros y fiestas, con el protagonismo especial de los medios de comunicación social.

Como ejemplo representativo se puede analizar el telemaratón de Antena3 dedicado a los "inocentes". Se escoge para esta acción solidaria precisamente el día 28, día de los Santos Inocentes, día que en la liturgia católica se recuerda a los niños que Herodes mató en su búsqueda de aquel niño que un día podría quitarle su poder y su reino. Precisamente, por la *degollación*, ellos son los "santos inocentes".

Pero en la tradición popular "inocente" es aquella persona de la que uno se ríe, de forma continua o puntual, sin que ella se entere. Con el diccionario de la lengua

española(2001) en la manos, inocente es el "cándido, sin malicia, fácil de engañar." En esta línea, precisamente, la propia TV organiza bromas, en este caso, a personajes populares, para divertimento de todos, que desde la tranquilidad de hogar podemos participar en la inocentada. En el programa televisivo, entre broma y broma, entre inocentada e inocentada, se presentan los "otros" inocentes como protagonistas televisivos de un día para comover a la audiencia y así recaudar dinero para "buenas causas" y ayudar así a mantener un centros o hacer investigación.

¿Quién puede cuestionar acción tan noble y solidaria al mismo tiempo que la audiencia se divierte y, también hay que decirlo, la empresa televisiva aumenta sus beneficios? El círculo parece bien cerrado: se ayuda a los más débiles, los artistas refuerzan su protagonismo, los donantes cubren su cuota de solidaridad y el público se divierte. ¿Qué se puede objetar a un acto divertido y rentable?

De toda formas, no hubiera estado mal haber dado una paso más y, sin olvidar a los inocentes de siempre (¡qué simpáticos son los niños Down!) y haber presentado a otros muchos que pululan invisibles por nuestras ciudades: los drogadictos, los inmigrantes, las prostitutas, los menores de la calle, los mendigos, etc.... Pero el turrón, el champán, etc se nos hubieran atragantado y, por supuesto, el programa hubiera sido un fracaso. Ellos precisamente pueden quitarnos el poder y la seguridad de nuestras calles. Así que no hubiera sido una buena idea. La televisión está para divertir, no para hacer pensar a la gente, como manifestaba un dirigente de una canal televisivo, al mismo tiempo que otros quisieran barrer las calles de mendigos..

Pero, ¿no podemos reflexionar ahora sobre estos otros "inocentes", posiblemente más olvidados y marginados que los otros?. Conocer su situación y las respuestas dadas a sus necesidades, puede ayudar no sólo a comprender quiénes son ellos sino también a cuestionar la responsabilidad de los profesionales y de la sociedad, en general, ante este colectivos tan marginados.

Vivimos inmersos en un esquema individualista en el que se actúa para ejercer la





solidaridad con los desfavorecidos solamente ante estímulos concretos, ante situaciones y acontecimientos específicos. Es una de las conclusiones a las que llega el *European Values Study*, colectivo europeo que lleva a cabo, cada diez años, una vasta encuesta sobre los valores dominantes de los ciudadanos de más de 18 años. La última se ha realizado a lo largo de los años 1999-2000 y ha abarcado a más de 40 países europeos, prácticamente todos (Elzo, 2000).

Se trata de una relación individual distanciada, según este estudio y no de acciones integradas en asociaciones y organizaciones, ni siquiera a través de ONGs, a pesar de su elevado prestigio social. La expresión está acuñada: es la solidaridad indolora, puntual y distante, resalta Elzo para señalar a continuación:

Los españoles somos tolerantes y permisivos con el diferente. Y si, por una parte, se asumen los valores de solidaridad, aceptación del diferente, no discriminación en razón de la raza, religión, etnia e, incluso, sexo que los hace acreedores a una sociedad abierta, progresista y moderna, por otra, hay que constatar la fuerte impronta del individualismo, teñido en ciertos círculos de incertidumbre e inseguridad, que sitúa el bienestar de cada uno por delante de todo lo demás. Los valores finalistas de la solidaridad, respeto a los derechos humanos, etcétera aparecen como valores faro, estrellas, pero más como elementos a suscribir verbalmente que principios a pro-seguir y cumplir.

LOS PROBLEMAS DE LOS OTROS INOCENTES

Las "inocentadas" de la vida no se reparten con igual suerte entre la población, como todos sabemos. Y, sin embargo, "nadie es más que nadie" como dice un viejo refrán castellano. ¿O es nosotros estamos donde estamos por méritos propios? Es muy posible que si nosotros hubieramos nacido en un país del tercer mundo o hubieramos sufrido el maltrato desde pequeños, llevaríamos también una vida marginal, lo que quisiere decir en este caso, marginada.

El análisis de las últimas memorias anuales de cinco entidades vascas dedicadas a la atención de las personas en situación de exclusión social extrema -el Centro de Día Izangai y el Albergue Municipal de Elejabarri, en Bilbao, y el comedor social Aterpe, el servicio de intervención en medio abierto de la Asociación RAIS y el Centro Municipal de Acogida Social en Donostia- permiten realizar un retrato bastante ajustado de la población mas olvidada (SIIS, 2002).

Los inmigrantes superan el 40% de los usuarios de este tipo de servicios. Entre el 33% y el 76% de las personas carecen de cualquier tipo de ingreso, aunque los porcentajes más frecuentes se sitúan en torno al 50%. En lo que respecta a la renta básica, el 50% de los usuarios del comedor social Aterpe acceden a la misma, si bien en los otros centros que consignan ese dato -Izangai y RAIS- los porcentajes sólo alcanzan el 11 % y el 16%. El cobro de las pensiones contributivas o no contributivas oscila entre el 10% y el 20%. El porcentaje de empadronados no supera el 25%.

A la mendicidad se dedica el 60% de los usuarios de los servicios de RAIS y el 10% obtiene sus ingresos de actividades ilegales; por otra parte, el 48% de los usuarios de Izangai tiene pendiente algún problema judicial. Respecto a la vivienda, ninguno de los usuarios de RAIS utilizaba los albergues públicos; el 6% vive en pensiones, el 13% en pisos compartidos y el 56% -unas 65 personas- carece de techo. En el caso de Aterpe, el 27% de los usuarios vive en la calle -en 1995 era el 11 %- y el 53% en pensiones o habitaciones compartidas. Finalmente, en el caso de Izangai, el 41% de sus usuarios son indomiciliados.

Los hombres acuden a estos servicios en mayor proporción que las mujeres: entre el 79% y el 91% de los usuarios, dependiendo del centro, son hombres. Los menores de 30 años suponen entre el 20% y el 25% de los usuarios, dependiendo también del servicio. La franja de edad más habitual es la que va de los 30 a los 50 años, que supera el 50% de los usuarios de los diversos servicios. En el Albergue bilbaíno, por ejemplo, alcanzan el 62%. Los mayores de 55 alcanzan entre el 10% y el 15%, aunque en algún caso llegan al 20%.

Los inmigrantes suponen entre el 35% y el 48% de los usuarios, con una evolución que los responsables de todos los servicios consideran claramente ascendente. Respecto a la procedencia de los usuarios, en torno al 15% son originarios de la CAPV y en torno al 40% de otras comunidades autónomas del estado. Cerca del 10% de los usuarios provienen de países de la Unión Europea.

Los porcentajes medios de utilización de drogas legales o ilegales oscilan entre el 74% de Izangai y el 30% del Servicio Municipal de Urgencias Sociales del Albergue de Bilbao. El 54% de los usuarios de los servicios de RAIS consume alcohol diariamente y el 32%, drogas ilegales. Sólo dos centros reflejan el porcentaje de personas con problemas de salud mental: el 24% en Izangai y el 14% en el Servicio Municipal de Urgencias Sociales del Albergue de Bilbao.

Respecto a los ingresos, las situaciones varían aunque es patente en cualquier caso el importante número de personas sin ingresos y fuera de la cobertura de la renta básica o de las pensiones no contributivas.

Cáritas y la Universidad Pontificia de Comillas han publicado, por otra parte, un nuevo informe sobre la realidad de las personas sin hogar en España, desde el análisis de la acción social desarrollada en relación a las personas excluidas sin hogar. Según este estudio, el número de personas sin hogar existente en España se sitúa entre las 20.000 y las 30.000 personas a lo largo de un año, de las cuales unas 9.000 son atendidas un día cualquiera en la red de albergues y servicios de alojamiento. Por lo que se refiere a los comedores sociales, el estudio calcula que existen entre 19.000 y 24.000 plazas de comedor para personas con pocos recursos económicos, con lo que se puede decir que alrededor de 20.000 personas comen diariamente de la caridad pública en nuestro país.

¿Cómo son esas personas? Para los autores del estudio, la población sin hogar resulta cada vez más heterogénea: varones solitarios de mediana edad, jóvenes, inmigrantes, trabajadores temporeros, mujeres, grupos familiares y menores de 16 años.

Estos datos coinciden con otros estudios que señalan como tendencias emergentes en el fenómeno del sinhogarismo, la juvenilización y feminización del colectivo afectado, el incremento de su nivel educativo y cultural, y la incorporación en número creciente de inmigrantes y enfermos mentales (SIIS, 2001).

La investigación realizada en Glasgow y Edimburgh en el año 2000 (SIIS, 2001), muestra que la práctica totalidad de los entrevistados había experimentado diversas situaciones traumáticas (abusos de algún tipo, drogodependencias, encarcelamiento, etc.), que dormir en la calle casi siempre precede a la mendicidad y que el abuso de drogas es por lo general un factor clave en la materialización de estas experiencias. Otros hitos en el itinerario que lleva a dormir en la calle son la ruptura de relaciones personales, la salida de la cárcel o de otras instituciones cerradas, la pérdida del empleo o un desahucio.

Las razones que llevan a la mendicidad, según este estudio, giran en torno a las necesidades materiales de supervivencia, y muy a menudo a la necesidad de conseguir dinero para afrontar los gastos derivados de la drogodependencia. Los propios mendigos reconocen esta práctica como degradante, arriesgada e incómoda. Si la practican, asegura el informe, es por evitar el recurso a actividades delictivas, ya que buena parte de ellos han pasado por la cárcel y conocen sus consecuencias.

LA PRENSA SOCIAL COMO ALTERNATIVA

El estudio anterior señala, por otra parte, que la venta de la revista constituye en ocasiones una alternativa viable a la mendicidad, dado que algunas personas dejaron de ejercerla a raíz de iniciarse en su venta. En determinadas zonas, sin embargo, la distribución de la revista ha servido de pantalla para enmascarar la práctica de la mendicidad. En cualquier caso, para algunos de sus vendedores la venta de la prensa social ha supuesto una vía de acceder a la Seguridad Social y de recibir apoyo especializado por parte del equipo asistencial de la revista.



De todas formas, este enorme potencial puede convertirse en un sucio de negocio que aprovecha las necesidades ajenas para engrosar sus ingresos, señalan Conde y otros (2000), si no se lleva siguiendo una serie de criterios éticos. Por eso, desde la constitución de la INSP (*International Network of Street Papers*), se tuvo muy claro que todos aquel los que entrasen a formar parte de la red deberían firmar una carta de principios éticos. Los siete puntos, que constituyen la declaración de principios de este movimiento internacional, son suficiente garantía como para marcar las diferencias:

1. Promover que las personas excluidas se ayuden a sí mismas, dándoles la oportunidad de ganar se la vida y facilitándoles su integración a través de acciones de inserción social.
2. Utilizar todos los beneficios que la revista genere para financiar el programa de acción social. Con el fin de conseguir transparencia financiera, cada revista expondrá su contabilidad anual a una auditoría realizada por una organización independiente, aceptada por la red internacional. Posteriormente publicará los resultados.
3. Dar voz a los vendedores en la revista y defender públicamente sus intereses y los de todos los socialmente excluidos.
4. La revista tiene que ser de calidad, de tal manera que los vendedores se sientan orgullosos de venderla y los lectores satisfechos de comprarla. Sólo esta clase de producto de calidad, romperá el ciclo de dependencia en que se encuentran y les permitirá salir de la asistencia y la mendicidad, aumentando su autosuficiencia y capacidad de acción.
5. Llevar a cabo una forma responsable de operar socialmente, en su línea editorial, en su política de recursos humanos, en su relación con los vendedores y en el respeto al medio ambiente.
6. Apoyar la creación de otras revistas de calle, que compartan la misma filosofía y que se propongan firmar la carta de periódicos de calle.
7. No competir con otros miembros firmantes de la carta en su zona de venta establecida.

Siete puntos que enmarcan claramente las acciones a desarrollar desde la prensa de

calle y delimitan las finalidades desde un punto de vista más ético o filosófico. La prensa de calle no crea un instrumento ni para enriquecimiento de unos pocos ni para dar la bendición a otros. Es un instrumento que sirve de rampa de lanzamiento, para que ellos, apoyados, pero no empujados, caminen mas alto y salgan a la calle con un producto de calidad que vender a un público consciente.

En cuanto al provenir del movimiento, en 1995, el departamento de *The Big Issue International*, elaboró una Memoria Anual que finalizaba con la visión de futuro que se especulaba para la red de periódicos de calle. Hoy, casi un lustro después, el futuro se sigue dibujando de igual manera. Porque el mejor , futuro sería su desaparición, es decir, que los periódicos de calle no fueran necesarios. Esto sólo es posible si dejan de existir colectivos en situación de exclusión.

“La filosofía que subyace tras la prensa de calle es que la clave hacia la integración resulta inicialmente económica y que la venta de la revista es un primer paso. Cada publicación trabaja de diferente manera. Sin embargo, The Big Issue cree que no es suficiente con facilitar unos ingresos para las personas sin hogar. Se requiere una política de cambio. Para ello, la creación de sistemas de apoyo social es crucial para la inserción. Algunos periódicos de calle han creado la posibilidad de que ciertas personas obtengan ingresos por un periodo de tiempo. Es importante darse cuenta de que el dinero no es la única solución (el único problema) para la gente sin hogar o en situación de exclusión. Es importante comprobar que hay un crecimiento continuo de la conciencia comunitaria sobre la problemática de los sin hogar: aquí en esta toma de conciencia, los periódicos de calle pueden jugar un papel fundamental como difusores de una información y guardianes de la conciencia crítica.”

Como consecuencia directa de la escalada de pobreza en la Unión Europea, donde se calculan más de cinco millones de personas sin hogar (Feantsa, 1995), el movimiento de periódicos de calle ha sido bien aceptado por el público. El futuro se ve bien para los periódicos de calle porque las

cosas van mal para la gente sin hogar, sin posibilidades sociales o políticas que cambien su situación. El éxito comercial de los periódicos de calle en Europa se construye sobre la tragedia humana del crecimiento de la pobreza.

Unas diez mil personas en situación de exclusión, de todas formas, han experimentado cambios en sus vidas por el movimiento de prensa de calle. Son personas que, debido a la naturaleza de la exclusión, nunca tendrán la oportunidad de unirse a la sociedad establecida. La prensa de calle ha ayudado, por otra parte, a cambiar la conciencia pública sobre los sin hogar y ha creado unas relaciones más positivas entre ambos sectores de la comunidad.

TAMBIÉN CONTAMOS

La asociación RAIS publica desde hace más de un año la revista quincenal «*También contamos*», con el objetivo de desarrollar un proyecto social destinado a personas en situación de exclusión. Pertenece a las llamadas revistas de calle y es el único miembro español de la red internacional de periódicos de calle (INSP) existente en diferentes países de Europa y en EEUU. Su cometido va más allá de vender la publicación, y se distingue, por ello, de otras iniciativas similares que utilizan a los sin hogar con fines lucrativos propios.

El número cero de la revista *También Contamos* (construye redes de solidaridad) salió a la calle en Madrid el 1 de junio de 1998. *También Contamos* nació porque un grupo de personas -trabajadores sociales, sociólogos, psicólogos y periodistas- creían firmemente en una revista de calle como instrumento de trabajo, como primer paso hacia la inserción sociolaborar de colectivos en riesgo de exclusión o ya excluidos.

Al mismo tiempo, trabajadores sociales trabajan diariamente y de forma individual con las personas socialmente excluidas que han confiado en RAIS para poder salir de su actual situación mediante la venta de «*También contamos*». La meta es que los que venden la revista dejen lo más pronto posible de hacerlo, ya que eso significaría que han conseguido un empleo.. El equipo

de profesionales que participan en este proyecto consideran a cada vendedor, desde una visión integral, ya que no sólo tienen problemas económicos sino también de aislamiento o de salud.

Desde el primer momento, los hombres y mujeres que acuden al centro reciben preparación para la venta de los ejemplares. Y como no se quiere que se utilice la revista como una excusa para mendigar, RAIS apuesta por la calidad del producto. La finalidad respecto a los compradores es que éstos adquieran un ejemplar porque les interesa el producto, además del deseo por colaborar con el vendedor. En el momento que los profesionales consideran que un individuo está suficientemente preparado para integrarse en el mundo laboral, le aconsejan el taller de búsqueda activa de empleo que ha puesto en marcha esta asociación.

El programa social de RAIS está subvencionado por la Comunidad de Madrid, y en él trabajan profesionales apoyados por un grupo de voluntarios. Si la sociedad obtuviera beneficios, éstos son reinvertidos en nuevos recursos sociales. Este y otros principios éticos quedan recogidos en la carta que deben firmar las publicaciones de la red internacional INSP.

El espacio físico con el que pueden contar los que acuden a este centro es el «*rincón del encuentro*». En él se llevan a cabo actividades y talleres de distinta índole que contribuyen al desarrollo personal de los participantes. Pintura, teatro, literatura y fotografía, junto al taller de búsqueda activa de empleo, ayudan a fomentar la imaginación y el respeto mutuo. Además, el rincón es un lugar concebido simplemente para «estar», para una vez más salir de la calle. La filosofía de trabajo se asienta en la vinculación como herramienta imprescindible de reestructuración afectiva de las personas, y en el encuentro como base para iniciar procesos de recuperación social, combatiendo el aislamiento que acompaña a los procesos de exclusión. Los interesados pueden acudir de lunes a viernes de 10.00 a 13.00 y de 15.00 a 21.00 y, tras una primera entrevista de acogida, la persona se incorpora a la actividad que más le interesa. De esta manera, se utiliza la dinámica



de grupos para realizar actividades concretas que introduzcan a este colectivo en marcos sociorelacionales con unos objetivos básicos marcados por los profesionales (Giménez, 2000).

En *El Rincón del Encuentro* se propicia precisamente el encuentro entre personas de condición y situación social diferentes, facilitando la lucha contra los mutuos prejuicios que existen por ambas partes. A las personas valoradas habitualmente por su aspecto, su situación de paro, de salud o por su costumbre de pedir, se les proporciona la ocasión de dar. En El Rincón de Madrid, quien entra en el local es un ciudadano con igualdad de derechos y obligaciones, que se encuentra en posición de escucha o de toma de palabra, de dar y de recibir, de respetar y de ser respetado como ciudadano.

Y lo más importante: el seguimiento social que hay detrás de cada vendedor de *También Contamos?* RAIS entiende que sólo una retaguardia sólida puede dar paso a una vanguardia emprendedora.

LA APORTACION DE RAIS EUSKADI

RAIS Euskadi como Red de Apoyo a la Inserción Socio-laboral, nace y se nutre de la experiencia de RAIS en Madrid. Esta asociación surge, como se ha señalado, del encuentro de grupo de profesionales de lo social que decide trabajar para mejorar las condiciones de vida de las personas sin hogar y para hacer visible la realidad social de personas que viven excluidas y muchas veces ignoradas, haciéndose molestas o invisibles para la opinión pública.

RAIS parte de una planteamiento fundamental: todo ser humano, por el hecho de serlo, es valioso y cuenta con potencialidades y sólo desde las potencialidades de cada individuo, se puede avanzar en la progresiva solución de sus carencias (*"no se puede construir nada desde las carencias, sino sobre lo existente, ya sea la realidad percibida o potencialidad que hay que hacer emerger, gracias a la inserción en sí misma como preludeo y garantía de la inserción social"*). Por esta razón, es importante recuperar la confianza en las personas, y solo en la medida en que se trans-

mita esta confianza, ellas podrán creer en sí mismas.

Otro aspecto relevante es el respeto a la individualidad y a los ritmos de cada persona, por lo que este proyecto pretende combatir la exclusión adaptándose al nivel de capacidades personales de cada individuo. Se trata, por tanto, de analizar las necesidades de cada persona y crear recursos globales y flexibles que puedan aprovecharse desde distintos niveles de capacidad para trabajar distintos objetivos según el momento personal de cada uno.

RAIS Euskadi inicia su proyecto social en agosto de 2000 nutriéndose de esta filosofía. La experiencia de trabajo adquirida durante este tiempo ha permitido observar la realidad de las personas sin hogar en Donostia y Donostialdea, y llegar a las siguientes conclusiones:

- Que hay personas sin hogar que por distintos motivos no han contactado con los recursos sociales existentes.
- Que existen personas sin hogar que han contactado con distintos recursos sociales, pero no han mantenido esta relación.
- Que existen personas que no están preparadas para iniciar procesos de cambio debido a:
 - Su alto nivel de desestructuración personal.
 - Distintas adicciones: drogas, alcoholismo... y/o problemas de salud mental.
 - La falta de tiempo personal, pues todos los esfuerzos se encaminan a la supervivencia diaria.
- Que hay personas con actitudes para insertar se al mundo laboral pero que, por diversos motivos, no acceden a un puesto de trabajo y necesitan apoyo en este proceso. Son personas que se encuentran situadas en una franja de vulnerabilidad.

Estas observaciones ha permitido proponer un Plan de acción que se fundamenta en tres tipos de recursos con sus programas correspondientes. Los dos primeros conforman el PAR (Proyecto de Acceso a los Recursos), mientras el tercero constituye el seguimiento.

- 1.- *Trabajo de calle*: un equipo de profe-

sionales sale a relacionarse con las personas que viven establemente en las calles de Donostia y Donostialdea, tratando de ir promoviendo procesos de cambio de manera coherente con el grado de desestructuración - y a veces de rechazo- que éstos colectivos muestran hacia el ámbito profesional y los recursos de los que disponen.

2.- *Centro-día ("Topa-Leku")*: para completar la intervención que se realiza desde el trabajo de calle, se vió la necesidad de crear un recurso acogedor y flexible que permitiera trabajar cotidianamente la motivación hacia el cambio y el refuerzo de los procesos ya iniciados. "*Topa-Leku*" es un Centro día de mínima exigencia con una acogida incondicional a toda persona que se acerque. Tiene como fin crear una vinculación de la persona con el centro. Una vez que nace y se consolida mínimamente esta vinculación, esta se refuerza para conseguir mayor implicación en las actividades del centro. Se pretende con este servicio la toma de conciencia sobre la propia realidad de cada uno, con la mirada puesta en el desarrollo de la motivación para el cambio en diferentes aspectos de la propia vida. Las actividades con las que actualmente se apoya este proceso son el taller de informática, el video-forum y los encuentros con la comunidad.

Este proceso está reforzado por el encuentro, función básica del recurso, propiciado por la interrelación entre los desfavorecidos, los voluntarios y las personas que vienen a Topa-leku sin estar en una situación problemática. El encuentro ayuda a lograr los fines pretendidos, ya que enriquece las perspectivas y rompe los círculos gregarios a los que somete la vida en la calle.

3. *Acompañamiento social*: el programa de acompañamiento social parte de la demanda de cada persona, si consideramos que nadie se conoce mejor que uno mismo, es cada uno pues se asume que ella misma a de tomar la decisión de iniciar el proceso de cambio. En cuanto a objetivos concretos en relación con cada persona, con este programa se pretende:

- Realizar apoyo y acompañamiento a personas en proceso de integración

social.

- Promover la integración social y laboral de las personas en situación de exclusión o en riesgo de estarlo desarrollando actuaciones en los siguientes ámbitos: alojamiento, salud, formación y empleo.
- Propiciar el desarrollo de habilidades sociales hacia el empleo que favorezca la integración laboral de estos colectivos.
- Sensibilizar a la opinión pública sobre la problemática de la exclusión, favoreciendo la creación y desarrollo de redes sociales.

RAIS ha nacido como un recurso de prensa social, desde la convicción, fruto de la experiencia de trabajo, de que esta es un recurso excepcional para trabajar con personas desfavorecidas socialmente:

"Distribuir un periódico cada día crea excelentes oportunidades de relación, ya que permite un acercamiento respetando los tiempos de cada uno"

Pero no basta con distribuir una revista. Eso es fundamental la implantación y desarrollo de un programa social que "acompañe" a los vendedores. *También Contamos*, en este sentido, pretende ser algo más que una publicación social, al apoyar procesos de cambio de muchas personas.

HACIA RESPUESTAS INTEGRALES

La preocupación por los pobres viene de lejos, pero es con el Renacimiento cuando aparece una visión más humanitaria, como muestran las preocupaciones de Juan Luis Vives, consciente de las carencias que se producen con las transformaciones sociales del principio de los tiempos modernos. En el caso de los menesterosos propone, como recuerda Labrador (1999):

«Hacer que cada uno reciba lo que necesita, y necesita, en verdad, aquel que no tiene ni puede agenciárselo, ya sea por la edad o por su flaqueza física o por su ignorancia; pero no aquel que lo derrochó todo y luego pide desvergonzadamente o, por decir mejor, lo exige, como si se le fuera debido o fuese de su propiedad: zángano ocioso puesto al acecho de la laboriosidad ajena. Todo aquel que necesita de la ayuda de otro es pobre y menesteroso de misericordia».



¿Qué se puede hacer ante esta situación? Vives piensa que la respuesta está, no sólo en distribuir dinero, como el vulgo piensa, sino en “cualquier obra por cuyo medio se socorre la miseria humana». ¿Cuáles serían estas obras a desarrollar?

Los expertos, en cuanto a la prevención, insisten en centrar la atención en los puntos de inflexión -rupturas familiares, salidas de prisión, desahucio, abandono de centros de menores- que constituyen el itinerario a la mendicidad, así como en mejorar los servicios de desintoxicación, facilitando su adaptación a las peculiares circunstancias de esta población. Se hace también referencia a la creación de viviendas asistidas provisionales ya la necesidad de dar un apoyo más decidido a quienes consiguen acceder a una vivienda independiente. En el campo del empleo se destaca la necesidad de garantizar tanto el acceso como la sostenibilidad en el tiempo de los puestos de trabajo y se defiende la conveniencia de programas ocupacionales (SIIS, 2001).

También tienen en cuenta la actuación de la policía y del sistema judicial, a quienes se exige no acosar a estas personas y evitar el efecto de ‘puerta giratoria’ que sufren quienes entran y salen continuamente de la cárcel por delitos menores, y a la necesidad de mejorar la accesibilidad de los servicios sociales a través de fórmulas de ‘acceso inmediato’. También insisten en la necesidad de coordinar adecuadamente las acciones de las distintas administraciones a través de foros multisectoriales y de la creación de la figura del ‘trabajador clave’ que realice un seguimiento personalizado de cada caso y coordine la prestación de un paquete individual de servicios.

En relación al papel de la prensa social, se ve la necesidad de que las entidades que la sustentan actúen como apoyo social de los vendedores, promoviendo su transición a situaciones menos marginales, facilitando el acceso de sus trabajadores a los servicios sociales y la implicación de éstos en el proyecto social de la empresa y garantizando la protección de los vendedores ante los riesgos que afrontan (SIIS, 2001).

Escocia, probablemente uno de los países

Europeos que más ha desarrollado su modelo de atención a las personas sin hogar, ha puesto en práctica una estrategia específica para reducir el número de personas que duermen en la calle, ha creado un organismo gubernamental específico y la elaborado un “código de actuación interinstitucional”.

El Código de Buena Práctica incide en la necesidad de prevenir los desahucios por impago de rentas e hipotecas, una de las principales razones por las que las familias pierden allí su hogar. ¿Qué medidas concretas se han tomado a tal efecto? En el caso de las viviendas sociales, de propiedad pública, se insiste en la posibilidad de plantear la situación al Departamento correspondiente y renegociar la deuda. Para prevenir los casos de desahucio por deudas hipotecarias, se han puesto en práctica sistemas por los cuales la propiedad del inmueble hipotecado se comparte con el Ayuntamiento. En los casos de separación conyugal, el cónyuge que abandona la vivienda tiene en determinados municipios derecho preferente a la hora de acceder a viviendas de alquiler social. En cuanto al asesoramiento y la orientación, se han creado en las principales ciudades escocesas centros de asesoramiento y ayuda en materia de vivienda, a algunos de los cuales se puede acceder a través de líneas de teléfono gratuitas. Estas líneas, accesibles en varios idiomas, incluyen asesoramiento, información, derivación a otros servicios y adopción de procedimientos de urgencia. En otros ayuntamientos se han creado centros de asesoramiento para la gestión económica de familias en situación de exclusión social, que incluyen información sobre prestaciones económicas, ayudas a la vivienda, gestión del presupuesto familiar, etc. Finalmente, es habitual la publicación de guías de recursos locales centradas en el tema de la vivienda.

El Código escocés de buena práctica establece que la intervención con las personas sin hogar sólo puede ser abordada desde la cooperación y el trabajo conjunto de diversas entidades. Desde ese punto de partida, se han puesto en práctica proyectos tendientes a facilitar el acceso de las personas sin techo a los servicios y a facilitarles una atención integral. Al parecer, el principal

obstáculo de ese trabajo en común ha sido la escasa implicación del sistema de salud y la dificultad de estas personas para recibir la atención que precisan en los centros de salud primaria y en los de salud mental. Pese a ello, existen fórmulas de coordinación como la provisión de servicios de atención médica y de promoción de la salud en los albergues de Glasgow.

Se han puesto en marcha, por otra parte, programas concretos en cuanto a la formación conjunta para trabajadores de los servicios sociales y los del área de vivienda y en cuanto a la participación de esos trabajadores en las evaluaciones previas al diseño de los planes individuales de inserción. También se han puesto en práctica proyectos de colaboración interinstitucional tendientes a garantizar un alojamiento estable a las personas que son dadas de alta de centros hospitalarios, prisiones y otras instituciones. Así, en algunos municipios, los responsables municipales de la atención a las personas sin hogar realizan una labor de detección en los hospitales y plantean un plan de alta que incluye el alojamiento. En el caso de los presos, algunos municipios respetan su derecho a ocupar una vivienda social si antes de ser encarcelados tenían derecho a ella. Aunque se interrumpe el subsidio de vivienda, se permite además que subarrienden la vivienda durante su estancia en prisión.

En cuanto a la provisión de alojamiento para las personas sin hogar, las competencias corresponden principalmente a los Ayuntamientos, que utilizan para ello tanto el parque de viviendas sociales. En cualquier caso, los ayuntamientos están obligados a garantizar alojamiento permanente a las personas sin hogar no intencionales, e incluso temporal -hasta 28 días- a las intencionales en determinados supuestos. La diferencia entre unos y otros deriva de la existencia de un proceso de certificación como persona sin hogar por parte de los ayuntamientos, trámite necesario para el acceso a los diferentes servicios de alojamiento (Yanetta, Third, 1999).

VAGABUNDOS EFICACES

Vagabundos eficaces es el título de un pre-

cioso libro de un educador comprometido, F. Deligny (1977) que no ha perdido actualidad, aunque para algunos ya pasó de moda (por cierto, apareció en un "rastreo de Traperos de Emaús"). Pero si uno vuelve a leerlo, se encuentra con historias de otros tiempos que se repiten hoy, historias de "perros callejeros" que acaban en el "pabellón 3" de un hospital psiquiátrico. Ellos, como aparece en alguna de las historias, "no cuentan para nadie". Y por esto son necesarios "vagabundo eficaces", educadores comprometidos con las personas más olvidadas y marginadas, sean niños o adultos.

"Habrá que liberar al mismo tiempo a los niños y poner junto a ellos a unos educadores de presencia ligera, provocadores de alegría, siempre dispuestos a remodelar la arcilla redonda, vagabundos eficaces maravillados ante la infancia"

Mucho ha mejorando, sin duda, la asistencia a las personas con problemas de inadaptación social. Pero esto puede no sólo tranquilizar la mala conciencia de la sociedad, sino también facilitar una cierta instalación en los dispositivos por parte de las personas que los utilizan, alimentando una situación de inactividad que conduce al asistencialismo. Estas medidas, en no pocos casos, no son una solución porque atacan los síntomas más que el fondo del problema. Si nuestro sistema de solidaridad social, se fundamenta en las carencias y se limita a resolver las necesidades materiales, conduce a un callejón sin salida.

Si los problemas del hombre y su solución se reducen y limitan a los aspectos materiales, como señala Meca (2000), se dejan de lado aspectos y necesidades fundamentales de las personas como la autoestima, la consciencia de sí y de los otros, la interioridad o las potencialidades que cada uno tiene dentro, pero que las dificultades de la vida han hecho olvidar o desconocer. Es indispensable, para salir adelante, una relación consigo mismo diferente de la que implica mal vivir de la calle, con sus carencias materiales y sufrimientos. Pero... ¿Cómo recuperar la autoestima, la confianza en sí y en los demás? ¿Cómo y dónde encontrar y alimentar las motivaciones necesarias para emprender, continuar la



lucha y vencer tantos obstáculos que dificultan la marcha hacia arriba?

Cuando se ha perdido la confianza en sí mismo y en la sociedad, sólo la confianza que los otros me ofrecen puede reactivarla. Si otros creen en mí, yo podré hacerlo también. Por esta razón, la relación entre las personas es la necesidad más acuciante e indispensable. Lo relacional cala más hondo que lo material, aunque no lo resuelva automática y simultáneamente. Sin embargo, sólo a partir de un cambio interior, de una nueva interioridad, un individuo puede recuperar su dignidad, su integridad, su historia; en una palabra, su realidad personal e íntima (Meca, 2000)

En este sentido, insiste Meca, el trabajo social cumplirá su cometido cuando facilite la toma de responsabilidades de cada persona en lo que le atañe, cara a una mejora de su situación íntima y social, sin disociar estos dos aspectos. Esto implica no solamente el respeto de cada cual, sino el considerar que cada persona tiene capacidades para ser sujeto, actor y motor de su propia historia.

Esta perspectiva exige del trabajador social como del cualquier profesional que tenga relación con ellos. que considere, en primer lugar, las potencialidades y no las carencias de las personas, aunque estas últimas pueden ser el pretexto del primer encuentro. Esto implica acogida, relación con la persona y no solamente atención a sus necesidades materiales en una posición de intercambio, de reciprocidad, y no exclusivamente de donante. Como Meca señala:

“Todos necesitamos de todos. Nadie tiene derecho a ignorar, no reconocer y mucho menos despilfarrar la riqueza humana de cada persona. Para que la sociedad cambie y progrese es necesaria la humanidad de todos sus componentes.”

Cualquier trabajo relacionado con estas personas ha de compartir, en cierto modo, la intención educadora que mira hacia la autonomía personal y social. Y tiene sentido, como señala Freire (2001) porque el mundo no es necesariamente esto o aquello, porque los seres humanos son proyec-

tos y, a la vez, pueden tener proyectos para el mundo.

“La educación tiene sentido porque las mujeres y los hombres han aprendido que, aprendiendo, se hacen y se rehacen, por - que las mujeres y los hombres han sido capaces de asumirse como seres capaces de saber, de saber que saben, de saber que no saben, de saber mejor lo que ya saben, de saber lo que aún no saben. La educación tiene sentido porque, para ser, las mujeres y los hombres necesitan estar siendo. Si las mujeres y los hombres fuesen sin más, no habría por qué hablar de educación.”

Desde este planteamiento debemos estar convencidos de que los derechos humanos son algo respetable y defendible. Como también debemos estar racionalmente convencidos de que cada persona es absolutamente valiosa, un fin en sí misma, y no puede tratársela como un simple medio. Cada persona es una interlocutora válida, que debe tenerse en cuenta en las decisiones que le afectan (Cortina, 1999). Esta es la mejor forma de celebrar el Año Europeo de las Personas de la Discapacidad, ya que así se puede construir una sociedad integradora, no excluyente, una sociedad “capaz” de responder a las necesidades de todos y cada uno de sus miembros.





Bibliografía:

- CAMACHO, I. (1999), "El juez deja libres bajo tutela a siete menores por el crimen del mendigo." Bilbao *El País*, 30 abril 1999.
- CORTINA, A. (1999), *Los ciudadanos como protagonistas*. Barcelona, Galaxia de Gutenberg.
- CONDE, S. Y otros (2000), "Prensa social: un nuevo movimiento" RAIS (2000), Miradas de encuentro. Acortando distancias construyendo relaciones. Madrid, RAIS, pp. 55-96.
- DELIGNY, F. (1977), *Vagabundos eficaces*. Barcelona, Laia.
- ELZO, J. (2000), "Los valores de los españoles de hoy": *Diario Vasco* Jueves, 14 de Diciembre de 2000.
- FREIRE, P. (2001), *Pedagogía de la indignación*. Madrid, Morata.
- GIMÉNEZ, P. (2000) «También contamos»: una oportunidad para personas sin hogar. ENTORNO SOCIAL 2000 <http://www.entornosocial.es/document/r30.html>
- GOMEZ GIL, C. (2000), Grandeza y miseria de la prensa social. *Página Abierta*, 1002, Nota de salud mental, 14, Junio, 2002, pp..21-30.
- LABRADOR, C. (1999), "Luis Vives y el primer programa de educación social de la modernidad" *Historia de la Educación. Rev. Interuniversitaria*, 18, 1999: 13-31.
- MARKEZ, I. y otros (1999). *Atención comunitaria de la enfermedad mental Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz, Informes del Arateko al Parlamento Vasco.
- MECA, P.(2000), "Prólogo" RAIS (2000), Miradas de encuentro. Acortando distancias construyendo relaciones. Madrid, RAIS.
- SIIS (2001) Estructura urbana y procesos de exclusión social, *Bol. Doc. Servicios Sociales*, 12 Junio, 2001: 11.
- SIIS (2001), Acción social con persona sin hogar en España. *Bol. Documental de Servicios Sociales*, 11, Mayo 20 01, p. 11
- SIIS (2001), Buscar se la vida en la calle: la mendicidad, los sin techo y la prensa social. *Bol. Doc. Servicios Sociales*, 7, Enero, 2001:11
- SIIS/Centro de documentación y estudios(2002), *Análisis de las memorias anuales de RAIS, Izangai, Aterpe, Albergue Municipal de Bilbao y CASM de Donostia*, 2002. Documento no publicado. Boletín Documental sobre Inserción Social, 24, Julio, 2002: 11
- VEGA, A.(1994), *Pedagogía de Inadaptados Sociales*. Madrid, Narcea.
- VEGA, A., RUBIO, R. (2001), A proposito de Bizitegi: ¿quién se hace cargo de los sin techo?. *Nor te de Salud Mental*.
- YANETTA, A.; THIRD, H. (1999), Homeless in Scotland. A good Practice Note. Chartered Institute of Housing in Scotland (Boletín Documental de Servicios Sociales, 20 02, 122:13).
- SIIS, (2001), . Acción social con personas sin hogar en España. *Bol. Documental de Servicios Sociales*, 11, Mayo 2001, p. 11.

Desorden mental y creación estética

Fabricio de Potestad Menéndez

Jefe de Servicio de Psiquiatría y director del Sector I-A de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud.

Ana Isabel Zuazu Castellano

Psicóloga del Centro de Salud Mental de Estella del Servicio Navarro de Salud.

El objetivo que persigue este trabajo es revisar, analizar y mostrar el fenómeno artístico a la luz de la teoría psicoanalítica. Y hemos elegido este tema tras observar que el enigmático soporte del arte y el artista es y ha sido a lo largo de la historia una cuestión de gran interés, además de altamente inquietante para un buen número de pensadores. En esta elección ha influido también nuestro personal interés por esta apasionante y excelsa manifestación humana y por la enorme complejidad de la personalidad de sus actores.

Hemos realizado, con la finalidad de alcanzar este objetivo, una profusa y detenida lectura y revisión de numeroso material relacionado con el arte y el psicoanálisis: S.Freud, A.Freud, M.Klein, P.Federn, H.R.Jauss, W.Iser, R.Warning, Gadamer, P.F. Villamarzo, N. Caparros y otros muchos; además de bucear en biografías y obra artística de numerosos escritores, pintores, escultores, o músicos, hasta llegar a la hipótesis de que existe una constante, estrecha e inseparable relación entre desorden mental y creación artística.

Palabras clave.- Psicoanálisis, arte, desorden mental.

The aim of this work is to review, analyse and show the artistic phenomenon under the light of psychoanalytic theory and we have chosen this topic after observing that the enigmatic basis of great interest as well as highly worrying for a number of thinkers. Our personal interest about this exciting and sublime human manifestation and about the enormous complexity of the personality of its actors has also influenced on this election.

We have made, in order to achieve this goal, a profuse and thorough reading and reviewing of abundant material linked to art and psychoanalysis: S.Freud, A.Freud, M.Klein, P.Federn, H.R.Jauss, W.Iser, R.Warning, Gadamer, P.F. Villamarzo, N. Caparros and many others; besides diving in biographies and artistic works of numerous writers, painters or musicians until coming to the conclusion of the existence of a constant, close and inseparable relationship between mental disorder and artistic creation.

Key words.- Psychoanalysis, art, mental disorder.

INTRODUCCIÓN

Es indudable que el psicoanálisis constituye un aparato conceptual sumamente útil para el esclarecimiento de importantes

aspectos relacionados con la creación artística en sus diversas manifestaciones. A su vez, la ingente obra literaria, pictórica o escultórica, suministraron a Freud un material extremadamente valioso. Sirva de

ejemplo las múltiples referencias que el psicoanálisis hace a grandes autores como Miguel Angel, Goethe, Dostoyevski, Leonardo da Vinci, Shakespeare, Sófocles o Hoffmann. La relación entre arte y enfermedad mental es una constante. Frieda Fromm Reichmann pensaba que el complejo y misterioso mundo interno de la personalidad esquizoide podía traducirse en aspectos positivos, especialmente de naturaleza creadora. Schopenhauer, Schuman, Rimbaud, Mallarmé, Proust, Nijinsky, Blake y Chagal, son, entre otros, un claro ejemplo de ello. Leopoldo Panero, poeta extraño, radical y feroz, y afecto de esquizofrenia, concluyó, entre los muros grises del manicomio de Mondragón, una importante obra poética. Su fantasía sin límites, su emotiva y temblorosa imaginación son inusuales en la literatura española. Su locura le llevó a cantar al vacío: la nada hecha ceniza, la destrucción y desaparición de la identidad, y la demolición de la razón. José Gutierrez-Solana, consciente de su personalidad esquizoide, trató desesperadamente de ocultar su manera de ser retraída, que él sabía diferente, tras las máscaras de carnaval que pintaba. Trataba de resguardar sus rarezas en lo más raro todavía, para diluirlas.

El psicoanálisis únicamente se ha interesado por las manifestaciones de la actividad estética como procesos, abordando la significación dinámica y la explicación funcional de éstos. Freud no concibió una teoría del arte o de la estética al modo como Kant o Schiller lo hicieron, en el sentido de una teoría que definiera el papel desempeñado por el arte en la elevada vida espiritual del ser humano. Antes bien, fue el carácter aparentemente incomprensible de algunas obras maestras, lo que quedó silente en el corazón del artista, es decir, el sentido oculto, la intención *avant la lettre* de lo expresado, lo que despertó en el descubridor del inconsciente la curiosidad por analizar la actividad artística. Dicho de otro modo, se interesó por la relación existente entre deseo reprimido, turbación mental y arte. En trabajos sucesivos, la producción artística de un escritor, escultor o pintor, se convierte en el punto de partida para la reflexión analítica. Lo cierto es que Freud, en su aproximación a la estética, no fue más allá de la adscripción del arte a los impulsos libidinales inconscientes. La teoría psicoa-

nalítica hubo de esperar hasta las aportaciones de Otto Rank, de la vienesa Melanie Klein, y el papel desempeñado por el *principio de destrucción*, y a los trabajos de Frieda Fromm Reichmann con esquizofrénicos a mediados de los años cuarenta, o a los más recientes de Erich Fromm, a partir de los cuales ya se puede afirmar que existe una aproximación psicoanalítica a la psicología del arte y a la fundamentación de la experiencia estética.

Freud sostuvo que el arte es una actividad encaminada a mitigar los deseos insatisfechos, tanto del que lo ejerce como del espectador de la creación artística. Las fuerzas impulsoras del arte son aquellos mismos conflictos que conducen a otros seres humanos a la neurosis, sólo que al darse el conflicto reprimido en la singular personalidad del artista, éste es capaz de transformarlos en creación estética. Vale decir que, para Freud, el arte tiene su origen en los instintos reprimidos y éstos vendrán a ser una especie de síntoma neurótico agradable y susceptible de ser admirado. El hombre feliz no fantasea, sólo lo hace el insatisfecho, siendo, por lo tanto, los deseos frustrados los motores de la fantasía. Existe, pues, una evasión del mundo real, a través de la fantasía, y un intento de satisfacer de esta manera los deseos incumplidos.

Sin embargo, si bien parece razonable pensar que el motor de la fantasía son los deseos frustrados, de acuerdo con M.Klein y P.Federn, éstos no serían suficientes para generar arte. La elaboración positiva de la envidia primitiva es determinante para el desarrollo de la facultad creadora. En efecto, sólo en la medida en que el sujeto pueda experimentar gratitud y llegar a identificarse amorosamente con esa primigenia fuente de creación, que es la madre, podrá sublimar sus deseos reprimidos hasta transformarlos en producción artística. Sólo el núcleo amoroso original que se estructura tras la elaboración de la envidia permite reconvertir el conflicto reprimido en arte. Así, mediante la comunicación de su obra, el artista logra su propia liberación total o parcial, y en la medida en que su obra integra elementos amorosos susceptibles de ser deseados, satisface al espectador. Es decir, sólo así se posibilita la recepción estética. El narcisismo, como núcleo promotor exclusivo de la obra estética,



sofocaría indefectiblemente toda posibilidad de recepción ajena.

Aún conviene señalar, sin embargo, otro elemento consustancial con la producción artística como es la peculiar personalidad del artista. Es obvio que cualquier persona no es capaz de crear arte. Hace falta una especial dotación personal.

Vemos pues que en el fenómeno creativo convergen tres elementos sustanciales para que éste sea posible: conflicto reprimido, personalidad singular o talento y capacidad de catexis objetal.

Más adelante analizaremos detenidamente este triple eje, condición, a nuestro juicio, indispensable para la génesis del fenómeno artístico.

MATERIAL Y MÉTODO

Sin duda, la obra pictórica o literaria es inseparable de la biografía del artista, de manera que para entender su producción es necesario conocer su ambiente y penetrar en sus problemas vitales. Eso es lo que hemos pretendido a la hora de adentrarnos en la desdichada, a la vez que excelsa, existencia de muchos de ellos. Hemos decidido utilizar preferentemente en su elección un modo interpretativo, en el sentido que le asigna Ferrater Mora, es decir, la forma que conlleva el simpatizar con los autores objeto de lectura. Simpatizar con el autor significa, primariamente, adentrarse en su obra, penetrar sus intenciones, desentrañar sus actitudes, escudriñar en sus supuestos y comprender sus sufrimientos psíquicos. Y lo hemos hecho a través de numerosas biografías halladas en Internet, consultando textos de Historia del Arte en soporte Multimedia y otros textos de arte en formato convencional. Finalmente, los autores elegidos sólo han sido citados a título de ejemplo, esto es, para ilustrar el desarrollo de la reflexión teórica, base de este trabajo, realizado desde una perspectiva psicoanalítica.

Muchos son los textos psicoanalíticos revisados y diversos los autores en los que hemos apoyado nuestra reflexión, itinerario que ha ido de Freud a Lacan.

Nos hemos esforzado por dar al texto un tratamiento particularmente cuidadoso y una elaboración rigurosa y matizada. Esperamos haberlo logrado.

Desarrollo teórico

Adelantamos en la introducción que la manifestación del fenómeno artístico dependía, a nuestro juicio, de tres ejes sustanciales:

- 1º- El conflicto reprimido como motor de la imaginación creativa.
- 2º- La capacidad efectiva de catexis libidinal objetal como premisa para la sublimación.
- 3º- La personalidad peculiar del artista como instrumento indispensable de creación estética de calidad y, por ende, susceptible de ser reconocida.

1º-El conflicto reprimido

El arte es como una obra maestra de hilarería, donde convergen numerosas series de ideas latentes. Este entramado de ideas subconscientes, esta multiplicidad de sentidos interrelacionados, donde los deseos ocultos están metafóricamente representados en la conciencia, es la esencia de la creación artística. Las ideas ocultas que pugnan por manifestarse a través de ideas analógicas en la poesía o en la obra pictórica, se refuerzan mutuamente en cada una de las operaciones de sustitución de significantes por razón de semejanza o continuidad, de tal forma que consiguen así vencer la represión y manifestarse en la conciencia. Las ideas al entrelazarse, en efecto, se refuerzan, pero además, necesitan un disfraz para hacerse irreconocibles a la conciencia. Ninguna otra pintura, en la múltiple peripecia del surrealismo, incorpora, a modo de encubrimiento, el misterio, el absurdo y la combinación subjetiva y aparentemente arbitraria, como la obra de Dalí. Su inescrutable e irrevocable factor plástico expresa una realidad-irrealidad presentida y acaso cristalizada en lo más hondo del inconsciente. Es un surrealismo químicamente puro y lleno de presencias inauditas. Los principios de su método, por el mismo llamado paranoico-crítico, se emplazan en la frontera misma del delirio. Sus cuadros parecen expresión directa de los fantasmas ocultos. El sueño causado por el vuelo de una abeja alrededor de una granada un segundo antes de despertar es un paradigma de ello. Si urgiera buscar un parangón, cabría oponer la pintura de Goya, el Goya visionario que crea las obras como en un trance paranormal. La expre-

sión de angustia, a veces aterradora, de sus grotescos y monstruosos personajes, plasmados en tonos oscuros, semejan verdaderos lémures, originarios de su alucinatorio mundo interno. La cara del poseso, entre estolas e imágenes derrotando la superstición española, denota el horror de quien está acosado por un turba de perseguidores subconscientes. Goya parece haber ascendido a todos los cielos para después descender a todos los infiernos. Parece haber recorrido, con el corazón encogido, todos esos extraños caminos sin retorno que convierten el universo en un laberinto. Sin embargo, ha sobrevivido enigmáticamente, tras haber contemplado, cara a cara, el misterio, y ha regresado, a través del arte, después de recorrer esos profundos arcanos de la inconsciencia de los que nadie ha retornado nunca.

La paridad literaria puede estar representada por Nikolái Gogol, cuya muerte a consecuencia de una huelga de hambre, acción con la que esperaba conquistar al diablo, arrojó una fructífera luz sobre la sutil y profunda capacidad descriptiva de los sentimientos de grandeza del paranoide, que eran reflejo, sin duda, del propio genio extraño y grotesco del autor. Su literatura rayaba en lo irracional. En *El diario de un loco* apunta a la enajenación como el único refugio inconmensurable del ser. Locura y creatividad caminan de la mano por la historia de la creación estética.

Por esencia, el arte expresa un tipo de realidad, refractaria a cualquier tentativa racionalizadora, del único modo en que puede ser manifestada. Su significado profundo desafía a todas las categorías de la lógica aristotélica y dialéctica. A través de esas profundas manifestaciones del espíritu, el ser humano, atormentado pero excelso a la vez, toca los fundamentos últimos de su condición y logra que el mundo en que vive adquiera el sentido del cual carece. *“El arte es el mediador de lo inexpressable”*, dice Goethe, pero para ello es preciso que exista un juego de fuerzas contendientes. La creación artística habrá de llevar implícito un anhelo de la voluntad: *el deseo*, y una oposición: *la censura*. El arte es pues producto de un conflicto y tiene como fin aliviar las tensiones que interfieren el desarrollo de la vida cotidiana. Tales tensiones

tienen su origen en las emociones y deseos insatisfechos, reprimidos por inaceptables. La expresión artística así entendida, implica, por lo tanto, una transgresión, tras burlar la censura yoica, expresión del orden simbólico establecido. Tiene pues un carácter marcadamente subversivo. A través del arte, el ser humano obtiene una satisfacción de los deseos reprimidos, con la siguiente descarga emocional. En el arte se expresan deseos ocultos al ego, lances y experiencias traumáticas reprimidas, pero todo ello de forma encubierta, ya que, si los deseos aparecieran abiertamente, podrían poner en evidencia el mismísimo conflicto interno. La obra poética, pictórica o escultórica permiten ciertamente la gratificación simbólica de las frustraciones, pero no antes de vencer los serios obstáculos que lo impiden, que se conocen por el nombre de *censura del ego*. La censura *c'est le dis-course de l'autre*, dice Lacan, y lo es en la medida de que el yo es un sistema de enajenaciones, o ni siquiera un sistema, sino una oscuridad, y la humanidad, depositaria del orden cultural, un duermevela.

La superación de la censura, condición necesaria del placer, se logra mediante un efectivo disfraz, una distorsión elaborada mediante una serie de mecanismos psicológicos como la condensación o yuxtaposición de ideas; el desplazamiento; el simbolismo metafórico o metonímico, esencia de la versificación; la representación antinómica; la omisión o elipsis de elementos reveladores; el debilitamiento de la nitidez o de los límites, muy utilizado por Rodin para liberar la forma del mármol informe sin solución de continuidad; la geometrización, fragmentación y superposición, características del cubismo; la combinación subjetiva y arbitraria, propia del surrealismo; el estatismo, cuya representación más clara se puede encontrar en *“La ciudad petrificada”* de Max Ernst, donde el elemento emocional está encerrado en el armazón arquitectónico, o en la secuencia inacabable de los *“Números imaginarios”* de Tanguy; y por último, la paralogía, que representa una ruptura total con la realidad. Es el lenguaje de la locura, una reacción extrema y radical ante una determinada situación de jaque mate social o micro-social. La locura es la épica fuera de contexto, el ser fuera de juego, la diferencia inadmisibles que sitúa al sujeto fuera del



territorio de lo humano, lejos de lo que el humanismo cristiano llamara para siempre prójimo, semejante o cercano. La cucaracha de *La Metamorfosis* de Kafka designa magistralmente este particular estado del ego: el yo estigmatizado; mientras que en El proceso dibuja la sustancia paranoide de la sociedad capitalista, basada en la estructuración social del aislamiento como defensa frente al otro, obligado competidor y, por lo tanto, potencial enemigo. Esta realidad vivencial es la base de la paranoia. La precaria salud física y mental de Kafka, sometida a un proceso de deterioro progresivo, cada vez más acelerado, fue probablemente una de las causas de su espíritu rebelde y anarquista frente a los dogmatismos infalibles, que subyace en todos sus escritos. Su arraigado complejo de culpabilidad, expresado genialmente en "*Carta al padre*", alcanza grados de angustia y desesperación auténticamente incandescentes en los últimos años de su vida. Los seguros mecanismos de la lógica cotidiana pierden de pronto toda su vigencia, mientras una fuerza desconocida le lleva a un mundo onírico, que parece ordenado de acuerdo con los inalcanzables principios de una razón distinta a la que siempre había regido su inefable racionalidad humana. Había caído en la insoportable lucidez de la locura. Sus "*Diarios*" son la confesión de un vencido.

El arte, como asegura Freud, constituye una vía de expresión de lo inconsciente reprimido. Esta consideración se basa en dos premisas: la represión y el retorno de lo reprimido. El artista, mediante sus obras, logra expresar contenidos reprimidos de su psiquismo y los hace retornar a la conciencia. El arte, al igual que los síntomas neuróticos, constituye un signo de este retorno. Este proceso es posible, porque la dialéctica de la represión-retorno crea formaciones sustitutivas, embozos que ocultan el deseo inconsciente e inaceptable, y que permiten, así, la satisfacción simbólica de tales deseos reprimidos. Los disfraces que adoptan las formaciones sustitutivas tienden a evitar el reconocimiento del deseo y lo siniestro del mismo. Para Freud, lo siniestro es la angustia, lo inquietante, lo que causa temor por inadmisibile, y está provocado por un conflicto reprimido que afronta el camino inverso y pretende así retornar a la conciencia. Conviene distin-

guir entre lo siniestro experimentado, experiencias traumáticas reprimidas, y lo siniestro imaginado, fabulaciones precoces reprimidas. Lo siniestro de la ficción se manifiesta de forma compleja y va mucho más allá del ámbito de lo verosímil y de lo racional. Precisamente la ficción es la esencia de la creación artística y emana, principalmente, de complejos imaginarios, irresueltos y reprimidos.

Baudelaire, ser de soledades y de desdichas, poeta de la acentuación significada de singulares flores, las del mal, alimenta sus versos en fuertes emociones y alucinaciones. En sus versos aflora lo siniestro sin apenas disfras: tormenta, desasosiego, mujeres, alcohol, drogas; y luego al escampar, el arco iris, lo apacible, la satisfacción simbólica de los deseos reprimidos. Lo siniestro en Unamuno, presa de la locura de la duda, adopta la forma de una angustia abrumadora que le sitúa al borde de la nada. Este drama personal le llevó a afirmar que la razón "es desoladora y disolvente", y, por ello, a engañar a su entendimiento. *Todo, "antes de morir del todo"*, y así llegó a crearse un mundo eterno, por encima del miserable mundo de la lógica. El deseo, quizá de índole narcisista como señala Savater, adquiere su peso a consta de eludir la realidad turbadora. Prefiere crear que creer, pues la creación evade, viaja, regresa, anticipa o funda la realidad misma, otra realidad a su antojo, a su imagen y semejanza. En definitiva, la realidad que necesita. Tomando por real lo imaginado y anhelado surgió su gran obra: "*Del sentimiento trágico de la vida*, esa extraordinaria y apasionada serie de meditaciones en torno al destino humano y a su poderosa voluntad de sobrevivir. Algo semejante acontece en Van Gogh. En su búsqueda de Dios y de la Luz, una mixtura de misticismo, culpa y narcisismo, fragua a través de su pintura. Es el deseo de escapar a una realidad que le angustia, pero que a la vez también le atrae; por eso no rompe con ella de manera radical, sólo la distorsiona. La descarnada expresión que exhibe en la larga serie de autorretratos intenta manifestar y superar el conflicto interno que lo desgarró, quizá buscando el lado serio de la mueca ambivalente, mitad melancolía crepuscular de equivocado, mitad liberación exaltada de la experiencia

artística. En la prosecución de la expresión interna mediante el genial trazo tosco se orienta el quehacer del pintor, a la espera de obtener una plena satisfacción narcisista, que resulta sistemáticamente negada durante el tiempo que abarca su discurrir humano por el mundo. Ahí, en ese punto crucial de un anhelo irreversiblemente insatisfecho, se centra y desarrolla el desesperado brucear de Van Gogh en las aguas amargas de la pintura, entendida como único y exclusivo fin de una proyección vital. Curiosamente, recluso en el asilo de Saint-Remy, fue donde trabajó encarnizadamente y realizó la serie más impresionante de sus cuadros. Después, abandonado por todos, puso fin a su vida.

El arte, como expresión del retorno de lo reprimido, es, asimismo, consecuencia de los esfuerzos por resistir dicho retorno. El carácter no tolerable de lo que puede ser desvelado, hace que la *censura* trate de defenderse de su irrupción en la conciencia mediante el ropaje artístico. La distorsión artística enmascara el conflicto reprimido de forma que resulta irreconocible. Sin embargo, la producción estética contiene, a pesar de ello, materiales peligrosos con los que amenaza el inconsciente, peligros nunca totalmente conjurados.

El arte se convierte así en una de las formaciones sustitutivas que ejemplarizan esta defensa contra la irrupción de lo reprimido. La actividad artística actúa tanto facilitando el retorno de lo reprimido como domeñando los peligros que esto entraña. El arte, de esta forma, proporciona un disfraz tolerable a los deseos que pugnan por ser desvelados, y permite así, aliándose con la fantasía y la imaginación, que éstos transgredan el principio de la realidad. Si el artista se aparta de la realidad, es para retornar de nuevo a ella desde la fantasía e instaurar una nueva realidad que sirva de mediación entre ésta y aquella. El arte, mediante la fantasía, favorece la presencia camuflada de los deseos reprimidos, actuando de manera similar a la formación de síntomas neuróticos o a la reversión a la realidad a través de los productos psicóticos.

El goce del artista se produce por la gran facilidad con que es capaz de disimular los deseos reprimidos de una forma socialmente aceptable, algo de lo que el neuróti-

co es incapaz. Lo terrorífico adquiere así una insólita apariencia estética, y la censura confiada le permite su acceso a la conciencia. Sin embargo, el neurótico convive tan sólo con sus síntomas, que representan la amenaza del retorno sin ropajes de lo reprimido, lo que le genera angustia, síntoma esencial en la neurosis. El artista, empero, vive con el acoso de una doble amenaza: los deseos reprimidos presentes en su zozobra neurótica o psicótica y los deseos reprimidos plasmados y fijados en su obra. Doble hostigamiento que llevó al joven Modigliani, borracho, drogado, tuberculoso y genial, a derrumbarse entre copas vacías.

Guy de Maupassant también vivió apasionadamente. Quiso gozarse todo, viajar y conocer mundo. Estaba obsesionado por escapar, huir de los lugares conocidos, de los seres humanos con los que se relacionaba, de los mismos movimientos a la mismas horas y sobre todo, de los mismos pensamientos. Quería conocer las excelencias de las diversas posibilidades que le ofrecía el sexo, buscando no sabía qué. Quizá calmar sus insomnios, sus alucinaciones y sus terribles dolores de cabeza, que no podía aliviar ni con morfina. Poco antes de morir y al borde de la locura, creía que su personalidad había sido suplantada por otro, y que seres extraños invadían su mente y su habitación. Es posible que este delirio encerrase el misterioso e inaceptable deseo que dio lugar a su apasionada vida y a las hermosas páginas de su obra, un amplio fresco descriptivo de la sociedad de su tiempo donde el sexo siempre está presente. Las variedades más peculiares de la sexualidad humana van desfilando, en plena época victoriana, por sus relatos. En ellos vemos no sólo amores y adulterios más o menos galantes o pícaros, sino también necrofilia, violaciones, incestos, homosexualidad. Todo un pequeño inventario descriptivo para cuya elaboración tuvo en su propia experiencia, en su complejidad interior y en su intuición, sus mejores aliados. Se sentía atraído por las rarezas sexuales, por los escándalos y faras groseras, humillantes y brutales, y se complacía en describirlas. Maupassant representa un ejemplo muy expresivo de la doble amenaza a la que se ve sometido el artista: la búsqueda del deseo libidinoso oculto en su inconsciente aparece indistin-



tamente en su vida y en su obra. Otra muestra es el miope Woody Allen, especie de fetiche neoyorkino, quien, al límite del intimismo y lindando con el narcisismo, se dedica a hacernos participar, de modo magistral, de sus particulares obsesiones neuróticas.

Una vez establecida la relación entre arte e inconsciente, surge la necesidad de ubicar ésta en el marco del pensamiento estético. No toda producción artística, tomada ésta en su sentido más amplio, es estética.

Para Freud existe una analogía entre el lenguaje del inconsciente y la expresión artística. El uno y el otro se manifiestan a través de una compleja e intrincada obra de pasamanería en donde se entrelazan múltiples significados interdependientes. Esta función, en ambos casos, corresponde fundamentalmente a la metáfora, tropo que sustituye unos significantes por otros con un sentido alternativo al usual. Incluso puede afirmarse que el arte es una metáfora del inconsciente.

Para la filosofía clásica, una idea estética implica una multiplicidad de facetas o imágenes interrelacionadas que la mente nunca podrá conocer. La estética es una utopía tan inaprensible como el conocimiento de lo divino o de lo trascendente. Para Kant, la estética es la más perfecta y completa realización de una idea, siendo esto imposible en la experiencia real. Vendría a ser pues el modo en que nuestra mente alcanza lo suprasensible, es decir, una realidad sublime a la que aspiraría nuestro conocimiento. Para Freud, sin embargo, la estética es una realidad interna, a partir de la cual derivan nuestras urgencias. Esta dicotomía entre la belleza pura o estética trascendental kantiana (*pulchritudo vera*) y la belleza impura o estética empírica (*pulchritudo adhaerens*) se traduce en la modernidad por un conjunto de antinomias: artes puras *versus* artes aplicadas, arte abstracto *versus* arte representativo, que, a la postre, determinarán los dos grandes puntos de vista del fenómeno estético: la estética que impulsa al análisis del aspecto formal de la misma (*estética formalista*) y la estética que pone el acento en el contenido de la obra artística (*estética de contenido*). La reflexión freudiana se alinearán con la estética del

contenido o interpretativa.

El arte reunifica, en su acción mediadora entre lo oculto y la realidad, lo falto de consciencia y lo consciente, que en el ser humano existe por separado. Es decir, el arte busca y expresa al ser humano en su totalidad. La posible irrupción de lo reprimido en la conciencia durante el acto de creación artística, con sus lados oscuros o siniestros, crea problemas en virtud de su fuerza destructiva, por lo que precisa ser controlada por la censura, y sólo la censura del genio es capaz de mantener ese difícil equilibrio: por un lado, eleva a la conciencia el lado oscuro y oculto de nuestro psiquismo, y por otro, actúa como freno e impone un cierto orden en el caos de lo inconsciente. En la pugna entre la represión y lo reprimido, entre el *principio de la realidad* y el *principio del placer*, el artista, mediante su obra, conjura lo maldito, lo destructivo, lo primitivo, lo bárbaro, lo asocial, en definitiva, lo salvaje e inaugural del ser humano; y lo presenta en la conciencia bajo el atractivo disfraz de lo bello, lo interesante, lo llamativo, lo difícil, lo deslumbrante, lo impactante, lo curioso, lo divertido, lo placentero, lo relajante, lo alegre, lo feo pero emocionante o lo armónico, es decir, lo que produce placer. Pasión provechosa, pues no en vano dijo Oscar Wilde que *"lo que carece de belleza es inútil"*. La elaboración artística se efectúa de modo instintivo, catalizando el lado oscuro de la naturaleza humana para, después, representarlo bajo la profusión de imágenes e ideas que se organizan dando lugar al fenómeno estético.

En la percepción placentera de una obra de arte, es condición necesaria la identificación inconsciente con su contenido, que alberga el elemento reprimido, adecuadamente aderezado. La sensación placentera la produce, en definitiva, la satisfacción simbólica del deseo reprimido. El artista, mediante la creación de su obra, posibilita la expresión de contenidos que, de otro modo, permanecerían velados. Sirve pues de mediación entre lo que lucha por ser consciente y la fuerza que intenta evitarlo. De esta forma y a la luz de la teoría freudiana, el arte queda desplazado de su trono absolutista y divino, en donde lo ubicó Schiller, y la estética se diluye, indefectible-

mente, en el impacto subjetivo, esto es, en la resonancia de lo reprimido. “*El viejo y el mar*” es una bella representación de la titánica lucha que mantuvo el propio Hemingway entre sus congojas ocultas, la depresión y la estética literaria.

En definitiva, si nos asomamos al fondo de la vida de algunos grandes artistas, tras leer un número importante de biografías, nos encontramos, sin exclusión, con cúmulos de problemas psicopatológicos: el alcoholismo de Edgar Allan Poe; los problemas sexuales de Truman Capote; las relaciones incestuosas, no suficientemente esclarecidas, de Lord Byron; los delirios de Mahler; las crisis de angustia de Tchaikovsky; la ciclotimia de Charles Dickens o la depresión mayor de Hemingway. La lista sería interminable y muestra la hipótesis de la relación existente entre desorden mental y creación artística. El artista se esfuerza y lucha por crear el personaje imaginario que constituye su *verdadero yo*, a través del arte.

2º-La capacidad efectiva de catexis libidinal objetual

Es indudable que en toda capacidad creadora, aunque M. Klein lo considere algo superficial, existe una codicia de prestigio, de riqueza y de poder. El artista que crea no lo hace sólo por altruismo, sino que también tiene, sin duda importantes móviles de naturaleza narcisista. Quiere ser, en efecto, reconocido, admirado, adulado por haber alcanzado tan elevadas cotas de perfección. Sin embargo, el solipsismo narcisista sofocaría toda posibilidad de plasmar en la obra artística los ingredientes necesarios y amorosos capaces de despertar el interés de los espectadores. El público necesita identificarse, en cierto modo, con la obra; percibir en ella dosis suficientes de amor, es decir, de algo que se da real y generosamente para su consumo y que es independiente de la admisión que necesita el artista. En el arte siempre se da algo, pues, en el caso contrario, si sólo se pretende recibir, éste no llega al consumidor. Produce rechazo. Es pues necesario que el artista, al margen de sus necesidades materiales y narcisísticas, sea capaz de caquetizar los objetos a los cuales va dirigida su obra, es decir, de tener capacidad

de establecer relaciones objetales.

En este sentido, existe una *estética de la recepción*. Autores como H.R. Jauss y W. Iser, siguiendo el camino de la “*Hermenéutica*” de Gadamer, han insistido en que el valor de una obra de arte no depende tanto de su construcción formal como de su capacidad para poder ser recibida. La obra de arte debe contener, para su aceptación y comprensión, un importante potencial de recepción, es decir, aquello que promueve el interés del espectador.

La obra exige un entrecruzamiento de perspectivas: la del artista y la del espectador, que, según M. Klein, no pueden darse si el sujeto no es capaz de introyectar objetos buenos. Sólo así se puede producir la llamada por Warning: *fusión de horizontes*.

La envidia, aunque parezca paradójico, está, según M. Klein, en la base de la producción creativa. La primera fuente creadora que conoce el niño es la madre y su primer sentimiento es envidiar o, si se prefiere, desear poseer dicha fuente, prototipo de toda facultad creadora, como propia o para sí sólo. Al constatar la imposibilidad de apropiación del objeto deseado, surge la envidia, con su enorme e incomparable potencial destructivo, que le lleva a desear, como alternativa, agredir y destruir esa fuente creadora, con la inútil pretensión de que así desaparezca el insufrible sentimiento de envidia. Este es el momento crucial. A partir de este instante, la elaboración amorosa de la envidia va a determinar el desarrollo de la propia facultad creadora, que pasa, inexcusablemente, por la asunción de la culpa, la reparación y, en consecuencia, la capacidad de experimentar gratitud y amor. El amor se convierte así en la llave que puede desbloquear el solipsismo narcisista y desarrollar la capacidad creadora artística. El amor permite, en definitiva, sublimar el conflicto reprimido.

3º-La personalidad del artista

Es obvio que no todas las personas están dotadas para crear una producción artística, cuya calidad sea susceptible de ser ampliamente reconocida. A nuestro juicio, cuatro son las características necesarias que debe poseer un artista:

- Talento o ingenio superior capaz de intuir el fenómeno estético. Fue al talento, sin



duda, lo que permitió a Van Gogh romper con la representación formal del paisaje, para, después, pintarlo como algo tan vital, que la mirada es atraída abrupta e irremisiblemente hacia la profundidad. De forma laberíntica entrelaza los trazos sin compromiso aparente, utilizando un color sólo en la mezcla óptima con el otro, colocado inmediatamente al lado. El impresionismo había alcanzado su cenit.

- Inspiración o momento mágico mediante el cual las ideas adquieren forma sublime. Seguramente las nueve musas, hijas de Zeus, inspiraron las excelencias de lo más destacado de nuestro arte. Calíope dotó de elocuencia a Demóstenes y Talía concedió a Aristófanes el tono burlón para que escribiera sus comedias. Clío no escatimó datos a Jenofonte y así pudo acabar su *Anábasis* y Melpómene infundió el sentido trágico a Sófocles para culminar su genial Edipo. Shakespeare probó las delicias amorosas de Erato, que luego plasmó en Romeo y Julieta. Gracias a Euterpe, Ulises pudo oír el canto de las sirenas. Polimnia rimó el pensamiento de Petrarca. Urania guió a Fausto en su viaje cósmico y Terpsícore animó con sensual movimiento los cuadros de Toulouse-Lautrec.

- Vocación o afán insaciable y apasionado por aprehender lo bello. Sólo así se explica como Lope de Vega, inconstante y veleidoso, llegara a producir tan ingente obra literaria.

- Técnica o instrumento adquirido que posibilita la expresión cualificada. La maestría técnica de Degas queda patente en su "*Bailarina en el escenario*", donde ejecuta a la perfección, con gracia e ingravidez, la representación del movimiento.

CONCLUSIONES

Tras este recorrido, llega a su final nuestro trabajo sobre el arte y su relación con el inconsciente. Al dirigir una mirada retrospectiva sobre el texto, sentimos una invitación a integrar los resultados obtenidos en una síntesis conclusiva que recoja, si no la totalidad de las conclusiones, sí las más importantes y de mayor relieve.

Sin más preámbulos pasamos ya a enumerar las conclusiones aludidas, que pueden perfectamente concretarse en cuatro:

-Génesis del arte. En la producción artística intervienen deseos reprimidos de carácter inaceptable, que pugnan por retornar a la conciencia; sin embargo, entran éstos en conflicto con la censura, que se opone a esta pretensión. Sólo en la medida en que ésta es burlada, merced al disfraz estético y socialmente aceptable de los deseos, la obra artística adquiere su aspecto formal.

-Función del arte. El arte es una actividad encaminada a satisfacer deseos inconscientes, insatisfechos y de carácter inaceptable para la conciencia. En esta medida mitiga, en parte, el sufrimiento originado por la angustia. Cumple pues con una función adaptativa. La obra artística no agota, sin embargo, la turbación mental, sino que coexiste con ésta, como así lo prueban las numerosas biografías revisadas.

-Recepción del arte. Para que se produzca la aceptación del arte es preciso que el artista supere, en parte al menos, su narcisismo, y así ser capaz de caquetizar libidinalmente los objetos. Si bien es verdad que el artista busca, también, reconocimiento y admiración por lo bien hecho, éste por sí sólo no puede generar arte receptible, pues su obra quedaría atrapada en un solipsismo incapaz de impactar a los demás. La obra narcisista está hecha para consumo del propio artista.

Es preciso, también, que el artista elabore la envidia primigenia, mediante el proceso culpa, reparación y gratitud, pues sólo así se habilita para sentir el amor suficiente como para transformar, mediante la sublimación, lo intolerable en síntoma estético y, por lo tanto, en producto aceptable socialmente. El amor es la llave que desbloquea la envidia y el narcisismo, y hace posible la creación artística.

La sublimación garantiza que la obra contenga aquello que promueve el interés del espectador. Surge de esta manera la *estética de la recepción*, es decir, de su potencial para ser recibida.

-Soporte del arte. El fenómeno del arte solamente se da gracias al genio superior del artista, capaz de intuir el fenómeno estético, perseguirlo con afán y darle, final-

mente, mediante su cualificada habilidad, forma sublime.

En definitiva, existe una directa y necesaria relación entre desorden mental y creación estética.

No finalizaremos estas líneas sin manifestar cuánto deseáramos que este modesto trabajo contribuya a una mejor y más perfecta comprensión psicológica del fenómeno artístico. Sí así fuere, nos sentiríamos muy satisfechos.



Contacto:
Fabricio de Potestad Menéndez
Sancho El Fuerte, 69 bis 5º C
31007- Pamplona.
Tel: 948 25 63 65
E mail: fabdepopa@latinmail.com

Bibliografía:

- Bleichman, H.: “*El narcisismo*” Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1982.
Blum, G.S.: “*Teorías psicoanalíticas de la personalidad*” Paidós, Buenos Aires, 1968.
Bonaparte, M.: “*El escarabajo de oro de Edgar Allan Poe*” Revista de Psicoanálisis, Vol:V, Nº 3. Buenos Aires, 1947
Bosch, A et al.: “*Enciclopedia Planeta Multimedia*” Planeta, Barcelona, 1998
Caparros, N.: “*Más allá de la envidia*” Biblioteca Nueva, Madrid, 2000.
Federn, P.: “*El psicoanálisis y la vida moderna*” Miracle, Barcelona, 1933.
Federn, P.: “*El yo como sujeto y objeto del narcisismo*” Amorru tu, Bos.Aires, 1984.
Freud, S.: “*Obras completas*” Editorial Biblioteca Nueva, Madrid, 1972.
 “Un recuerdo infantil de Leonardo De Vinci” Vol:V.
 “*El Moisés de Miguel Angel*” Vol:V.
 “*Lo siniestro*” Vol:VII.
 “*Los instintos y sus destinos*” Vol: VI.
 “*La represión*” Vol:VI.
 “*Teoría de la libido y el narcisismo*” Vol: VI.
 “*Introducción al narcisismo*” Vol: VI.
 “*Más allá del principio del placer*” Vol: VII
 “*Angustia y la vida instintiva*” Vol: VIII
 “*Dostoyevski y el parricidio*” Vol: VIII
 “*La estética*” Vol: IX
Fromm, E.: “*El arte de amar*” Paidós, Buenos Aires, 1939.
Gadamer, H.: “*Verdad y método*” Editorial Sígueme, Salamanca, 1980.
García, M. et al.: “*Historia del cine*” Sarpe, Madrid, 1988.
Gay, P.: “*Freud*” Paidós, 1989
González, L.: “*Miguel de Unamuno*” SerperCuesta, Valladolid, 1997.
Grubrich, I.: “*Sigmund Freud: vida en imágenes y textos*” Paidód, Barcelona, 1998.
Guardo, M.: “*De Freud a Fromm*” Editorial Ciordia, Buenos Aires, 1969.
Image & Art.: “*Grandes pintores del siglo XX*” Ediciones Polígrafa, Accesible en: URL: <http://www.imageart.com>
Iser, W.: “*La estética de la recepción*” Visor, Madrid, 1989.
Jauss, H.R.: “*Continuación del diálogo de la estética de la recepción burguesa y materialista*” Visor, Madrid, 1989.
Klein, M.: “*Obras completas*” Paidós-Horme, Buenos Aires, 1977.
 “*Envidia y gratitud*” Vol: VI.
 “*Amor, odio y reparación*” Vol: VI.
Néret, G.: “*Rodin: escultura y dibujos*” Taschen, París, 1977.
Nowl, J.: “*Monografías de grandes artistas*” Accesible en:URL: <http://www.monografias.com>
Lacan, J.: “*La letra y el deseo*” Homo Sapiens, Buenos Aires, 1978.
Laforgué, R.: “*L' echech de Baudelaire*” Denoel, París, 1938.
Régis, Fet al.: “*Historia Universal de la música*” Aguilar, Madrid, 1981.
Rifflet-Lemaire, A.: “*Lacan*” Edhasa, Barcelona, 1971.
Romero, H.P.: “*Unamuno*” Hesperia, Madrid, 1914.
Ry van Beest, G.: “*Historia del Arte*” Alfaguara, Madrid, 1974.
Salcedo, E.: “*Vida de don Miguel de Unamuno*” Anthena Ediciones, Salamanca, 1998.
Segal, H.: “*Introducción a la obra de Melanie Klein*” Paidós-Horme, Buenos Aires, 1977.
Stack Sullivan, H.: “*Concepciones de la Psiquiatría moderna*” Editorial Psique, Buenos Aires, 1997
Stack Sullivan, H.: “*La fusión de la psiquiatría y las ciencias sociales*” Editorial Psique, Buenos Aires, 1997.
Vialta, L.: “*Historia del Arte Multimedia Salvat*” Salvat Editores, Barcelona, 1997.
Warning, R.: “*La balsa de la medusa*” Visor, Madrid, 1989
Witels, F.: “*Psicoanálisis y literatura*” Paidós, Buenos Aires, 1945.

El estilo del padre

(Reflexiones sobre la Transferencia)*

M. Carmen Rodríguez-Rendo

Madrid.

INTRODUCCIÓN

A la hora de organizar la exposición no resulta difícil, en este caso, saber de qué se quiere hablar. La cuestión es el cómo hablarlo. ¿De qué manera damos una secuencia al discurso, para que el oyente no sólo escuche sino además capte nuestra intención y le interese lo que le queremos contar?

Esta dificultad con la que a veces tropezamos al preparar la exposición de una idea a transmitir, nos sitúa de lleno en el núcleo de la cuestión de la transferencia. Si para Freud el amor de transferencia, como todo amor, abriga el sueño del “amor para siempre” y este sueño legitima a la transferencia como el método analítico por excelencia, el campo analítico es un terreno abonado por el conflicto y el tropiezo.

“El estilo del padre” ya advierte de mi filiación freudiana y ya en esa elección se enuncia que mi interés por el método analítico está centrado en la transferencia en su dimensión histórica o en la historia transferida, siendo allí donde encuentro la esencia de lo que Freud identifica al introducir la asociación libre: un inconsciente que repite la melodía de Edipo.

La transferencia en su dimensión histórica nos dice que los datos no son los que organizan el relato, sino los avatares del amor, que les acompaña como una sombra, son los que mueven los hilos que hacen hablar a sus personajes.

El nacimiento del psicoanálisis coincide con el del siglo XX y dota al hombre de lo

que escapa a la medición sistematizada de lo dicho, de lo no-dicho, de lo que se borra, o de lo que se graba y ante la pregunta del paciente por su sufrimiento, el psicoanálisis advierte que la simetría es ilusoria y que sólo la diferencia, siempre violenta, es la que señala al sujeto como “único” y permite situarlo formando parte de alguna historia de amor, que antes o después retornará en la relación con el analista.

A las nuevas tecnologías de la comunicación y de archivo de datos, se les escapa aquello que no puede ser atrapado ni en una tesis ni en una propuesta concluyente. Aunque para algunos sólo sea valorable la eficacia del “de prisa- de prisa” y el ritmo vertiginoso de la modalidad pulsional que nunca tiene tiempo; ya se ha hecho evidente que si el sujeto no es capaz de detenerse para que el pensamiento opere, no habrá avance tecnológico, ni sistemas de seguridad capaces de ponernos a salvo de la tiranía de la pulsión de muerte.

En este sentido, el mensaje freudiano es rotundo y yo lo resumiría así: el deseo inconsciente no encontrará nunca una razón suficiente para resignar el saber. Esto se afirma en el mismo momento en que Freud opone el psicoanálisis a toda propuesta de resignación.

Actualmente, la transferencia continúa siendo instrumento de producción de pensamiento inagotable, “la tierra prometida” de aquel judío centroeuropeo con el que estamos transferidos. Mientras el analista trabaje para que se siga moviendo el oleaje inconsciente, habrá abandonado el

* Conferencia pronunciada en APICE, el 15 de Noviembre del 2001, Madrid.

sueño del objeto armónico, el falicismo imaginario, que cuando invade la escena analítica, consigue reducirla al callejón sin salida del "dato real". En ese caso, habrá sido capaz de mantener su labor en el estilo del padre, donde la marca de la castración impide que la "tierra prometida" se vuelva "una tierra sin ley."

CAMPO DE LA TRANSFERENCIA

Lo primero a recordar es que este campo es de retorno y demuestra que el retorno a los fundamentos del saber antiguo permite el surgimiento de nuevos saberes.

En el inicio de todo trabajo analítico, el analista debe estar advertido de que le tocará sortear al menos tres obstáculos:

1) Transformar la queja en una pregunta susceptible de análisis, es decir, transformar la demanda inicial en demanda analítica.

Ésta no es tarea fácil. En el caso del consultante que trae una pregunta, tenemos posibilidades de éxito; en caso del que trae una queja, la situación es más compleja, ya que con la queja suele venir la exigencia de que le quiten su malestar. Transformar la demanda inicial en demanda analítica implica interrogarse cómo se coloca el analista, ante el amor. Hay analistas que afirman que de lo que no cura el psicoanálisis es de la demanda de amor, luego habrá que conseguir sin curarlo, que ante el amor el sujeto se retire de ese lugar exclusivamente demandante.

2) Suspender la urgencia y dar paso a la espera:

Ya que si el que consulta consigue alejarse de la prisa "para que duela menos..." tendrá la oportunidad de transitar como dice Korman "por el submundo pulsional que yace a la espera..." Esto implica también que la relación del paciente con el tiempo ha cambiado. Ese giro aumenta las posibilidades del dispositivo analítico, ya que el deseo necesita darse tiempo tanto en el sueño como en la transferencia. La "huella errante" de los episodios infantiles a veces inadvertidos o no- reconocidos "tiene el poder de atravesar los tiempos de incógni-

to, para desencadenar de repente una presencia nueva donde no se la esperaba" (Le Poulichet). El trabajo elaborativo del que hablaba Freud en el capítulo VII de *La interpretación de los sueños* consiste justamente en una experiencia temporal capaz de engendrar un lugar para un acontecimiento psíquico como es la transferencia.

Suspender la urgencia implica también: ¿cómo se coloca el analista frente al tiempo? Teóricamente sabemos que el objeto del psicoanálisis es el inconsciente, y en la práctica clínica podríamos decir, que nuestro objeto de trabajo es el tiempo: el tiempo de decir, el tiempo de callar, el tiempo de esperar, el tiempo de escuchar, etc.

3) Facilitar que los síntomas que han provocado la consulta se retiren del lugar central que ocupan: Que dejen de bloquear el discurso unidireccional y cerrado en la queja, y se le haga sitio al otro universo psíquico que ha permitido al sujeto pedir ayuda.

Apartar del punto de mira a los síntomas abre una pregunta para el analista: ¿cuál será su posición frente a su deseo de eficacia o qué hará para despreocuparse de ella?

Dejar hablar al síntoma no es sólo una fórmula teórica, es además invitar a la repetición al encuentro con el analista, darle un lugar para que a través de ella (de la repetición) se desarrolle la transferencia, y paradójicamente, a base de repetir y desviar, surja para el sujeto otro encuentro; en este caso, en el lugar donde aún es libre. Es decir, se trata de conseguir que el síntoma del que el sujeto se duele, devenga síntoma en análisis, y que la neurosis que trajo al paciente se transforme en neurosis de transferencia.

Cuando Freud habla del juego del Fort-da! En "*Más allá del principio del placer*" no sólo disuelve el sueño de complementariedad, sino que se ocupa de subrayar:

a) el trabajo del niño para construirse como sujeto partiendo de la oposición entre ausencia y presencia.

Ausencia- presencia son un par de opues-

tos, no un par de complementos, y del juego de la oposición llega a señalar el valor de la ausencia: lo podríamos formular así, allí donde hubo algo, o alguien, ahora hay ausencia para que se inscriba la presencia de lo simbólico. Esta cuestión, esencial para mi gusto, para entender la noción de transferencia en Freud, y el lugar del analista en disposición de ausentarse, de ser destituido, en diferentes momentos del análisis y en particular hacia el final del análisis, conecta con el mito de Edipo sobre el que volveré luego.

b) Al titular al texto "Más allá ...", Freud subraya el reino de la pulsión de muerte, la sustancia nutriente de la repetición y del síntoma y que el trabajo analítico deberá barrer del lugar de un goce sin límite, y como dice R. Zygouris en su trabajo "*Polvo de estrellas*": "para que eso ocurra no le alcanzará al analista en las garantías de una buena formación teórica, más le vale que le asista el talento."

c) Por oposición a la pulsión de muerte queda señalado que la pulsión de vida también existe y parece haber sido la hija olvidada, en tanto el desgarrar y el sufrimiento han acaparado la mirada más profunda y más concienzuda de la literatura psicoanalítica.

Tal vez no estaría mal recuperarla (aunque digan que con el tiempo todo se estropea y los que corren no son tiempos fáciles), recuperarla decía no desde el reproche de la hija olvidada para evitar venganzas intelectuales, sino como una vieja dama indigna y deseante.

En 1895, en comunicaciones confidenciales hechas a Fliess, Freud hace algunas generalizaciones de largo alcance. Mantiene a su amigo e interlocutor preferencial (en aquel momento), bien informado, enviándole anécdotas de casos, sueños, borradores de artículos, donde registraba descubrimientos y afirmaciones que no siempre se atreve a hacer públicas. Ha llamado mi atención una afirmación que hace Freud a Fliess, dice: "*un hombre como yo no puede vivir sin una manía, sin una pasión dominante, sin un tirano, y él ha llegado a mi vida. Y a su servicio ya no conozco moderación ninguna. Es la psicología*".

Entre 1902 y 1910, después de que su paciente Dora interrumpiera el tratamiento en enero de 1901, reconoce que "*se siente herido*" por lo abrupto del final, comprueba que no había reconocido la transferencia de Dora y admite no haber sabido reconocer "*su propia transferencia*" con respecto a Dora y como lo recuerda Peter Gay "*la acción de lo que llegaría a llamar con - trartransferencia se le había escapado por completo de su auto-observación analítica*".

Ahora bien, ¿acaso aquel tirano sin rostro no era el amor de transferencia? ¿no era la transferencia con Fliess lo que le permitía a Freud desplegar sus borradores, sus descubrimientos, dentro de ese sueño de amor para siempre que habita el campo de la transferencia? ¿el amor y el tiempo no son acaso dos rasgos de estilo en el método freudiano?

Con ocasión del congreso de Nuremberg en 1910, escribe: "*ningún psicoanalista puede llegar más lejos de lo que le permitan sus propios complejos y resistencias internas*" y mientras tanto en "*Las perspectivas futuras de la terapia analítica*" advierte de la transferencia del analista en su relación con el paciente, señalándolo como un problema técnico complejo, ya que era conocedor de un afecto que surgía en el analista como consecuencia "*de la influencia del paciente en los sentimientos inconscientes del primeró*".

Luego Freud sabía que el síntoma empieza implicando al analista y en tanto se instale la neurosis de transferencia, acaba anudándose completamente a él. Con lo cual transferencia e inconsciente resultan nociones estrechamente ligadas.

Si compartimos la idea del carácter relacional del inconsciente, los síntomas serán el patrimonio que el paciente viene a invertir en la empresa común que constituye la cura que tendrá como norte el enigma que encierra el dolor psíquico.

En el síntoma hay una pregunta que también va "más allá" del texto manifiesto: ¿porqué me pasa esto? En el texto manifiesto la búsqueda va detrás del sentido, para el texto latente la desarticulación del dolor llegará también desde el sin sentido

ya que es allí desde donde se puede movilizar la estructura psíquica a través de lo que solemos llamar el trabajo arqueológico del discurso.

EVOLUCIÓN DE LA NOCIÓN DE TRANSFERENCIA EN FREUD

En un primer momento propone un método de trabajo terapéutico y se encuentra con que ese método produce un proceso. El método era la asociación libre y el proceso producido: la transferencia. El método es elegido en tanto ya había descubierto el objeto que iba a investigar: el inconsciente. Su propuesta "hablar sin pensar" era el camino para llegar hasta él. Lo que el método produce, la transferencia, se la encuentra, lo sorprende. Al escuchar a los pacientes algo se produce, algo ha sido trasladado de un sitio a otro para que se deje ver lo que estaba reprimido. Dice Joël Dor que Freud "encuentra allí la marca de la transferencia." Freud nos habla de esta marca en el capítulo VII de La interpretación de los sueños.

Por lo tanto, Freud asocia transferencia y repetición; se da cuenta de que la asociación libre construye un espacio discursivo, con una temporalidad, donde el paciente se mira a través de sus ideas, como decía el filósofo J. Shlanger, ya que "la vida de las ideas nos es tan indispensable como el oxígeno".

Al señalar la noción de transferencia asociada a la de repetición, indica el camino de acceso a lo inconsciente:

Mientras la repetición se muestra como el mecanismo que pone en marcha el retorno de lo reprimido, la transferencia pone en marcha el desplazamiento de las representaciones al analista, facilitando la repetición en la transferencia. Ahora bien, para que el sujeto llegue a conocer la significación de tales representaciones, habrá que introducir un cuarto elemento, la interpretación. Hasta ahora teníamos inconsciente, transferencia y repetición. La interpretación de la transferencia será lo que permita que la repetición deje paso al recuerdo.

De esta manera la repetición fue colocada en el lugar de motor de la cura. A esta idea se va a adherir Lacan, agregando que la repetición podría considerarse resorte de lo

simbólico, siendo así lo simbólico lo que ocuparía el lugar de motor de la cura sustituyendo a la repetición.

En cualquier caso, la suma de los postulados de ambos autores la resumiría diciendo que: parece ser una operación metafórica lo que funciona como motor, mientras la repetición interpreta la melodía de Edipo.

En un segundo momento se produce un nuevo hallazgo freudiano: la transferencia pensada antes como instrumento puede transformarse en obstáculo.

Su sustancia es el amor y todos sabemos que el amor da problemas. El amor suscitado por la transferencia, dice Freud, da paso a la resistencia. Nos hace saber que cuando algo obstaculiza las asociaciones libres, alguna idea de transferencia está asociada al analista. De aquí que para varios autores este es el momento en el que Freud intuye la intervención del deseo del analista como cómplice en la resistencia.

En un tercer momento, la resistencia adquiere aún más protagonismo y se la acaba considerando equivalente a la transferencia negativa. Va a ser en la persona del analista donde Freud sospecha la resistencia. Sabe que también en la resistencia hay un "más allá"... donde el analista se vuelve extraño y rechazado en tanto encarna la exigencia de la castración.

Si "Más allá del principio del placer" estaba la pulsión de muerte, "más allá" de la resistencia (o bien de este amor que hace obstáculo) está la confrontación con la castración y allí tanto el paciente como el analista juegan de *partenaires*.

Por lo tanto la resistencia está también del lado del analista y de allí el carácter subversivo de la transferencia, ya que hasta resistiéndose el sujeto activa algo verdadero de su deseo.

Cuando se dice que "el psicoanálisis es una experiencia del discurso"; se dice que en el campo de la transferencia hay una lógica discursiva que forma parte de las transformaciones del sujeto. La envoltura del discurso es deseante y dicha envoltura se





hace cuerpo en la transferencia.

El paciente trae al analista “eso” a lo que se refiere como su “realidad material” y entre tanto desvela sus productos inconscientes. Por ello viene a averiguar hasta qué punto el analista está dispuesto a invertir deseo, para soportar junto con él el peso de lo real.

La disponibilidad del analista para ocupar ese lugar al que es llamado, facilitará las vicisitudes del trayecto y permitirá al sujeto desplegar su fantasma haciéndonos saber ¿que hay allí que lo obtura?

Por otra parte, si aceptamos que los enigmas del analista no se resuelven por la vía académica, sino por la analítica, tendremos la precaución 1) de no sacralizar la teoría, 2) de no desestimar el orden psíquico que la teoría impone al analista y 3) de no olvidar la dimensión terapéutica de un dispositivo que aunque limitado tiene la posibilidad de hacer crecer sus recursos. La afirmación socrática “sólo sé que no sé...” resume una buena sugerencia para los practicantes de este oficio.

La historia que el sujeto construye con el otro consiste en la rememoración. A la vez recordar para un otro viene posibilitado por el hecho de transferir.

Para el sujeto no es posible no- transferir. Hablar con alguien conlleva transferir, ya que ese otro elegido para hablar es a quien se le supone un atributo, del que nos suponemos faltantes. Así como ocurre en el principio de la vida, al otro necesitado, al otro demandado, como el analista, se le supone un saber.

Decía Freud en una entrevista que le fue realizada en 1930: *“El psicoanalista es como el divo expiatorio de los hebreos. Los demás depositan en él sus pecados. Ha de ejercitar su arte a fondo para desembarazarse de las cargas que se le imponen...”*

El deseo del analista, concepto elaborado por Lacan, es solidario de esta afirmación de Freud y compromete con una posición ética solidaria del deseo.

En cuanto al deseo de Freud, yo diría que es allí donde reconozco su estilo.

Si hasta aquí hemos transitado por la transferencia me gustaría ahora hacer algunas puntuaciones sobre el concepto de incons-

ciente y la imposibilidad de separarlo de la noción de transferencia.

PUNTUACIONES SOBRE EL CONCEPTO DE INCONSCIENTE

En primer lugar inconsciente es una palabra elegida por Freud para nombrar otra oposición y la ausencia será lo que la define. Freud nombra con inconsciente “lo que no es consciente”, lo que es ajeno o está ausente en la conciencia. El prefijo “in” advierte que donde está la conciencia, “eso”, no está.

Por lo tanto para Freud la palabra era un instrumento para acceder a lo que no es. Lacan va a decir luego que habría que revalorizar la palabra devolviéndole la dignidad que él consideraba que había perdido. Hubiese ocurrido así o no, lo que interesa aquí es que dignificarla va a consistir en ponerla en su sitio y su sitio es el de vía de acceso al inconsciente.

El concepto de inconsciente, como todo concepto de uso en la teoría psicoanalítica, surge de la necesidad de aprehender una realidad. Sabemos que la realidad es imaginaria y que el concepto intenta, recurriendo a lo simbólico, capturarlo. Fracasa siempre, la palabra como lo inconsciente son una fuente imparables y no capturables. Esto imparables va y viene en la experiencia analítica para que “eso” hable y nos permita aproximarnos. Con los casos felices, esto es lo que hacemos, ejercicios de aproximación al objeto a través de las palabras y de la transferencia que se ha podido generar y cuando las cosas van bien y el paciente llega al final del análisis, nos despedimos de él y de la cicatriz (a ser posible erotizada en el decir de Freud) dejada por la castrotración.

Los modelos teóricos ortopedistas han tendido a pensar lo inconsciente como algo cerrado mientras que el interés de Freud parece haber sido colocarlo del lado de lo no- realizado, en el borde de lo anticonceptual, donde *“el Ello es el maestro- brujo que repite una historia sin palabras...”*, como decía Piera Aulagnier.

Esta noción de inconsciente se revela una vez más en los finales de análisis y en par-

ricular en aquello donde el desamparo de la vida psíquica del analizante, como resto de una de las primeras experiencias de la vida, hace su entrada triunfal en la transferencia "sintomatizando" la separación con el analista. El desamparo, al igual que un invitado fuera del protocolo nos enseña su dificultad para erradicarlo, aunque antes haya sido re- colocado en el trayecto del trabajo analítico.

A través del agujero del desvalimiento retorna: 1) la soledad de ser consigo mismo (sin el analista), 2) la soledad de asumirse castrado, inacabado sabiendo que el único amor para siempre es el del silencio narcisista.

HABLEMOS DE EDIPO

Si hemos dicho ya que intentábamos una reflexión sobre un estilo freudiano que determina un estilo en psicoanálisis, que he nombrado como el estilo del padre, ¿cómo hacer esta reflexión sin pasar por la noción de Edipo?

En la tragedia recreada por Sófocles un oráculo declara que el hijo concebido por Yocasta mataría a su padre; según otras versiones, "el oráculo habría sido anterior a la concepción, para prohibir a Layo que engendrara un hijo, vaticinándole que si tenía uno, este hijo no solo lo mataría, sino que sería el causante de una espantosa serie de desgracias que hundirían su casa"

Layo prescindió del aviso y engendró a Edipo. Más tarde fue castigado por ello (Pierre Guimal). En ambas versiones, desatender la advertencia del oráculo tiene consecuencias.

El Edipo del que habla Freud insiste en los efectos de la transgresión. Por lo tanto, la aceptación de la ley y la prohibición del incesto serán en el mito freudiano lo que va a definir el destino del hombre como ser sexuado. La renuncia está aquí al servicio de la ganancia de una identidad sexual. En este sentido decimos, la disposición del sujeto a renunciar lo aleja de pérdidas innecesarias.

Querría ahora recordar brevemente lo que queda enunciado a modo de metáfora a

través del mito de Edipo. Podríamos decir que Edipo como texto es un pretexto para pensar cuatro elementos presentes en la posición del paciente ante el síntoma: Inconsciente; Culpa; Castración y Ley.

Este último, la ley, será el concepto bisagra en torno al cual giran los otros: si la prohibición del incesto es el fundamento de la castración, habrá un objeto que siempre estará prohibido para el sujeto. El objeto prohibido por obra de la represión funda lo inconsciente y su transgresión desencadena la culpa.

Se suele decir que "el mito funciona como argumento de una narración o como núcleo de una teoría"; en el caso de Edipo, el mito tiene un valor de uso puesto que constituye el término que ordena a través de sus enunciados la reflexión sobre la práctica clínica, aumentando su interés, el doble carácter de la configuración mítica: por un lado lo fijo, y por el otro lo mutable. Y es su aspecto mutable el que será recreado en la historia particular del analizante, y su aspecto fijo el que oriente a Freud en la construcción mítica de un complejo que como decía Gómez Pin "funda la dimensión histórica".

En esta misma dirección apunta Belinsky cuando dice: "El valor excepcional del mito indica un punto de inflexión en la historia del pensamiento que a él recurre, y si en ese punto, surge una reflexión acerca de los fundamentos, el mito en cuestión asume la forma de mito fundacional".

Es decir, mientras los fantasmas gobiernan la historia del sujeto, los mitos gobiernan, por lo menos en parte, el devenir social de los pueblos.

Freud decía en "El porvenir de una ilusión" que la función capital de la cultura era protegernos de la naturaleza, y entre líneas podemos leer... de las pulsiones. De aquí que podamos decir que los fantasmas y los mitos se entrelazan en un punto que interesa especialmente al psicoanálisis y a la dinámica de la transferencia ya que el punto de encuentro se produce en el fantasma originario.

¿Será ésta la causa del poder del mito? Esta forma narrativa de condensar la fuerza de lo simbólico y la potencia de lo imagina-



rio... ¿y no estará allí el motivo del hechizo que tiene para Freud el mito de Edipo? en tanto en esa peculiaridad que tiene el mito, en tanto que hay algo que muere, algo que nace y algo que resucita, Freud advierte que lo que resucita... *“resucita marcado por la muerte”*.

Me detengo en esto, porque comparto la opinión de aquellos que piensan que lo narrativo y lo mítico tiene un valor importante dentro de la discursividad psicoanalítica, valor que consiste en renunciar a los términos concluyentes de la teoría y soporitar lo interrogantes del porqué de su valor, sin olvidar el lugar que ocupa en la obra freudiana lo mítico, cuya valoración a su vez heredamos por transferencia.

“El pensamiento construye siempre un lugar de destinación, frente al cual la palabra despliega sus demostraciones, sus pruebas, sus efectos” (Pommier).

Es decir, que el sujeto conquista su subjetividad constituida en una intersubjetividad que lo constituye y opera a su vez sobre el sujeto como constituyente.

No es posible ser sin el otro y por ello siempre estamos transferidos al otro.

Piera Aulagnier destacaba *“la función del Yo como constructor que jamás descansa, e inventor, si es necesario, de una historia libidinal de la que extrae las causas que le hacen parecer razonables y aceptables las exigencias de las duras realidades con las que es preciso cohabitar: el mundo exterior y ese mundo psíquico que, en buena parte, permanece ignoto para él”*.

Sé que estoy recorriendo en este desarrollo una circularidad que se abre y luego vuelve a pasar por donde ya he estado, y debo decir que así es como entiendo el modelo freudiano, donde lo inconsciente es un campo a explorar lo suficientemente complejo como para aceptar que no se puede dar cuenta de él desde un modelo único: desde el lenguaje como naturaleza del inconsciente, y como instrumento desde el que operar, hasta un “más allá...” del lenguaje apuntado por Freud en *“El interés del psicoanálisis”*, cuando decía: *“lo inconsciente habla más de un dialecto y por ello repite, a la espera de dar con un oyente que*

descifre el mensaje...”

LEERA FREUD

Es descubrir la lengua materna y todo lo que ella implica no es disociable ni del deseo del autor, ni de la música de la propia lengua. Los textos de Freud soportan la traducción y la pérdida de una parte del sentido que lleva el paso de la lengua del escritor a la lengua del lector, pérdida inevitable.

Si hemos reconocido que no hay lectura ingenua, el recorte pulsional y los excesos narcisistas, se pueden desencadenar, hasta en el más afortunado encuentro con el texto freudiano.

La lectura de la obra será más o menos productiva, pero hay algo que emana de la retórica de Freud, y es: el saberse sujetado a su propio deseo de saber. En julio de 1900, en una carta a Fliess le dice: *“Estoy totalmente agotado por el trabajo y por cuanto con él se relaciona, germina, atrae, amenaza... los grandes problemas siguen aún irresueltos. Todo se mueve y asoma; es un verdadero infierno intelectual, con un estrato surgiendo tras otro y cubriéndose mutuamente”*.

Roustang recoge tres aspectos del estilo de Freud que, según él, forman parte del método analítico: el abandono, la deriva y la espera.

Y añade que es esa escritura particular que Freud supo inventar la que explica aún más la importancia de la transferencia en la cura. *“Mediante esta sucesión del abandono, la deriva y la espera, Freud pone en escena un acontecimiento - advenimiento o accidente- que él ha provocado y del cual deberá constantemente rendir cuentas”*.

En consecuencia el método está caracterizado por ese rasgo de “aventura” que tantas veces ha provocado las objeciones de algunos científicos. Para Freud la gran aventura es leer el pasado.

Esta manera audaz de abordar la investigación por “una punta cualquiera,” como si no tuviera mayor importancia, luego dar un salto y presentar una apreciación, encontrarse con otra, “ponerlas a prueba,” reunir varias propuestas, suprimir algunas, trope-

zar, seguir andando, sin saber a veces hacia donde va, por un "terreno removido" donde sólo es visible una parte sin dejar de buscar, "hasta encontrar algo en la profundidad..."; es un placer renovado que nos acompaña en la cotidianidad de la escucha analítica.

La búsqueda de Freud pareciera ser la búsqueda del padre como meta y como origen de un universo cultural, la lengua, donde se hilvanan los pensamientos que parecen viajar hacia ninguna parte, para llegar a un puerto, que lejos de ser arbitrario, resulta pre-existente y donde las ideas se enhebran en el incoloro hilo del tiempo.

Aulagnier decía: "*Toda demanda de análisis, salvo error de destinatario, responde a una motivación al servicio de un deseo de vida, o de un deseo de deseo: ella es la que lleva al sujeto ante el analista*". "*Sigo confiando en el poder de invención que todo descubrimiento fundamental vehiculiza*..."

Agregaría que el poder de invención del

analista es el que convoca a la pulsión de vida, a reforzar la acción de Eros a expensas de Tánatos, esto facilita el acceso al derecho y al placer de pensar, de disfrutar, de habitar el psiquismo con algo de verdad donde errar, donde poder reír, ya que no sólo están permitidos, sino que por estarlo, tienen el poder de modificación de todo conocimiento.

Para terminar, voy a citar una frase de Binswanger, a pesar de ser un representante destacado del movimiento existencial en psicología, movimiento que fue hostil a algunos conceptos freudianos como el de inconsciente. Esta frase de Binswanger resume mi relación con el psicoanálisis, y con el tema de la transferencia: "*A quien el psicoanálisis atrapa, ya no lo suelta*"



Bibliografía:

S. FREUD.

- "*La interpretación de los sueños*" cap. VI y VII
- "*Consejos al médico*."
- "*La iniciación del tratamiento*"
- "*La dinámica de la transferencia*"
- "*Recuerdo, repetición y elaboración*."
- "*Tótem y tabú*"
- "*El porvenir de una ilusión*"

(Obras completas – Ed. Rueda, Bs.As. y Amorrotu Editores)

J. LACAN.- "*La dirección de la cura y los principios de su poder*" Escritos I. Editorial Siglo XXI.

- "*Seminario IV y Seminario XI*" Editorial Paidós

M. SAFOUAN. "*La transferencia y el deseo del analista*" Editorial Paidós. Biblioteca de Psicología Profunda.

P. GAY. "*Freud: una vida de nuestro tiempo*" Editorial Paidós.

J. D. NASIO.- "*La voz y la interpretación*" Editorial Nueva Visión.

- "*El placer de leer a Freud*" Editorial Gedisa.

S. TISSERON, M. TOROK y otros: "*Le psychisme à l'épreuve des générations*" Edit. Dunod. Collection Inconscient et culture.

S. LE POULICHET. "*La obra del tiempo en psicoanálisis*" Amorrotu Editores.

J. SHLANGER. "*Numeró spécial de dossiers et documents du Monde*" Mai 1994.

J. BELINSKY.- "*El retorno del padre*" Editorial Lumen.

G. SYLVESTER VIERECK.- Entrevista realizada a S. Freud en 1930. Publicada en El País. Marzo de 1996

F. ROUSTANG. ". *Ya no lo suelta*" Editorial Siglo XXI

E. RUDINESCO.- "*¿Por qué el psicoanálisis?*" Editorial Paidós

- "*La batalla de cien años*" Tomo I. Editorial Paidós

V. KORMAN: "*El oficio del analista*" Editorial Paidós

ALAIN DIDIER-WEILL. "*Freud: relación con el judaísmo, el cristianismo, y el helenismo*." Edit Homo Sapiens

JOËL DOR. "*Clínica psicoanalítica*" Serie freudiana. Gedisa Editorial

E. LLEDÓ. "*El surco del tiempo*" Editorial Crítica

CARLOS GARCÍA GUAL: "*La mitología. Interpretaciones del pensamiento mítico*" Editorial Montesinos

PIERRE GRIMAL. Diccionario de mitología griega y romana. Editorial Paidós

Grupo de imagen corporal en trastornos de la alimentación: se hace camino al andar.

Joaquín Ponte Velón

Psicólogo Clínico.
Hospital de Zamudio, Bizkaia.

En el artículo se describe la terapia grupal realizada con pacientes de una Unidad especializada en Trastornos alimentarios del Hospital de Galdácano. Se sigue una metodología cognitivo conductual en la línea del trabajo de Rosen, J. C. y Cash, T. F. Sus objetivos principales son reducir la imagen corporal negativa y minimizar los síntomas de los trastornos alimentarios. El método utilizado es la evaluación pre y post grupo de siete pacientes. Se utiliza la T de Wilcoxon como medida estadística. Se produce una reducción significativa en el malestar con la imagen corporal, se reducen síntomas medidos por el E.A.T. y se consigue una ganancia en autoestima. El trabajo grupal en imagen corporal sirve para conseguir objetivos terapéuticos importante en la recuperación de trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia.

In this work we describe the Body Image Group Therapy Program done with patients coming to a eating Disorders Specialised Unit in Galdacano's Hospital. A cognitive behavioural methodology in the line of Rosen, J.C. and Cash, T. F is used in this group. Main aims are reducing the negative body image and reducing eating disorders' symptoms. The method is a pre-test pos-test comparison of means, using Wilcoxon paired samples T test. A significant reduction in negative body image is found, along with a decrease in symptoms measured by the E.A.T. and a better self esteem is apparent. Body image group therapy works to obtain important objectives in the cure of eating disorders as bulimia and anorexia nervosa.

INTRODUCCIÓN

El trabajo terapéutico con las mujeres afectadas por un trastorno de la alimentación está pautado en manuales clínicos de terapia cognitivo conductual (Fairburn, 1990). Estos trabajos proporcionan orientaciones claras al respecto para trabajar los temas de las dietas y atracones, como ir mejorando la alimentación, las ideas y conductas negativas. Sin embargo un aspecto primordial de estos trastornos suele quedar un tanto relegado y este es la distorsión en la imagen corporal. Las mujeres afectadas manifiestan una distorsión perceptiva sobre la percepción del tamaño de sus propios cuerpos, mantienen unas ideas irracionales acerca de los mismos y realizan conductas de evitación con respecto a todo

aquello relativo a la imagen, como exponer su cuerpo a la vista de otras personas, llevar determinadas ropas o proporcionar a sus cuerpos cuidados y atenciones. La imagen corporal negativa es causa de otros problemas como las conductas evitativas, los pensamientos automáticos negativos, los sentimientos disfóricos o la baja autoestima.

Los dos profesionales que quizás mas se han ocupado del tema con Rosen y Cash (Cash, 1987, 1996; Rosen, 1989). Ellos proporcionan un programa de trabajo estructurado basado en las técnicas cognitivo conductuales para la mejora de la imagen corporal. Se apoyan básicamente en el trabajo en grupos con las técnicas de:

- Relajación. Desensibilización imaginaria y posteriormente en vivo (enfrente del espe-

jo con ropa y posteriormente sin ella) con las áreas corporales percibidas negativamente como objetivos.

-Reestructuración cognitiva de los pensamientos automáticos negativos relacionados con la imagen.

-Exposición gradual a situaciones temidas relacionadas con la imagen corporal.

-Práctica de actividades reforzantes y placenteras para el cuerpo.

Todo esto lo planteamos realizar en grupos breves de unas 8-10 sesiones. Sin embargo ellos no suelen trabajar con trastornos de la alimentación. Nos propusimos trabajar con nuestras usuarias desde este punto de vista.

METODOLOGÍA

En cuanto a la metodología de trabajo el grupo se ha celebrado durante un curso lectivo una vez a la semana durante 1 hora y media. El grupo ha sido parcialmente abierto con tres incorporaciones a mitad de año. El enfoque básico era a través de dinámicas, trabajo en díadas y discusión en grupo grande. La orientación era activa, realizando una serie de tareas en la sesión y promoviendo el continuarlas en casa. Se promovía el establecimiento de lazos interpersonales entre las participantes en el grupo, creando a través de la interacción y de la amistad una red de apoyo.

La estructura típica de una sesión era:

- 1) Comienzo con una actividad de concienciación corporal del estilo usado en la expresión corporal: juegos, masaje, dinámicas grupales.
- 2) Puesta en común en parejas de lo realizado durante la semana en relación a las tareas encomendadas.
- 3) Debate grupal sobre los temas suscitados por la tarea.
- 4) Relajación o práctica de desensibilización sistemática.

Las normas grupales eran las comunes a cualquier grupo de terapia: respeto mutuo, no violencia, confidencialidad, no prohibíamos la socialización entre las componentes post-grupo. El grupo era llevado en co-terapia por dos psicólogos, mujer y hombre, jóvenes.

En cuanto a metodología de investigación hemos realizado evaluaciones al comienzo, y finalizado el grupo. Hemos de reseñar

que todas las usuarias tenían consulta psiquiátrica individual de seguimiento y dos de ellas, consulta psicológica al mismo tiempo

La descripción del proceso seguido por el grupo es común con otros grupos terapéuticos. Durante el primer trimestre se creó la matriz grupal, se creó el clima grupal de relación, confianza y apoyo. Se realizó un acercamiento a los temas relativos a la imagen corporal. En el segundo trimestre se produjo el establecimiento de liderazgos, pequeños subgrupos y se realizó el grueso del trabajo grupal de afrontamiento. En el tercer trimestre se profundizó en las tareas (desensibilización de zonas corporales, actividades de autocuidado físico). Se preparó y elaboró el cierre.

Una constante durante todo el grupo fue la constante ambivalencia frente al cambio. Esto provocaba un cumplimiento de las tareas irregular. Asumimos que el papel del grupo era motivar hacia el cambio, pero que era infructuoso el prescribirlo. Creemos de gran ayuda aquí el modelo de cambio de actitudes de Prochaska y Clemente. La mayoría de las asistentes al grupo se encuentran en el estado de ambivalencia. "Aunque la persona se compromete con la terapia, con posterioridad no cumple la mayoría de los compromisos. En ocasiones parece muy decidida al cambio, mientras que otras parece haberse instalado en la enfermedad. Hay una ambivalencia entre desear cambiar (en la consulta o ante una crisis de la enfermedad) y no desearlo" (Perez Sales, P., 1999).

SUJETOS, EVALUACIÓN (PRUEBAS UTILIZADAS).

Las asistentes al grupo tienen la mayoría un diagnóstico de bulimia (n=10) y una minoría de anorexias con conductas purgativas (N=3). La mayoría tienen entre 4 y 10 años de evolución, con una media de 6 años. Todas ellas llevaban ya tiempo en tratamiento y habían pasado por diversos centros y tratamientos. Las edades oscilan entre los 21 y los 27, con una media entorno a los 24 años.

Los tests utilizados para evaluar la sintomatología son la escala de autoestima de Rosenberg, y la escala de imagen corporal BSQ validado por Rosa María Raich, y el cuestionario EAT-46, aparte de otras técnicas



cas más cualitativas como el dibujo de la figura propia.

- El BSQ (Body Shape Questionary) de Taylor y Cooper et al, 1987. Es un cuestionario autoadministrado de 34 ítems, mediante una escala Likert de 6 puntos. El paciente responde en función de la aparición de síntomas relacionados con la imagen corporal en las últimas cuatro semanas. La puntuación total del cuestionario oscila entre 34 y 204 y se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems. No se han establecido puntos de corte específicos pero se han obtenido puntuaciones medias para pacientes con bulimia nerviosa (136,9) en comparación con medias obtenidas en una población general de mujeres (81,5). Consistencia interna 0,97. Fiabilidad test retest 0,88. Discrimina entre personas con un trastorno de la alimentación de aquellas sin trastorno de la alimentación alguno y de otras con una alta preocupación por su peso.

- El test de Rosenberg de autoestima es un test breve, con diez ítems con una puntuación de 1 a 4, con frases de autoestima generales con las que se puede estar de acuerdo en diferente medida.

- El EAT, test de actitudes alimentarias, consta de 40 ítems con una escala de seis alternativas, de las cuales solo puntúan las tres últimas de 1 a 3. La puntuación de corte se sitúa en 30 siendo la puntuación máxima de 120. La fiabilidad es 0,79 en muestras clínicas, su validez interna es de 0,61 y su consistencia interna de 0,93. En España se propuso un punto de corte de 20, ya que las españolas puntuaban más bajo que las americanas.

RESULTADOS

VALORACIÓN CUANTITATIVA

Hemos tomado como base para el cálculo de las medias aquellas usuarias de las que tenemos ambas evaluaciones pre y post. Incluimos a las otras por interés descriptivo. Si faltan datos es por que algunas no empezaron el grupo con las otras o no vinieron los días de las evaluaciones.

Vemos que la reducción media en el malestar en la imagen corporal es de 60 puntos. Vemos que parten de 170 una imagen corporal sensiblemente peor que las muestras de las que se obtuvieron los puntos de corte recomendados (136). Están mejor que esa muestra de referencia, 116 significa un trastorno de la imagen corporal reducido o

Evaluación de las usuarias pre y postratamiento.

Test Usuarias	BSH antes	APE QUES después	Rosenberg Antes	AUTO OEST después	EATING antes	DIS.Test Después
N1	187	126	34	25	59	34
N2	196	190	33	32	64	61
N3	145	144	31	34	50	63
N4		88		30		26
N6	159	111	24	17	34	10
N7		137		24		55
PRGRU.1	156	158	25	18	48	20
PRGRU.2	107		39		52	
AB.PRE.1	157		39		43	
AB.PRE.2	177		29		85	
_TRA.1	175		33		34	
1/2TRA.2	168	133	25	18	38	23
1/2TRA.3	182	72	31	12	67	21
MEDIAS	170,42	119,14	33,8	22,28	47,79	33,14
Desviación estandar	18,50	37,07	4,20	25,43	12,61	20,92
T de WILCOXON para pares asociados	1, significativo alf=0,0156		2, significvo alf=0,0234		2, significvo alf=0,0234	
T STUDENT Paramétrica	-2,39, no sign	Alfa=0,025 +/- 2,447	-1,97, no significativ		-1,31, no significativ	

moderado. Todavía tienen un arduo camino hasta llegar a la normalidad situada en una puntuación entorno a 86. Pero la reducción es significativa según la prueba no paramétrica de Wilcoxon utilizada por la escasa n muestral .

La ganancia en el test de autoestima general es de 11 puntos y la reducción el EAT es de 14 puntos. Estos efectos del tratamiento son potentes. En este año de tratamiento se logra salir de una psicopatología de intensidad moderada-fuerte a llegar casi al punto de corte (30) debajo del cual comienza la normalidad en lo que se refiere a síntomas del trastorno alimentario medidos por el EAT, uno de los tests mas utilizados en la literatura al respecto.. Vemos que la terapia de grupo junto con la individual logra reducir de forma significativa los síntomas.

Con lo cual podemos concluir que en el año de experiencia de grupo de imagen corporal de las usuarias que recibieron todo o casi todo el tratamiento mejoran en su sintomatología reduciéndola de forma significativa.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO GRUPAL

Tenemos un alto grado de abandonos un 43 %, dentro de ellos distinguimos abandono prematuro dentro del primer mes de terapia(50%), y abandono tardío(50%) o lo que hemos llamado como mitad de tratamiento.

Las primeras cuatro sesiones son informativas, preparatorias y se trata de crear un ambiente propicio. El compromiso de asistir al grupo que adquieren las usuarias es después de esas primeras 4 sesiones, por lo tanto a las 2 bajas habidas en ese momento no las consideramos abandonos, se trata de una fase de prueba. Las razones aducidas para los abandonos posteriores eran motivos de trabajo en un 70 %, estudios 20% y decisión personal en un 10%. Nosotros sabemos que estos trabajos eran reales y en una mayoría las usuarias estaban motivadas a continuar. Como anécdota divertida nosotros pensamos promocionar nuestro grupo el año que viene como el medio mejor para encontrar trabajo (tenemos un índice de éxitos superior al INEM).

VALORACIÓN CUALITATIVA

En cuanto a la valoración cualitativa por parte de las participantes el grupo ha sido apreciado muy positivamente sobre todo en el sentido de la universalidad del problema, el no sentirse solas, el poder desahogarse con compañeras en la misma situación ha sido de gran ayuda. La gente que mejoró más también mencionaba el grupo como incentivador al cambio.

En relación con la propia valoración cualitativa del equipo terapéutico hemos de manifestar que las ganancias en referencia al grupo que en cuanto a la psicopatología de imagen corporal son moderadas, produciéndose ciertos avances importantes en la propia valoración del cuerpo o en la reducción de conductas evitativas en relación a la imagen, se produce un cambio clínicamente significativo en las escalas de evaluación aunque la imagen diste todavía de ser normal. Un hecho significativo que concuerda con lo observado en otros grupos es que una participación continuada y activa permite mayores ganancias.

DISCUSIÓN

Resaltamos la dificultad del trabajo e imagen corporal dada la ambivalencia y el poder egosintónico de los síntomas del trastorno alimentario. El programa de Cash es una guía útil pero en un medio clínico con usuarias crónicas hay que marcarse metas mas pequeñas y realistas que se adapten mas a sus problemas. Como ejemplo todo el tratamiento basado en la desensibilización progresiva imaginaria y en vivo es muy difícil aplicarlo de forma completa. Las técnicas activas de juego, exposición en vivo, son rechazadas en principio por gran parte de las usuarias necesitándose un acercamiento muy gradual.

Creemos que existen toda una serie de ganancias de concienciación sobre el problema, cambio de actitud que no quedan reflejadas en los tests clínicos pero que en gran parte de esas usuarias que siguen igual, se están dando mejoras en cuanto a las actitudes hacia al cambio, en concreto en la mitad de las usuarias el paso de la fase de precontemplación a la fase de contemplación, y en la otra mitad de las usuarias de la contemplación a la acción .

Debemos señalar los factores que nosotros en ambos años hemos apreciado mas ha



sido la creación de una red de apoyo entre las participantes, a través de encuentros o llamadas fuera del grupo. Esta red les permitía sentirse parte de un grupo que luchaba contra una causa común, elevando sus ganas de afrontar activamente las dificultades. Nos sentimos de acuerdo con Frank, J. Que propugna que lo que ocurre con las personas que acuden en busca de ayuda psiquiátrica o psicológica es que se sienten desmoralizados e incapaces de afrontar sus problemas. La terapia proporcionaría una explicación o mito, crearía una relación de confianza y apoyo y plantearía un ritual de cura. Creemos que este grupo ha servido en gran medida para remoralizar a las usuarias a seguir planteando cara a sus dificultades.

Por otro lado tenemos el factor de la Disonancia cognitiva, con esto queremos decir que si alguien va a un grupo terapéutico en busca de ayuda, el no hacer nada contra su problema sería incongruente con sus propias ideas. Por lo tanto para ser coherente consigo mismo se anima a hacer cosas diferentes y coherentes con esa idea de intentar cambiar.

Una última observación tiene que ver con que las usuarias que más mejoran estaban en consulta psiquiátrica y psicológica individual, el resto solo tenía consulta psiquiátrica. Creemos que hace falta un input terapéutico importante, con un entrenamiento en técnicas concretas de control y manejo de síntomas para que realmente se arriesguen a cambiar de conductas.

Por último respecto al alto índice de abandonos es una constante que encontramos en todos los grupos que se realizan en la Unidad de trastornos Alimentarios de Galdakao. Aquí contamos con grupos de adolescentes, Crónicas, padres, grupo de

manejo de síntomas y relaciones interpersonales. Todos ellos tienen un índice de abandonos similar. Creemos que los factores que explican esto son: ambivalencia ante el cambio, carga egosintónica de los síntomas, fallos de enganche con el grupo, preferencia por otras actividades más gratificantes (trabajo). Creemos que en estos aspectos reproducen patrones similares a los usuarios adictos a drogas, en el sentido de evitación, falta de conciencia de enfermedad, ya que estos síntomas son altamente reforzantes en algunos aspectos.

CONCLUSIONES

En primer lugar hemos de constatar la importancia del trabajo en imagen corporal en estas personas. La distorsión de imagen corporal es un núcleo de su problema que causa muchísimo padecimiento y provoca muchos de los otros síntomas.

Podemos concluir que en el año de experiencia de grupo de imagen corporal de las usuarias que recibieron todo o casi todo el tratamiento mejoran en su sintomatología reduciéndola de forma significativa. Nuestro balance es positivo, creemos que el grupo es útil para que las usuarias se valoren más, se expongan más a situaciones estresantes y sigan activas en su lucha contra los síntomas del trastorno de la alimentación. Gracias a él mejoran parcialmente su imagen corporal, recuperan autoestima y controlan y reducen síntomas de los trastornos alimentarios.

Contacto

Joaquín Ponte Velón.

Psicólogo Clínico. Hospital de Zamudio,
Bizkaia.

Email: jponte@euskalnet.net

Bibliografía:

- FAIRBURN, C G.; PEVELER R.C., JONES R.; HOPE R; DOLL H.A. (1993) Predictors of 12 month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of clinical and consulting psychology*, 61, 696-698.
- CASH, T.F. (1996). Treatment of body image disturbances. En J.K. Thompson (ed) *Body image, eating disorders and Obesity: an integrative guide for assessment and treatment*. (83-107)
- CASH, T.F & BROWN T.A. (1987) Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature. *Behavior modification*, 11, 487-521.
- ROSEN, J.C.; SALTZBERG E.; SBRENIK D. (1989) Cognitive behaviour therapy for negative body image. *Behaviour therapy*, 20, 393-404.

Recomendaciones para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (I)

Practice guideline for the treatment of mayor depressive disorder (second edition)

Asociación Americana de Psiquiatría, 1999 |

Resumen de las recomendaciones para el tratamiento

Cada recomendación se identifica como correspondiente a una de las 3 categorías de aprobación, indicadas por números romanos entre corchetes después de cada afirmación. Las 3 categorías representan diversos niveles de fiabilidad clínica respecto a las recomendaciones:

- [I] Recomendado con fiabilidad clínica sustancial.
- [II] Recomendado con fiabilidad clínica moderada.
- [III] Puede recomendarse dependiendo de las circunstancias individuales.

Para facilitar el tratamiento con éxito de pacientes con trastorno depresivo mayor es necesario realizar una evaluación concienzuda del paciente [I]. El tratamiento consiste en una fase inicial, durante la cual se induce la remisión; una fase de continuación, durante la cual se conserva la remisión, y una fase de mantenimiento, durante la cual se protege al paciente susceptible de recaer en posteriores episodios de depresión mayor. Los psiquiatras que inician el tratamiento para un trastorno depresivo mayor tienen a su disposición diversas medicaciones, varios enfoques psicoterapéuticos, la terapia electroconvulsiva (TEC) y otras modalidades de tratamiento (p. ej., la terapia con luz) que pueden utilizarse solos o en combinación. El

psiquiatra debe determinar el entorno que tiene más probabilidades de garantizar la seguridad del paciente y a la vez fomentar la mejoría de su enfermedad [I].

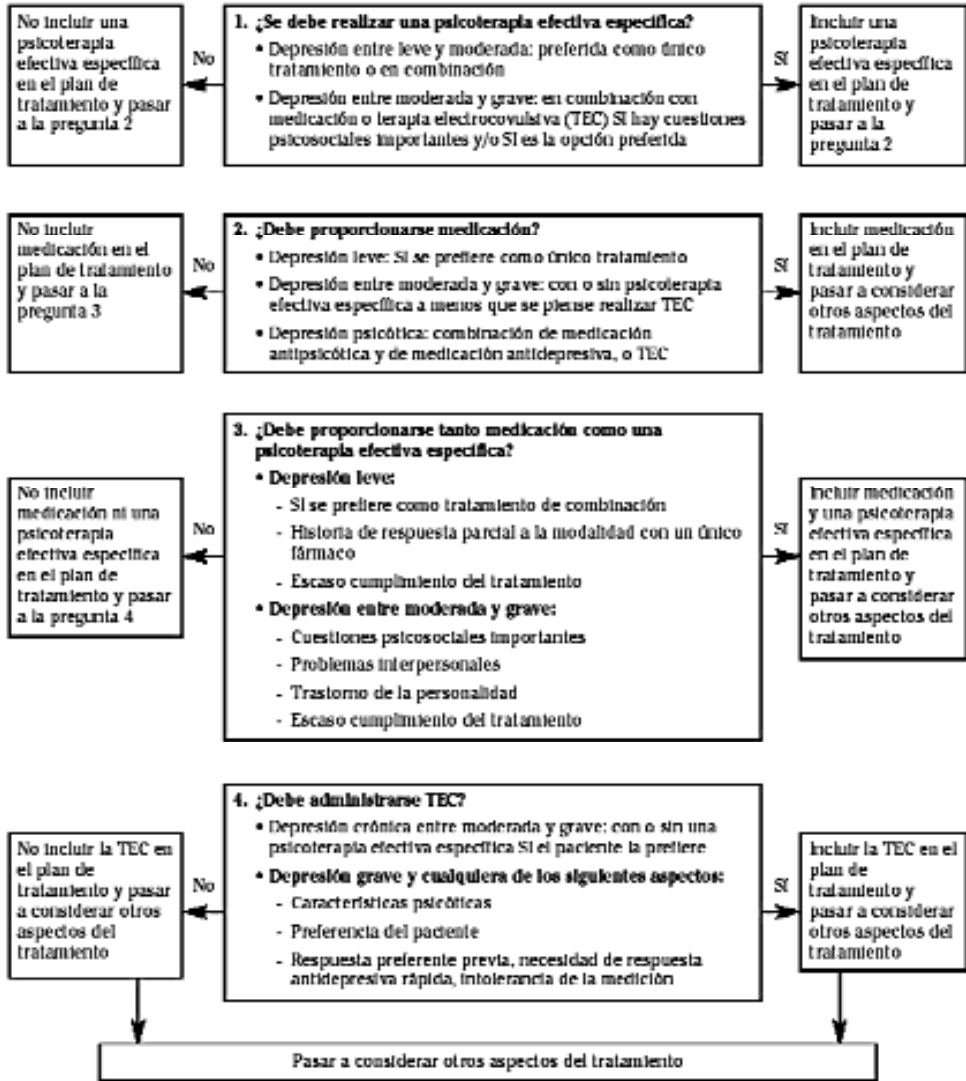
Atención psiquiátrica

La atención psiquiátrica consiste en una amplia gama de intervenciones y actividades que deben determinar los psiquiatras para todos los pacientes con trastorno depresivo mayor [I]. Independientemente de las modalidades específicas de tratamiento seleccionadas, es importante continuar proporcionando atención psiquiátrica a lo largo de todas las fases del tratamiento. Los componentes específicos de la atención psiquiátrica que hay que ofrecer a todos los pacientes incluyen la realización de una evaluación diagnóstica, la evaluación de la seguridad del paciente y de quienes le rodean, y del nivel de deterioro funcional, la determinación del emplazamiento del tratamiento, el establecimiento y mantenimiento de una alianza terapéutica, la monitorización de la seguridad y del estado psicopatológico, además de proporcionar información a los pacientes y a sus familias, fomentar que el paciente siga correctamente el tratamiento y trabajar con los pacientes para afrontar los primeros signos de recaída.

Fase aguda

Elección de una modalidad de tratamiento inicial

Figura 1. Elección de las modalidades de tratamiento para el trastorno depresivo mayor.



En la fase inicial, además de proporcionar atención psiquiátrica, el psiquiatra puede elegir entre diversas modalidades de tratamiento inicial, incluidas la farmacoterapia, la psicoterapia, la combinación de medicaciones más psicoterapia o la TEC [1]. La selección de una modalidad de tratamiento inicial debería tener en cuenta los factores clínicos (p. ej., la gravedad de los síntomas) y de otro tipo (p. ej., las preferencias del paciente) (Fig. 1)

Medicación antidepressiva

Si el paciente así lo prefiere, se pueden administrar medicaciones antidepressivas como modalidad de tratamiento primario

inicial para el trastorno depresivo mayor leve [1]. Se deben administrar medicaciones antidepressivas para el trastorno depresivo mayor grave a menos que se piense utilizar TEC [1]. Para la depresión psicótica se debería utilizar una combinación de medicaciones antipsicóticas y antidepressivas o TEC [1].

Psicoterapia

Se puede considerar la posibilidad de administrar una psicoterapia efectiva y específica como única modalidad de tratamiento inicial en pacientes con trastorno depresivo mayor entre leve y moderado [1]. La preferencia del paciente por los



enfoques psicoterapéuticos es un factor importante que se debe tener en cuenta para tomar la decisión. Algunas de las características clínicas que pueden sugerir el uso de intervenciones psicoterapéuticas son la presencia de factores estresantes psicosociales significativos, de conflicto intrapsíquico, de dificultades interpersonales o de un trastorno comórbido del eje II [I].

Psicoterapia más medicaciones antidepressivas

La combinación de una psicoterapia efectiva específica de una medicación puede constituir una elección útil para el tratamiento inicial en pacientes con problemática psicosocial no resuelta, problemas de relación interpersonal o un trastorno comórbido del eje II asociado un trastorno depresivo mayor entre moderado y grave [I]. Además, los pacientes que tienen un antecedente e respuesta sólo parcial a los ensayos adecuados con modalidades únicas de tratamiento pueden mejorar con tratamiento combinado. Un seguimiento incorrecto de los tratamientos también puede justificar el uso de modalidades de tratamiento combinado.

Terapia electroconvulsiva

Se debe considerar la TEC para el tratamiento de los pacientes con trastorno depresivo mayor y con síntomas y deterioro funciona muy grave o en los casos en los que se observan síntomas psicóticos o catatonía [I]. La TEC también puede ser la modalidad de tratamiento preferida para pacientes que tienen una necesidad urgente de respuesta, como, por ejemplo, los pacientes que tienen ideas suicidas o que rechazan el alimento y presentan riesgo de desnutrición [II].

Elección de un tratamiento farmacológico específico

Las medicaciones antidepressivas que han demostrado su efectividad aparecen en la tabla 1 [II]. La efectividad de las medicaciones antidepressivas suele ser similar para las diferentes clases de medicaciones y para los fármacos dentro de cada clase. Por lo tanto, la selección inicial de una medicación antidepressiva se basará en gran medida en los efectos secundarios previstos, en la seguridad o tolerabilidad de esos efectos

secundarios para cada paciente concreto, en las preferencias del paciente, en la cantidad y la calidad de los datos clínicos de los que se dispone, y en su coste (véase el apartado V.A. 1.) [I]. Teniendo en cuenta estas consideraciones, es probable que las siguientes medicaciones sean adecuadas para la mayoría de pacientes: inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), desipramina, nortriptilina, bupropión y venlafaxina. En general, se debe restringir el uso de los inhibidores de la monoaminooxidasa (MAO) a los pacientes que no responden a otros tratamientos, debido a sus posibles efectos secundarios graves y a la necesidad de establecer restricciones en la dieta. Los pacientes con trastorno depresivo mayor que presentan características atípicas constituyen un grupo para el cual diversos estudios sugieren que los inhibidores de la MAO pueden resultar especialmente efectivos. No obstante, en la práctica clínica muchos psiquiatras empiezan con ISRS en este tipo de pacientes debido a su mejor perfil de efectos adversos.

Puesta en práctica

Cuando la farmacoterapia forma parte del plan de tratamiento, debe integrarse en la atención psiquiátrica y en cualquier otro tratamiento que se esté llevando a cabo (p. ej., psicoterapia) [I]. Una vez se ha seleccionado una medicación antidepressiva, puede iniciarse con las dosis sugeridas en la tabla 1 [I]. El aumento gradual de las dosis hasta llegar a dosis terapéuticas completas normalmente puede conseguirse a lo largo de la(s) primera(s) semana(s) de tratamiento, pero puede variar dependiendo del desarrollo de efectos secundarios, de la edad del paciente y de la presencia de enfermedades comórbidas. Los pacientes que han empezado a tomar una medicación antidepressiva requieren monitorización precisa para evaluar su respuesta a la farmacoterapia, la aparición de efectos secundarios, situación clínica y seguridad [I] (Fig. 2). Algunos de los factores que se deben tener en cuenta para determinar la frecuencia de la monitorización del paciente son la gravedad de la enfermedad, la cooperación del paciente con el tratamiento, la disponibilidad de apoyo social y la presencia de problemas médicos generales comórbidos. Las visitas también deberían tener la fre-

cuencia necesaria para monitorizar y controlar el riesgo de suicidio y para fomentar el cumplimiento del tratamiento. En la práctica, la frecuencia de la monitorización durante la fase inicial de la farmacoterapia puede variar desde una vez por semana en casos rutinarios hasta varias veces por semana en casos más complejos.

Ausencia de respuesta

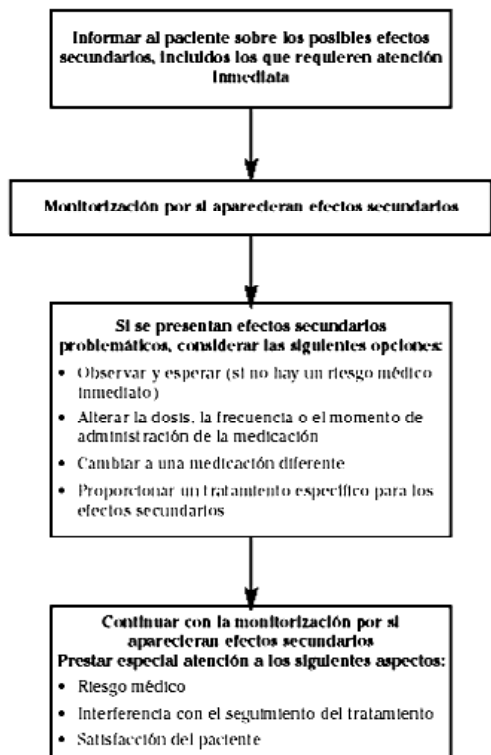
Si no se observa al menos una mejoría moderada después de 6-8 semanas de farmacoterapia, se debería evaluar de nuevo el régimen de tratamiento [1]. En el apartado "Ausencia de respuesta, de la fase aguda," eligiendo una tratamiento farmacológico específico se revisan las opciones

Tabla 1. Medicaciones antidepressivas usadas frecuentemente.

Nombre genérico	Dosis inicial (mg/día) ^a	Dosis usual
Tricíclicos y tetracíclicos		
<i>Tricíclicos de aminas terciarias</i>		
Amitriptilina	25-50	100-300
Clomipramina	25	100-250
Doxeplina	25-50	100-300
Imipramina	25-50	100-300
Trimipramina	25-50	100-300
<i>Tricíclicos de aminas secundarias</i>		
Desipramina ^b	25-50	100-300
Nortriptilina ^b	25	50-200
Protriptilina	10	15-60
<i>Tetracíclicos</i>		
Amoxapina	50	100-400
Maprotilina	50	100-225
Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina^c		
Citalopram	20	20-60 ^d
Fluoxetina	20	20-60 ^d
Fluvoxamina	50	50-300 ^d
Paroxetina	20	20-60 ^d
Sertralina	50	50-200 ^d
Inhibidores de la recaptación de la dopamina-norepinefrina		
Bupropión ^e	150	300
Bupropión, liberación sostenida	150	300
Inhibidores de la recaptación de la serotonina-norepinefrina		
Venlafaxina ^b	37,5	75-225
Venlafaxina, liberación extendida	37,5	75-225
Moduladores de la serotonina		
Nefazodona	50	150-300
Trazodona	50	75-300
Modulador de la norepinefrina-serotonina		
Mirtazapina	15	15-45
Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO)		
<i>Irreversibles, no selectivos</i>		
Fenelcina	15	15-90
Tranilcipromina	10	30-60
<i>Inhibidores reversibles de la MAO A</i>		
Moclobemida	150	300-600
Inhibidor selectivo de la recaptación de la noradrenalina		
Reboxetina	- ^f	- ^f

^a Se recomiendan dosis iniciales menores para los pacientes ancianos y para los pacientes que presentan trastorno de angustia, ansiedad significativa o enfermedad hepática, y comorbilidad general.
^b Es probable que estas medicaciones resulten óptimas por lo que se refiere a la aceptación de los efectos por parte del paciente, la seguridad y la cantidad y calidad de los datos disponibles en los ensayos clínicos.
^c La dosis varía según el diagnóstico, en el texto se proporcionan directrices específicas.
^d Se espera la aprobación de la *Food and Drug Administration*. Cuando sea posible, consultar las instrucciones del fabricante o el *Widemedcum* para conocer las dosis iniciales y usuales recomendadas. Elegir otro antidepressivo de la misma clase, si dos ensayos previos con medicación de la misma clase han resultado inefectivos, elegir un antidepressivo de una clase diferente.

Figura 2. Control de los efectos secundarios de la medicación.

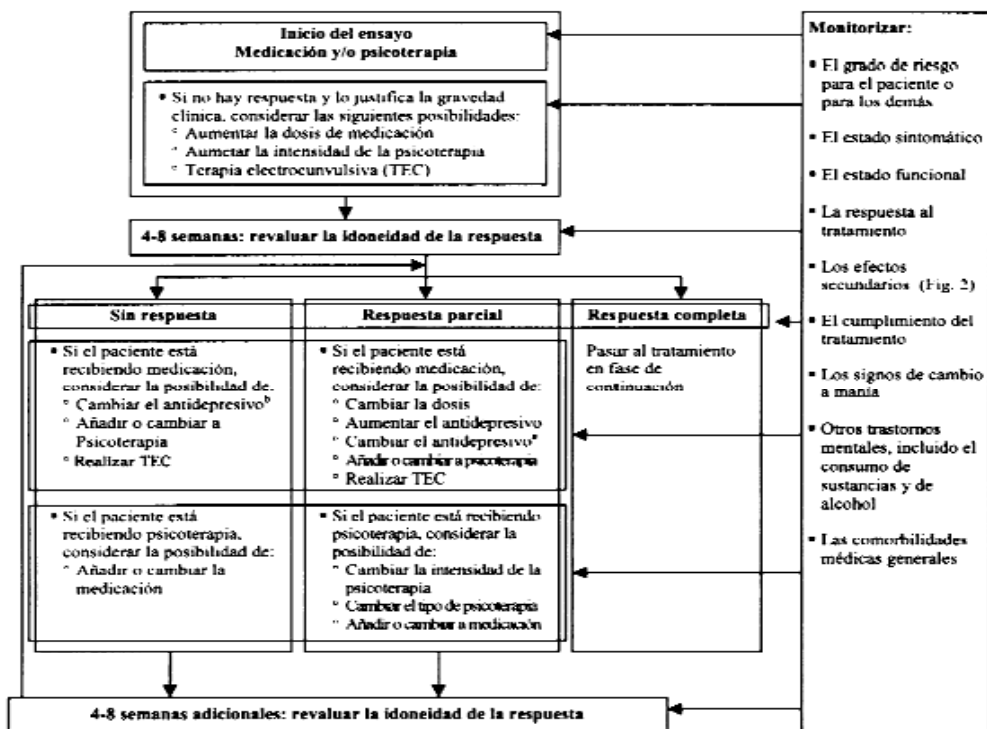


para ajustar el régimen de tratamiento cuando sea necesario. Tras cualquier cambio en el tratamiento es necesario seguir monitorizando atentamente al paciente. Si no se produce al menos una mejoría moderada de los síntomas del trastorno depresivo mayor después de otras 68 semanas de tratamiento, el psiquiatra debería realizar otra revisión. En la figura 3 se presenta un algoritmo que señala la secuencia de los pasos que se deben seguir para los pacientes que no responden de forma completa al tratamiento.

Elección de una psicoterapia específica

La terapia cognitiva-conductual y la terapia interpersonal son los enfoques psicoterapéuticos que tienen documentada una mayor eficacia en las publicaciones sobre el tratamiento específico del trastorno depresivo mayor, aunque no se han publicado estudios rigurosos que evalúen la eficacia de la psicoterapia psicodinámica [1]. Cuando se usa la psicoterapia psicodinámica como tratamiento específico, además del alivio de los síntomas, suele asociarse a objetivos más amplios a largo plazo. Las

Figura 3. Tratamiento del trastorno depresivo mayor en fase aguda.



* Elegir otro antidepresivo de la misma clase, si dos ensayos previos con medicación de la misma clase han resultado inefectivos, elegir un antidepresivo de una clase diferente.

preferencias del paciente y la disponibilidad de clínicos con preparación y experiencia apropiadas en un determinado enfoque psicoterapéutico también son factores que influyen en la elección de una forma concreta de psicoterapia.

Puesta en práctica

Cuando la psicoterapia forma parte del plan de tratamiento, debe integrarse en la atención psiquiátrica y en cualquier otro tratamiento que se esté proporcionando (p. ej., tratamiento médico) [I]. No se ha evaluado de forma rigurosa en estudios controlados la frecuencia óptima de aplicación de la psicoterapia. El psiquiatra debería tener en cuenta múltiples factores a la hora de determinar la frecuencia para cada paciente concreto, incluido el tipo específico de psicoterapia y sus objetivos, la frecuencia necesaria para crear y mantener una relación terapéutica, la frecuencia de las visitas necesarias para asegurar el seguimiento del tratamiento, y la frecuencia necesaria para monitorizar y controlar las intenciones suicidas. La frecuencia de las visitas ambulatorias durante la fase aguda suele variar entre una vez a la semana en los casos rutinarios y varias veces a la semana.

Independientemente del tipo de psicoterapia seleccionada, es necesario monitorizar atentamente la respuesta del paciente al tratamiento [I].

Si la atención al paciente implica a más de un clínico, es esencial que todos los clínicos tengan el contacto suficiente con el paciente y entre sí para asegurar que todos disponen de la información relevante para guiar las decisiones de tratamiento [I].

Ausencia de respuesta

Si tras 4-8 semanas de tratamiento no se

observa al menos una mejoría moderada, entonces es necesario revisar a fondo y reevaluar el diagnóstico, las cuestiones y enfermedades que lo complican, así como el plan de tratamiento [I]. En la figura 3 y en el apartado de "Ausencia de respuesta, tras elección de una psicoterapia específica en la fase aguda" se revisan las opciones que se deben tener en cuenta.

Elección de medicaciones más psicoterapia

En general, los mismos aspectos que influyen en la elección de una medicación o psicoterapia concretas cuando éstas se utilizan individualmente son las que hay que tener en cuenta cuando se eligen tratamientos para modalidades de combinación [I].

Evaluación de la idoneidad de la respuesta

Durante los tratamientos en fase inicial no es infrecuente que los pacientes presenten una respuesta importante pero incompleta por lo que se refiere a la reducción de los síntomas o a la mejora del funcionamiento. Es importante no acabar la fase inicial del tratamiento en este tipo de pacientes, ya que a menudo la respuesta parcial está asociada a una mala evolución funcional. Cuando se observa que los pacientes no han respondido de forma completa a un tratamiento en fase inicial, se debe considerar la posibilidad de cambiar el tratamiento según las directrices que se señalan en la figura 3 [II].

Fase de continuación

Durante las 16-20 semanas que siguen a la remisión, los pacientes que han recibido tratamiento con antidepresivos en la fase aguda deben recibir mantenimiento con esos fármacos para evitar la recaída [I]. En general, la dosis usada en la fase aguda es la que se utiliza también en la fase de continuación. Aunque se ha estudiado menos el uso de psicoterapia en la fase de conti-

Tabla 2. Consideraciones que se deben tener en cuenta en la decisión de usar tratamiento de mantenimiento.

Factor	Componente
Riesgo de recidiva	Número de episodios previos, presencia de enfermedades comórbidas; síntomas residuales entre episodios.
Gravedad de los episodios	Ideas suicidas; características psicóticas; deterioro funcional grave.
Efectos secundarios experimentados con el tratamiento continuado.	
Preferencias del paciente.	



nuación para evitar la recaída, existe una evidencia creciente que apoya el uso de una psicoterapia efectiva específica durante la fase de continuación [I]. El uso de la TEC en la fase de continuación ha sido objeto de poco estudio formal, pero puede resultar útil en pacientes que no han conseguido mantener la estabilidad durante la fase de continuación ni con medicación ni con psicoterapia [II]. La frecuencia de las visitas debe determinarse según el estado clínico del paciente y según los tratamientos específicos que se estén aplicando,

Fase de mantenimiento

Tras la fase de continuación debe considerarse la posibilidad de iniciar el tratamiento en la fase de mantenimiento para evitar las recidivas del trastorno depresivo mayor [I]. En la tabla 2 se comentan los factores que hay que tener en cuenta.

En general, el tratamiento que ha sido efectivo en las fases inicial y de continuación es el que debería utilizarse en la fase de mantenimiento [II]. Normalmente se utilizan las mismas dosis completas de medicación

Tabla 3. Factores de riesgo para la recidiva del trastorno depresivo mayor.

Historia previa de múltiples episodios de trastorno depresivo mayor

Persistencia de síntomas distímicos después de la recuperación de un episodio de trastorno depresivo mayor

Presencia de un diagnóstico psiquiátrico no afectivo adicional

Presencia de un trastorno médico general crónico

antidepresiva que en las fases previas del tratamiento; todavía no se ha estudiado con profundidad el uso de dosis menores de medicación antidepresiva en la fase de mantenimiento. Por lo que se refiere a la terapia cognitiva-conductual y a la terapia interpersonal, los tratamientos en fase de mantenimiento suelen implicar una reducción de la frecuencia de las visitas (p. ej., una vez al mes).

La frecuencia de las visitas en la fase de mantenimiento debe determinarse según el estado clínico del paciente y según los tratamientos concretos que se estén llevando a cabo. La frecuencia necesaria podría oscilar entre sólo una vez cada 2-3 meses para los pacientes estables que sólo necesitan atención psiquiátrica y monitorización de la medicación hasta varias veces a la semana para aquellos que están siguiendo psicoterapia psicodinámica.

Interrupción del tratamiento activo

La decisión de interrumpir un tratamiento activo debería basarse en los mismos factores considerados para decidir iniciar el tratamiento de mantenimiento, incluidas la probabilidad de recaída, la frecuencia y la gravedad de episodios anteriores, la persistencia de los síntomas distímicos tras la recuperación, la presencia de trastornos comórbidos y las preferencias del paciente [I]. Además de los factores que aparecen en las tablas 2 y 3, los pacientes y sus psiquiatras deberían tener en cuenta la respuesta a los tratamientos de mantenimiento, considerando los efectos tanto positivos como adversos. En el apartado III se comentan las características clínicas específicas que tendrán influencia en el tratamiento general.

Evaluar la idoneidad de la respuesta al tratamiento

El objetivo del tratamiento del trastorno depresivo mayor en fase aguda es devolver a los pacientes a sus niveles basales de estado funcional y sintomático. No obstan-

te, no es infrecuente que los pacientes presenten una respuesta importante pero incompleta por lo que se refiere a la reducción de los síntomas o a la mejoría del funcionamiento durante el tratamiento en fase aguda. Es importante no dar por acabada la fase aguda del tratamiento en esos pacientes, ya que una respuesta incompleta suele ir asociada a evoluciones funcionales deficientes.

Para identificar a los pacientes que no han conseguido una respuesta completa al tratamiento y evaluar formalmente hasta qué punto los pacientes han vuelto a su nivel basal, se pueden utilizar elementos de medida estructurados de la gravedad de los síntomas de la depresión y del estado funcional. Cuando se observa que los pacientes no han respondido a un tratamiento en fase aguda, se debe considerar la posibilidad de cambiar de tratamiento,

tal y como se señala en la figura 3.

Fase de continuación

Durante las 16-20 semanas que siguen a la remisión, los pacientes que han recibido tratamiento con medicaciones antidepresivas durante la fase aguda deberían seguir tomando esos fármacos para evitar la recaída. En general, la dosis usada en la fase aguda se usa también en la fase de continuación. Algunos médicos combinan una reducción de la dosis con una monitorización muy atenta en la fase de continuación, aunque no hay datos que apoyen la efectividad de este enfoque. Aunque se ha estudiado menos el uso de psicoterapia en la fase de continuación para prevenir la recaída, cada vez son más las pruebas que apoyan el uso de una psicoterapia efectiva específica durante esta fase. El uso de la TEC en la fase de continuación no ha sido objeto de mucho estudio formal. La frecuencia de las visitas debe determinarse según el estado clínico del paciente y según los tratamientos concretos que se realizan.

La frecuencia de las visitas puede variar durante la fase de continuación. En el caso de pacientes estables, para quienes las visitas tienen el objetivo de proporcionar atención psiquiátrica, la frecuencia podría ser de una vez cada 2-3 meses. Para otros pacientes, como aquellos que están recibiendo psicoterapia activa, la frecuencia necesaria puede llegar a ser de hasta varias veces a la semana. Si el tratamiento en fase de mantenimiento no está indicado para pacientes que siguen estables después de la fase de continuación, se puede considerar la posibilidad de interrumpirlo, en cuyo caso se debe monitorizar atentamente a los pacientes por si presentaran recaída, y en tal circunstancia se debería restaurar inmediatamente el tratamiento.

Fase de mantenimiento

Como media, un 50-80% de los pacientes con un único episodio depresivo mayor presenta al menos otro episodio más. Por lo tanto, tras la fase de continuación se debe considerar la posibilidad de realizar tratamiento de mantenimiento para evitar la recidiva de episodios depresivos mayores. Para decidir si se realiza tratamiento de mantenimiento se deben tener en cuenta

los factores incluidos en la tabla 2.

En general, el tratamiento que ha resultado efectivo en las fases aguda y de continuación es el que debería usarse en la fase de mantenimiento. Se suelen utilizar las mismas dosis completas de medicación antidepresiva que se utilizaron en las fases anteriores del tratamiento; no se ha estudiado con profundidad el uso de dosis menores de la medicación antidepresiva en la fase de mantenimiento. Para la terapia cognitiva-conductual y la terapia interpersonal, los tratamientos en fase de mantenimiento suelen incluir una reducción de la frecuencia de las visitas (p. ej., una vez al mes). La psicoterapia psicodinámica suele continuar con la misma frecuencia en un esfuerzo por explorar el papel de los trastornos del eje II o de otros factores psicológicos como aspectos que predisponen a los episodios depresivos.

Aunque no se ha estudiado con profundidad la efectividad de las combinaciones de medicación antidepresiva y psicoterapia en la fase de mantenimiento, ese tipo de combinación podría constituir una opción para algunos pacientes. Los pacientes que presentan episodios depresivos mayores recurrentes, trastorno depresivo mayor moderado o grave a pesar de un tratamiento farmacológico óptimo o los pacientes que no son médicamente aceptables como candidatos para este tipo de tratamiento pueden recibir TEC periódica para su mantenimiento. Se han estudiado muy poco las otras modalidades de tratamiento en la fase de mantenimiento.

De forma similar a lo que ocurre en la fase de continuación, en la de mantenimiento puede variar la frecuencia de las visitas. La frecuencia necesaria puede variar desde sólo una vez cada varios meses para los pacientes estables que requieren únicamente atención psiquiátrica y monitorización de la medicación, hasta incluso una o dos veces a la semana para quienes reciben psicoterapia psicodinámica. La TEC de mantenimiento suele administrarse una vez al mes; las personas para quienes esta frecuencia es insuficiente pueden mejorar si realizan el tratamiento a intervalos más frecuentes. No se conoce la duración óptima del tratamiento de mantenimiento, que también puede variar dependiendo de la



frecuencia y de la gravedad de las recidivas, según la tolerabilidad de los tratamientos y según las preferencias del paciente. Para algunos pacientes, el tratamiento de mantenimiento puede ser necesario de forma indefinida.

Interrupción del tratamiento activo

No se ha estudiado de forma sistemática cómo determinar el momento y el método precisos para interrumpir la psicoterapia y la farmacoterapia como tratamientos de la depresión. La decisión de interrumpir el tratamiento de mantenimiento debe basarse en los mismos factores que se consideraron para decidir iniciarlo, incluidas la probabilidad de recidiva, la frecuencia y la gravedad de los episodios pasados, la persistencia de síntomas depresivos después de la recuperación, la presencia de trastornos comórbidos y las preferencias del paciente. Además de los factores que aparecen en las tablas 2 y 3, los pacientes y sus psiquiatras deberían considerar la respuesta del paciente al tratamiento de mantenimiento por lo que se refiere a los efectos tanto beneficiosos como adversos. Cuando se toma la decisión de interrumpir o dar por finalizada la psicoterapia en la fase de mantenimiento, la forma de hacerlo debe determinarse de manera individualizada según las necesidades de cada paciente y dependiendo del tipo de psicoterapia y de la duración y la intensidad del tratamiento. Por ejemplo, un tratamiento de mantenimiento con terapia cognitiva-conductual puede haber tenido una duración planeada inicialmente y que no se haya necesitado más tiempo para concluirlo, mientras que, por el contrario, una psicoterapia psicodinámica de larga duración puede requerir más tiempo y atención antes de darla por terminada. Cuando se toma la decisión de interrumpir la farmacoterapia de mantenimiento, es mejor reducir gradualmente la medicación a lo largo de al menos varias semanas. Esa reducción gradual puede permitir la detección de los síntomas emergentes o de las recidivas cuando los

pacientes siguen en tratamiento parcial y, por lo tanto, es más fácil que vuelvan a una intensidad terapéutica plena. Además, esa reducción gradual puede ayudar a minimizar los riesgos de los síndromes de retirada de la medicación antidepresiva⁹, que son problemáticos porque sus síntomas incluyen las alteraciones del estado de ánimo, de la energía, del sueño y del apetito, y se pueden confundir con signos de recaída¹⁰. Se ha observado que los síndromes de interrupción de la medicación son más frecuentes cuando la medicación tiene una vida media más corta, y los pacientes que reciben tratamiento de mantenimiento con fármacos de acción más corta deberían contar con una reducción aún más gradual y prolongada¹¹.

Tras la interrupción del tratamiento activo es necesario recordar a los pacientes que existe la posibilidad de una recaída en la depresión. Se deben revisar los primeros signos de un trastorno depresivo mayor y se debe establecer un plan para buscar tratamiento en caso de que reaparezcan los síntomas. Es necesario seguir monitorizando a los pacientes durante los meses siguientes para identificar en qué casos se ha producido recaída. Si un paciente sufre una recaída al interrumpirse la medicación, se debe retomar el tratamiento inmediatamente. En general, deberá considerarse la vuelta al régimen de tratamiento anterior, al que el paciente había respondido durante las fases aguda y de continuación. Cuando los pacientes recaen después de interrumpirse la terapia con medicación antidepresiva, se debe considerar que han sufrido otro episodio del trastorno depresivo mayor y que necesitan otra ronda de tratamiento adecuado en fase aguda, seguido de un tratamiento en fase de continuación y quizá tratamiento en fase de mantenimiento.





Bibliografia:

1. Agency for Healthcare Policy Research: Evidence Report on Treatment of Depression-Newer Pharmacotherapies. San Antonio Evidence-Based Practice Center. Washington, DG, AHCPR, Evidence-Based Practice Centers, 1999.
2. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder. Am J Psychiatry 1994; 151 (Dic Supl).
3. American Psychiatric Association: Practice Guideline for Psychiatric Evaluation of Adults. Am J Psychiatry 1995; 152 (Nov Supl): 63-80.
4. Lin EH, von Korff M, Katon W, Bush T, Simon GE, Walker E et al. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. Med Care 1995; 33: 67-74.
5. Thase ME, Rush AJ. Treatment-resistant depression. En: Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress. Edit. Bloom F, Kupfer DJ. New York: Raven Press, 1995; 1081-1097.
6. Frank E, Kupfer DJ. Axis II personality disorders and personality features in treatment-resistant and refractory depression. En: Treatment Strategies for Refractory Depression. Edit. Roose SP, Glassman AH. Washington, DG: American Psychiatric Press, 1990; 207-221.
7. Goldman W, McCulloch J, Cuffel B, Zarja DA, Suarez A, Burns BJ. Outpatient utilization patterns of integrated and split psychotherapy and pharmacotherapy for depression. Psychiatr Serv 1998; 49: 477-482.
8. Cray SH. Developing practice guidelines for psychoanalysis. J Psychother Pract Res 1996; 5: 213-227.
9. Coyne JC. Strategic therapy. En: Affective Disorders and the Family: Assessment and Treatment. Edit. Clarkin JF, Haas GL, Glick JD. New York: Guilford, 1988; 89-113.
10. Lejoyeux M, Ades J. Antidepressant discontinuation: a review of the literature. J Clin Psychiatry 1997; 58 (Supl 7): 11-16.
11. Coupland NJ, Bell CJ, Potokar JP. Serotonin reuptake inhibitor withdrawal. J Clin Psychopharmacol 1996; 16: 356-362.

WENCESLAO LOPEZ ALBO

(1 8 8 9 - 1 9

Oscar Martínez Azumendi

Médico Psiquiatra

Nacido en Cantabria en 1889, pasó los primeros años de su infancia en Colindres. Estudió Medicina en Valladolid, doctorándose en Madrid con Sobresaliente y Premio Extraordinario. Posteriormente trabajó en su Hospital General con Nicolás Achúcarro. Igualmente acudió al Laboratorio de Histología de la Junta para la Ampliación de Estudios, así como al Manicomio de Ciempozuelos con Gayarre. Mas tarde se desplazó a Berlín en viaje de estudios, donde visitó los Servicios de los profesores Bonhoeffe, Lewandowski, Krause y Oppenheim. De aquí pasó a Francia a estudiar con Pierre Marie y posteriormente con el profesor Föester, que dirigía una clínica donde se realizaron algunas de las primeras intervenciones quirúrgicas sobre el sistema nervioso.

A su vuelta, en 1915, abre en Bilbao una consulta privada para enfermedades del sistema nervioso que pronto adquiere una excelente reputación. Más tarde será nombrado Jefe de la Consulta de Neuropsiquiatría del Hospital Civil de Bilbao, donde desarrolló una importante tarea especialmente dedicada a la neurología. Además, entre 1924 y 1936, la Gaceta Médica del Norte y la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (ambas nacidas en 1895), adquirieron un nuevo dinamismo gracias a la entusiasta aportación de una nueva generación de médicos, entre los que se encontraba López Albo.

El Dr. López Albo fue socio fundador de la

Asociación Española de Neuropsiquiatras en 1924, enviando por correo su voto de adhesión desde Bilbao. En esa reunión fundacional es elegido vocal, cargo que mantuvo hasta la Reunión de Bilbao por él organizada en 1928. Posteriormente ostentó la Presidencia de la AEN entre 1930 y 1935. Fue también miembro del Comité de Redacción de Archivos de Neurobiología (fundada en 1919 por Ortega y Gasset, Lafora y Sacristán y que pasó a ser órgano oficial de la Asociación Española de Neuropsiquiatras).

El 30 de Septiembre de 1924, la Comisión Permanente del Manicomio de Zaldívar, poco antes inaugurado el 28 de Julio de 1923 (Tabla I), decide el nombramiento de López Albo como su primer Médico Director, cargo mantenido en funciones hasta entonces por el Dr. Hueto desde el Hospital de Bermeo.

Además de su lógica dedicación a las tareas hospitalarias, ayudado en estas por el Dr. Severo Aranzamendi y con el Dr. Atilano Feijóo al frente del Laboratorio, no descuidó la importancia de otros enfoques preventivos, defendiendo la pertinencia de los abordajes extrahospitalarios y comunitarios, recomendando el desarrollo de dispensarios y clínicas neuropsiquiátricas como alternativas al enclaustramiento manicomial y desde donde se dirigiría el tratamiento social complementario a través de "enfermeros visitantes" (Tabla II). Conceptos vanguardistas que defiende en otro

momento señalando la falta de una organización de conjunto que integrara al manicomio y el ambiente social donde este se hallaba inmerso. Recomienda entonces no sólo la creación del cuerpo de enfermeras visitadoras, sino de auxiliares sociales (es de destacar que el hospital no contó con su primera Asistente Social hasta 1969).

Tres años y medio después de su nombramiento, manifestó su renuncia a la dirección, tras haber sido invitado desde Santander (por indicación de Marañón) para organizar el nuevo Hospital fundado por el Marqués de Valdecilla, así como su Servicio de Neuropsiquiatría. Cesó en Zaldibar a partir de Mayo de 1928, siendo su sueldo en aquella época de 12.000 pts. anuales.

Con múltiples publicaciones y aportaciones a diversos encuentros científicos, trabajó en la potenciación y mejora del nivel científico y profesional local. En 1928 organizó, en los locales de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, la III de las Reuniones Nacionales de la AEN junto a la II Reunión Anual de la Liga de Higiene Mental. Aquí fue elegido Aranzamendi como vocal de la Asociación. En estos encuentros presentó dos trabajos, publicados en las memorias: 1) *W. López Albo, P. del Río Ortega, A Feijóo Santos. -Un caso curioso de coccidiosis cerebral con el cuadro clínico de un tumor intracraneal, operado con éxito. Hallazgo de coccidios en el líquido cefalorraquídeo. Estudios histopatológicos (pág 53-57).* 2) *A. Feijóo, W. López Albo, S. Aranzamendi. -Psicosis y líquido cefalorraquídeo (pág. 84-88).*

Participó de forma activa en la vida de la asociación, acudiendo a sus Reuniones en las que hizo diversas aportaciones, entre las que destacamos la Ponencia "Plan moderno de asistencia a los alienados," presentada con Fuster, Sacristán y Marín Agramunt en el "primer acto científico y efectivo de la Asociación Española de Neuropsiquiatras" que tuvo lugar en Barcelona entre el 21 y 23 Junio de 1926. A lo largo de las diversas aportaciones de la ponencia, así como las conclusiones ulteriores que, debatidas y aprobadas por la Asamblea, pueden considerarse como la postura oficial que sirvió de punto de partida a la Asociación, se constataba una vez más la penosa situación de la asistencia psiquiátrica en

España y se reiteraba la demanda de una reforma profunda similar a la que había sido realizada con éxito en otros países: sustitución de los viejos manicomios por hospitales psiquiátricos modernos, con un servicio abierto de admisión y observación; clínicas psiquiátricas en los hospitales provinciales; laboratorios clínicos e histopatológicos; talleres o explotaciones agrícolas para la laborterapia; practicantes o enfermería especializada; servicios psiquiátricos en las cárceles; establecimientos especiales de seguridad para enfermos conflictivos y peligrosos (Lázaro, 2000).

Otras aportaciones de interés clínico fueron realizadas por ejemplo en la Sexta Reunión (Granada, 1932), donde dirigió la Ponencia "Parasitosis del neuroeje." Igualmente fue comisionado por la asociación, durante varios años, para su representación en diversos encuentros internacionales como la Reunión Neurológica de París. En 1929 fue designado por parte de la AEN para la organización del Congreso de alienistas y neurólogos en lengua francesa que tendría lugar en Barcelona con ocasión de su Exposición Universal. También ocupó el cargo de Secretario del Comité Médico Provincial de la Liga de Higiene Mental.

Descrito como de carácter recto, honrado y meticoloso, tras su paso por Zaldibar, fue nombrado Director de la nueva Casa de Salud Valdecilla así como responsable de su Servicio de Neuropsiquiatría entre 1929 y 1930, dejando una impronta y recuerdo que aún hoy perviven. Republicano de izquierdas y nada clerical, fueron estos aspectos que sin duda impidieron su ascenso profesional y truncaron el desarrollo de la escuela que hubiera impulsado en otras circunstancias. Habiendo mostrado cierta reticencia a algunos intentos de recomendaciones por parte de la Marquesa, tomó la decisión de dimitir de su cargo cuando el Patronato Rector del Hospital (fundamentalmente aristócratas, plutócratas y clero) recortó las atribuciones del Director Médico e impidió el desarrollo de un cuerpo de enfermería seglar profesional. Este era uno de los proyectos más importantes de López Albo, que incluso había traído enfermeras extranjeras para que enseñaran a las españolas. Pero esta aspiración se vio cercenada al concederse



los máximos poderes directivos a la comunidad religiosa de las Hermanas de la Caridad de San Vicente Paúl, quedando la Madre Superiora como depositaria de las funciones de dirección, docencia y administración del hospital, relegándose a López Albo a cuestiones puramente profesionales médicas.

El otoño de 1930, deja Santander y regresa a Bilbao retomando su consulta, a la vez que ostenta la presidencia de la AEN desde ese año hasta 1935. A la vez sigue asistiendo a las sesiones de la Academia y colaborando en la Gaceta, que en esos años pasó a denominarse Revista Clínica de Bilbao y donde igualmente publican Feijóo y Aranzamendi sus tesis doctorales entre otros trabajos.

En 1936, tras el triunfo electoral del Frente Popular de izquierdas, es llamado de nuevo a Valdecilla para ocupar el cargo de Director, donde desarrolla con eficacia y honradez esa labor en momentos tan difíciles. A las tareas propias del cargo se añade la necesidad de poner orden en la anarquía imperante, así como la protección de muchos de sus compañeros independientemente de su filiación política.

En esa época seguía manteniendo su residencia en Bilbao, adonde se desplazaba los fines de semana. En 1937, con la entrada de los nacionales en Santander, embarcó con su mujer y cinco hijos hacia San Juan de Luz. De allí pasa a Niza donde reside unos pocos meses. Mientras tanto, desde algunos periódicos de Santander, en un intento de desprestigiarlo, se le acusa de haberse fugado con el costoso *radium* del hospital y que gracias a su venta "se estaba dando la gran vida en Niza." El *radium* efectivamente había salido en manos de López Albo, por orden del gobernador civil socialista que quiso evitar cayera en manos del bando nacional, siendo entregado al Gobierno de la República en París, pasando posteriormente a México para más tarde volver de nuevo a Valdecilla.

De Niza viaja a Barcelona, donde desempeña el cargo de Director de Sanidad Militar del Ejército Republicano hasta 1939. Por fin, sale de nuevo de España hacia Cuba, de donde era originaria su esposa. No reci-

biendo facilidades allí, en 1940 se desplaza a Monterrey en México, donde se integra como profesor universitario de psiquiatría, neurología y neuroanatomía. En 1942 se traslada a México capital, donde ostenta el cargo de Jefe de Sala de Neuropsiquiatría y Neurocirugía del Sanatorio Español de México, donde desarrolla cierta escuela. Seguidamente abre una clínica neuropsiquiátrica junto a Lafora, que también debió exiliarse entre 1939 y 1947.

Aquí falleció el 28 de Diciembre de 1944, a los 55 años, poco después de una intervención quirúrgica de riñón.

Tabla I. Reseña sobre la inauguración de Hospital de Zaldivar en la prensa local.

"El futuro manicomio de Zaldivar será modelo de instalación, siendo el presupuesto de 1.250.000 pesetas. Estará constituido por tres grandes pabellones, que son, el Pensionado, el de Beneficencia, que comprende los departamentos de Admisión y Hospital, así como el destinado a personal y servidumbre.

Todo ello va instalado con arreglo a procedimientos modernos y que los señores Hueto y Bastera han podido observar en las visitas que han realizado a establecimientos de esta clase en Francia, Bélgica, Alemania, Escocia e Inglaterra.

Zaldivar será dedicado, exclusivamente a las dementes y en el régimen de reclusión se huirá del sistema de verjas y de los encierros que atormenten el ánimo de los enfermos, supliendo aquellas con una vigilancia escrupulosa y en régimen de cariño y afectividad..."

EL NERVION. nº 10708 - 30 Julio 1923, p. 3.

"Todos recomieron las estancias y admiraron su sabia disposición. Después fueron obsequiados con un lunch, en el que no hubo brindis sonoros y si mucha efusión y simpatía.

A las siete de la tarde se dio por terminado el acto y regresó a Bilbao la caravana automovilística que partió con los invitados a las tres y media."

EL LIBERAL. 29 Julio 1923, p. 5.

TABLA II. Conceptos comunitarios en el pensamiento de López Albo. Publicado con ocasión de la inauguración del Hospital de Zaldibar. La Gaceta del Norte, Mayo 1925.

“..Problema importante, más aún que el de la asistencia manicomial, es el de la asistencia extramanicomial de los anormales, débiles y disarmónicos mentales; de los intoxicados e infecciosos con confusión mental; de los deprimidos, alcohólicos agudos y toxicómanos; de los psicópatas sintomáticos; de los psiconeuróticos y de los psicópatas agudos, atenuados y curables en breve plazo. El tratamiento de todos estos psicópatas, no alienados, se lograría con la creación de un dispensario neuro-psiquiátrico, hoy tan indispensable como los antituberculosos, antiveneréos, anticancerosos, antialcohólicos y antipalúdicos; pues tan perjudicial es a la sociedad el incremento de los desequilibrados y enfermos mentales, de los que salen los amoraless y delincuentes de toda clase, como el de los sífilíticos, alcohólicos, tuberculosos, cancerosos y palúdicos, algunos de ellos, como los dos primeros, tan relacionados con la morbilidad mental.”

“La obra de este dispensario o instituto neuro-psiquiátrico sería completada por una clínica neuro-psiquiátrica, destinada al tratamiento de todos los neuróticos psicópatas agudos y curables. Ella constituiría, a la vez que un servicio temporal de observación, un hospital psiquiátrico que recogería a los delirantes y agitados agudos, lo cual evitaría ingresos prematuros e inútiles en el Manicomio y alejaría del pobre psicópata los prejuicios sociales y la desconfianza imperante hacia quienes han sido internados. He aquí otro dato importante acerca del valor médico-social del servicio abierto, pues los ex psicópatas volverían a la vida profesional y social, sin que gravitara sobre ellos prejuicio alguno.”

“En el dispensario y clínica neuro-psiquiátrica se estudiaría en cada individuo la herencia, la niñez, la conducta durante la época escolar, la higiene y la economía del hogar, la situación personal y familiar, los defectos del lenguaje, sensoriales y de conformación; la tipología, el temperamento y el carácter, es decir, la constitución somática y psíquica (la tipología, estudiada por

Kretschmer en su obra ‘Körperbau und character’; la emocionabilidad, la afectividad, los trastornos nutritivos y glandulares; la constitución psiconeurótica, la moralidad, la conducta del sujeto a través de su vida, el nivel mental (textos de Terman: «The measurement of intelligence») y las psicosis. Además se le sometería a un examen clínico, neurológico, suerológico, antropológico, psicométrico y psiquiátrico: es decir, a un examen completo individual y de sus reacciones, ya que en la respuesta más sencilla del ser humano interviene todo su organismo.”

“En el dispensario y clínica neuro-psiquiátrica se dirigiría el tratamiento de la constitución mental anómala, para lo cual es necesario estudiar la ideología, las relaciones sociales, las aspiraciones del sujeto, por lo que se interesa, su nivel intelectual y cultural, las discordancias entre su actividad social y las satisfacciones que ella le depara; es decir, la psicología individual (estudiada por Adler: “Praxis und theorie del individual psychologie”) y sus relaciones con el medio, a fin de evidenciar en qué consiste y cuál es el grado de desadaptación al medio social en que el sujeto vive y lucha.”

“La readaptación al ambiente social, de modo que se satisfagan las tendencias ideológicas del sujeto, sólo puede conseguirse fuera del medio familiar, pues para que la reeducación psicoterápica sea eficaz es indispensable casi siempre el aislamiento del sujeto en establecimientos de psicoterapia y psicopedagogía, cuya ausencia entre nosotros, donde ni siquiera existen clínicas para psiconeuróticos y psicópatas agudos y curables en los hospitales, impide llevar a la práctica la corrección de la constitución neurósica de estos pacientes.”

“Desde estos centros se dirigiría, asimismo, el tratamiento social, por medio de la vigilancia especializada (enfermeros visitantes), que completaría la labor del dispensario-consultorio y de la clínica. De él iría la obra social de divulgación y enseñanza psiquiátrica. tan necesaria entre nosotros. Se establecería igualmente la selección individual de las aptitudes del psicópata curado, de los inadaptados, del deficiente mental, del anormal mental, a fin



de reajustarles al medio y convertirles en seres útiles a la sociedad.”

“La clínica neuro-psiquiátrica funcionaría de modo análogo a un hospital. En ella sería el ingreso del enfermo tan rápido y fácil como en un hospital; y la salida se facilitaría siempre que no hubiera peligro para el enfermo y la sociedad. En la mayoría de las naciones extranjeras se han creado estos llamados servicios abiertos (“open-door”), en los que se admite a los enfermos sin ninguna formalidad legal. De estas clínicas no existe aún ninguna en España. Mientras el internamiento de un psicópata no deje de considerarse como la privación de la libertad, y sí como una medida de

asistencia y tratamiento, el enfermo, la familia y la sociedad seguirán perjudicándose, pues al tender la ley a evitar el posible internamiento de un normal, demora muchísimo el ingreso del psicópata.”

“De esto se derivan consecuencias dolorosas: mayor duración del proceso, paso a la cronicidad, suicidios, homicidios, etc. Es preciso que en la futura reforma de la legislación sobre alienados prevalezca el criterio biológico médico sobre el jurídico, pues sólo el mentalista puede llenar la indicación del aislamiento, la asistencia y el tratamiento de estos enfermos en una clínica psiquiátrica.”



Bibliografía:

- GALÁN MARÍN, CRISTINA. *Historia del Hospital Psiquiátrico de Zaldibar* (Tesina de Licenciatura). Bilbao, 1983.
- IZQUIERDO ROJO, JOSÉ MARÍA (Ed.). *70 Años de Valdecilla*. Caja Cantabria. Santander, 1999.
- LÁZARO, JOSÉ. *Historia de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Revista A.E.N. 2000 75: 395-515.
- LÓPEZ ALBO, W. *Plan moderno de asistencia a los alienados*. *Archivos de neurobiología* 1926, 6 (5/6): 219-26 (reimpreso en R.A.E.N 2000; nº 75: 549-554).
- LÓPEZ ALBO, W. FUSTER, J. MORALES, M. *Plan moderno de asistencia a los alienados*. Conclusiones. *Archivos de Neurobiología* 1926; 6 (5/6): 236-7 (reimpreso en R.A.E.N 2000; nº 75: 563).
- V.V.A.A. *Hospital Psiquiátrico de Zaldibar, 50 aniversario de su fundación 1923/1973*. Excma. Diputación de Vizcaya. Bilbao, 1973.
- VILLANUEVA EDO, ANTONIO. *Siete siglos de medicina en Bilbao*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria, 2000.



La incapacidad del Sr. B

Juan Medrano

Médico Psiquiatra

En el CSM en el que Ud. trabaja se atiende al Sr. B, de 37 años de edad, que ha sido tratado sucesivamente por los diferentes profesionales que han ocupado la plaza en la que actualmente Ud. trabaja. El diagnóstico del Sr. B es actualmente el de Trastorno Esquizoafectivo, pero anteriormente se emitieron otros diagnósticos (trastorno borderline, esquizofrenia paranoide, trastorno bipolar). La evolución ha sido desfavorable, y las repercusiones sobre el paciente, dramáticas, tanto por sus dificultades para administrar su patrimonio como para organizar mínimamente su vida, aunque no ha tenido ninguna detención ni existe constancia de que haya cometido ningún delito. Consume ocasionalmente cocaína y durante un tiempo fue consumidor habitual de heroína por vía intravenosa, pero se niega a realizarse una serología. Ud. coincide en el diagnóstico y comparte también la visión que del caso han tenido al menos sus dos últimos predecesores en la plaza. Una de las posibilidades que ambos manejaban era la incapacitación civil del Sr. B, y Ud. se la plantea también. El Sr. B vive solo, después de una ruptura muy traumática con su familia. Cuenta con un hermano menor, que propuso hace años ya la incapacitación, pero según se recoge en la historia clínica hay elementos de juicio suficientes para temer que pueda abusar económicamente del paciente. Su madre desearía ayudar al Sr. B, pero es muy mayor y hay una historia de agresiones que la retrae de asumir la tutela.

1.- ¿Cuál de estas afirmaciones es VERDADERA?

- A) En este caso no está indicada, ya que la incapacitación es una medida restrictiva de derechos que se impone ante la comisión de delitos
- B) La extensión de la incapacitación es idéntica en todos los casos
- C) La incapacitación es una medida previa en la esterilización de personas con retraso mental u otras enfermedades mentales que no pueden consentirla
- D) Una vez sentenciada la incapacidad no es viable la recapacitación
- E) Desde el punto de vista sanitario, la incapacitación de una persona exime al médico de informarle o de obtener su consentimiento.

2.- Una vez que toma la decisión de promover la incapacitación del paciente, surge la cuestión de cuáles son las obligaciones del CSM al respecto. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?

- A) Para incapacitar a una persona basta con la existencia de una enfermedad mental
- B) No puede haber incapacitación sin informe del psiquiatra
- C) Los vecinos del paciente no están facultados para comunicar al Ministerio Fiscal su presunta incapacidad.
- D) Como trabajador de un CSM Ud. tiene la obligación de comunicar al Juez la



presunta incapacidad del Sr. B.

- E) Si se le solicita un informe para incapacitación lo esencial es que haga referencia a los síntomas de la enfermedad.

3.- En relación con el nombramiento de tutor, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es **VERDADERA**?

- A) El nombramiento recaerá automáticamente en la persona de su hermano.
- B) El CSM no puede informar al Juez sobre las características del medio familiar.
- C) Si el Juez nombra tutor a la madre, deberá asumir el cargo
- D) En caso de que no haya un tutor más cualificado, podría recaer el cargo en la Jefatura de Salud Mental
- E) Es preceptivo que el tutor sea de más edad que el tutelado

4.-Tras un proceso relativamente breve, el Sr. B es incapacitado "para gobernar su persona y sus bienes." Desde el punto de vista de la asistencia psiquiátrica al paciente, ¿cuál de estas afirmaciones es **FALSA** ?

- A) El tutor le puede solicitar informes médicos anuales para adjuntar a las rendiciones de cuentas ante el Juez
- B) Las decisiones sanitarias del paciente son enteramente válidas, por lo que si opta por no acudir a consulta no tiene Ud. que tomar ninguna medida especial.
- C) En caso de que decida instaurar tratamiento con un nuevo anticomercial para tratar el trastorno esquizoafectivo del Sr. B deberá solicitar el consentimiento del tutor.
- D) Si el Sr. B plantea su intención de contraer matrimonio deberá alertarle sobre la imposibilidad de hacerlo.
- E) Si tienen lugar elecciones, el Sr. B no podrá votar por estar incapacitado

5.- A falta de otro recurso más adecuado, el

Juez nombra tutor al Director del Hospital Psiquiátrico del Sector, que resulta ser el Dr. Z. ¿Cuál de estas afirmaciones es **FALSA** al respecto?

- A) El Dr. Z seguirá siendo tutor del Sr. B al cesar en el cargo.
- B) El tutor debe hacer lo necesario para que se cubran las necesidades de alimentación, vestido, alojamiento, relación social del tutelado
- C) Una de las atribuciones del tutor es que puede recibir una retribución del tutelado
- D) Ud. puede solicitar al tutor (Dr. Z) el consentimiento para realizar la serología de VIH.
- E) En caso de que el Sr. B precisara dinero su tutor no podría vender su piso sin autorización judicial.

6.-Trascurrido un tiempo, el Sr. B le plantea que quiere otorgar testamento. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es **VERDADERA**?

- A) La enfermedad del Sr. B le impide testar.
- B) Si el Sr. B decide otorgar testamento deberá contar con la autorización del tutor
- C) En caso de duda su informe como médico tratante sería suficiente para determinar si el Sr. B está en condiciones de testar
- D) La capacidad para testar debe ser valorada por el Juez
- E) Los exámenes sobre capacidad para testar deben realizarse en el mismo momento de otorgar el testamento.

7.- Durante el tratamiento del paciente aparece una crisis en la que no es efectivo el abordaje ambulatorio. ¿Cuál de estas afirmaciones es **VERDADERA**?

- A) La existencia de una sentencia de incapacitación supone la obligatoriedad de admitir el ingreso del paciente en caso de solicitarlo el

- tutor
- B) Para ingresar al incapaz en un centro psiquiátrico basta con la firma del tutor.
 - C) Si durante el ingreso se decide utilizar la TEC no bastará con informar al tutor, siendo necesario recabar autorización judicial.
 - D) Si durante el ingreso en el hospital tienen lugar elecciones, el Sr. B no podrá votar por estar incapacitado
 - E) El alta hospitalaria deberá ser autorizada por el Juez.

Respuestas

1.- La respuesta correcta es:

C) La incapacitación es una medida previa en la esterilización de personas con retraso mental u otras enfermedades mentales que no pueden consentirla.

La incapacitación civil es una medida de protección de las personas que no tiene ninguna relación con aspectos penales ni es un procedimiento punitivo. El Artículo 199 del Código Civil establece que *Nadie puede ser incapacitado sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley*. No hay, pues, lugar a la arbitrariedad y hay que atenerse a las causas previstas como posible causa de incapacitación, que en términos del Artículo 200, son *las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma*. Esto es: no puede haber incapacitación sin deficiencia o enfermedad. Además, la enfermedad debe ser persistente, por lo que no puede incapacitarse a una persona por una enfermedad ocasional. Por último, la enfermedad debe impedir a la persona gobernarse por sí misma, o lo que es lo mismo: debe producir secuelas funcionales.

El juez debe determinar la extensión de la incapacitación en la sentencia. Es **parcial** cuando afecta a un determinado tipo de actos, generalmente relacionados con la administración de los bienes. Cuando afecta a todos los actos, es **total**. En la sentencia de incapacitación, el Juez indica los actos que el incapacitado no puede realizar por sí solo y especifica el tipo de protección

adecuado para el caso. Si la capacidad de autogobierno de la persona está muy mermada, el Juez optará por la **tutela**, que es una forma de protección que se extiende tanto sobre la persona como sobre sus bienes. Si el grado de incapacidad no es tan extenso, el juez podrá optar por la **curatela**, que afecta sólo a los bienes, sin limitar la libertad de la persona para tomar decisiones personales. En la sentencia se nombra también a la persona que ejercerá esa protección: Si se ha optado por la tutela, se nombra a un **tutor**, mientras que si se ha optado por la curatela, se nombra a un **curador**.

La Ley prevé que pueda modificarse la extensión de la incapacidad o incluso pueda recapitarse a la persona. El primer caso puede ser el de una persona declarada incapaz de administrar su patrimonio a causa, por ejemplo, de una ludopatía, que posteriormente desarrolla una demencia que le sitúa en una posición de indefensión tal que puede requerir una mayor protección en forma de una incapacidad total. El segundo caso podría ser el de una persona en la que la buena evolución de su enfermedad permite una recapitación parcial o total.

El hecho de que una persona esté incapacitada no le priva del derecho a la información sanitaria. El médico deberá informarle *de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión* (Art. 5.2 Ley básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica).

La esterilización realizada con consentimiento válido del paciente no es punible (art 156 C. Penal), pero hay personas en la que la intervención puede estar indicada y que por cualquier circunstancia no pueden tomar una decisión válida. Para estos supuestos habría que contemplar la esterilización de incapaces, prevista en el mismo artículo, que implícitamente conlleva la incapacitación previa de la persona. Una vez sentenciada la incapacitación el tutor no podría consentir o solicitar la esterilización, sino que debería ser autorizada por el Juez teniendo como "criterio rector el de mayor interés del incapaz", lo que debería justificarse por parte de dos "especialistas" (no se especifica que deban ser médicos, y se han aceptado en algunos casos infor-

mes de psicólogos). El informe deberá detallar los motivos por los que se considera que el mayor bien para el incapaz es la esterilización y no otra forma alternativa de anticoncepción.

2.- La respuesta correcta es:

D) Como trabajador de un CSM Ud. tiene la obligación de comunicar al Juez la presunta incapacidad del Sr. B.

Como se ha indicado, la mera existencia de una enfermedad mental no basta para incapacitar a una persona. Lo relevante son las consecuencias funcionales y la desventaja social que depara la enfermedad al paciente (discapacidad y minusvalía, en terminología de la OMS). Cualquier profesional mínimamente experimentado sabe que hay pacientes con una sintomatología muy rica capaces de desenvolverse con suficiencia en la vida, y otros con escasa presencia de síntomas que tienen grandes dificultades para hacerlo. Por este motivo, si hay que hacer un informe no tiene sentido desglosar los síntomas, sino que habrá que detallar las dificultades funcionales derivadas, en ese paciente concreto, de su enfermedad.

La ley proclama que no puede haber incapacitación sin informe médico por un facultativo designado por el Juez, pero no se especifica que deba ser emitido por el psiquiatra. Lo que es casi la norma general es que quien promueva la incapacitación se apoye en un informe psiquiátrico previo, pero el facultativo en quien se apoye el Juez suele ser el forense.

La Ley indica que cualquier persona puede comunicar al Ministerio Fiscal una presunta incapacidad (Art. 757 Ley Enjuiciamiento Civil). Posteriormente, el Fiscal deberá decidir si con esa información debe promover el procedimiento de incapacidad. La Ley también señala que las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal (Art. 203 Código Civil). La interpretación que la jurisprudencia hace del término "funcionario público" es amplia y engloba a cualquier persona que trabaje en el "sector público", independientemente de su categoría laboral, tipo de vinculación o contrato. Por lo tanto, como

trabajador del CSM debería comunicar a Fiscalía la posible incapacidad del Sr. B. Desde el punto de vista práctico, esta obligación debe relativizarse, limitando al máximo la valoración de "incapacitable" de los pacientes, para no caer en posturas paternalistas, y para no colapsar los Juzgados.

3.- La respuesta correcta es:

D) En caso de que no haya un tutor más cualificado, podría recaer el cargo en la Jefatura del Salud Mental.

La tutela consiste en representar a la persona declarada incapaz en todos los actos que, según la sentencia de incapacitación, no pueda realizar por sí sola. Según la Ley pueden ser tutores determinados familiares: el cónyuge, los ascendientes, los descendientes, o los hermanos. Si el Juez es estima que es conveniente para proteger los intereses de la persona incapacitada, puede prescindir de todas las personas mencionadas y nombrar a una persona que no aparece en esa lista de familiares. De hecho, la Ley no permite que sean tutores determinadas personas, entre ellos, los que tengan importantes conflictos de intereses con el menor o incapacitado. El CSM puede y debe informar de estas peculiaridades, si las conoce.

Por lo general la tutela se asigna a una sola persona, aunque en algunos casos se puede considerar adecuado que sean varias, en especial si conviene separar la guarda de la persona de la administración de sus bienes. El tutor puede ser "Persona Física," es decir, cualquier persona, o "Persona Jurídica" (una institución sin finalidad lucrativa, siempre que la protección de las personas incapacitadas se encuentre entre sus fines, como sucede con las "fundaciones tutelares", o como ha sucedido durante años con las Diputaciones o las Direcciones de Hospitales Psiquiátricos o instituciones afines). Afortunadamente, hoy en día existen, al menos en nuestro medio, recursos en forma de Fundaciones Tutelares o el Instituto Tutelar de Bizkaia, que impiden que la función de tutor recaiga en las direcciones de los centros sanitarios, lo que representaría la concurrencia, no muy afortunada, de la función tutelar y sanitaria en una misma institución.

El cargo de tutor es obligatorio, pero la persona nombrada tutor puede *“excusarse del cargo,”* lo que quiere decir que puede pedir al Juez que le exima del nombramiento, por razones de edad, enfermedad, ocupaciones personales o profesionales, o por otra causa que haga muy difícil cumplir la función de tutela. El juez debe valorar estas razones y decidir si, le exime del cargo. El Juez también puede destituir al tutor, lo que en términos jurídicos se denomina *“remoción.”*

4.- La respuesta correcta es:

B) Las decisiones sanitarias del paciente son enteramente válidas, por lo que si opta por no acudir a consulta no tiene Ud. que tomar ninguna medida especial.

Lo deseable sería que la sentencia de incapacidad describiera de forma clara los actos jurídicos que el afectado puede realizar y los que no. Lo habitual, sin embargo, es que se utilicen fórmulas que expresen tan sólo que el paciente no puede administrar sus bienes y sí su persona, o bien no puede gobernar ni sus bienes ni su persona. Esta segunda variante implica que el afectado no puede otorgar testamento, casarse o votar. En el caso del Sr. B la sentencia determina que no puede regir sus bienes ni su persona, por lo que también se verían afectadas sus decisiones sanitarias. De esta manera, si el paciente deja de acudir a consulta o le consta a Ud. que ha abandonado el tratamiento, debería hablar con el tutor. También, si le comunica que desea casarse debería informarle que en principio no es posible (aunque podría hacerlo con un permiso judicial). La incapacidad del Sr. B, por ser plena, le impide ejercer el derecho a voto.

También debería hablar con el tutor para todas las situaciones en las que deba conseguirse consentimiento informado. Una de ellas, que los prescriptores solemos olvidar, es el uso *“compasivo”* de medicamentos (que entraña además del consentimiento informado otras formalidades). En principio y mientras el uso de los nuevos anticomiciales no sea autorizado en el trastorno esquizoafectivo o en el trastorno

bipolar, habría que conseguir el consentimiento del paciente y, en el caso del Sr. B, el de su tutor. Como se ha dicho anteriormente, el consentimiento del tutor no le exime a Ud. de informar al Sr. B y de hacer lo posible porque acepte el tratamiento.

Una de las obligaciones del tutor es informar anualmente al Juez sobre el ejercicio de la tutela, lo que incluye una rendición de cuentas y la descripción de la situación del tutelado. Si el tutor desea que esa descripción aluda a aspectos sanitarios puede pedirle un informe, que como siempre que se le solicite por parte de un paciente o de su representante, deberá Ud. redactar.

5.- La respuesta correcta es:

A. El Dr. Z seguirá siendo tutor del Sr. B al cesar en el cargo.

El cargo de tutor, en este caso, recae en una persona jurídica, que es la Dirección del centro. Deberá personalizarse la tutela en el director, en tanto ocupe el cargo. Entre las obligaciones del tutor, figura la de hacer lo necesario para que se cubran las necesidades de alimentación, vestido, alojamiento, o la relación social del tutelado. A su vez, el tutor tiene una serie de derechos, entre los que figura el de recibir una retribución, siempre que el patrimonio del tutelado lo permita. El Juez fija su importe y el modo de percibirlo, para lo cual tendrá en cuenta el trabajo que supone la tutela y el valor y la rentabilidad de los bienes del tutelado, procurando en lo posible que la cuantía de la retribución no baje del 4% ni exceda del 20% del rendimiento líquido de los bienes. Hay una amplia gama de actos que el tutor no puede realizar sin autorización judicial previa, entre ellos, en términos de la Ley, enajenar o gravar bienes inmuebles, establecimientos mercantiles o industriales, objetos preciosos y valores mobiliarios de los menores o incapacitados, o celebrar contratos o realizar actos que tengan carácter dispositivo y sean susceptibles de inscripción.

El tutor puede consentir la serología VIH, pero en este caso peculiar, en el que la tutela recae en la institución sanitaria, deberá tenerse muy en cuenta, en primer lugar, que realización de la serología está indicada y, en segundo lugar, no deberá cejarse en el empeño de informar al paciente e

intentar obtener su conformidad.

6.- La respuesta correcta es:

E) Los exámenes sobre capacidad para testar deben realizarse en el mismo momento de otorgar el testamento.

La enfermedad, en términos generales, no impide testar. Habrá que valorar si la persona que la padece puede o no testar, pero nunca hay que formular juicios absolutos que impliquen incapacidad de una persona para realizar actos o funciones, a pesar de que tenga una enfermedad mental. La ley española establece que pueden testar todos aquellos a quienes la Ley no lo prohíbe expresamente (Artículo 662 Código Civil), que son los menores de 14 años y "quien habitual o accidentalmente no se hallare en su cabal juicio" (Artículo 663 Código Civil), así como las personas incapacitadas cuya sentencia de incapacitación establezca expresamente que no pueden testar. La fórmula elegida por el Juez en la sentencia parece implicar que el Sr. B no puede testar. Entre las funciones del tutor no se encuentra la de otorgar testamento en nombre del incapacitado.

La figura central en la legislación española sobre testamento es el notario, a quien compete determinar si el testador se halla en lo que la ley llama "su cabal juicio". Sin embargo, "siempre que el incapacitado por virtud de sentencia que no contenga pronunciamiento acerca de su capacidad para testar pretenda otorgar testamento, el notario designará dos facultativos que previamente lo reconozcan y no lo autorizará sino cuando éstos respondan de su capacidad" (Art. 665 Código Civil). La ley no precisa quiénes deben ser estos facultativos, ni estipula su profesión, por lo que podrían ser médicos (no necesariamente psiquiatras) o psicólogos. Para evaluar la capacidad del paciente los facultativos designados deberán valorar su estado en el momento de otorgar testamento (Art. 666 Código Civil), para determinar si el individuo se encuentra en "intervalo lúcido". Por lo tanto, si alguna vez le solicitan que valore la aptitud de una persona para otorgar testamento, deberá tener en cuenta que su informe no es suficiente, ya que hará falta la opinión de otro facultativo, y también deberá tener presente que la valoración

deberá realizarse en el momento de otorgar testamento.

7.- La respuesta correcta es:

D) Si durante el ingreso en el hospital tienen lugar elecciones, el Sr. B no podrá votar por estar incapacitado.

La existencia de una sentencia de incapacitación no obliga al médico de guardia a ingresar al paciente aunque lo solicite o exija el tutor. De hecho, para ingresar al incapaz en un centro psiquiátrico no sirve la firma del tutor, sino que debe solicitarse autorización judicial de ingreso. Una vez autorizado el ingreso, no es necesario recabar autorización judicial para los diferentes procedimientos sanitarios, siempre que el tutor consienta. Sería diferente si se plantea el uso de TEC en una indicación muy clara y en la que haya consenso profesional en cuanto a que es el único tratamiento posible (¿tal vez, en el síndrome de Cotard?) y el tutor se niega a autorizarlo. En este caso el hospital debería considerar dirigirse al Juez, ya que el tutor no estaría actuando en defensa de los intereses del tutelado, y podríamos encontrarnos ante un supuesto de remoción.

Como en cualquier otro ingreso "involuntario" (con autorización judicial) el psiquiatra no necesita la conformidad del Juez para dar el alta. Y el Sr. B, no podría votar, por la extensión de su incapacidad. Puede surgir la duda en los pacientes "involuntarios" no incapacitados. La Ley Orgánica 5/1985, de 19 de Junio, del Régimen Electoral General y sus sucesivas modificaciones, establece que no pueden votar, con carácter general, "los declarados incapaces en virtud de sentencia judicial firme, siempre que la misma declare expresamente la incapacidad para el ejercicio del derecho de sufragio" y "los internados en un hospital psiquiátrico con autorización judicial, durante el período que dure su internamiento siempre que en la autorización el Juez declare expresamente la incapacidad para el ejercicio del derecho de sufragio". Por lo tanto, en principio todo ciudadano ingresado en un dispositivo psiquiátrico que no esté incapacitado para votar puede hacerlo, aunque su ingreso sea involuntario, salvo que la autorización judicial de ingreso establezca lo contrario.



* Con esta aportación del Dr. Juan Medrano esta publicación inicia en esta revista una nueva sección orientada a la Formación Continuada. Formación sobre aspectos clínicos de la práctica cotidiana y también reflexión sobre cuestiones que, aunque a menudo planteadas, solemos tener dificultades para detenernos en ellas.



Bibliografía:

1. Código Civil.
2. Ley de Enjuiciamiento Civil.
3. Ley básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.
4. Ley Orgánica 5/1 985, De 19 De Junio, Del Régimen Electoral General.
5. Sancho Gargallo I. Incapacitación y tutela (conforme a la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil). Valencia:Tirant lo Blanch, 2000.



Psikopatologiako Hiztegia

Autor: Blas Erkizia Amilibia

Publicado el año 2002, con una edición limitada no comercial y bajo el patrocinio de la industria farmacéutica, este diccionario tiene el indudable honor de ser el primero publicado en Euskera sobre psicopatología. Tiene además el doble mérito no sólo de ser pionero en este idioma, sino que además ha querido ir mas allá de la mera descripción terminológica ampliando sus contenidos con una multiplicidad de aspectos relacionados al vocablo explicado, dándole de esta forma un carácter enciclopédico.

El interés que sin duda encierra un trabajo como este no podía quedar constreñido por limitaciones en su distribución, lo que ha llevado a O.M.E. a ofrecer a su autor, el Dr. Blas Erkizia, responsable del Centro de Salud Mental de Beasain, un espacio en nuestra web donde alojarlo y divulgarlo. Gracias a su totalmente desinteresada cola-

boración, *Psikopatologiako Hiztegia* está ahora directamente disponible para cualquier persona interesada y de forma totalmente gratuita. El trabajo se complementa con un diccionario de traducción euskera-inglés-francés-español, accesible también en la web en un nuevo espacio, *“euskaren esparrua”*, que estos diccionarios inauguran queriendo estimular otras nuevas aportaciones en euskera.

Estamos convencidos, no sólo del interés que el diccionario va a despertar, tanto entre estudiantes como entre profesionales, sino que creemos ser testigos y participantes de un pequeño hito en el desarrollo de la psiquiatría y asistencia a la salud mental de nuestro entorno. Por este motivo, hemos de terminar esta reseña agradeciendo de nuevo al autor por compartir de esta manera su amor y dedicación tanto a la profesión como a la lengua vasca.

Eskerrik asko, Blas.

Oscar Martínez Azumendi

“Psiquiatría de Cabecera. Manual para la práctica psiquiátrica en Atención Primaria”.

Autores: **Juan de Dios Molina y Cristina Andrade**. Edita SEMERGEN. 2002.

En este documentado y práctico libro han tratado la clasificación de los trastornos psiquiátricos en los diferentes niveles asistenciales, cuidando especial dedicación al nivel primario de la atención a la salud. A través del modelo descrito por Goldberg y Huxley explican como se distribuye la morbilidad psiquiátrica en la comunidad. Proponen un modelo para la provisión de servicios desde la comprensión de los flujos de demanda. Según los autores existen cinco “niveles de asistencia” escalonados para el manejo del enfermo psiquiátrico, estableciéndose también cuatro “filtros” que es preciso superar para ir ascendiendo en la utilización de crecientes niveles de especialización en la asistencia psiquiátrica.

El primer nivel se representa por la morbilidad psiquiátrica que existe en la comunidad. Habitualmente son los servicios de Atención Primaria el punto de partida.

El segundo nivel, los individuos con morbilidad psiquiátrica que deciden consultar con su médico de Atención primaria.

El tercero, las personas que tras tener un primer contacto con los servicios sanitarios son identificadas como enfermas psiquiátricas. Más o menos uno de cada tres personas enfermas no será detectada por su médico de cabecera.

El cuarto nivel corresponde a los pacientes que se han puesto en contacto con los servicios de salud mental no hospitalarios, ya sean públicos o privados. En la mayoría de los países europeos son los médicos de Atención Primaria los que deciden qué paciente será derivado a la consulta del psiquiatra.

El quinto nivel lo integran los pacientes que ingresan en unidades de internamiento psiquiátrico. Es en este momento cuando por primera vez el psiquiatra tiene un papel protagonista.

El papel del médico de cabecera resulta fundamental como filtro entre los niveles segundo y tercero, ya que su habilidad en la detección del trastorno mental determinará que el filtro sea más o menos permeable. Esta detección ayuda al paciente, y así la formación de médicos generales en la detección y manejo de los principales trastornos mentales se convierte en una tarea importante en la salud pública.

En los últimos años los médicos de Atención Primaria están asumiendo cada vez más el tratamiento de pacientes con ciertas patologías psiquiátricas. Se debe al aumento de la prevalencia de algunas enfermedades mentales, a la mayor demanda de atención psiquiátrica por parte de la población y el progresivo incremento del gasto sanitario y la consecuente política de reducción de costes. Por ello, ciertos trastornos leves o moderados son tratados por el médico general. A esta situación también ha contribuido la aparición de nuevos psicofármacos, más seguros y fácilmente manejables.

Esta potenciación de la Primaria frente a la Especializada, no se ha acompañado de la capacitación necesaria para diagnosticar y tratar trastornos psíquicos o enfrentarse a los problemas emocionales de la población, ni del desarrollo de cauces de comunicación adecuados entre el médico general y el psiquiatra.

La escasa capacidad de detección de las patologías mentales del sistema de asistencia primaria es uno de los fenómenos sobre los que se alerta constantemente. El médico de cabecera sólo detecta un 37 % de las enfermedades mentales cuando éstas no son sugeridas por el paciente. Pero lo más grave es que muchos casos se diagnostican tarde. De ahí también el interés de este Manual.

Iñaki Markez

Mº de la Presidencia del Gobierno Español
Complejo de la Moncloa
Avda. de Puerta de hierro s/n. 8071 Madrid
Tel. 91 3353216; Fax. 913353215;
jmaznar@presidencia.gob.es

Federación Mundial para la Salud Mental, The World Federation for Mental Health WFMH,
wfmh@erols.com

Secretario General de Naciones Unidas, Kofi Annan, inquiries@un.org

Manifiesto de los profesionales de la Salud mental contra la guerra contra Irak *

(El/La) Los abajo firmantes, trabajadores de la Salud Mental en sus distintos campos de conocimiento hacemos esta declaración en relación con la amenaza de guerra preventiva de potencias respaldadas por gobiernos como el nuestro, contra Irak (hacemos hincapié que no es cierto que sea contra el régimen de Irak, sino contra una nación entera).

Como otros colectivos, o como sujetos con criterio propio, sentimos que por los gobiernos pro belicistas, incluido el nuestro se nos tilda (si no acusa) de ingenuos, ante las constantes “evidencias” que nos son mostradas como justificación contra un pueblo. Evidencias que quizás sean el mejor ejemplo de las llamadas pruebas circunstanciales. Denunciamos esta propuesta de guerra por los principios en la que se basa y por sus consecuencias.

Denunciamos el enmascaramiento de verdad que se esconde bajo el concepto de guerra preventiva; mismo concepto bajo el cual durante milenios se han justificado guerras en nuestra historia humana.

Se nos intenta confundir, haciéndonos cómplices a los que defendemos el uso de medida pacíficas y el agotamiento de la vía diplomática con quienes se han identificado (y seleccionado) como enemigos de “nuestra civilización y cultura”.

Se nos presenta como paralelas las posturas de gobiernos que han optado y apostado por la presión desde la diplomacia y la ingenuidad de aquellos otros que antes de reaccionar permitieron que el gobierno Nazi fuese anexionándose lentamente fronteras (Polonia, Austria...) antes de desencadenar la guerra final.

Somos sin embargo conscientes de la existencia de almacenes preparados para la guerra bacteriológica, la guerra química, sin olvidar el descontrol sobre las existencias de ojivas nucleares a lo largo del Mundo. Somos conscientes de que por ambas partes beligerantes, individuos singulares, en tanto escasamente representativos del sentir de sus pueblos, mueven sus intereses en beneficio de sí mismos y unos pocos.

Nos afirmamos no obstante contra esta guerra preventiva contra el pueblo de Irak, pues: Se propone la masacre de un pueblo, no dudamos que víctima también del régimen totalitario que lo acalla, pero al fin y al cabo pueblo sometido a una guerra donde la población civil habría de sufrir atrocidades, camufladas bajo el concepto de daños colaterales.

El único resultado final será fermentar el odio entre culturas, quizás a niveles nunca antes alcanzados en la Historia, (o peor, quizás sí alcanzados). Se favorecerá el odio entre religiones, el odio entre culturas. Quienes vivan en minoría en cualquiera de los países beligerantes, será sometidos a tal presión que habrán de abjurar de su propia cultura.

La espiral de violencia no tendrá un fin limpio, como parece prever el arma bélica de EE.UU. y sus más próximos aliados.

(*) Manifiesto distribuido inicialmente por la Asociación Madrileña de Salud Mental-AEN, y posteriormente ampliamente apoyado por colectivos y profesionales de todo el estado español

Favoreceremos algo peor que el terrorismo, el propio terror. Asistimos a la ciega decisión de destapar la caja de Pandora, de la que tantos horrores acumulados durante años, emergerán. Investigaciones instigadas por las superpotencias que han permitido la creación de agentes vivos y orgánicos más letales que los que eran capaces de crear la propia naturaleza. Enfermedades para las que desconocemos el tratamiento de virulencia letal, vendidas por aquellos quienes ahora pretenden su control (permaneciendo con ellos la llave de su uso)

Por todo ello:

- Nos manifestamos contra las amenazas veladas de los poderosos: "conmigo o contra mí"
- Nos manifestamos contra las guerras preventivas, justificadas bajo la siguiente premisa: si no se hallan antes del ataque las pruebas concluyentes, las mismas serán mostradas tras la conquista militar del país.
- Nos manifestamos contra quienes nos acusan de pasivos y negligentes, manipulables y en definitiva culpables si desatendemos las advertencias de gobierno de EE.UU. y los de aquellos otros que lo respaldan.
- Nos manifestamos contra la pasividad de estos gobiernos sobre la situación del Pueblo Palestino, permitiendo que el conflicto haya alcanzado unos límites tales, donde el efecto cruel sobre inocentes por la auto inmolación surgida de la desesperación sea seguido por acciones de castigo también sobre inocentes, fomentando así aún más el odio en una inacabable espiral de violencia y permitiendo la utilización por terceros de argumentos belicistas.
- Nos manifestamos contra la manipulación de la información y la distorsión de la realidad. Pues, si aplicásemos la lógica de guerra preventiva de EE.UU. y gobiernos como el nuestro, sobre la base de la amenaza por posesión de armas químicas y bacteriológicas, el ataque preventivo habría de realizarse también contra aquellos otros países que, oficialmente crearon estas armas, las vendieron y las poseen. Y porque, si aplicásemos su lógica, ¿por qué se habría de confiar en el gobierno del único país que utilizó dos veces el horror atómico sobre una población civil, bajo la "auto"justificación de evitar perder así más vidas humanas en una Guerra ya ganada?.

Los profesionales de Salud Mental, hemos aprendido a no utilizar el concepto de locura, para definir la enfermedad mental. La paradoja es que el término locura, como ha sido entendida como sinónimo de sinrazón y peligro, ahora, la detentan los supuestos cuerdos poderosos.

Los profesionales de Salud Mental, sabemos como pocos de los miedos e inseguridades de las personas. Por ello sabemos también que estamos generando sociedades paranoicas, donde el vecino, más aun cuando muestra algún rasgo diferenciador, es sentido que puede tratarse de un verdugo anónimo.

Porque esto Sí es una verdadera LOCURA, porque se ataca SIN pruebas, porque no se miden las consecuencias sino que se busca el beneficio inmediato (todos ellos conceptos que no son ajenos a nuestro campo de conocimiento), los profesionales de la Salud Mental, pedimos un retorno a la razón, un cese a la verdadera LOCURA.

Quizás por eso, porque esta "LOCURA" de guerra y ocultismo, la detentan los cuerdos peligrosos, (EL/LA) LOS ABAJO FIRMANTES, como mejor medio terapéutico del que conocemos, nos sumamos a millones de voces que exigen que se frene este disparate mortal y que nuestro Gobierno defienda hasta su agotamiento vías alternativas basadas en la diplomacia.

I fully agree with your initiative and I wish to congratulate you for your sensitivity and involvement in the issue of prevention of war against Iraq.

I believe that, on the occasion of the threatened war against Iraq, the WPA will issue a strong anti-war statement bringing into focus the serious and potentially irreversible psychological and psychopathological consequences of war.

Congratulations again for your initiative. With best regards. Yours sincerely

Prof. George Christodoulou
Secretary for Sections, WPA
President, Hellenic Psychiatric Association



Hospital Psiquiátrico de Oviedo y la protección del patrimonio

Existe el proyecto en Asturias, de construir en los terrenos del hospital psiquiátrico (una gran extensión de terreno urbano) un campus de la salud que incluye el hospital central, facultades, escuelas universitarias, biblioteca central, museo sanitario, etc. En esta finca hay actualmente muchos servicios sanitarios y sociales que han ido ocupando las dependencias antiguas del psiquiátrico y además parte de los edificios se han reconstruido. De todo este conjunto de edificios hay una zona central (que representa el 25 % de los edificios) que son de 1934 contruidos según la arquitectura montañesa y forman un conjunto armónico bajo la idea del movimiento higienista de la época. Quienes lo conoceis, sabeis que además del valor histórico, el conjunto es muy hermoso. Además de la famosa Santa Cena del pintor asturiano Paulino de Vicente situada en la pequeña iglesia del hospital o el monumento a Franco Basaglia en los jardines centrales. La administración ha decidido destruir todo este conjunto (aunque no tiene ningún problema de espacio) diciendo que allí ira el hospital central, dado que es la parte "más noble" en el sentido estético y que además el psiquiátrico de 1934 no tiene ningún valor. Nosotros, al igual que otros ciudadanos y técnicos, mantenemos que estos edificios son aprovechables para ese proyecto (como aulario, facultad, escuela, residencia de investigadores, biblioteca central, museo sanitario,...) y que no plantean ningún problema al conjunto. En ese sentido, Mariano Hernández Monsalve (presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-AEN) ha escrito una carta al presidente del Principado de Asturias y 227 profesionales de salud mental de Asturias hemos entregado un escrito en el mismo sentido. Deseamos que una parte histórica del hospital psiquiátrico de nuestra región no se destruya y se utilice para fines sanitarios. Se han recibiendo muestras de solidaridad de diferentes lugares del Estado español, de Israel, Italia, Ecuador, Chile, Argentina, Portugal, Dinamarca,...sobre la importancia patrimonial del hospital psiquiátrico de Oviedo, lo cual agradecemos. I

Victor Aparicio Basauri, Presidente Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental

Desde la AEN y sus Asociaciones Autonómicas se inició una campaña de recogida de firmas y escritos diversos, dirigidos al Presidente y al Consejero de Salud del Principado de Asturias. A continuación se reproduce la enviada desde OME y la respuesta del Consejero de Salud:

D. Vicente Alvarez Areces

Presidente del Principado de Asturias

Bilbao, 8 de enero de 2003

Estimado Sr:

Algunos miembros de la asociación que presido (Asociación Vasco-Navarra de Salud Mental) me han hecho llegar su preocupación por el proyecto de construcción de un "campus de la salud" en los terrenos del Hospital Psiquiátrico de Asturias. Dicho proyecto, al parecer, supone la demolición de unos edificios que, contruidos en la década de los treinta, suponen un ejemplo de arquitectura montañesa de gran valor histórico y que además constituyeron un modelo de referencia de la entonces denominada medicina higienista.

Es evidente que los tiempos actuales requieren de modelos nuevos, pero

también debemos recordar cuantas aberraciones se han hecho bajo el manto de la "modernidad." Mi experiencia, y la de muchos de mis colegas, es que se puede compatibilizar la construcción de nuevas estructuras con el mantenimiento de edificios singulares. A este respecto, participé en la década de los ochenta en el movimiento de reforma del antiguo Hospital Psiquiátrico de Leganés, al día de hoy transformado en una red de servicios, y que junto a las nuevas construcciones ha conservado para el uso y disfrute de la población los jardines y parte de los edificios del antiguo Palacio de Santa Isabel.

Por otra parte, y por razones de sobra conocidas, existe en la actualidad un movimiento social importante en pro de la conservación de la naturaleza y los signos de identidad, por lo que entendemos que la población asturiana y los profesionales que se han expresado en este sentido, valorarían muy positivamente la conservación de los mencionados edificios.

No dudando de su sensibilidad al respecto y rogándole considere esta posibilidad, reciba un afectuoso saludo.

FDO: F Chicharro Lezcano. Presidente de OME-AEN

Respuesta recibida:

Oviedo 9 Enero 2003

Estimado señor:

Agradezco la preocupación que muestra en su carta sobre la necesidad de preservar el Patrimonio Histórico de Asturias, una inquietud que, como no puede ser de otro modo, comparto, tanto a título personal como por mi condición de miembro del Gobierno del Principado de Asturias del que formo parte.

Es, precisamente, por esta preocupación que compartimos por lo que deseo informarle que el proyecto de construcción del futuro Hospital Universitario Central de Asturias en los terrenos en lo que hasta ahora se ubicaba el Hospital Psiquiátrico de Oviedo no supone ningún atentado contra el Patrimonio Histórico de esta región que somos los más interesados en preservar para las generaciones futuras haciéndolo compatible con el desarrollo y la mejora de servicios a los ciudadanos y ciudadanas de Asturias.

Es importante recordar que, a lo largo de los años, ninguna de las Administraciones que han tenido competencia sobre la finca de La Cadellada y sus edificios ha considerado necesario o adecuado buscar su protección. Muy al contrario, ha sido el actual Gobierno del Principado quien, preocupado por preservar la memoria histórica de la finca conocida como La Cadellada, está llevando a cabo, entre otras actuaciones, una importante labor de recopilación de datos, búsqueda de archivos (planos, maquetas...) e, incluso, elaboración de una memoria fotográfica, que permita a los asturianos del futuro conocer lo que fue a lo largo del siglo XX el Hospital Psiquiátrico de Oviedo.

Nuestro empeño en legar a las generaciones futuras todo patrimonio que pueda ser de interés nos ha llevado, además, a trasladar al equipo de arquitectos que trabaja en la actualidad en el diseño del proyecto del futuro Hospital Universitario Central de Asturias la conveniencia de intentar preservar lo posible de las actuales instalaciones.

Señalar, por último, que la propia Comisión de Patrimonio Histórico y Cultural del Principado, después de realizar un exhaustivo estudio de los edificios que integran el complejo psiquiátrico, llegó a la conclusión, muy recientemente, de que no pueden ser objeto de catalogación bajo ninguna de las figuras de protección existentes, y realizando unas recomendaciones que, lógicamente, van a ser cumplidas de forma exacta.

Espero, con esto, haber dado una respuesta satisfactoria a su inquietud. Un saludo

Francisco Sevilla

Consejero de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias



Escuela de Salud Mental

Justificación: Aunque la AEN ha tenido una presencia muy importante en el desarrollo de algunos aspectos de la formación de profesionales en nuestro país, hay otros (especialmente la formación universitaria) en los que tiene una presencia marginal).

Después de un período en el que la parte más relevante de la formación se ha vinculado a las instituciones asistenciales (muy especialmente la formación de especialistas) en las que la AEN y el modo de entender la salud mental que ella representa, han ocupado un papel muy destacado, se está produciendo un doble fenómeno. Por un lado cobran cada vez más relevancia actividades organizadas desde las instituciones académicas, a las que la AEN casi nunca accedió de un modo significativo. Por otro lado los servicios asistenciales, cada vez más, acaban teniendo al frente profesionales que han hecho su trayectoria profesional en los medios académicos lo que refuerza la tendencia anteriormente señalada.

La actual situación de la institución universitaria hace difícil que la situación de la AEN al respecto pueda modificarse de un modo significativo. Por ello, es importante que la asociación se dote de un instrumento que le permita intervenir en el terreno de la formación, en el de la investigación y en el de la producción científica, aprovechando las oportunidades que los nuevos modelos de organización pueden brindarle (por ejemplo el establecimiento de un sistema de créditos de formación continuada del Sistema Nacional de Salud, o las posibilidades de concertación en el terreno de la formación de postgrado).

Propósito: Dotar a la AEN de una entidad con entidad jurídica propia, capaz de recaudar fondos, acreditar, organizar y gestionar actividades docentes, de investigación y de producción científica.

Funcionamiento:

Actividades docentes

La Escuela establecerá un procedimiento para la acreditación de cursos de formación continuada y de postgrado, que podrán ser presentados por las asociaciones autonómicas (que participarían en los cursos en calidad de "sede" de la escuela para esa actividad) o por socios. Se establecerá un procedimiento para la evaluación de las propuestas.

Se procurará la acreditación mediante créditos de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud y mediante conciertos con instituciones académicas de las de postgrado.

Actividades de investigación

La escuela podrá presentar proyectos de investigación a entidades financiadoras, a instancias de las asociaciones autonómicas o de grupos de socios. Se habilitará un procedimiento para la evaluación y selección de dichos proyectos.

Actividades de producción científica

A instancias de la AEN, la escuela promoverá la constitución de grupos de trabajo, redes o bases de datos que faciliten el trabajo de la asociación.

Plan de desarrollo:

Actividades docentes

1. Formación continuada

Se elaborará un formato para la presentación de propuestas. Se animará a que en un primer año se realicen al menos cinco actividades, en tres sedes diferentes y con especial atención a los temas más relacionados con las señas de identidad diferencial de la AEN: atención a pacientes graves y crónicos, rehabilitación, psicoterapia, salud mental en atención primaria, historia, organización de servicios...

2. Formación de postgrado

Se intentará negociar con miembros de la AEN que tienen ya en marcha cursos de post-

grado que los vinculen a la Escuela. Se habilitará un procedimiento para evaluar y gestionar el desarrollo de cursos nuevos, concertados con universidades. Se podría conseguir vincular cursos con créditos de doctorado para el curso 2003-2004 y algún título propio de alguna universidad para ese o el siguiente

Actividades de investigación: Se creará el sistema para evaluación y aceptación de propuestas

Actividades de producción científica: Se elaborarán los proyectos de:

Base de datos de psiquiatría y psicología clínica: Se elaborará un sistema de inclusión de revistas, que se notificará a las mismas, a las que se facilitará el procedimiento de envío

Tratado de Salud Mental y Psiquiatría de la AEN: Se hará un proyecto de texto pensado para especialistas y especialistas en formación en el que se pretenderá hacer énfasis en la visión de la salud Mental y la Psiquiatría propia de la AEN. Se buscará la participación de los miembros de la AEN que han desarrollado ideas sobre cada uno de los temas

Observatorio de Salud Mental

Como se ha venido anunciando, la AEN planteó la posibilidad de poner en marcha un "Observatorio de Salud Mental." Se ha confeccionado un cuestionario de recogida de datos, con lo que se pretende tener información de todas las comunidades autónomas.

En él se recoge información sobre Planificación y Financiación, descripción de los dispositivos (número, población que atiende, programas asistenciales, indicadores de rendimiento), procesos de externalización de pacientes de hospitales psiquiátricos, recursos humanos, coordinación y gestión de la Red de Salud Mental, Sistemas de Información

Se trata de crear un instrumento, fiable y actualizado, que permita un conocimiento real de las distintas situaciones, recursos, planes de salud mental, ratios de profesionales, etc., de todo el Estado y que se pondrá a disposición de clínicos y gestores.

En el caso de OME se han diferenciado País Vasco y Navarra, estando a la espera de recabar todos los datos para proceder a su envío al coordinador. Una vez confeccionado, se tratará de desagregarlo por Territorios (Araba, Gipuzkoa, Bizkaia) de forma que sea un instrumento de trabajo en nuestro medio.



Decreto de Especialidad de Psicología Clínica. Reconocimiento institucional

Como se ha venido anunciando en sucesivos Boletines Informativos de OME, en el BOE nº 119 del 18-05-2002, se publicó la orden PRE/1107/2002 por la que se regulan las vías transitorias de acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica en desarrollo de lo dispuesto en el Real Decreto 2490/1998, de 20 de noviembre. Los recursos interpuestos por diversas sociedades científicas y de profesionales, fueron finalmente desestimados, por lo que se está en fase de convalidación de méritos para obtener la correspondiente titulación. El texto completo se puede consultar en www.boe.es. La AEN se posicionó desde el primer momento a favor del reconocimiento de la especialidad de Psicología Clínica.

Una vez obtenido, quedan aspectos por definir, como son las diferentes formas en que se están convocando las ofertas públicas de empleo en distintas comunidades autónomas. Asimismo se ha iniciado un movimiento que trata que las administraciones definan las funciones del psicólogo clínico (la cartera de servicios) en la red asistencial. A este respecto, se reproduce el escrito que diversos compañeros han dirigido al Consejero de Sanidad de la Comunidad Valenciana:

ILMO. SR. CONSELLER DE SANITAT:

Los abajo firmantes, representantes de las asociaciones científico-profesionales y ciudadanas siguientes: Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCCP), Associació Valenciana de Neuropsiquiatria i Salut Mental (AVNSM), Asociación Valenciana de Psicólogos Internos y Residentes (AVAPIR), Colegio Oficial de Psicólogos del País Valencià (CORPV), Federación Valenciana de Asociaciones de Familias y Enfermos Mentales (FEVAFEM), Plataforma per la Defensa de la Salut Mental Pública (PDSMP), Associació Ciutadana per la Defensa de la Salut del País Valencià (ACDESA-PV), mediante el presente escrito desean hacerle llegar las consideraciones que siguen:

- 1. Que desde 1983 hay psicólogos desempeñando funciones asistenciales propias de la Psicología Clínica en la red sanitaria pública de la Comunitat Valenciana. Actualmente, sólo en la provincia de Valencia, hay 69 de estos profesionales.*
- 2. Que desde Octubre de 1993, mediante la correspondiente convocatoria nacional efectuada por el Ministerio de Sanidad y Consumo, se crean plazas para la formación especializada en Psicología Clínica, mediante el sistema de rotación PIR (Psicólogos Internos Residentes). Desde esa primera convocatoria hasta la actualidad, y de manera ininterrumpida, esa Conselleria ha habilitado plazas en diversos Servicios de Salud Mental para la formación PIR.*
- 3. Que en 1998 se crea la Especialidad Sanitaria de Psicología Clínica (Real Decreto 2490/1998; BOE 2/12/1998). A partir de este momento, se habilita el proceso para la expedición de los correspondientes títulos para todos aquellos profesionales que hubieran completado satisfactoriamente su formación mediante el sistema PIR.*
- 4. Que en 2002 se publica la Orden Ministerial (1107/2002; BOE 18/5/2002) que desrolla el R.D. anterior y por la cual se regula el procedimiento de acceso al título de especialista en Psicología Clínica para aquellos profesionales que no hubieran podido acceder al mismo a través del sistema PIR.*

1. Exigir el título oficial de Especialista Sanitario en Psicología Clínica, expedido por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, para ocupar cualquier puesto de trabajo en la red sanitaria pública que requiera funciones de especialista en Psicología Clínica, y muy en especial en: Servicios de Salud Mental, Planificación Familiar, Servicios Hospitalarios (Unidades de dolor, de Trastornos Alimentarios, etc.), Unidades de Conduc-

tas Adictivas, y Centros de Rehabilitación e Integración Social del enfermo mental.

2. Concurso-oposición de plazas en el sistema público de salud cuyas funciones sean las propias del especialista sanitario en Psicología Clínica. Asimismo, en tales convocatorias, la formación especializada mediante el sistema PIR debe contemplarse como mérito de primer orden.

3. Crear una Bolsa de Trabajo de la Especialidad Sanitaria de Psicología Clínica, para dar cumplimiento a la Resolución de 20/3/1997 del Secretario General de la Consellería de Sanitat, sobre normas de funcionamiento de la bolsa de trabajo de las Instituciones Sanitarias Valencianas, que contempla en el punto 8.1. lo siguiente: "Se constituirá una Bolsa de Trabajo por cada área, subdividida en tantas listas sectoriales como categorías, especialidades o modalidades de puestos de trabajo existan."

4. Acudir a la mencionada Bolsa de Trabajo cuando se requiera la contratación de psicólogos que deban desempeñar funciones de Especialista Sanitario en Psicología Clínica.

5. Exigir estar en posesión del título oficial de Especialista sanitario en Psicología Clínica, expedido por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, para acceder a cualquier.

Sobre la base de estas consideraciones, los abajo firmantes nos sentimos legitimados para solicitar a VI que ponga en marcha las oportunas medidas para con la máxima celeridad:

6. Modificar el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunitat Valenciana en lo que se refiere a las funciones del psicólogo clínico. Específicamente la inclusión de las siguientes:

a. Valoración inicial de los casos derivados desde Atención Primaria y de las Interconsultas con otros Servicios sanitarios.

b. La prestación de asistencia sanitaria psicológica especializada en salud mental, y su seguimiento, mediante las prestaciones sanitarias incluidas en las del Sistema Nacional de Salud.

c. Indicación de hospitalizaciones así como derivación de pacientes a otros especialistas o dispositivos asistenciales.

7. Crear la categoría profesional de psicólogo clínico, ubicado dentro del grupo de personal facultativo especialista, de acuerdo a las directrices del Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunitat Valenciana.

La adopción de estas medidas es no sólo urgente y necesaria desde una perspectiva estrictamente legal, sino además necesaria para garantizar la calidad de la asistencia especializada en psicología clínica a la que los ciudadanos de esta Comunitat Valenciana tienen derecho y, por supuesto, merecen recibir, teniendo además en cuenta que en la actualidad existen ya profesionales legalmente capacitados y reconocidos para desempeñar la asistencia mencionada.

Quedamos a la espera de su respuesta y estamos a su disposición para aclarar cualquier punto del presente escrito que requiera.

Atentamente, en Valencia a enero de 2003.

Fdo. Amparo Belloch Fuster

Catedrática de Psicopatología (Universitat de Valencia) y Presidenta de AEPCP

Fdo. Rafael Orellana Espada

Psicólogo Especialista en Psicología Clínica y Presidente de AVAPIR

Fdo. Alvaro Bonet Plà

Médico Especialista en Psiquiatría y Presidente de ACDESA-PV



El estigma y la ignorancia

José J. Uriarte Uriarte. Psiquiatra. Jefe de Servicio UGC Rehabilitación Hospital de Zamudio. Presidente de la Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial

El estigma y la ignorancia siguen siendo, hoy por hoy, los mayores enemigos de las personas que padecen enfermedades mentales. Y suponen un obstáculo constante para las personas y los servicios que las atendemos. No sólo afectan a las personas que las padecen, sino también a sus familias, a las personas que las tratamos y a los servicios que las asistimos. Cuando leo hoy los titulares de una noticia en su periódico: *“Un paciente del psiquiátrico de Zamudio retiene a otro enfermo con un ‘cutter’ en el cuello,”* no puedo evitar pensar, “ya estamos otra vez”

En el año 1999 hicimos un pequeño estudio sobre el uso de la palabra esquizofrenia en un medio de comunicación de gran tirada y difusión en nuestro entorno. Los resultados eran más que desalentadores. De 89 veces que en el curso de un año aparecía en dicho medio la palabra “esquizofrenia” o “esquizofrénico,” sólo en 26 ocasiones el término era utilizado de forma descriptivamente apropiada y no asociada a situaciones negativas, peyorativas o criminales. En 63 ocasiones el término se utilizaba de forma inapropiada, generalmente para describir conductas inconsecuentes, poco fiables, mentirosas o alocadas, o asociado a sucesos, generalmente crímenes con componentes más o menos morbosos. Para los que trabajamos en esto, no hay ninguna duda que este hecho contribuye de forma decisiva a mantener un estado de opinión pública y de visión de las personas con trastornos mentales distorsionada y estigmatizante. La identificación de las personas con enfermedades mentales con la agresividad, la incapacidad, la inconsecuencia, el peligro público no solo es injusta sino equivocada, fruto de la ignorancia y el miedo estúpido a los diferentes. Las personas con enfermedades mentales severas y sus familias son invisibles, excepto cuando algún alma caritativa se apresura a remitir un hecho a un periódico y además sugerir que es algo que sucede de forma constante, convirtiendo una situación grave, pero anecdótica, en aparente cotidianidad. Por supuesto que en las Unidades Psiquiátricas suceden situaciones difíciles de forma periódica (incluyendo suicidios, agresiones, etc., ¿alguien puede sorprenderse de ello?). Pero tal y como se maneja-manipula la información, parece que es lo único que sucede.

Hace menos de un mes el Hospital de Zamudio, en colaboración con la Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial, celebró en Bilbao (en el Palacio de Congresos Euskalduna concretamente) sus V Jornadas de Rehabilitación Psicosocial y Asistencia a la Enfermedad Mental Severa. En su contexto se celebró la primera asamblea de la recién constituida Federación Estatal de Asociaciones de Rehabilitación, con la asistencia de representantes autonómicos de Andalucía, Canarias, Madrid, Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla León, Cataluña, Extremadura y el propio País Vasco. Acudieron como ponentes figuras de primera línea en este campo, incluyendo al actual presidente de la Asociación Mundial de Rehabilitación, Profesor Zebulun Taintor, psiquiatra y profesor de Psiquiatra de la Universidad de Nueva York. No recuerdo que su periódico dedicara una sola línea a este evento. Parece claro que los locos solo son noticia cuando se comportan como les corresponde, como locos, justificando así su permanente segregación o en el mejor de los casos los cuidados paternalistas. Y los servicios que los asistimos hemos de conformarnos con ser noticia sólo cuando un suceso suficientemente alarmante y espectacular refrenda y consolida la imagen ignorante y llena de prejuicios de la sociedad ante estos temas.



I Congreso Ibérico de Salud Mental Comunitaria

“*Cuidar para o futuro: Integrar experiéncias. Promover Alternativas*” (www.cibs-mental.org). En colaboración con diversas asociaciones (FAISEM; Psicología Clínica; A. Galega de Salud Mental; Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación, etc.) se celebró entre el 24 y 26 de octubre de 2002 en Cascais (Lisboa).

Este “I Congreso Ibérico”, que pretende realizarse anualmente, alternando la sede entre Portugal y España, se propuso como un espacio de encuentro y profundización de relaciones e investigaciones, a la par de constituir una oportunidad para desarrollar los lazos de cooperación entre profesionales de ambos países. El lema “*Preparar el futuro: integrar experiéncias, promover alternativas*,” traduce la intención de reflexionar sobre las perspectivas existentes.

Coorganizado por la AEN, en él participaron varios compañeros de Euskadi: JJ. Uriarte (Antipsicóticos y rehabilitación). F. Chicharro (Recursos en la red de cuidados de salud mental). Se contó asimismo con la participación de D^a. Mertxe Agundez -Ararteko del País Vasco- quien, junto a Iñaki Márkez presentó una comunicación sobre “Derechos y responsabilidades legales de los pacientes mentales”

El II Congreso Ibérico de Salud Mental: “Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo” Se celebrará en Salamanca (12 de noviembre de 2003) aprovechando la organización del “II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental”

II Jornadas Interautonómicas del Norte

Bajo el lema “*El cuerpo como encrucijada en la salud mental*” y organizadas por la Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental, se celebraron en Segovia el 13 y 14 de Diciembre de 2002.

Las Jornadas tuvieron lugar en el antiguo Convento de Santa Cruz la Real. Situado en un maravilloso entorno sobre el valle del Eresma, fue el primer convento fundado por Santo Domingo de Guzmán en España en el año 1217 en estilo románico, sobre la cueva donde permaneció largo tiempo cumpliendo penitencia y dónde se supone que sufrió en sus carnes la pasión de Cristo. Con el paso del tiempo, lo que fue convento y monasterio, fue transformado en hospicio, posteriormente en residencia de ancianos, y ahora ha sido restaurado y transformado para albergar a la Universidad privada SEK (San Estanislao de Kotska).

Participaron cerca de doscientos profesionales y estudiantes de Galicia, Asturias, País Vasco, Navarra y Castilla y León. En el transcurso de las mismas se analizaron las relaciones entre el cuerpo y la salud mental, abordando aspectos relacionados con enfermedades en el espectro de la angustia, psicosis y trastornos de alimentación entre otras.

Se cerraron las Jornadas con diversas aportaciones desde cada una de las autonomías norteñas en relación con la evaluación de calidad en Salud Mental. La cena oficial en el Mesón Cándido fue otro motivo para el recuerdo de unas aprovechadas Jornadas que parecen consolidarse en la idea de celebrarse regularmente. Mas información (programa, noticias, fotos...) en:

<http://www.ome-aen.org/jornadas/interautollSegovia02/interautollSegovia02.htm>

I Curso sobre El trastorno mental en atención primaria:

“Actualidad en los avances clínicos y terapéuticos”

Ander Retolaza. Coordinador del Curso

Este Curso, por algunos muy esperado, tuvo lugar los pasados días 23 y 24 de Enero, en Bilbao. Finalmente participaron más de 100 asistentes, en su mayoría médicos de familia y MIRs de esa especialidad, por lo que los organizadores estamos muy satisfechos de la acogida prestada al Curso y deseosos de volver a tener la oportunidad de organizar una segunda edición. La mayoría de los asistentes fueron del entorno de Bizkaia. Hemos echado en falta una mayor participación de provincias próximas. Aunque, debido a cuestiones de cercanía geográfica y accesibilidad, parece lógico que haya sido así, nuestro interés en llegar más allá nos obliga a insistir en la difusión y accesibilidad del Curso ante futuras convocatorias.

En la evaluación final se pudo observar las valoraciones que sobre diversas materias relativas al Curso realizaron los asistentes. En líneas generales esta valoración resultó muy positiva y nos anima a seguir en la tarea sin desmayo. Parece que, tal y como era nuestra expectativa, hemos tocado un asunto (el de los problemas psicosociales en la Atención Primaria) que suscita gran interés y preocupación. La evaluación de los asistentes nos permite a los responsables del Curso determinar las áreas de más fuerte impacto para futuras ediciones. Resulta evidente que los temas prácticos, incluyendo el manejo clínico y la psicofarmacología son los de mayor demanda. Los aspectos relativos a la investigación (tanto la de carácter clínico como la epidemiológica se han desarrollado mucho en los últimos años en esta área) parecen interesar menos. Si interpretamos bien las respuestas que hemos obtenido, en principio, parecería que las preocupaciones sobre la organización de los servicios, la mejora e innovación en las intervenciones y los límites de nuestro conocimiento en este campo son percibidas como menos importantes (o urgentes) que los aspectos relativos al trabajo directo con los pacientes. Quizá ocurra que, ante la inminencia de lo que hay que resolver en cada Centro, cada día, los temas de investigación se perciban, a pesar de su importancia, como más teóricos y lejanos.

Sólo recordar aquí, que, sin la investigación sobre los problemas y nuestro modo de intervenir en ellos no existe una práctica clínica razonable ni adecuada a las necesidades de nuestros pacientes. Tenemos que asignar un lugar en nuestra formación a estos aspectos, muy descuidados en nuestro entorno desde siempre, lo que nos condena a la marginación, el olvido y la dependencia externa en todo lo que tiene que ver con innovación y desarrollo (también en materia de salud mental).

Sin embargo, el éxito de la convocatoria ha sido importante, por lo que debemos agradecer a los participantes su interés y deseo de intercambiar conocimientos con nosotros. A los ponentes tenemos que agradecerles su sensibilidad y accesibilidad personal. También gracias a los patrocinadores por su dedicación y apoyo. A los responsables y trabajadores de la Sala del Archivo Foral donde se realizó el curso, gracias por su hospitalidad y atenciones.

Estamos ya trabajando en el próximo Curso, preparando el temario y la organización con la ayuda recibida de todos vosotros. El reto es grande, pero la causa merece la pena. Hasta el año próximo.



OP
Osasun
Publikoaren
aldeko Elkartea
Asociación por la
defensa de la Salud Pública

**“Argentina:
Psicoanálisis y Salud Mental
¿alianza o enfrentamiento
ante los problemas sociales y psicológi-
cos?”**

**25 de marzo de 2003
(martes) 19:30 horas**

-Entrada libre-

Hikaateneo Muelle Ibeni, 1. Bilbao
(junto al Puente de San Antón)

Próximas citas

5 de Marzo, 26 de Marzo, 9 de Abril, 14 de Junio.....Bilbao

El discurso analítico con el niño en instituciones
Organiza: Grupo de investigación del seminario del Campo Freudiano - Bilbao
Inscripción: Julio González: 94 416 97 77 - 656 73 60 88 - juliogonca@terra.es

6-7 de Marzo.....Vitoria-Gasteiz

Curso de Actualización en Psiquiatría

25-28 de Marzo.....Bilbao

Argentina: Psicoanálisis y Salud Mental ¿alianza o enfrentamiento ante los problemas sociales y psicológicos?

20-22 de Marzo.....Valladolid

XXX Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol
Secretaría: +34 942 230 627; e-mail: info@aforosl.com

25-28 de Marzo.....Bilbao

VII Congreso Nacional sobre el Sida, SEISIDA
Secretaría: 91.5283383; e-mail: seisida@seisida.org

27-29 de MarzoAlicante

I Congreso Europeo de Trastornos Adictivos
Desde la Atención Primaria a la Salud Mental
Secretaría: Sociedad Española de Toxicomanías (SET): Tlfno.:96 3521548

3-5 de Abril.....León

IV Congreso de la Asociación Castellano-Manchega de Neuropsiquiatría y salud mental. "Modelos alternativos de intervención psicosocial.
Secretaría: 967 59 77 99 ext:21027; lblas@hgab.insalud.es

4-5 de Abril.....León

Jornadas sobre Genio, Locura y Creatividad
Organiza: Asoc. Castellano-Leonesa de Salud Mental (AEN), grupo de Estudios Psicoanalíticos de León.
Secretaría: tlf. 987 20 3000; jmorchon@usuarios.retecal.es



14-18 Abril de 2003.....Genève (Suiza)

12º Congreso de la AEP, Asociación Europea de Psiquiatría
Tfno: +41 22 908 0488; e-mail: aep12@kenes.com

22-24 Mayo de 2003.....Perpignan

2º Conferencia latina sobre reducción de los daños relacionados con las drogas (CLAT)
Secretariat: Tél.00 33 (0) 4 68 68 31 41; ascode-clat@free.fr; web: www.clat2.com

11-14 Junio de 2003.....Oviedo

XXII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
web: www.22congresoan.com
Secretaria: viajes El Corte Ingles de Oviedo. Tfno: 985 210997; fax: 985 218631
e-mail: oviedo_empresas@viajeseci.es,

SOLICITUD DE INGRESO

Para ser miembro de OME, AANSM ó ACLSM se ha de solicitar previamente la incorporación a AEN. La ratificación de la solicitud se realizará en la primera Asamblea de Socios que siga a su recepción.

La cuota anual es de 78€ para el año 2.003. Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la Revista NORTE de salud mental, algunos libros y publicaciones de la AEN, descuentos en Jornadas, Congresos y otras actividades formativas, además de todos los otros derechos que corresponden a los socios de AEN, OME, AAN y ACLSM.

Envíe el formulario a:

Asociación Española Neuropsiquiatría. Villanueva, 11. 28001-Madrid. Tfno/Fax: 91.4314911

O bien a OME, Apto. Correos 276, 48991-Algorita Bizkaia

SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN) y en OME (Osasun Mentalaren Elkartea - Asociación de Salud Mental), Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental ó Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental.

D..... profesional de la Salud Mental,

con título de

que desempeña en (Centro de trabajo)

y domicilio en Población..... C.P. Provincia

Teléfono Correo electrónico.....

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en OME, AANSM ó ACLSM para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.

D.

Fecha...../...../2032. (y firma de los 2 miembros)

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción a las Revistas está incluida en la cuota de asociado.

NombreDirección

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 el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

En el..... de..... de 200.....

Firma