



Volumen V N°18 Octubre 2003

NORTE

DE SALUD MENTAL

Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria



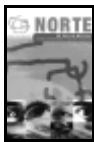
Proyecto “Una portada para Norte”

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.

Volumen V



Nº 16



Nº 17



Nº 18

Volumen IV



Nº 11



Nº 12



Nº 13



Nº 14



Nº 15

Volumen III



Nº 5



Nº 6



Nº 7



Nº 8



Nº 9



Nº 10

Volumen II



Nº 1



Nº 2



Nº 3



Nº 4

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, 48990 - 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/SIS (Centro de Documentación del País Vasco).
- IME (Índice Médico Español).

NORTE de Salud Mental

Vol V nº18, Octubre 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 almacenamiento de información, sin la autorización del titular del Copyright.

Realización y administración:

EKIMEN

Apto. Correos n°276, 48951 Algorta, Bizkaia. Tlf: 94 407 43 79

E-mail: ekimen@euskalnet.net

Autor de la portada:

Miguel Toño Olantua

Logo Norte de Salud Mental:

E. Chirlida

Publicación cuatrimestral (2 números por año) es sujeta a control obligatorio de difusión por ser la tirada inferior a 3.000 ejemplares.

Publicación gratuita para asociados.

Ejemplar atrasado: 6 euros

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

- Departamento de Sanidad, Euskal Jaurlaritza



- Laboratorios farmacéuticos:

Esteve, Ferrer Internacional, Janssen-Cilag,
Lilly, Pfizer, Wyeth.

ISSN: 1578-4946

D. Legal: 1565/03



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental



Asociación de Salud Mental
y Psicología del País Vasco
www.ome-aen.org



www.infocible.es/
personales@asneasturias.org



www.psdta.com/areas/psdta.htm

S U M A R I O

PRESENTACIÓN

Información sobre la Atención de la enfermedad mental	7
Iñaki Markez	

ORIGINALES Y REVISIONES

La salud mental en el siglo XXI	9
Fabricio de Potestad y Ana Isabel Zuazu	
El programa sociosanitario de atención a personas cuidadoras de enfermos dependientes	19
Florencio Moneo	

PARA LA REFLEXIÓN

No es loco el que quiere, sino el que puede	30
Luis-Salvador López Herrero	
Acoso moral: contextos, diferencias, consecuencias y medidas	39
Marie-France Hirigoyen	
En qué creen los niños del siglo XXI	48
Julio González del Campo	

INFORME

Proyecto Atlas	52
OMS	

FORMACION CONTINUADA / CASO CLINICO

Depresión postpsicótica	58
Biotza Goienetxea e Izaskun Elortegi	

HISTORIA

La Gaceta Médica de Bilbao celebra su Volumen 100	66
Oscar Martínez Azumendi	
Un caso de epilepsia de origen sifilítico (año 1895)	68
Agustin M ^a de Obieta	

ACTUALIZACIONES

Programa de Autoformación de Psicoterapia de Respuestas Traumáticas	71
Conferencia sobre Políticas de Drogas. Visiones y Actores del Debate	72
Taller sobre “Tratamiento ambulatorio en supuestos de enfermedad mental grave” ..	74

PÁGINAS DE LAS ASOCIACIONES

Jornada Atlas	76
----------------------------	----

AGENDA

Próximas citas	77
-----------------------------	----



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@euskal-net.net) copias mecanografiada a doble espacio, numeradas correlativamente. Se adjuntará un disquette 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 mas 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>.



Información sobre la Atención de la enfermedad mental

Iñaki Markez

Quedaron atrás los tiempos de los grandes centros manicomiales y tras la instauración de procesos de reforma se primó la atención psiquiátrica extrahospitalaria y de los llamados modelos comunitarios. Las distintas experiencias transformadoras de atención a la salud mental, desarrolladas durante las últimas décadas, han generado cambios en la orientación de las políticas asistenciales así como cambios notorios en los aspectos organizativos, arquitectónicos e ideológicos.

Se depositó en la comunidad su responsabilidad sobre la atención, ya que el internamiento de por vida se había acabado. Las personas enfermas viven con sus familias y disponen de servicios de salud mental extrahospitalarios; esto, en la mayoría de los casos, puede suponer una cita al mes de media hora. Pero la atención comunitaria no es sinónimo de atención “por” la comunidad, sino “en” la comunidad. Y la atención en la comunidad significa recursos comunitarios.

Gracias a la presión de las asociaciones, los servicios sociales públicos comienzan a darse cuenta que deben atender también a este sector de población. Comienzan las conversaciones con los servicios de salud, se firman acuerdos marco, que serán declaraciones de buenas intenciones si no hay dotaciones presupuestarias. Se financia a algunas asociaciones para que gestionen programas y servicios de aten-

ción comunitaria, etc. Pero el punto débil, es la falta de claridad sobre el diseño de la atención comunitaria; los poderes públicos no han transmitido políticas claras de atención; se trabaja en función de la presión de la demanda, no sobre el diseño de políticas de atención.

Además hay bolsas de personas con dificultades para acceder a la atención comunitaria: Además de quienes están en listas de espera para acceder a diversos tipos de recursos de atención comunitaria, hay grupos de población con dificultades especiales de acceso: Personas que presentan condiciones de vida diferentes a las de la población mayoritaria, carecen de domicilio fijo, y que acceden a soportes comunitarios para atención a necesidades de alojamiento, alimentación, cuidados personales, etc; Personas pertenecientes a minorías étnicas y grupos culturalmente distintos a la mayoría, sobre todo emigrantes extranjeros, en situación irregular en muchos casos; Personas que no quieren ser reconocidas como enfermas mentales; Personas muy jóvenes (niños y niñas), así como las personas ancianas tienen problemas de accesibilidad a centros específicos de atención a la salud mental.

La atención sanitaria se ha focalizado claramente sobre los aspectos disruptivos, primando las intervenciones intensivas en los periodos más críticos, y no prestando atención a los aspectos más deficitarios. Así, se presta sufi-



ciente atención a las personas cuando están delirando, oyendo voces, agrediendo o molestando a otras, pero no se presta la suficiente atención a estas personas cuando su estado mejora o en los periodos largos, entre las crisis. Pero la red de asistencia psiquiátrica, año tras año, y a lo largo de la última década ha ido aumentando tanto el número de pacientes atendidos como las consultas realizadas y otros indicadores asistenciales, sin el oportuno incremento de recursos humanos y/o materiales.

La filosofía que subyace en el modelo de atención comunitaria va más lejos que una mera descentralización y territorialización de la atención. El objetivo principal de este modelo no es exclusivamente el atender y ayudar a las personas para reducir al máximo posible las hospitalizaciones. Por el contrario, el modelo incluye ideas de distinta procedencia histórica y geográfica.

El modelo, mixto, está basado en el desarrollo de centros comunitarios y unidades en hospitales generales aunque aún existen unidades de agudos y un alto número de pacientes de larga estancia en hospitales psiquiátricos, no habiéndose desarrollado con claridad las estrategias de desinstitucionalización. El débil desarrollo de modelos comunitarios con una apreciable involución hacia abordajes biológicos, con predominio de lo farmacológico, con escaso apoyo psicoterapéutico e insuficiente desarrollo de dispositivos para la rehabilitación y reinserción, está cuestionando el movimiento comunitario de décadas precedentes.

En un modelo donde se critica la incomunicación entre sus protagonistas, con actuaciones emanadas de la iniciativa de los clínicos, gestores alejados de las demandas y necesidades, usuarios que conocen lo que desean y una industria farmacéutica con gran influencia en el desarrollo asistencial, es de necesidad imperiosa la corresponsabilidad de todos los estamentos: gestores, profesionales y usuarios de los servicios de salud mental.

Resulta preocupante la confusión y descoordinación general referida al modelo de atención comunitaria entre los servicios sanitarios y los sociales, y entre las instituciones públicas que las gestionan.

No existe una política general que delimite las competencias de cada organización implicada en la atención comunitaria. Cada organización desarrolla sus políticas propias, sin coordinación, y alcanzándose en algunos casos solapamientos y contradicciones importantes. La inexistencia o el desconocimiento de las políticas en curso, para mejorar la actual situación de las personas con trastornos mentales, hace que los profesionales no se sientan partícipes de la elaboración y desarrollo de los planes de intervención, y menos aún de las políticas de salud.

Decenios de trabajo han permitido el acopio de una información considerable sobre la magnitud de las enfermedades mentales y la carga que representan. Métodos de obtención de diagnósticos fiables y válidos como los estudios sobre la incidencia, la prevalencia y la evolución de los trastornos, los sistemas internacionales y nacionales de clasificación, y las estimaciones de las discapacidades asociadas. Sin embargo, se sabe muy poco sobre los recursos existentes para afrontar esta carga: ¿De cuáles disponen los países para la atención de salud mental? ¿En qué medida cubren las necesidades? ¿Dónde se localizan los desfases importantes?

La Organización Mundial de la Salud lanzó en el año 2000 el proyecto Atlas para colmar esta laguna. En este número de *Norte de salud* mental se recoge en la sección de Informes una reseña sobre este proyecto. Sus objetivos comprenden la obtención, la compilación y la distribución de información relativa a los recursos de salud mental en los países. El proyecto se ha concebido para obtener información real de cada país, no para realizar extrapolaciones basadas en los datos de unos pocos países. Al año de su nacimiento, nos complace presentar el primer producto de este proyecto.



Los datos del proyecto Atlas confirman lo que muchos profesionales de la salud mental saben desde hace tiempo, que en la mayor parte de los países los servicios de salud mental son muy insuficientes comparados con las necesidades de atención de salud mental. El valor del proyecto Atlas reside, no obstante, en sustituir las impresiones y las opiniones por datos objetivos. No sólo ofrece un panorama claro de los recursos existentes y de las necesidades básicas en países de todo el mundo, sino que proporciona también una referencia para vigilar las modificaciones a lo largo del tiempo. El empleo de definiciones y unidades uniformes permite las comparaciones entre países y regiones.

Los análisis identifican las áreas que deben recibir atención urgente por parte de los responsables de las políticas y los planes de atención de salud del país. El proyecto establece también objetivos realistas al permitir la comparación entre países. La OMS confía en que las crudas realidades expuestas por el proyecto Atlas motiven a todos los que valoran la salud mental para intervenir ahora en pro de una mejora de los recursos en este campo. El panorama está ya claro y el objetivo se halla plenamente al alcance.

También en estas comunidades autónomas del Norte es posible.





La salud mental en el siglo XXI

Mental health in the 21st century

Fabricio de Potestad Menéndez

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

Ana Isabel Zuazu Castellano

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

Resumen

El objetivo que persigue este artículo es describir, mostrar y valorar críticamente la cuestión de la salud mental en los albores del siglo XXI. Surge este trabajo como una breve y obligada reflexión tras treinta años de experiencia dedicado a la Psiquiatría. Nace también gracias a la valiosa contribución de la coautora, sin la cual no hubiera sido posible este trabajo.

En este artículo se afrontan numerosas cuestiones de actualidad, aunque no de forma suficientemente articulada y amplia, dado que estas reflexiones cuentan con una insalvable limitación: su carácter sintético. Para ser más sistemático y completo habríamos debido escribir un trabajo mucho más extenso, pero en tal caso habría asumido unas características enteramente distintas. Por dicho motivo, remitimos al lector, con objeto de dar más hondura a su avidez noética, a lecturas bibliográficas posteriores y a fuentes originarias.

Abstract

This words intends to reflect on the current situation of mental health in the beginning of the

21st century. For obvious reasons, this is just an overview and other sources should be consulted if desired.

Palabras clave

Psiquiatría biológica. Terapia cognitiva. Psicología social.

Key words

Biological psychiatry. Cognitive therapy. Social psychology.

Introducción

Durante las dos últimas décadas del siglo XX la psiquiatría y la psicología se han consolidado, sin lugar a dudas, como especialidades clínicas, pero, en nuestra opinión, más como práctica que en lo que hace referencia a sus fundamentos teóricos. La elaboración de una epistemología psicopatológica que sirva de soporte a la hora de comprender de forma bio-psico-social los trastorno del comportamiento humano sigue siendo un problema histórico sin



resolver. Tan sólo disponemos de una semiología, un catálogo de síntomas, sólo útil para el diagnóstico clínico y para el entendimiento entre profesionales. Ni siquiera está delimitado con suficiente rigor y claridad el objeto epistémico de la psicopatología, aunque parece existir un amplio consenso en que nuestra disciplina clínica se ocupa de la conducta alterada.

La discusión, aún no resuelta del todo, acerca del ámbito científico de la psiquiatría y la psicología clínica ha dado lugar a numerosos paradigmas y tendencias escolásticas que han especulado a lo largo del siglo pasado sobre la naturaleza de los trastornos mentales y de su posible clasificación. No cabe duda que esta dispersión ha dificultado la comunicación y entendimiento entre profesionales. De aquí la aparición de clasificaciones intencionadamente ateóricas, esto es, sin ninguna fundamentación psicopatológica. Estos listados de trastornos mentales están basados, guste o no, en una semiología clínica reducida y de carácter descriptivo, sustentada en simples criterios estadísticos, es decir, no son otra cosa que agrupaciones sintomáticas delimitadas por consenso mediante criterios de inclusión y exclusión.

Nadie puede ni debe negar las bondades de estos manuales diagnósticos, pues nos permiten lograr una buena comunicación entre clínicos, incrementar la fiabilidad diagnóstica y, por tanto, prescribir la terapéutica apropiada, establecer factores pronósticos y posibilitar la investigación. Sin embargo, tampoco podemos soslayar que el diagnóstico continúa basándose en la observación de la conducta del paciente, a la que reputamos de anómala y la incluimos en entidades supuestamente naturales, pero que no dejan de ser meras convenciones entre profesionales.

Sería deseable que se detectara una correspondencia entre estas entidades clínicas convenidas y los procesos neurobiológicos y neurofisiológicos que determinan los comportamientos anómalos, pero aún en ese caso, es discutible,

desde la perspectiva epistemológica, que pueda llegar a explicarse la conducta enferma en términos exclusivamente neurobiológicos, pues tal reducción es, por principio, imposible. Si despreciamos el ámbito de lo subjetivo y la influencia de lo social nunca lograremos comprender plenamente el enfermar psíquico. No es posible una descripción ateórica de los fenómenos psicopatológicos realizada a partir de la pura observación, pues estos fenómenos se dan junto con determinadas vivencias subjetivas cargadas de significados e intenciones, que no pueden ser comprendidos sin aprehender la conducta y la vivencia como una unidad inseparable, que necesita ser interpretada desde los postulados de una construcción teórica.

Del corpus hipocrático al CIE 10

En opinión de los escritores del corpus hipocrático, la clínica se une a un saber teórico sobre el ser humano y el mundo en el que vive; más aún, consideran que no es posible saber medicina sin saber qué es el hombre.

Los diálogos didácticos de Platón, en los que nunca desligó la parte del todo, fueron retomados a lo largo de la historia de la psiquiatría por numerosos y relevantes autores que pretendieron constituir los fundamentos teóricos de la práctica psicopatológica. Sin embargo, pronto quedaron atrás la perspicacia y categorización clínica de Pinel, Esquirol, Griessinger o Kretschmer.

El discurso psiquiátrico se aleja cada vez más de una actividad clínica que eleve sus reflexiones a cuerpo teórico psicopatológico. Tanto es así que avanzado el año 2003, los grandes clásicos de la Psiquiatría reposan confinados en los anaqueles de las bibliotecas de vetustos hospitales psiquiátricos, en fotocopias mimadas como tesoros por algunos clínicos tildados de trasnochados y, en algunos casos, revitalizados en reediciones que enaltecen a sus promotores y editores.



No debemos olvidar que los clásicos como Kraepelin, Bleuler, Lasègue, Jaspers, Kahlbaum, Séglas, Clérambault, Bellak o Ey, fueron especialmente minuciosos en sus análisis de los fenómenos, en la articulación y vinculación de grupos de fenómenos entre sí y en la discriminación brillante y sutil de unas agrupaciones fenoménicas respecto de otras. También en nuestro país la psiquiatría adquirió una importancia relevante, y ello se debió al impulso que determinados profesionales produjeron en su desarrollo. Esto es precisamente lo que aconteció en España durante los últimos dos tercios del siglo pasado. Si se quiere citar algunos nombres que personifiquen este impulso, serían los de Carlos Castilla del Pino, Luis Martín Santos, Juan José López Ibor, Juan Antonio Vallejo Nágera y Federico Soto Yarritu.

En las dos últimas décadas del siglo pasado, inventarios premeditadamente ateóricos de los trastornos mentales pretenden constituirse como la categorización epistemológica de la práctica psiquiátrica. Más allá de su función indiscutible de homologación terminológica y de unificación de la jerga técnica de cuya necesidad nadie duda, estos listines, manuales, breviarios, propedéutica o saber clasificatorio, en definitiva, que supuestamente delimita con precisión inequívoca unas entidades psicopatológicas que se describen como agrupaciones naturales de síntomas, cuando en realidad son meras convenciones semiológicas, escinden el saber psiquiátrico entre la práctica y la teoría, dejando a la clínica huérfana, sin categorías psicopatológicas que soporten su quehacer. Además, en muchos casos, el diagnóstico efectuado mediante estos manuales no tiene valor añadido, es decir, es pura tautología. Si diagnosticamos de trastorno obsesivo a un paciente que nos refiere tener ideas obsesivas recurrentes, no añadimos nada que el enfermo no supiera con anterioridad. En cambio, si diagnosticamos de neumonía a un paciente afecto de dolor torácico en el costado, tos seca con esputos herrumbrosos, disnea y fiebre, el diagnóstico tiene un claro valor añadido a lo manifestado por el paciente, pues indica algo tan concreto

como un proceso inflamatorio de los alvéolos e intersticios pulmonares.

Aunque intuimos que los textos tipo DSM-III o CIE-10 poco nos aportan acerca de lo que de verdad es la esquizofrenia o los trastornos afectivos, nuestra práctica clínica parece subyugada por el contenido concreto y práctico de estos manuales. El riesgo que entraña esta actitud estriba en que las nuevas generaciones de clínicos podrían perder el interés por la investigación de la estructura íntima de los cuadros psiquiátricos. Lo cierto es que actualmente psiquiatras y psicólogos se interesan escasamente por el estudio de la evolución de conceptos como neurosis, esquizofrenia o psicosis maníaco depresiva, y consideran esta materia como superflua y alejada de la realidad clínica.

No cabe duda de que hemos optado por el camino más corto para acceder al conocimiento, que permite, sin duda, una rápida inserción en la práctica, pero tampoco nos cabe duda de que este camino es el más pobre desde el punto de vista intelectual. El peligro de este excesivo pragmatismo es que hagamos un ejercicio reduccionista de la condición humana, teniendo en cuenta que pensamos que es una obligación ética y científica el hecho de abordar de una forma integral el fenómeno de la enfermedad mental.

El afán de pragmatismo que inunda la práctica clínica actual nos enfrenta a la posibilidad cierta de creernos que con sólo una serie de ítems, productos del consenso entre clínicos, a los que remitir lo observado o referido por los pacientes, estamos en posesión de un genuino saber psicopatológico. No es posible acceder a la riqueza del contenido de los fenómenos psicopatológicos sin haber estudiado el desarrollo general de las ideas acerca del ser humano, de las cuestiones filosóficas, antropológicas y sociológicas.

El saber psiquiátrico y psicológico no sólo debe estar orientado a la adquisición de



amplios conocimientos científicos, sino también a poseer los mismos con la suficiente consistencia intelectual y dignidad ética.

Pese a todo, el progreso efectuado por la psiquiatría y la psicología clínica en las últimas décadas es notable. Quizá el rasgo que mejor defina a la psicopatología actual sea su carácter holístico, su aproximación a la totalidad de las cuestiones que suscita el estudio de la conducta humana, lo que la diferencia claramente de la dispersión escolástica que caracterizó a nuestra disciplina clínica en pasado siglo. Este carácter holístico alcanza su máxima expresión en la denominada Salud Mental Comunitaria, la cual, asimismo, se distingue netamente de la psiquiatría asilar que con exclusividad se dispensaba hasta hace unas décadas.

Sin embargo, el elemento sustancial de la práctica clínica de este siglo, que sin lugar a dudas ha supuesto un enorme salto cualitativo, es el paso de la práctica clínica basada en la eminencia, la vehemencia o la providencia a la práctica basada en la evidencia científica. La aplicación de criterios clínicos basados en pruebas sólidas, provenientes de la investigación científica, ayudarán, sin duda, a utilizar con mayor fiabilidad los tratamientos considerados más eficaces y a desaconsejar el uso de aquellos que se muestran inútiles. Esto va a permitir, por fin, elaborar una cartera de servicios en la cual se podrán jerarquizar por orden de prioridad los tratamientos que se muestren más eficaces en cada trastorno mental, en detrimento de aquellos otros de dudosa utilidad. Por último, la práctica clínica basada en la evidencia científica va a ser un instrumento de indudable valor para erradicar de una vez por todas la absurda práctica actual en la que el enfermo, independientemente de su enfermedad, es tratado de acuerdo con el modelo teórico aprendido por uno u otro profesional.

El psiquiatra y el psicólogo clínico actual disponen de un arsenal terapéutico eficaz, integrado por tratamientos farmacológicos, psicológi-

cos y rehabilitadores de déficits psicosociales, basados en pruebas científicas, cuyas posibilidades de aliviar, mejorar o curar son análogas a las de otros especialistas clínicos.

Esta transformación de la práctica psiquiátrica y psicológica se nutre de tres grupos de ciencias, que constituyen a su vez tres niveles de aproximación al estudio de la conducta humana: ciencias neurobiológicas, ciencias de la conducta y ciencias sociológicas.

El conocimiento neurobiológico

Los procesos biológicos constituyen una condición *sine qua non* para que se produzcan las enfermedades mentales, pero no son suficientes para su descripción integral y mucho menos para su interpretación.

Las contribuciones de la neurobioquímica, la psicofarmacología, la genética, la informática y, más recientemente, de los estudios efectuados con tomografía por emisión de positrones y tomografía computarizada por emisión de fotón único, han determinado un importante avance en el conocimiento de las bases biológicas de la conducta humana.

La consecuencia más evidente de este avance es que, tras el auge de los modelos psicológicos del sujeto y de la conducta, que provocaron la irrupción del psicoanálisis y el conductismo en la psiquiatría académica, se ha producido el retorno al biologismo que había caracterizado a la psiquiatría de finales del siglo XIX y principios del XX, representado entonces por el axioma de Griessinger: *las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro*, sólo que ahora, iniciado el nuevo siglo, vuelve no como alteraciones anatómicas del encéfalo, sino como disturbios neurobioquímicos y de transmisión cerebral del impulso neuronal.

El descubrimiento de los psicofármacos en la década de los años cincuenta revolucionó el



tratamiento de las enfermedades mentales hasta el punto de que la psiquiatría comenzó a equipararse al resto de especialidades médicas. Sin lugar a dudas, los psicofármacos representan un cambio sustancial en el ámbito asistencial, pues permiten que muchos pacientes, anteriormente condenados a hospitalizaciones prolongadas, en la actualidad puedan vivir total o parcialmente integrados en su comunidad.

La mejor respuesta de ciertas formas de ansiedad a los antidepresivos que a las benzodiazepinas, nos han llevado a replantearnos nosológicamente la verdadera naturaleza del trastorno de ansiedad. Tampoco va a dejar de tener repercusiones nosológicas el hecho de que los antidepresivos sean el fármaco de elección en cuadros clínicos tan aparentemente diferentes como la depresión, el trastorno de ansiedad, el trastorno obsesivo-compulsivo o la anorexia mental. Este hecho sin duda suscita numerosos interrogantes.

Tampoco debemos olvidar que la investigación farmacológica y los estudios de neuroimagen han hecho avanzar los conocimientos acerca de la bioquímica de los trastornos mentales: teoría de la hipoactividad dopaminérgica prefrontal e hiperactividad dopaminérgica del sistema límbico, originaria de los síntomas negativos y positivos respectivamente en la esquizofrenia; teoría aminérgica de los trastornos afectivos o la teoría serotoninérgica del trastorno obsesivo.

En lo que hace referencia a la neurobioquímica, en los últimos años se ha incrementado considerablemente el conocimiento de los neurotransmisores y receptores nerviosos. Se han descubierto receptores específicos para la morfina, las benzodiazepinas, la imipramina y otras sustancias psicoactivas. Asimismo se conocen algunos aspectos de las relaciones entre el sistema endocrino y la actividad cerebral, lo que ha permitido diseñar marcadores biológicos de determinados trastornos mentales como el test de supresión con dexametasona, test de la respuesta tiroidea a la administración de TSH o el

test de la clonidina, todos ellos involucrados en el diagnóstico de la enfermedad depresiva. Estos marcadores biológicos permiten a veces ratificar un diagnóstico, evaluar la gravedad del trastorno e incluso establecer subgrupos de pacientes según criterios biológicos.

El espectacular avance de la genética molecular ha descubierto posibilidades en la investigación de las bases biológicas de la enfermedad mental, insospechadas hace apenas unos años. Los estudios familiares y de adopción pusieron de manifiesto muy pronto la importancia de los factores genéticos en la mayoría de los trastornos mentales. Sobre este tipo de estudios se basa la evidencia de que la vulnerabilidad para la enfermedad mental es un riesgo biológicamente determinado y, además, presente en todas las poblaciones. El progreso efectuado en genética molecular probablemente va a posibilitar la localización exacta de los genes involucrados en esta particular vulnerabilidad, origen, en parte al menos, de numerosas enfermedades mentales. Aunque resta mucho por hacer en esta materia, parece obvio que las posibilidades futuras de la investigación genética son innumerables. Así, por ejemplo, la detección de marcadores de vulnerabilidad genética permitirá seleccionar sujetos con riesgo genético para la esquizofrenia, no afectados clínicamente, con objeto de desarrollar estrategias de prevención.

Como conclusión de lo expuesto hasta aquí acerca de la investigación neurobiológica, cabe señalar que los hallazgos obtenidos son todavía poco concluyentes y, en ocasiones, contradictorios. Los datos obtenidos no son específicos ni siquiera muestran claramente su delimitación topográfica cerebral. Todo lo más, aunque sin duda muy esperanzador, muestran que los trastornos mentales se correlacionan con alteraciones bioquímicas, pero esta correlación no es suficiente como para hablar de etiología. Por lo tanto, el diagnóstico en psiquiatría sigue siendo psicopatológico.

El conocimiento psicológico

Los estudios hereditarios confirman que el trastorno bipolar y la esquizofrenia son entidades que presentan una débil penetrancia genética y, por tanto, parece claro que intervienen también en su etiología factores psicológicos y ambientales. Se decía que la esquizofrenia era un trastorno hereditario de carácter recesivo poligénico y de penetrancia incompleta, actualmente parece más correcto hablar de *umbral de vulnerabilidad* cuya transmisión genética sigue un patrón aún no determinado.

Es contradictorio, por todas estas consideraciones, construir una psiquiatría de base exclusivamente somática. El modelo de salud mental ha de ser obviamente biopsicosocial. En este sentido, el siglo pasado ha sido testigo de importantes contribuciones psicológicas con objeto de construir una psicopatología que permitiera explicar las enfermedades mentales, tomando como objeto científico no la conducta, sino el sujeto enfermo.

La fenomenología de Jaspers consideró lo psíquico como un hecho empírico y como tal susceptible de ser descrito. Lo psíquico es la vivencia que el paciente experimenta y ésta sólo puede obviamente analizarse en la forma en que se presenta, sin embargo este intento descriptivo de la fenomenología quedó invalidado por la imposibilidad de objetivar la vivencia. La vivencia es forzosamente distorsionada por la propia subjetividad del observador, por lo que se entra de lleno en el ámbito de lo especulativo-interpretativo. En definitiva, la fenomenología constituye una psicopatología basada en una metodología subjetiva e introspectiva y, por tanto, nada acorde con los criterios de científicidad.

Freud contribuyó a la psicopatología con una aportación netamente psicológica, el psicoanálisis. Pese a que es dudosa la científicidad de algunos de sus postulados, hasta el momento es la única teoría del sujeto coherente y con

suficiente valor heurístico, capaz, además, de explicar todas las vivencias y conductas sean normales o alteradas. El psicoanálisis pretende esclarecer las motivaciones e intencionalidades inconscientes del comportamiento humano, que entran en conflicto con el ámbito de la conciencia, generando supuestamente los síntomas. Su axiomática es quizá excesiva y sus resultados difícilmente verificables, aunque la vasta experiencia de muchos profesionales es positiva.

El modelo propuesto por Freud parece algo alejado de la realidad, sin embargo, alguno de los desarrollos posteriores, en particular el lacaniano, han dado una mayor racionalidad a la teoría psicoanalítica.

Por otra parte, la aplicación de los postulados de la psicología dinámica a la clínica psiquiátrica ha dado como resultado la creación de numerosos tipos de psicoterapias como el psicoanálisis grupal, la psicoterapia focal o el psicodrama.

Otra aportación psicológica interesante es la teoría de la comunicación, propuesta por la escuela norteamericana de Palo Alto. Este modelo atiende fundamentalmente a los aspectos interpersonales y desdeña los intrapsíquicos, poniendo más énfasis en los efectos de la comunicación que en las intenciones de la conducta. Algunas de sus aportaciones como la hipótesis del doble vínculo, ejemplo de paradoja comunicacional, supone una explicación muy sugerente de la génesis de la esquizofrenia. Asimismo, este modelo ha dado frutos importantes en su aplicación a la psicoterapia de pareja y de familia.

En virtud de la influencia que el positivismo ejerció sobre la epistemología surgió un nuevo modelo psicológico centrado en la conducta, pero soslayando el sentido y la intencionalidad de ésta, no por inexistente, sino, simplemente, por considerarla no objetivable y, por ende, no susceptible de investigación científica. Sin



embargo, esta meticulosidad científica contiene una paradoja. Este reduccionismo, que mutila una buena parte de la realidad del enfermar humano, determina que el modelo se muestre insuficiente para dar cuenta de los fenómenos psicopatológicos en su complejidad, que es como realmente acontecen. De alguna manera, los modelos psicológicos reduccionistas, por impecable que sea el método científico empleado, dan la espalda a la realidad y desdeñan, en cierto modo, la verdad, y eso representa una actitud incompatible con el espíritu de la ciencia.

A pesar de ello, el conductismo ha contribuido con importantes conocimientos acerca de los mecanismos del aprendizaje y ha aportado técnicas de modificación de conducta, que se han revelado muy eficaces en el tratamiento de ciertos problemas, como los trastornos de ansiedad, la fobia o los trastornos alimentarios.

El conductismo clásico, dadas sus limitaciones, sufrió modificaciones importantes, culminando en el llamado cognitivismo-conductual. La psicología cognitiva está actualmente en proceso de expansión y no es de extrañar que esté llamada a ser la psicología del nuevo siglo. De hecho es eficaz en el tratamiento de numerosas enfermedades mentales como el trastorno obsesivo, la fobia, la depresión e incluso la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

Esta corriente pretende dilucidar como funciona la mente y a partir de esto explicar la conducta externa, pues parte de la base de que ésta se genera en los procesos mentales internos. La mente se comporta como un ordenador procesador de información, es decir, que epistemológicamente la relación cerebro/mente es análoga a las del hardware (soporte técnico) y software (programa funcional) respectivamente. Con este armazón conceptual se pretende llegar a conocer las propiedades funcionales de la mente y de hecho muchos han sido los avances. Sin embargo, su propia axiomática, por mucho que se compliquen sus esquemas teóri-

cos, supone, en nuestra opinión, una limitación insalvable a la hora de conocer la intencionalidad y sentido de la conducta. No es posible reproducir la mente humana en un ordenador ni reducir su complejidad a un modelo hardware/software.

En la vida, los seres humanos, a veces tropiezan, pierden comba y la suerte les esquiva. Vagan sin parar por estados de ánimo feroces y opresivos. Llegado a este punto, no les basta todo su arte para ocultar su aflicción o vestirla a la moda. En esa coyuntura anímica, huera y baudeleriana, no pueden observar la realidad sino con los quevedos de Quevedo, deformantes como los espejos de Valle-Inclán, que también usaba quevedos. Su puntual y subjetiva atalaya les ofrece, sin duda, una perspectiva menos atractiva, repleta de desdichas en aumentativo y de alborozos en diminutivo. ¿Qué ha ocurrido? Simplemente que el sujeto, sistemáticamente denodado como objeto epistémico de la ciencia psiquiátrica, ha enfermado, aunque de él sólo interese el síntoma y su alterada conducta. En buena lógica, el discurso antropológico del enfermar psíquico, necesariamente bio-psico-social, está siendo sustituido por el panegírico de un modelo psiquiátrico farmacodependiente y rudimentariamente biológico, que conlleva, además, una práctica psicológica de clara vocación conductista, donde importa menos el saber como su fácil manejo. No pretendemos cuestionar la validez de ambos modelos terapéuticos, nada más lejos de nuestra intención sino tan sólo perseguimos remarcar sus limitaciones, pues sus restrictivas coordenadas teóricas camuflan la problemática subjetiva y social de fondo y actúan casi exclusivamente sobre el síntoma en su parte más emergente, esto es, sobre aquello que aflora a la superficie, sobre lo que hace ruido, en definitiva, lo que molesta socialmente. La salud mental, más conservadora que nunca, emerge no mucho más allá de su enroque tradicional, nutriendo la práctica asistencial de jóvenes especialistas impregnados por el discurso más sencillo del fármaco y seducidos por la ágil intervención conductista. No debe sorprender-



nos que los servicios de salud mental no sean, hoy día, otra cosa que un conjunto de estructuras ambulatorizadas que funcionan a la luz del modelo médico tradicional, tanto en cuanto a las técnicas de intervención terapéuticas, basadas casi exclusivamente en prescripciones farmacológicas, como a las relaciones con los pacientes, que se reducen prácticamente a las consultas convencionales.

Si despreciamos el ámbito de lo subjetivo nunca lograremos comprender plenamente el enfermar psíquico. No es posible una descripción de los trastornos mentales efectuada a partir de la pura observación de la conducta del enfermo, soslayando el elemento fundamental del enfermar que no es otro que el sujeto mismo con sus motivaciones, intencionalidades y sus opacos móviles inconscientes, operantes en grado sumo. *Todo lo que es profundo necesita una máscara*, dijo Nietzsche.

Solamente una visión totalizadora, que incluye ineludiblemente al sujeto, tiene el suficiente valor heurístico como para ser capaz de explicar de forma coherente todas las vivencias y comportamientos, ya sean normales o alterados. Todo conocimiento científico que se plantee desentrañar lo profundo del enfermar psicopatológico debe ahondar en la experiencia subjetiva en la que se revelan los verdaderos móviles de toda actuación humana y donde los síntomas adquieren su auténtico significado biográfico.

El ser humano no puede ser reducido a un comportamiento que se observa, a una mera conducta, si acaso, susceptible de ser técnicamente modificada, lo que inevitablemente le convierte en prisionero de la coseidad. El sujeto debe manifestarse, revelar su profundidad, exteriorizar su interioridad, objetivarse y darse a conocer. El sujeto debe encontrar una existencia carnal, activa y consciente en su enfermar, retornar hacia sí mismo, superada la alienación que representa su impuesta identificación con el síntoma.

El sujeto debe ser entendido como un yo subjetivo e individual, con conciencia de sí mismo. El sujeto es proyecto, es aquello a lo que se dedica. Carece de uniformidad y de unidad, pues a lo largo de su experiencia vital son muchos y diferentes los sujetos que se dan en un individuo. Un ser humano no es nunca igual así mismo ni psíquica ni físicamente. Es una sucesión de yoes desperdigados. Es como el grifón dantesco, que sin dejar de ser el mismo, cambia constantemente de figura. Quizá sería más exacto hablar, pues, de sujetos en plural. El sujeto no nace, se hace. No tiene pues estabilidad. El sujeto es un proceso, una serie de actos y de movimientos en un devenir incesante. No tiene perennidad. Es intermitente. Se manifiesta en cada acto y se agota en cada proyecto, renaciendo modificado al ocuparse de una nueva actividad. Su destino es, pues, la persecución obstinada de fines unilaterales. ¿Qué es, entonces, el sujeto? Es ser consciente de sí mismo, tener memoria de su propia secuencia biográfica, pese a los constantes cambios identitarios y morfológicos, sin confundirse nunca con lo que uno no es. La conciencia y la memoria rescatan, de esta suerte, la dispersión, la falta de estabilidad, identidad y perennidad del sujeto, aportándole, definitivamente, coherencia y vivencia de mismidad. Sin embargo, en este mundo cotidiano y prosaico, el sujeto no puede exteriorizarse enteramente. Sus actividades no constituyen una emanación plena de todo su potencial humano, sino tan sólo una multiplicidad de detalles. Su vida, contingente, dependiente, frágil y siempre incompleta, representa una constante inquietud, avidez, angustia y miedo. En una palabra, es un ser que vive asediado en todos los sentidos por la conciencia de su finitud.

Conocimiento social y cultural

El ser humano nace y se hace en un contexto social que le precede. Alcanza su condición de sujeto en ese tiempo mítico denominado Edipo y consolida su singular condición en la



interacción social. Su mundo subjetivo procede de la interiorización y asunción de normas y valores de los grupos sociales con los que se relaciona, especialmente de la familia. Es obvio que existe, pues, una estrecha relación entre las pautas culturales de conducta y el desarrollo de la personalidad. Igualmente existe, sin duda, una influencia relevante de la cultura en la génesis, curso, pronóstico, prevención y tratamiento de determinadas enfermedades mentales.

Está demostrado que las alteraciones mentales en su conjunto son más frecuentes en las clases sociales bajas que en las acomodadas. La incidencia de las psicosis es mayor en las clases bajas, mientras que las llamadas antiguamente neurosis se dan con más frecuencia en las clases económicas más pudientes. Las personas divorciadas enferman con más frecuencia que los casados. Estos datos vienen a demostrar el relativismo de los datos biológicos y psicológicos en salud mental. Las aportaciones de las ciencias sociales ponen en cuestión los reduccionismos biólogos y psicólogos y dan primacía a aquellos modelos que, sin perder de vista la importancia del conocimiento neurobiológico y psicológico, abordan el problema de la enfermedad mental desde una perspectiva integral bio-psico-social.

No pretendemos con estas reflexiones recrear de nuevo el escenario del siglo pasado, que si por algo se caracterizó fue por la confu-

sión escolástica, que dio lugar a numerosos paradigmas desde los cuales se pretendía explicar la naturaleza de los trastornos mentales. Somos conscientes de que después de caer agua sin tregua, la lluvia acaba por mojar el propio agua. No es nuestra intención, pues, que cada corriente o escuela, cada cenáculo y cada capilla, que todavía las hay, retornen con innecesario furor dialéctico para alzarse con el santo y la limosna. Tan sólo apuntamos unas pocas notas, quizá algo apresuradas, orientadas hacia una nueva epistemología del enfermar psíquico.

Se dice que hemos entrado de lleno en la era del cerebro, pues bien, aún siendo relativamente cierto este aserto, a modo de epílogo queremos afirmar que, en realidad, la salud mental del siglo XXI nos va a conducir inexorablemente a una epistemología psicopatológica del ser humano entendido como un sujeto, esto es, como una unidad biológica dotada de subjetividad, libre y contingente, sin poder moderador alguno ni última apelación posible, que se manifiesta a través de comportamientos intencionados y amenazada por fuerzas inasibles y, a su vez, integrada socialmente.



Dirección de contacto

Fabricio de Potestad Menéndez

Centro de Salud Mental I-A

C/ Compañía s/n - 31001-Pamplona.

Tel: 948 20 66 35 - Fax: 948 20 64 09

E mail: fabdepopa@latinmail.com

BIBLIOGRAFÍA

Baca, E.: "Hechos y valores en Psiquiatría" Editorial Triacastela, Madrid, 2003.

Beals, R.: "Introducción a la antropología" Ediciones Aguilar, Madrid, 1978.

Bellak, L.: "La esquizofrenia" Editorial Herder, Barcelona, 1968.

Bloch, S.: "La ética en psiquiatría" Editorial Triacastela, Madrid, 2001

Breger, L.: "Freud: el genio y sus sombras" Ediciones Grupo Z, Buenos Aires, 2001.



- Bustamante, M.: "Estudios sobre neurobiología, neurología y psiquiatría" Edita Diputación de Vizcaya, Bilbao, 1976.
- Caro, I.: "Manual de Psicoterapias cognitivas" Editorial Paidós, Barcelona, 1997.
- Castilla del Pino, C.: "Criterios de objetivación en psicopatología" Ediciones Marier S.A. Sevilla, 1997.
- Conrad, K.: "La esquizofrenia incipiente" Editorial Triacastela, Madrid, 1997.
- Ey, H.: "Estudios sobre los delirios" Editorial Triacastela, Madrid, 1998.
- Feighner, J.P.: "Diagnostico de la depresión" Ediciones Willey& Sons, Nueva York, 1991.
- Guimón, J.: "Introducción a la Psicopatología" Wyeth, Madrid, 2001.
- Gutierrez, M.: "Esquizofrenia: entre la sociogénesis y el condicionamiento biológico" Ediciones de neurociencias, Barcelona, 1995.
- Hare, E.: "El origen de las enfermedades mentales" Editorial Triacastela, Madrid, 2000.
- Kant, E.: "Crítica dela razón pura" Editorial Porrúa S.A. México, 1987.
- Kretschmer, E.: "El delirio sensitivo de referencia" Editorial Triacastela, Madrid, 2000.
- López Ibor, J.J.: "OMS. CIE-10" Gráficas Forma S.A. Madrid, 1994
- Morales, F; Olza, M.: "Psicología social y trabajo social" Editorial Isabel Capella, Madrid, 1996.
- Parrillada, E.: "Esquizofrenia negativa" Ediciones Aula Médica, Barcelona, 2002.
- Pichón, P.: "Ciclo vital y trastornos psiquiátricos graves" Ediciones Aula Médica, Madrid, 1998.
- Potestad, F. et alt.: "Nuestra respuesta social e institucional al Hospital Psiquiátrico de Pamplona" Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra, Pamplona, 1991.
- Rifflet, A.: "Introducción a la teoría de Lacan" Edhasa, Barcelona, 1971.
- Rimm, D.: "Terapia de la conducta" Ediciones Trillas, México, 1981.
- Rocher, G.: "Introducción a la sociología" Ediciones Herder, Barcelona, 1975.
- Schneider, K.: "Psicopatología clínica" Editorial Triacastela, Madrid, 1997.
- Stevenson, L.: "Siete teorías de la naturaleza humana" Colección Teorema, Madrid, 1974.
- Valdes, M.: "Breviario DSM-III" Ediciones Masson S.A. Barcelona, 1988.
- Vieta, P.: "Hipomanías" Ediciones Aula Médica, Barcelona, 2002.



El programa sociosanitario de atención a personas cuidadoras de enfermos dependientes¹

Florencio Moneo Martín

Médico, psicoterapeuta, responsable del programa a cuidadores de la Fundación Etorkintza

Resumen

El autor describe el programa sociosanitario de atención a los cuidadores de personas dependientes. Ha sido desarrollado por la Fundación Etorkintza Elkargoa y financiado por el Gobierno Vasco/Eusko Jaurlaritz, la Diputación Foral de Bizkaia/Bizkaiko Foru Aldundia y la Fundación Etorkintza Elkargoa. Consiste en una página web de acceso libre, atención telefónica gratuita por las mañanas de los días laborables, grupos presenciales y charlas a cuidadores afectados por malestar psíquico (ansiedad y depresión) derivado del desempeño de su labor, atendidos en los Servicios Sociales de Base en los locales disponibles de los municipios de la Comunidad Autónoma Vasca de Euskadi.

Palabras clave

Cuidadores, web, teléfono, grupos.

Análisis de la realidad

En la Comunidad Autónoma Vasca existen 86.762 personas con alguna discapacidad severa o total según el Eustat (2001, Eustat).

De éstas, 57.533 personas reciben ayuda personal por parte de cuidadores y cuidadoras, siendo fundamentalmente familiares (cónyuges, madres, hermanas, hijas, hijos, profesionales...). De tal manera que se puede afirmar que el colectivo de personas cuidadoras suponen una cantidad mayor, dada la realidad de que en ocasiones son más de una las personas cuidadoras de los enfermos dependientes por discapacidad o enfermedad.

El desarrollo de las nuevas tecnologías en esta comunidad autónoma ha sido muy importante en los últimos meses, de tal manera que las agencias (2003, Eustat) nos acreditan como una comunidad puntera en el estado Español y más cercana a la realidad europea. En Euskadi la mitad de los hogares posee un ordenador, y la tercera parte posee una conexión de acceso a internet. Mientras que el 40% de la población de la Unión Europea posee acceso a internet (2002, Eurobarómetro), siendo que las poblaciones de Dinamarca, Holanda y Suecia poseen unas tasas de acceso a internet del 65%.

Euskadi es un territorio con una población de 2.082.587 personas. De éstas unas 343.600 poseen en la actualidad más de 64 años. El 17,9% de la población posee más de 65 años.

(1) El programa posee el apoyo de las siguientes instituciones: Fundación Etorkintza Alkargoa, Consejería de Acción Social y Vivienda del Eusko Jaurlaritz Gobierno Vasco, Gizartekintza Acción Social Diputación Foral de Bizkaia y los Servicios Sociales de Base de los municipios de Euskadi.



Según el informe: *The evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Part two. Evidence book. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la salud pública en una nueva Europa. (2000). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, la mejora de la salud de la tercera edad en la Unión Europea exige que se preste atención a la calidad, al igual que a la cantidad, de los años que quedan de vida. Las tasas de discapacidad son más altas en las mujeres que en los hombres. La discapacidad en la tercera edad es un determinante importante de los costes sanitarios, que representan alrededor del 50% de los presupuestos de atención sanitaria de los países de la unión Europea, estando proyectado que dicho coste se incremente al mismo ritmo que este grupo de población. Existen buenas razones para seguir promoviendo la salud en la tercera edad. En primer lugar, existe evidencia acumulativa que demuestra que el mantenimiento de estilos de vida sanos está asociado a una ganancia en salud. En segundo lugar, y como factor más importante, existe un amplio potencial para la mejora de la mala salud y la discapacidad a esa edad, es decir, la mejora de la calidad de vida, si se aplican políticas sanitarias y sociales adecuadas. Esto es factible, siendo un cometido que incumbe directamente a los gobiernos. Los servicios sanitarios y sociales de la comunidad mejoran la calidad de vida de las personas de edad, mitigan las minusvalías y reducen la necesidad de vivir en instituciones. Deberían especificarse unos servicios básicos mínimos. La aceptación de dichos servicios y su acceso deberían estar supervisados con el fin de garantizar una distribución equitativa.*

Entre las personas de edad avanzada, especialmente entre los grupos de mayor edad, los servicios sanitarios y sociales desempeñan un papel importante en la mejora de la calidad de vida y la mitigación de las minusvalías que producen las discapacidades en la vejez. Estu-

dios realizados en los países de la UE han demostrado que las discapacidades más corrientes son las siguientes: déficit de audición, visión y movilidad, problemas para realizar las tareas básicas diarias (como lavarse, vestirse), alteraciones de los pies e incontinencia. La mayoría de las discapacidades son más frecuentes en las mujeres que en los hombres. Datos británicos demuestran que el 14% de las mujeres de más de 65 años necesitan que les ayuden todos los días para seguir siendo independientes, en comparación con el 7% de los hombres. A la edad de 85 años, estas cifras ascienden al 40% para las mujeres y al 21% para los hombres. Los estudios han demostrado diversos beneficios desde la reducción de las admisiones en instituciones y de la mortalidad, a la mejora del bienestar y el incremento de la independencia funcional, a los que añade una menor carga para las personas que atienden a los ancianos en la familia (Challis D, Chessum R, Chersterman J et al, 1988). La prestación eficaz de servicios a la tercera edad exige una plena integración de los servicios de atención sanitaria y social y su funcionamiento en asociación con otros organismos y ONGs.

Las previsiones demográficas de crecimiento de la población de edad avanzada han provocado alarmas sobre los incrementos resultantes del gasto sanitario y social. La reducción del nivel o la calidad de los servicios tendría impactos negativos considerables en la salud y el bienestar de la tercera edad. La prestación de servicios comunitarios disminuye la necesidad de admisión a atención institucional, siendo una opción mucho más barata y, en consecuencia, más rentable (Challis D, Davies B, 1985). Si bien la prestación de servicios comunitarios puede entrañar una mezcla de gasto público y privado, es esencial que las barreras financieras no impidan su utilización.

Permitir que las personas mayores permanezcan en la comunidad mediante la prestación de servicios sanitarios y sociales ofrece ventajas sociales considerables. Las familias se benefician de una reducción de la carga que



supone cuidar a estas personas mayores y de una mayor participación de las personas mayores en los roles familiares, como el cuidado de los nietos. La sociedad se beneficia garantizando que las personas mayores sigan siendo parte integral de la vida de la comunidad, y que las personas que los cuidan puedan seguir trabajando.

Las personas en edad de jubilarse representarán alrededor del 15% de la población europea en el año 2000, lo cual les confiere un poder de voto y consumo importante. La mejora de su salud, principalmente de su calidad de vida, aumenta su valor en la sociedad al permitir que un mayor porcentaje de estas personas siga desempeñando un papel activo.

Población general por intervalos de edad y sexo en los distintos territorios históricos

Edad	total	total+de 64	total	V+de 64	Total M	M+de 64	V+de 84	M+de 84
Euskadi	2.104.060	350.975	1.029.250	145.316	1.074.810	205.658	9.160	24.952
Bizkaia	1.139.012	195.402	554.196	80.915	584.817	114.586	4.774	13.424
Araba	286.177	42.585	142.028	18.276	144.149	24.308	1.352	3.189
Gipuzkoa	678.871	112.888	333.027	46.124	345.844	66.763	3.034	8.339

Fuente: Población de derecho. 31-12-1998. Eustat. Euskal Urtekari Estatistikoa-Anuario Estadístico Vasco 2002.

Población general por intervalos de edad y sexo en los distintos municipios de Bizkaia

Ciudad	+ de 64	varones	mujeres	+ de 85	65-85	%
Bilbao	63.527	24.857	38.670	7.800	55.727	12,27%
Barakaldo	16.888	7.178	9.710	2.072		
Sestao	5.686	2.309	3.377	697		
Erandio	2.972	1.181	1.796	364		
Getxo	10.502	4.125	6.377	1.288		
Total						

Fuente: Población de derecho. 1996. Euskal Urtekari Estatistikoa- Anuario Estadístico Vasco. 1997-1998.



**Personas con alguna discapacidad en Euskadi,
según los grupos de deficiencias que la han originado. 1999.**

	Total	6-64 años		+65 años	
		Nº de personas	Tasa por 1000 habit.	Nº de personas	Tasa por 1000 habit.
Total (1)	143.601	62.908	39,1	80.693	239,2
Mentales	19.241	12.702	7,9	6.539	19,4
Visuales	31.001	13.561	8,4	17.440	51,7
Del oído	39.226	14.414	9,0	24.812	73,6
Del lenguaje, habla y voz	1.004	488	0,3	556	1,7
Osteoarticulares	46.790	18.775	11,7	28.015	83,1
Del sistema nervioso	10.963	5.177	3,2	5.786	17,2
Viscerales	13.047	4.193	2,6	8.854	26,3
Otras deficiencias	14.621	563	0,4	14.058	41,7
No consta	5.028	3.294	2,1	1.734	5,1

(1) Una misma persona puede estar en más de una categoría de discapacidad.

Fuente: Eustat. 11 de septiembre de 2001.

Población 2002

CAV	2.082.587		
Bizkaia	1.122.637	Bilbo	349.972
Alava	286.387	Vitoria-Gasteiz	216.852
Gipuzkoa	673.563	Donostia	178.377

Fuente: Censo 2001. INE 2002. Encuesta Estudio General de Medios, SPRI. 29-7-02.

Población y población conectada a internet

Territorio	Población	% conectada	Población conectada
CA de Euskadi	2.082.587	30%	624.776
Bizkaia	1.122.637		336.791
Bilbo	349.972		104.991
Alava	286.387		85.916
Vitoria-Gasteiz	216.852		65.055
Gipuzkoa	673.563		202.068
Donostia	178.377		53.513

Fuente: Censo 2001. INE 2002. Encuesta Estudio General de Medios, SPRI. 29-7-02.



Familias

Número de	CA de Euskadi	Bizkaia	Alava	Gipuzkoa
Familias	683.286	372.155	92.222	218.909
F conectadas	204.985	99.737	27.666	65.672

Fuente: Eustat. Euskal Urtekari Estatistikoa-Anuario Estadístico Vasco 2002. Estadística de población y vivienda 1996.

Viviendas

Número	CA de Euskadi	Bizkaia	Alava	Gipuzkoa
Viviendas	821.107	443.453	111.453	266.201
V. con tlfn	746.386	404.429	99.081	242.509

Fuente: Eustat. Euskal Urtekari Estatistikoa-Anuario Estadístico Vasco 2002. Estadística de población y vivienda 1996.

Según datos del INE (IMSERSO, encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud. Avance de resultados a 11 de septiembre de 2001), el número de personas con alguna discapacidad en la CAV es de: 143.601, que suponen una tasa de 39,1 por mil habitantes en personas de edad entre 6 y 64 años y una tasa de 239,2 por mil habitantes en personas de más de 64 años. Por ejemplo, en el Territorio Histórico de Bizkaia, el número total de personas con discapacidades es: 42.787. De entre ellas, el número de personas que reciben ayuda de asistencia personal es de 23.321. De éstas, 5.811 reciben ayuda del cónyuge, 6.180 de la hija, 2.559 del hijo, 281 de la hermana y 2.355 de otro pariente.

De las 42.787 personas discapacitadas en Bizkaia, con dificultad grave y ninguna discapacidad son 15.992, con dificultad grave y una dificultad 7.957, con dificultad grave y dos discapacidades 7.193, con dificultad grave y más de dos discapacidades

El número de personas discapacitadas que reciben ayudas de asistencia en la CAV es de 39.686.

Estos datos de las agencias estadísticas nos hacen pensar que el número de pacientes

con enfermedad de Alzheimer y otras demencias es alto, que los cuidadores están sobrecargados y afectado de elevado estrés en su función, que su ingreso en residencias es muy costoso para la sociedad, que los ancianos han demostrado su deseo de mantener su residencia en su domicilio, que según los estudios más recientes realizados en USA, Canadá, Israel y otros países el tratamiento más eficiente y eficaz para atender a esta población,

Estudio REACH realizado en USA y financiado por el Instituto Nacional de la Salud, Birmingham, 2001, Skill Training Condition, Miami, 2001.

Family-Based Intervention Caregivers REACH Progress Report, Carl Eisdorfer, Computers and caregiving: reaching out and redesigning interventions for homebound older adults and caregivers, Alexy EM, University of Pennsylvania, School of Nursing, Philadelphia, (Importancia del uso de los ordenadores en la Educación sanitaria para cuidadores).

Societal costs of vascular cognitive impairment in older adults, Rockwood K, Brown M, Merry H, Sketris I, Fisk J; Vascular Cognitive Impairment Investigators of the Canadian Study of Health and Aging, Dalhousie University, Hali-



fax, Nova Scotia, Canada, (los costes de las Demencias vasculares son altísimos para la sociedad).

How should clinicians discuss hospice for patients with dementia? Anticipating caregivers' preconceptions and meeting their information needs, Casarett D, Takesaka J, Karlawish J, Hirschman KB, Clark CM, Philadelphia Veterans Administration Medical Center, Pennsylvania, USA, (Los cuidadores con "clave" en la decisión de si un paciente de Alzheimer va a ser ingresado). Economic cost of Alzheimer disease in Israel, Beeri MS, Werner P, Adar Z, Davidson M, Noy S, Mount Sinai of Medicine, Psychiatry Department, New York, USA, (el estudio muestra el alto coste económico de la enfermedad de Alzheimer en Israel, lo que aconseja prevenir el destino y prevenir las hospitalizaciones). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. Geriatrics and Neuropsychiatry, Department of Psychiatry, University of Rochester Medical Center, New York, USA. (La distinta eficacia de los métodos a usar para ayudar al cuidador).

Distressing emotions in female caregivers of people with AIDS, age-related dementias, and advanced-stage cancers. Flaskerud JH, Carter PA, Lee P. UCLA School of Nursing, Los Angeles, USA. (Cuidadores de personas con Alzheimer, otras demencias y SIDA experimentan un estrés que puede afectar su salud física y mental. Es importante aliviar este malestar).

Assessment, measures and approaches to easing caregiver burden in Alzheimer's disease. Farcnik K, Persyko MS. Neuropharmacology Clinic, Toronto Western Hospital, Toronto, Ontario, Canada. (Es fundamental aliviar la carga del cuidador).

Predictive factors of hospitalization in 134 patients with Alzheimer's disease: a one year prospective study. Andreu S, Reynish E, Nourhashemi F, Shakespeare A, Moulas S, Ousset

PJ, Sagnier P, Richard A, Albarede JL, Vellas B. Department of Internal Medicine and Clinical Gerontology, Acute Unit for Alzheimer's Patients, Toulouse, France. (El estudio demuestra que la hospitalización de pacientes con enfermedad de Alzheimer es muy frecuente y muy costosa. La intervención sobre los cuidadores evita o ralentiza algunas hospitalizaciones).

Coping and depression in Alzheimer's caregivers: longitudinal evidence of stability. Powers DV, Gallagher-Thompson D, Kraemer HC. Department of Psychology, Loyola College in Maryland, Baltimore, USA. (La importancia de los cuidados a la Depresión de los cuidadores).

Patient and caregiver characteristics and nursing home placement in patients with dementia. Yaffe K, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Daane K, Covinsky KE. University of California. San Francisco. USA. (Cuidar al cuidador retrasa los ingresos del paciente).

Family caregiver help and self-help in Alzheimer dementia. Rainer M, Kruger-Rainer C, Croy A. Memory-Clinic und psychiatrischen des Abteilung des Donaushospitals im SMZ-Ost der Stadt Wien. (Informar, apoyar, guiar, dar consejo al cuidador).

Loneliness and depression in caregivers of persons with Alzheimer's disease or related disorders. Beeson R, Hoston-Deutsch S, Farran C, Neundorfer M. University of Akron, USA. (La soledad provoca Depresión en los cuidadores).

Caregivers' utilization of health services: results from the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration, Illinois site. Shelton P, Schraeder C, Dworak D, Fraser C, Sager MA. Outcomes/Performance and Improvement, Coordinated Care Services, Mahomet, Illinois, USA. (Atender a los cuidadores previene la hospitalización).

Por lo tanto, podemos afirmar que actualmente, de entre todos los métodos existentes de



ayuda a la persona cuidadora de enfermos dependientes, los métodos más innovadores y efectivos son:

1. E-mail: resolución de dudas y mantenimiento de contacto con el cuidador/a.
2. Internet: para el flujo de la información y la formación al cuidador/a, contactos con páginas webs de instituciones y de asociaciones.
3. Línea directa telefónica: para la atención al cuidador/ mediante la empatía y la escucha atenta.
4. Encuentros presenciales con cuidadores/as:
 - 4.1. Talleres: información y formación sobre la enfermedad, los recursos existentes, el cómo manejar al paciente y la búsqueda de la financiación.
 - 4.2. Grupo de apoyo: para gestionar las ansiedades de los cuidadores/as.

2. Objetivos del programa:

2.1. Objetivos generales:

- 2.1.1. Crear, poner en marcha y desarrollar el programa: "Cuidando al cuidador", que se dirige a los cuidadores/as de personas dependientes de la CA de Euskadi.
- 2.1.2. Contener las ansiedades del cuidador/ra de la CA de Euskadi.
- 2.1.3. Prevenir la descompensación psíquica del cuidador/ra.
- 2.1.4. Mejorar la calidad del cuidado del enfermo.

2.2. Objetivos específicos:

- 2.2.1. Aprendizaje de la técnica de relajación: método Schult.
- 2.2.2. Que el cuidador/ra desarrolle la comunicación con los conductores y los otros cuidadores/ras.
- 2.2.3. Evitar o reducir los ingresos del enfermo en una institución residencial.

2.2.4. Escuchar al cuidador/ra.

2.2.5. Resolver dudas al cuidador/ra.

2.2.6. Aportar información al cuidador/ra.

4. Método:

- 4.1. Contactar con los Servicios Sociales de Base municipales de la Comunidad Autónoma Vasca y con las asociaciones de usuarios y de familiares (1).
- 4.2. Atención por ordenador. A través de Email y de página web para suministrar información y resolver las dudas de la persona cuidadora.
- 4.3. Atención telefónica. Para dar información, empatizar con la persona cuidadora y escucharla atentamente.
- 4.4. Reuniones periódicas con los cuidadores instrumentales (este encuentro dura medio día y ofrece a los familiares de los pacientes información sobre las dificultades en manejar comportamientos, medicación y ofrece información sobre recursos comunitarios y financieros). Grupos de apoyo (son gratuitos, mensuales de hora y media de duración y permiten a los familiares compartir sus experiencias como cuidadores y dar u recibir apoyo emocional. Además funcionan como momentos de respiro. Ratos de formación y segunda parte de encuentro de apoyo). Todos estos recursos se han utilizado exitosamente en: USA.

Los recursos son:

1. Línea directa por internet con la persona cuidadora a través de Email y página web. (según los últimos datos llegaríamos a tender a 624.776 personas y a 204.985 hogares).
2. Difusión de información general por internet a la persona cuidadora.
3. Contacto por teléfono con la persona cuidadora.



4. Asistencia presencial a un grupo de trabajo sobre gestión de las ansiedades que produce el cuidado del enfermo en la persona cuidadora

dependientes, guiados por los conductores del grupo.

La web cuidador.com

Los recursos humanos son:

Un médico psiquiatra, experto en gestión clínica; un médico psicoterapeuta, experto en conducción de grupos; trabajadoras sociales.

Consentimiento informado: en caso de grabar las sesiones. Duración de las sesiones: 1 hora, 30 minutos. Plazas: 15 personas cuidadoras para cada grupo de gestión de ansiedades. Duración del programa: Un año, renovable siempre.

Contenidos de las sesiones: diálogo y explicaciones de las sensaciones que surgen a lo largo del trabajo de cuidado a enfermos de

El programa se está desplegando en los Servicios Sociales de Base de la Comunidad Autónoma Vasca. La dirección de la web es: www.cuidador.com que se encuentra activa y es de acceso gratuito. Posee el apoyo de la Consejería de Vivienda y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco (2002, 2003, Eusko Jaurilaritza).



Florencio Moneo

Domicilio: Fundación Etorikintza.

C/ Hurtado de Amézaga nº 27 2º - 48003 Bilbao.

Tfno: 94 444 42 49 - Fax: 944 210 619.

Email: moneo@etorkintza.org

BIBLIOGRAFÍA

1. IMSERSO (2003). La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Sesenta y más. 218. 18-23. Madrid: Imserso.
2. Cuaderno de puntuación del evaluador externo "Modelo EFQM de Excelencia".
3. Discurso del Lehendakari del 29-9-02 al Parlamento vasco.
4. Euskadirako Osasun Politikak, 2002-2010 Osasun Plana. Políticas de Salud para Euskadi, Plan de Salud 2002-2010. (2002).
5. Ley 5/1996, de 18 de octubre, de Servicios Sociales votada por el Parlamento Vasco.
6. Documentación del V Congreso de empresas y entidades que se dirigen a las personas mayores de 50 años: "La gestión privada de los servicios públicos para las personas mayores". Bilbao, 3 y 4 de octubre de 2002.
7. Ponencia del Sr Diputado de Acción Social de Bizkaia, Dn Ricardo Ansotegui Arangures al V Congreso de empresas y entidades que se dirigen a las personas mayores de 50 años, leída el día 3 de octubre de 2002.
8. Documento interno Etorikintza lanean nº 6. (2002).
9. Noticia servida por la agencia Europa Press el día 26 de septiembre de 2002: Sanidad y Asuntos Sociales ultiman la puesta en marcha de un plan sociosanitario para atender a ancianos.
10. David MG, Starzec Ch. Division etudes sociales, INSEE: "Aisance à 60 ans, dépendance et isolement à 80 ans".
11. Breuil-Genier P, Département Conditions de vie des menages, INSEE. "Généraliste puis spécialiste: un parcours peu fréquent".
12. Michel E, Jouglu E, Atton F, SC8-INSERM. "Mourir avant de vieillir."
13. Dumartin S, División Conditions de vie des menages, INSEE. "Trois quarts des Français se considèrent en bonne santé".



14. Euskal Urtekari Estatistikoa 2002. Anuario Estadístico Vasco 2002, Eustat. (2002).
15. Anuario Estadístico Español, INE. (2002).
16. Padrón municipal de Bilbao 2002.
17. Markez,I y otros: Informes de Ararteko al Parlamento Vasco 2000. (2001). *Atención comunitaria a la enfermedad mental*. Vitoria/ Gasteiz.
18. Bilbao Metropolotarra Birbizteko Elkartea 2001. Asociación para la Revitalización del Bilbao Metropolitano. (2002).
19. Conclusiones del Foro Mundial de ONGs sobre Envejecimiento. Madrid, 5 al 9 de abril de 2002. Los derechos de las personas mayores. "Los derechos de las personas mayores". Madrid:
20. Puga MD. (2001). Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España, una previsión a 2010. Madrid: Fundación Pfizer.
21. OMS. (2001). Salud y envejecimiento. Un documento para el debate.
22. OMS. (2001). Atlas. Ressources consacrées a la santé mentale dans le monde 2001. Genève.
23. V Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores. La nueva revolución. (2002). Madrid: Mapfre E.
24. Madrid declaration (2002).
25. Oficina Internacional del Trabajo (2001). Comisión de Empleo y Política Social. Segundo punto del Orden del Día. Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.
26. Sancho M (2002). Envejecer en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
27. Deia diario (2002). Entrevista con el Diputado General del 2002 irailaren 22 a
28. Bizkaiko Foru Aldundia-Diputación Foral de Bizkaia (2002). Memoria 2000. Gizartekintza Saila-Departamento de Acción Social. www.bizkaia.net/gizartekintza/txostena/ca_memoo.pdf
29. De la Sota E. (2001). Burnout Healthcare's occupational disease. *European Hospital*. 10. 18-19, London_Bonn.
30. De la Sota E. (2001). La atención al cuidador. En *Alzheimer. Familiares y Cuidadores*. Eds. L. Minguez y cols. HHHH.
31. De la Sota E. (1991). The Burnout Síndrome. En *European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. 2253-2257. Anthropos. Barcelona: Seva E.
32. De la Sota E. (2000). Healthcare in Spain. *European Hospital* 9. 16-18. London-Bonn.
33. De la Sota (2000). *Clinical Management in Spain*. 9. 14-15. London-Bonn.
34. De la Sota E (1998). Calidad total. *Avances en Salud Mental*. 1. 2-3. HHHH.
35. De la Sota E (1999). Total Quality Management in Mental Health. In *Management or Perish*. Guimón and Sartorius Eds. 369-373. New York.
36. De la Sota E (2000). Guía para la presentación de memorias de proyectos de investigación e intervención sanitaria. En *Bulbena A y cols (2000). Medición clínica en psiquiatría y psicología*. 487-496. Barcelona: Masson.
37. Moneo F (2002). Terapia de grupo y familia patológica. A propósito de un caso clínico. *Boletín (en prensa)*. Bilbao: Apag.
38. Moneo F (2001). Grupoanálisi de una paciente. *Boletín*. 23. 21-27. Bilbao: Apag.
39. Moneo F (2000). La función del asistente clínico voluntario. *Boletín*. 20. 3-9. Bilbao: Apag.
40. Moneo F (1999). El grupo operativo, pequeño y breve. *Boletín*. 14. 46-50. Bilbao: Apag.
41. Moneo F (1998). Acerca del proceso psíquico de una persona diagnosticada de esquizofrenia. *Boletín*. 10. 25-28. Bilbao: Apag.
42. Moneo F (1998). Proyecto: creación de un Centro de salud Mental en Baracaldo. *Boletín*. 12. 29-50. Bilbao: Apag.
43. Moneo F (2003). Trabajo con grupos en las instituciones públicas sociosanitarias. *Boletín*. 3. VIII. 3-40. Bilbao: Apag.



44. Ararteko (2000). Atención comunitaria de la enfermedad mental. Vitoria-Gasteiz.
45. Ararteko (1999). La situación de los servicios sociales de base en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria-Gasteiz.
46. Guimón J (2002). Groups in Therapeutic Communities. In Kaslow, FW (2002). Comprehensive handbook of psychotherapy. 1. Psychodynamic/object relation. New York. Jhon Wiley & Sons, Inc.
47. Achótegui J (2002) El duelo migratorio. Aspectos psicopatológicos y psicosociales desde una perspectiva grupal. Intervenciones psicosociales con inmigrantes. Boletín. 26. 24-34. Bilbao: Apag.
48. Bulbena A, Fernández P, Sáez A (2000). Evaluación clínica en el ámbito de la psiquiatría social y la rehabilitación psiquiátrica. En Bulbena A, Berrios G, Fernández p (2000). Medición clínica en psiquiatría y psicología. 509-543. Barcelona: Masson.
49. The REACH webside. <http://www.edc.gsph.pitt.edu/reach/>
50. Eisdorfer C (2001). Family-Based Intervention for Caregivers. REACH Progress Report. University of Miami.
51. The Alzheimer Page. Washington University in St. Louis.
<http://www5.biostat.wustl.edu/alzheimer/>
52. Find Caregiver Support Groups near you. <http://www.alzmass.org/caregiver/index.htm>
53. Resources for Enhancing Alzheimer's caregiver Health (REACH). <http://www.edc.gsph.pitt.edu/reach/brochure/>
54. Alexy EM (2000). Computers and caregiving: reaching out and redesigning interventions for homebound older adults and caregivers. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
55. Rockood K, Brown M, Merry H, Fisk J (2002). Societal cost of vascular cognitive impairment in older adults. Alifax.
56. Guimón J (2002). Salud mental relacional: Concepto, etiología y diagnóstico. Bilbao: Core Ed.
57. Guimón J (2002). Clínica psiquiátrica relacional. Bilbao: Core Ed.
58. Guimón J (2001). Intervenciones en Psiquiatría Comunitaria. Bilbao: Core Ed.
59. Guimón J (2002). Los profesionales de la Salud Mental: Actividades, vicisitudes y formación. Bilbao: Core Ed.
60. Guimón J (2002). Los prejuicios en contra de la Psiquiatría. Bilbao: Core Ed.
61. Guimón J (2001) Introduction a la psychothérapie de groupe. Paris: Masson.
62. Guimón J (2001). Inequity and Mandes. New York: Kluwer.
63. Guimón J (1999). The image of madness. New York: Karger.
64. Casarett D, takesaka J, Hirschman KB, Clark CM (2002). How should clinicians discuss hospice for patients with dementia? Anticipating caregivers'.
65. Guimón J (2002). Intervenciones grupales en psiquiatría de comunidad. New York: Camara Ready.
66. Guimon J, Weber-Rouget B (2002). Therapies de groupe brèves. Paris: Masson.
67. Sota E, Guimón J (1989). Evaluación económica de la asistencia psiquiátrica. En Guimón J, Mezzich JE, Berrios GE (1989). Diagnóstico en Psiquiatría. 386-392. Barcelona: Salvat Ed.
68. Sota E, Guimón J, Mascaró N, Sunyer M, Ayerra JM, Ros P (1989). El diagnóstico de familias, redes sociales e instituciones. En Guimón J, Mezzich JE, Berrios GE (1989). Diagnóstico en Psiquiatría. 357-370. Barcelona: Saval Ed.
69. Beeir MS, Werner P, Adar Z, Davidson M, Noy S (2002). Economic cost of Alzheimer disease in Israel. New York.
70. Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated metaanalysis. New York.
71. Flaskerud JH, Carter PA, Lee P (2000). Distressing emotions in female caregivers of people with AIDS, age-related dementias and advanced-stage cancers. Los Angeles.
72. Farcnik K, Persyko MS (2002). Assesment, measures and approaches to easing caregiver burden in Alzheimer's disease. Toronto.



73. Andrieu S, Reinish E, Nourhashemi F, Shakespeare A, Moulias S, Ousset PJ, Sagnier P, Richard A, Albarède JL, Vellas B (2002). Predictive factors of hospitalisation in 134 patients with Alzheimer's disease: a one year prospective study. Toulouse.
74. Powers DV, Gallagher-Thompson D, Kreamer HC (2002). Coping and depression in Alzheimer's caregivers: longitudinal evidence of stability. Maryland.
75. Yaffe K, Fox P, Newcomer R, Sands L, Lindquist K, Dane K, Covinsky KE (2002). Patient and caregiver characteristic and home placement in patients with dementia. San Francisco.
76. Rainer M, Kruger-Rainer C, Croy A (2002). Family caregiver help and self-help in Alzheimer dementia. Wien.
77. Beeson R, Horton-Deutsch S, Farran C, Neundorfer M (2000). Loneliness and depression in caregivers of persons with Alzheimer's disease or related disorders. Akron.
78. Shelton P, Schraeder C, Qworak D, Fraser C, Saager MA (2001). Caregiver's utilization of services: results from the medicare Alzheimer's Disease Demonstration, Illinois.
79. Asociación Provincial de Familiares de Alzheimer (2002). Programa: Grupos de autoayuda. Guadalajara.
80. Asociación Provincial de familiares de Alzheimer (2002). Programas: Atención Domiciliaria especializada. Guadalajara.
81. <http://www.caregiving.com>
82. Cuidado a nuestros mayores on-line. <http://ec.net>
83. <http://www.care-givers.com>
84. Cohen A (2002). Articles By Alan. <http://www.care-givers.com>
85. Witrogen B (2002). Articles And Inspiration By Harvey. <http://www.aaha.com>
86. Mitcell GR (2002). Articles And Inspiration By Gail. <http://www.NOPEC.ORG>
87. Tremayne S (2002). Article By Sydney. <http://www.LiveInJoy.com>
88. Felitto J (2002). Intentions. Articles By Jhon. Jhon Fellito – Coach – Web Site
89. Novick PK (1996). Self-Care For caregivers.
90. Sobel D. Healthy Pleasures.
91. Wellwood J. Ordinary Magic.
92. Kaplan HI, Sadock BJ (1989). Comprehensive Textbook of Psychiatry. Segunda edición. (2). 1407. Barcelona: Salvat E.
93. Sota E (2002). El maltrato a los mayores. <http://www.netdotor.com>
94. Boletín Oficial de Gipuzkoa (2000). Decreto Foral 72/2000. Programa Sendian.
95. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya (2002). Orden BES/248/2002. Programa de ayudas a la formación de las familias que tienen a su cargo una persona con minusvalía.
96. Molina JD, Andrade C (2002). The factor structure of the GHQ-60 in community sample: a scaled versión for Spanish population. Advances in relational mental health. 2. <http://www.bibliopsiquis.com/asmr>
97. Sota E, Guimón J, Sartorius N (2002). La gestión de las intervenciones psiquiátricas. Bilbao: Core Ed.
98. Erickson EH (1997). The life cycle completed. New York: WW Norton & Company.
99. Armijo R (1978) Epidemiología básica. Buenos Aires: Intermédica ed.
100. Armijo R (1976) Epidemiología aplicada. Buenos Aires: Intermédica ed.
101. Carcavallo RU (1973) Ecología y salud humana. Buenos Aires: Intermédica ed.
102. Mausner JS, Van AK (1974) Epidemiology, An Introductory text. Philadelphia: WB Saunders Company.
103. Piedrola G (1980) Medicina preventiva y social. Higiene y sanidad ambiental. Madrid: Amaro ed.
104. Alonso F (1973). Psicología médica y social. Madrid: Paz Montalvo ed.
105. Winnicott DW (1958) The family and individual development. London: Tavistock Publications.
106. Hamonet C, Heulen JM (1976). Abregé de rééducation fonctionnelle et de réadaptation. Paris: Masson.



No es loco el que quiere, sino el que puede

Luis-Salvador López Herrero

Psicoanalista y médico de familia.

Centro de Salud José Aguado. León

Resumen

Desde sus comienzos, y a diferencia de otras teorizaciones acerca de la psicosis (biológicas, psicológicas, sociales), el psicoanálisis de orientación lacaniana siempre ha concedido un valor esencial a la vertiente simbólica en la comprensión de la locura. El lenguaje, el significante del Nombre del Padre, y su ausencia a través de un mecanismo específico (forclusión), han sido los instrumentos que han venido a clarificar, tanto la causa como su descalabro final. Es esta misma especificidad causal la que nos ha permitido sostener que no es loco el que quiere, sino el que puede. Pero además, en sus últimos años de enseñanza, Lacan ha sabido interrogar a la esencia de la locura hasta hacer de ella el núcleo originario del ser parlante.

Palabras claves: Psicosis. Lenguaje. Nombre del Padre. Forclusión.

Abstract

From the beginning, and in contrast to other theories of psychosis (biological, psychological, social), lacanian psychoanalysis has always given a fundamental importance to the symbolic aspect in an understanding of psychosis. Language, the signifier the Name of the Father, and its absence via a specific mechanism (foreclosure), have been the instruments which have served to clarify both the cause and the final eruption of psychosis. It is this causal specificity which has allowed lacanian psychoanalysts to maintain that the one who is mad is not the person who wants to be, but rather the person who can be. Furthermore, in his last years of teaching, Lacan explored the essence of madness to the point of making madness the original nucleus of the speaking subject.

Key words: Psychosis. Language. Name of the Father. Foreclosure.

No es loco el que quiere, sino el que puede¹

A la hora de plantear el abordaje de la psicosis caben diferentes lecturas. Así, es posible ubicarla, desde el postulado organicista, como

el lugar de una experiencia morbosa resultante del descalabro de un proceso bioquímico o neurofisiológico, supuestamente conocido o presto

(1) Ponencia presentada en la Jornada *El enigma de la locura*, organizada en León por el Círculo Psicoanalítico de León, el 23 de Octubre de 2002.



a descubrirse en un futuro no muy lejano. Evidentemente, según este planteamiento, nada hay que comprender en la psicosis. Al fin y al cabo, nadie intentaría comprender a una máquina que presenta unos circuitos alterados en su interior. Los fallos a este nivel simplemente se explican, pero no se comprenden, según la terminología empleada por Dilthey en la dilucidación de los fenómenos psíquicos que será más tarde adoptada por Jaspers.

También se podría plantear la psicosis, desde la perspectiva cognitiva, como el efecto paradójico de una percepción y del procesamiento anómalo de la información, que tiene, como resultado, un intento fallido de la comunicación y su proceso. Es verdad que el cuidado en el tono y el enunciado de las palabras permite mejorar el nivel de comprensión con los demás, pero lo que se desprende finalmente de este planteamiento acerca de la comunicación es que, salvando ciertas distancias, la comunicación siempre es posible. Sin embargo, lo que percibimos continuamente es que, si la comunicación es fuente de malentendidos e interferencias, no es porque exista un fallo en la recepción o en la emisión de las palabras, sino porque en rigor éstas nunca llegan a transmitir todo aquello que se quiere expresar. Pues siempre falta algo en el contexto de nuestro enunciado que nos impide abrochar el significado de las frases de una forma plena, total. De ahí el malentendido perpetuo en que vivimos y la insistencia de nuestras frases por completar lo imposible de decir. Y es que la teoría de la comunicación no tiene en cuenta la incompletud del lenguaje, es decir, la carencia y el sin-sentido que gravita en el interior del lenguaje. De ahí una afirmación: no todo se puede decir.

Pero también podríamos plantear la psicosis, saliéndonos de esta línea patológica, como una respuesta o salida posible ante un supuesto armazón social de carácter enajenador.

Resuenan en este punto los ecos del movimiento surrealista de los años veinte, que, abanderados finalmente por todo el movimiento antipsiquiátrico (Laing, Cooper) y psicoanalítico (Winnicott, Balint) de los años sesenta, harían de la experiencia de la locura un intento de emancipación y liberación. Para todos estos autores, en cierta medida, la locura vendría a ser entendida como un proceso de creatividad y desarrollo personal inédito en busca de la liberación, y el loco como un místico aventurero en busca de una autenticidad. De ahí que propongan la presencia de un entorno envolvente, acogedor, regresivo o de sostén que permita el desarrollo de esa personalidad auténtica que se encuentra secuestrada. Aun cuando en este momento no comparto esta posición, todos estos modelos sí suponen, sin embargo, un marco de interés a la hora de plantear las relaciones existentes entre la locura, el problema de la libertad y los límites de la existencia, a la vez que vienen a cuestionar plenamente la concepción clásica de normalidad psíquica. En este sentido, son modelos que suponen un cierto avance a la hora de abordar el problema de la locura, o el desconocimiento esencial de la locura; algo que a Lacan (1) se le antoja que debe abordarse dentro del propio corazón de la dialéctica del ser.²

¿Qué se propone el psicoanálisis lacaniano? ¿Cuál es su apuesta? Que el ser humano, siguiendo a Freud, no es un cuerpo, como se pretende desde una concepción materialista, ni tampoco una mente, como se aboga desde el idealismo más trascendental, sino un cuerpo atravesado por el lenguaje. Y subrayo la palabra *atravesado* para remarcar la idea de desgarramiento, de hendidura, de herida, que supone este encuentro dramático entre el ser vivo y el lenguaje. Vamos a ver qué implicaciones tiene esta manera de plantear “*el cuerpo atravesado por el lenguaje*”, en todo aquello

(2) No hay que olvidar que, concretamente, el *yo dividido* de Ronald Laing es un alegato en torno a la libertad a través de las teorías existencialistas sartreanas.



que se aborda, bajo el epígrafe de las enfermedades mentales y, más concretamente, con relación a la psicosis.

Que el cuerpo está atravesado por el lenguaje es algo que ya conocemos desde los primeros trabajos de Freud. Sus trabajos sobre la histeria nos reflejan claramente que el cuerpo en la histeria, con sus manifestaciones corporales funcionales, se rebela contra las reglas de la anatomía. Pero Lacan va a explorar y desarrollar esta cuestión, siguiendo el legado freudiano, hasta sus últimas consecuencias para hacer de la estructura psicótica la normalidad de la estructura del ser parlante.

Cuerpo y lenguaje son, por tanto, dos aspectos que debemos tener ya presentes en la comprensión de la psicosis. Ahora bien, la importancia para el psicoanálisis de la dimensión del cuerpo y del lenguaje no radica en la relación independiente entre ambos, sino en esa interacción que tiene como efecto la producción del sujeto del inconsciente. Este punto, que es fundamental para el psicoanálisis -en tanto que es el fundamento del postulado psicoanalítico acerca del origen del inconsciente-, se presenta ahora como algo absolutamente relevante a la hora de plantear la siguiente cuestión: ¿cuál es la relación entre este sujeto, efecto del lenguaje, y el Lenguaje -el Otro del lenguaje- en la psicosis?

Uno de los aspectos más intrigantes que han existido a lo largo de la historia, a la hora de abordar la psicosis, ha sido la pregunta acerca del sentido del síntoma.³ Podemos comenzar por preguntarnos si el chapurreo incesante y confuso de palabras en la psicosis, o su configuración más ordenada a través del delirio, ¿puede ser entendido, siguiendo a Freud, como un mensaje presto a ser descifrado?

El psicoanálisis plantea desde Freud, siguiendo el modelo de la represión en la neurosis, que el síntoma psicótico, y el delirio lo era para Freud, podía ser entendido como un acto de creación del sujeto que, insertado en su propia biografía, buscaba, a través de ese grito en el vacío, un sentido. Me permito un inciso a propósito de este punto para comprender la manera como Freud entendía la vertiente de lo inconsciente en la psicosis. Dalí, nuestro anfitrión, aludió en diferentes foros a una frase que Freud mencionaba con relación a la pintura surrealista, y que marcaba claramente su pensamiento acerca de la psicosis: *"En las pinturas clásicas busco lo subconsciente; en una pintura surrealista lo consciente"*. (4) Más allá de esa intencionalidad con la que Freud pudo haber formulado esta frase que tanto había impactado a Dalí, hay un aspecto que a mí, personalmente, siempre me ha llamado la atención, y que guarda relación con el personaje y su obra. Lo que despierta la obra daliniana es, justamente, una relación muy inmediata con lo inconsciente. En palabras de Freud, en la obra surrealista es como si se pudiera percibir lo inconsciente a "cielo abierto", esto es, como si se tratara de un inconsciente exteriorizado y presto a ser leído. Y es que, a diferencia del neurótico, el psicótico tiene una relación de inmediatez total con el Otro del lenguaje, es decir, no hay ninguna barrera que se interponga entre el sujeto y el Otro para desviar los efectos del lenguaje entre ambos. Si en la neurosis, la relación con el Otro siempre va a estar velada por la pantalla de lo imaginario y por el fantasma, en la psicosis, sin embargo, hay siempre una relación directa entre el Otro y el sujeto.

Sin embargo, ¿cómo plantear, desde Lacan, la estructura psicótica y su fenómeno, la locura? En primer lugar, como la consecuencia de una falla acontecida en el devenir y la constitución de nuestro sujeto parlante, que nos muestra la

(3) Lacan afirmaba, desde muy temprano, que *"el fenómeno de la locura no es separable del problema de la significación para el ser en general, es decir, del lenguaje para el hombre"*. (3)



locura no como un insulto a la libertad -tal y como sería formulado por Henri Ey-, sino, más bien, como su más fiel compañera **(5)**. Pero también, y es lo importante, como esa estructura donde se percibe de la manera más cruda y *real*, esa vertiente que nos infiltra a todos los seres humanos desde el inicio de la vida⁴, y que, en el caso de la psicosis, por su falla esencial permite mostrarnos el sinsentido originario que gravita en el corazón del lenguaje. De ahí que podamos ir avanzando otra afirmación: la psicosis es la normalidad.

Ahora bien, ¿cómo podemos articular, desde el psicoanálisis, esta defensa de la locura con relación a los límites de la existencia y la normalidad de la estructura psicótica -que por otra parte ya defendía Salvador Dalí-⁵ con esa intuición popular acerca de la supuesta libertad del loco y del temor que los cuerdos sienten hacia ese pozo de locura que aparentemente acecha en cada uno de nosotros?

Es verdad que siempre ha existido un temor y una preocupación a lo largo de la historia en relación con la locura y los locos. Es ese punto enigmático que desde la poesía siempre se ha mencionado como la incógnita que habita en cada uno de nosotros, y que incluso a través de teorías psicoanalíticas recientes se ha llegado a matizar como ese supuesto núcleo psicótico presto a irrumpir en el seno de la personalidad neurótica. Pero aclaremos ciertas cuestiones. Si la locura transmite tanta inquietud, temor y preocupación a los cuerdos, es porque, en realidad, apunta a un pozo de sinsentido, a un vacío enigmático que nos bordea y que no es más que el agujero mismo que introduce el lenguaje al captar el ser vivo. Es, precisamente, esa misma oscuridad que se muestra presente de forma velada en todos aquellos que creen ser

“normales”. De ahí que el enigma que produce en todos nosotros la locura no sea más que la incógnita que introduce la dimensión propia del lenguaje en el ser vivo, en ese ser que irremediablemente se ha perdido por la intrusión de lo simbólico.

Hagamos entonces, ahora, una cierta matización a nuestra afirmación de base. Es verdad que la psicosis es la normalidad, pero la normalidad básica de la estructura del ser parlante; es decir, la psicosis es la estructura misma del ser parlante, pero mostrada a “cielo abierto”, siguiendo el planteamiento freudiano. Como nos dice Lacan, *“Lejos, pues, de ser la locura el hecho contingente de las fragilidades de su organismo, es la permanente virtualidad de una grieta abierta en su esencia”* **(9)**.

Abordemos más detenidamente este punto, a qué dimensión me estaba refiriendo cuando anteriormente planteaba que *“la psicosis era la demostración más cruda y real de una dimensión que nos infiltra a todos los seres humanos y que se muestra a cielo abierto”*. A la vertiente del lenguaje que como vertiente simbólica viene a determinar a nuestro sujeto, es decir, que no hay sujeto sin lenguaje ni otra realidad que no sea la que proporciona lo simbólico. En definitiva, no hay realidad que no esté sostenida y definida por lo simbólico. Y es que lo único que asegura al sujeto una sujeción a la realidad convencional, hasta el punto de definirla y acotarla, es la vertiente simbólica a través del significante del Nombre del Padre. Por ejemplo, el día y la noche se marcan, justamente, por la mediación de lo simbólico.

Rimbaud –nuestro poeta por excelencia que trata de desnudar el contenido de las palabras para llegar a su esencia- se adelanta a la lógica

(4) La Biblia se hace eco de este punto cuando intuye: *“[...] al principio era el Verbo”* **(6)**.

(5) En cuanto a la defensa que Dalí hacía por la locura, no hay más que recordar su *Declaración de la independencia de la imaginación y de los derechos de hombre a su propia locura* **(7)**, así como su apuesta por el método paranoico crítico como instrumento de conocimiento de la realidad **(8)**.



lacaniana e intuye en su *primera carta del Vidente* una cuestión muy interesante acerca del poder del lenguaje y su funcionamiento específico (el automatismo): “*Ahora me encanallo cuanto puedo. ¿Por qué? Quiero ser poeta, y trabajo para convertirme en Vidente: usted no comprenderá nada y yo no sabría casi explicárselo. Se trata de llegar a lo desconocido mediante el desorden de todos los sentidos. Los sufrimientos son enormes, pero hay que ser fuerte, haber nacido poeta, y yo me he reconocido como poeta. No tengo culpa alguna. Es falso decir: yo pienso; se debería decir me piensan.*”⁶ *Perdón por el juego de palabras.*

¡Yo es otro!

¡Tanto peor para la madera que se cree violín, y a la mierda los inconscientes que ergotizan sobre lo que desconocen por completo!” (10).

Y es que el lenguaje no sólo nos muestra la radicalidad de su presencia y preexistencia en nuestro mundo humano -en tanto todos, neuróticos, psicóticos o perversos, estamos capturados y habitados por el lenguaje-, sino que incluso, y la psicosis es su más fiel exponente, somos hablados por él, esto es, el lenguaje habla en nosotros (11).

Sujeto y lenguaje son, por tanto, dos elementos clave en la comprensión inicial de la psicosis en Lacan. De ahí que Lacan llegue a plantear la psicosis como una perturbación del sujeto, efecto del lenguaje, en su relación con este Otro del lenguaje que nos habita, afirmación que apuesta claramente por la presencia de alteraciones del lenguaje en la psicosis. Es decir, el lenguaje, como estructura (las reglas)⁷, y como discurso (las palabras)⁸, preexiste a la

entrada del sujeto en el mundo; y el sujeto, como tal, no es más que un efecto de él. De ahí que el sujeto del que hablamos en psicoanálisis (sujeto del inconsciente) -que no es el yo ni la persona, y que se escribe como sujeto barrado (\$) - sea un sujeto dividido, en tanto que él es un efecto del lenguaje, y, más concretamente, de la incompletud del lenguaje para poder decirlo todo. Lo que implica que en rigor, y en contra del sentido común, el sujeto, en tanto que es un efecto del lenguaje, no es dueño de lo que dice, ni es él quien fabrica el lenguaje, sino que el lenguaje, que le preexiste y habita en él, habla de él. Nuestro sujeto hay que pensarlo, entonces, como un efecto evanescente del juego de los significantes. Fíjense que es esto mismo lo que nosotros podemos percibir claramente en la psicosis desencadenada; es ese tormento incesante de las voces: el Otro me habla, me persigue, me ordena... En definitiva, el Otro quiere mi mal.

Pero, también -y es la otra dimensión que aporta este atravesamiento del ser vivo por el lenguaje-, sujeto dividido apunta a esta otra vertiente pulsional en donde la psicosis, con esa mortificación tan característica del cuerpo, es su fiel exponente. Nos referimos a la dimensión que surge como efecto de la acción del lenguaje en el cuerpo,⁹ y que supone claramente el empuje de esa fuerza muda que atenta contra nosotros mismos (la pulsión o el goce). Porque, si como intuye La Biblia, “[...] *al principio era el Verbo [...] y el verbo se hizo carne*”, hay que pensar que es la acción del lenguaje sobre el cuerpo vivo la que viene a perturbar y pervertir al ser humano hasta producir ese efecto tan característico de mortificación y desvitalización del cuerpo. No hay más que ver la fragmentación corporal que acontece en la psicosis para

(6) “Me piensan” equivaldría a decir me hablan, en tanto que no hay pensamiento sin significantes.

(7) Como decía anteriormente: “[...] *al principio era el Verbo*”.

(8) Tal y como ya intuía la Biblia: “*Hay una insistencia en que la Palabra proyectaba hablar al hombre antes de que éste existiese*” (12).

(9) Nuevamente la Biblia se acerca a este punto cuando señala: “[...] *el Verbo se hizo carne*” (13).



comprender esta dimensión tan dramática que puede producir el lenguaje cuando no hay mediación simbólica suficiente.

Ahora bien; esta manera de abordar la psicosis a través de las alteraciones que acontecen en el lenguaje,¹⁰ fruto de la perturbación de la relación del sujeto con el Otro del lenguaje, supone un punto muy importante en el planteamiento de Lacan, que, a la vez que le diferencia claramente de la clínica psiquiátrica actual, le permite rescatar y desarrollar lo que fueron sus antecedentes: la psiquiatría clásica y su relación con la subjetividad, y el surrealismo y su apuesta por la locura.¹¹

La cuestión, entonces, que debía desarrollar Lacan no es tanto la presencia de un sujeto en la psicosis, sino qué sujeto le corresponde, en verdad, a la psicosis; y, también, cómo articular este sujeto, efecto del lenguaje, con este automatismo propio del lenguaje.¹² Para ello, Lacan va a partir de los fenómenos elementales¹³ y del automatismo de los mismos, para ubicar así el fundamento de la psicosis.¹⁴ No hay que olvidar, por ejemplo, que la alucinación verbal, como fenómeno elemental, nos muestra claramente la conexión entre el lenguaje y el automatismo mediante esa voz que se impone, pero una voz,

y esto es lo importante, que se muestra desprovista inicialmente de todo sentido. Es, precisamente, este aspecto del lenguaje (automatismo, imposición y opacidad) en el contexto de la relación entre el Otro y el sujeto, y no la pura fenomenología como tal, lo que Lacan va a entender como fundamento de la psicosis.

De esta manera, y a través del automatismo con que se vivencia la alucinación (esa voz que se impone), Lacan da cuenta de la separación y determinación tan radical que precipita el lenguaje en el sujeto, así como de la mortificación a la que le somete cuando no existe mediación simbólica alguna. Es decir, la alucinación verbal nos muestra de la manera más fehaciente posible la determinación del sujeto por el Otro del lenguaje: las palabras hablan solas y hablan del sujeto. Una determinación que, mientras que en la neurosis se muestra velada -a través de ese yo que se cree dueño y amo de lo que dice-, en la psicosis adquiere su dimensión brutal. Es este funcionamiento normal de la estructura del lenguaje, es esta loca lengua (Lalengua) que nos habita y que se muestra opacamente y sin sentido, lo que nosotros podemos percibir claramente, y a "cielo abierto", en ese desgarramiento que supone el desencadenamiento en la psicosis.

(10) Alteraciones del lenguaje que vienen moduladas por la afectación de las dos grandes leyes que lo rigen: la metáfora y la metonimia. De ahí que aparezca en la psicosis, junto a los neologismos y demás fenómenos lingüísticos, esa incapacidad de metaforización o de sustitución de un significante por otro significante, o bien, ese estribillo vertiginoso carente de significación que anuncia el grito metonímico

(11) Si el surrealismo se propone borrar las barreras entre la locura y la normalidad psíquica, Lacan va a hacer del fenómeno de la locura el ser mismo del hombre. *"Hemos de ver que la cuestión de la verdad condiciona en su esencia al fenómeno de la locura y que, de querer soslayarlo, se castra a este fenómeno de la significación, con cuyo auxilio pienso mostrar que aquél tiene que ver con el ser mismo del hombre"* (14).

(12) Automatismo del que ya habían dado cuenta los poetas. En concreto Rimbaud y, posteriormente, el surrealismo, mediante el automatismo psíquico, de acuerdo con el postulado freudiano.

(13) El Fenómeno elemental puede ser planteado como la certeza de una significación que acompaña al sentido de un fenómeno de la percepción o del pensamiento. En términos psicoanalíticos esto sucede cuando lo simbólico desfalleciente confina con lo real de un goce.

(14) Una de las novedades que introduce Lacan, siguiendo la conceptualización lingüística freudiana (el psicótico en su intento de resituar su libido introyectada en el yo catectiza no los objetos y cosas del mundo, sino las palabras), es entender la alucinación como un fenómeno lingüístico. De ahí el trabajo pormenorizado que se toma Lacan acerca del valor del lenguaje en la psicosis.

De ahí que Lacan aborde de manera exitosa la temática de la locura mediante una pregunta revulsiva. Si la estructura del lenguaje es como es, ¿por qué no llega a enloquecernos a todos? ¿Qué hace que algunos sujetos no se muestren locos? Pregunta que invita a pensar, por otra parte, en esa vivencia límite que detenta nuestro psicótico frente a ese ordenamiento simplista que supone el mundo neurótico. Pero también, claro está, el precio tan importante que ha de pagar por su experiencia y libertad inédita: el ostracismo social; o, en términos lacanianos, la ruptura del lazo social.

Ahora bien, a pesar del funcionamiento de esta loca lengua, no todos estamos locos. Es decir: “no es loco el que quiere,¹⁵ sino el que puede”. Y subrayo la palabra es, recordando la famosa frase de Salvador Dalí: “*La única diferencia entre un loco y yo, es que yo no **estoy loco***”¹⁶ (16). Ser y estar nos dan muestras, así, de una riqueza conceptual de nuestro lenguaje que no es tan sugestiva en otras lenguas. Es decir, se puede ser y no estar loco, o bien, estar loco y serlo; pero también se puede estar como loco y, sin embargo, no serlo. La histeria y el trance obsesivo en sus diferentes modalidades nos dan cuenta de ello. Incluso Freud, en diferentes pasajes, alude al vocablo *delirio* sin configurarlo exactamente en el contexto de la psi-

cosis. Recordemos, por ejemplo, el *hombre de las ratas* o la *Gradiva* de Jensen, ese famoso texto que le sirvió a Dalí para ubicar su prototipo de curación a través de Gala.

Y es que es bien conocido que no todo sujeto psicótico está literalmente loco. Dalí, precisamente, lo manifestaba muy bien con esa frase,¹⁷ y Lacan, compañero de tertulia ocasional del pintor catalán, lo expresaba también claramente cuando decía: “*En ocasiones también hay taburetes de tres patas que se sostienen durante cierto tiempo*”.¹⁸

Entonces, ¿qué hace que un sujeto sea psicótico más allá de la envoltura aparente, pero siempre confusa, de la fenomenología, o más allá de ese estar en el mundo bajo un ropaje aparentemente estabilizado?¹⁹ ¿Qué permite que de ese parloteo inicial de letras sin sentido²⁰ se pueda llegar a configurar una significación que nos permite habitar un mundo humano medianamente comprensible? ¿Cuál es el punto y el mecanismo específico de la psicosis? Evidentemente, si no todos escuchamos voces; si a todos no se nos imponen las letras de una manera intrusiva, es por la efectuación de una función en la estructura del ser parlante de cuya existencia sólo tenemos constancia a partir de la psicosis. Es decir, es la psicosis la que nos

(15) “*Para romper tan severa afirmación con el humor de nuestra juventud, muy cierto es que, como hubimos de escribirlo con una fórmula lapidaria en el muro de nuestra sala de guardia, ‘No se vuelve loco el que quiere’*” (15).

(16) La frase fue expresada por primera vez en una recepción oficial que se le dio al pintor en la *Casa de las Españas* y que apareció en ‘Información cultural’ (La Prensa, Nueva York, 12 de diciembre de 1934, p. 4 y 6 (17).

(17) “*La única diferencia entre un loco y yo, es que yo no estoy loco*”.

(18) “*Todos los taburetes no tienen cuatro patas. Algunos se sostienen con tres. Pero, entonces, no es posible que falte ningún otro, si no la cosa anda muy mal. Pues bien, sepan que los puntos de apoyo significantes que sostienen el mundillo de los hombrecitos solitarios de la multitud moderna, son muy reducidos en número. Puede que al comienzo el taburete no tenga suficientes pies, pero que igual se sostenga hasta cierto momento, cuando el sujeto, en determinada encrucijada de su historia biográfica, confronta ese defecto que existe desde siempre. Para designarlo os hemos contentado por el momento con el término de *Verwerfung**” (18).

(19) Porque también hay que pensar que existen psicosis sin desencadenar.

(20) Porque al principio era el Verbo, pero también el Caos (19).



muestra lo que es ser un neurótico. Y esta función, que no es otra sino el Nombre del Padre, es un elemento significativo. Es el significativo primordial que instaura la Ley en el campo del lenguaje, y en la relación del sujeto con sus semejantes, que tiene como tarea organizar el conjunto de los significantes y permitir que entre el sujeto y el Otro del lenguaje medie una distancia. Es esta mediación introducida por este significativo primordial la que introduce un orden que permite que no escuchemos voces ni cuchichilleos sin sentido, sino palabras cargadas de significación.

La psicosis, mediante la ruptura con el signo lingüístico y la significación común, da cuenta de una libertad en la utilización de las palabras que es el resultado del rechazo radical (forclusión) de ese significativo fundamental –significativo del Nombre del Padre- que viene a organizar el conjunto de los significantes. El resultado de este rechazo es lo que permite que el sujeto se vea invadido por el lenguaje, parasitado por unas letras que, de manera indefectible, hablan solas ante la perplejidad inicial del sujeto, mostrándonos en su propio funcionamiento automático un grado de independencia total con respecto a ese emisor que no se puede reconocer como tal.²¹

Si el significativo del Nombre del Padre, como función, permite el ordenamiento de ese caos inicial que supone el lenguaje, la forclusión, como rechazo del significativo del Nombre del Padre, permite la intrusión de la cascada significativa, pero ahora ya sin ningún tipo de orden ni sentido. El sujeto psicótico vive, así, esta experiencia invasiva de las palabras como si de un simple receptor se tratara, y sin poder llegar a percibirse como quien realmente las enuncia (el Otro habla en él). Estas palabras vacías de significación inicial se irán progresi-

vamente amplificando hasta llegar a convertirse en voces que irremediamente hablan de él, y lo hacen de manera injuriosa. Está por ver si el sujeto ante esta respuesta de lo real que representa la alucinación podrá llegar a construir su propia respuesta como sujeto (el delirio).

En síntesis, Lacan trata de vehicular el diagnóstico diferencial entre psicosis y neurosis mediante la búsqueda de perturbaciones, pero no ya en el contexto de los fenómenos, sino en la relación del sujeto con el Otro del lenguaje, llegando a especificar, por otra parte, un mecanismo específico de la psicosis: el concepto de forclusión como rechazo radical del significativo del Nombre del Padre.

De esta manera, si la función que cumple el Nombre del Padre es amortiguar la presencia devastadora del lenguaje, su ausencia deja al sujeto a merced de toda una serie de fenómenos de intrusión (alucinaciones auditivas, eco del pensamiento...) y de fenómenos auto-referenciales que no hacen más que dar cuenta de esa estructura que habita en él y que, veladamente, existe en cada uno de nosotros.

En definitiva, la psicosis es la estructura que nos muestra la presencia irremediable del lenguaje, pero, a la vez, la estructura misma del lenguaje sobre el sujeto. Y es que, como dice Lacan, "...] *al ser del hombre no sólo no se le puede comprender sin la locura, sino que ni aún sería el ser del hombre si no llevara en sí la locura como límite de su libertad*" (21).

Correspondencia

Luis-Salvador López Herrero
C/ Páramo nº 1-piso 5º a. escalera 3
24006 León
Teléfono 987 253 856.

(21) *Me parece claro, en efecto, que en los sentimientos de influencia y de automatismo el sujeto no reconoce sus propias producciones en su calidad de suyas. En esto, todos estamos de acuerdo: un loco es un loco* (20).



BIBLIOGRAFÍA

- 1) Lacan, J., *Escritos 1, Acerca de la causalidad psíquica*, México, Siglo XXI, 1990, p. 166.
- 2) Laing, R., *El yo dividido*, México, Fondo de Cultura Económica, 1978.
- 3) Lacan, J., *Escritos 1, Acerca de la causalidad psíquica*, México, Siglo XXI, 1990, p.156.
- 4) Dalí, S., *Vida secreta de Salvador Dalí*, Barcelona, Antártida, 1993, p. 427.
- 5) Lacan, J., *Escritos 1, Acerca de la causalidad psíquica*, México, Siglo XXI, 1990, p.166.
- 6) San Juan, *La Sagrada Biblia*, Madrid, Editorial Católica, 1963, p. 1100.
- 7) Dalí, S., *OUI 2, Declaración de la independencia de la imaginación y de los derechos del hombre a su propia locura*, París, Denoël Gonthier, 1971, pp. 104-108.
- 8) Dalí, S., *El mito trágico del "Ángelus" de Millet*, Barcelona, Tusquets, 1978.
- 9) Lacan, J., *Escritos 1, Acerca de la causalidad psíquica*, Madrid, Siglo XXI, 1990, p.166.
- 10) Rimbaud, A., *Vida y hechos de Arthur Rimbaud*, Madrid, Poesía, 2002, p. 44. 11) Lacan, J., *Seminario 3, Paidós*, Barcelona, 1992, p.358.
- 12) San Juan. *La Santa Biblia*, Ediciones San Pablo, Madrid, 1989, p. 1518.
- 13) San Juan, *La Sagrada Biblia*, Madrid, Editorial Católica, 1963, p. 1101.
- 14) Lacan, J., *Escritos 1, Acerca de la causalidad psíquica*, Siglo XXI, Madrid, 1990, p. 144.
- 15) Lacan, J., *Escritos 1, Acerca de la causalidad psíquica*, Madrid, Siglo XXI, 1990, p.166.
- 16) Dalí, S., *Vida secreta de Salvador Dalí*, Barcelona, Antártida, 1993, p. 321.
- 17) Gibson., I., *La vida desaforada de Salvador Dalí*, Barcelona, Anagrama, 1998, p. 473.
- 18) Lacan, J., *Seminario 3*, Barcelona, Paidós, 1992, p. 289.
- 19) Platón, *El Banquete, o del amor*, Obras Completas, Madrid, Aguilar, 1990, p. 567.
- 20) Lacan, J., *Escritos 1, Acerca de la causalidad psíquica*, Madrid, Siglo XXI, 1990, p. 156.
- 21) Lacan, J., *Escritos 1, Acerca de la causalidad psíquica*, Madrid, Siglo XXI, 1990, p. 166.



Acoso moral: contextos, diferencias, consecuencias y medidas

Marie-France Hirigoyen(*)
Psiquiatra y psicoanalista

Tras la publicación de mi primer libro, «El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana» en septiembre de 1998, el concepto de «acoso moral» ha surgido en los medios de comunicación y en el mundo del trabajo y ya nadie pone en duda su existencia.

El 17 de enero de 2002 entró en vigor en Francia la ley de modernización social, sancionándose mediante el artículo L122.49 a 51 del Código del Trabajo las *maniobras continuadas que tienen por objeto o por efecto una degradación de las condiciones laborales susceptible de perjudicar los derechos y la dignidad del trabajador, alterar su salud física o mental o comprometer su futuro profesional*.

Se reconoce igualmente el papel patógeno de ciertas situaciones laborales como origen de problemas psíquicos. Todos los especialistas muestran su acuerdo a la hora de reconocer que el mundo empresarial genera un sufrimiento y una violencia crecientes.

No obstante, a raíz de las opiniones emitidas tras la publicación de la ley, ciertos trabaja-

dores han mostrado su desilusión al esperar una mejor comprensión de su problema.

Es necesario, pues, establecer una definición del acoso moral y no olvidar que se trata de una noción *subjetiva* que engloba tanto el mal proceder de una persona o grupo como las consecuencias que dicho proceder comporta para la salud y la dignidad de las víctimas. Conviene velar igualmente para que la excesiva focalización sobre el binomio acosador-acosado no lleve a hacer oídos sordos a la violencia del mundo laboral en sí mismo, el cual ha permitido la aparición de esta agresión.

Por otro lado, el que el término «acoso moral» se esté extendiendo por los medios de comunicación y el ámbito laboral ayuda a convertirlo en una expresión «cajón de sastre» que agrupa otros males que no corresponden, en el sentido clínico del término, al acoso moral, pero que expresan un mal más general del mundo laboral que es importante analizar.

Es como si al sacar a la luz el acoso moral se ningunearan los demás padecimientos en él

(*) Psiquiatra y Psicoanalista francesa. Su libro, *El acoso moral, el maltrato psicológico en la vida cotidiana*, ha sido traducido a casi una treintena de lenguas. En este trabajo presenta algunas ideas desarrolladas en su siguiente libro *El acoso moral en el trabajo*.



ocultos, que ahora tienden a enmascarar los verdaderos casos de acoso.

La ley no sólo prevee sanciones para los acosadores sino que obliga igualmente a las empresas a poner en marcha planes de prevención: «*es deber del empresario el tomar las medidas necesarias de cara a prevenir estas situaciones*», pero muy pocos están dispuestos a modificar sus métodos directivos siempre y cuando los resultados obtenidos sean satisfactorios. Hay que lamentar solamente que la ley no contempla, como sucede en Bélgica o Quebec, las diferentes etapas de mediación.

No podrá evitarse el que haya individuos perversos y destructores en las empresas pero, en caso de agresión, se debe intervenir pronto e incluso anticiparse puesto que en cuanto se toma conciencia de un caso suele ser ya muy tarde para la víctima, la cual requiere ya de atención médica y psicoterapéutica, y es igualmente tarde para la empresa, que deberá enfrentarse a problemas judiciales. Es necesario intervenir cuando aún se trata de un *problema* y no ya de una *agresión*. Se trata pues de un asunto de prevención y de gestión más que de mediación.

Una prevención eficaz debe actuar sobre diversos factores tanto a nivel humano como de métodos de gestión y de contextos que favorezcan la aparición del acoso. En términos generales, la prevención del acoso moral debe inscribirse dentro de la prevención de riesgos laborales ya que la salud en el trabajo, comprendida en ella la salud psíquica, es un derecho fundamental de los trabajadores.

Es evidente que no podrá llevarse a cabo una prevención eficaz si no se mantiene una férrea vigilancia sobre la definición del término y se le diferencia frente al resto de formas de sufrimiento en el ámbito laboral.

Veamos ahora lo que la aparición de este nuevo concepto ha modificado para los trabajadores franceses y cuáles son las ventajas e inconvenientes de una ley específica.

Definición del acoso moral

El acoso consiste en una violencia insidiosa, fría, encubierta, tanto más violenta cuanto que es casi invisible. Se alimenta de pequeños ataques continuos, a menudo llevados a cabo sin testigos, a veces no verbales o ambiguos, al estar sujetos a una doble interpretación. Cada ataque aislado no se considera verdaderamente grave; lo que constituye la agresión es el efecto acumulativo de los micro traumatismos frecuentes y repetidos.

El acoso moral en el trabajo se define como toda conducta abusiva (gesto, palabra, comportamiento, actitud...) que por su repetición o su sistematización conlleva perjuicio para la dignidad o a la integridad psíquica o física de un trabajador, poniendo en peligro su empleo o degradando el ambiente laboral.

Se persigue excluir a una persona de una comunidad despojándola poco a poco de su identidad, su papel, su función, su estatus, su imagen, desintegrándola socialmente, anulándola simbólicamente.

Es una noción *subjetiva* que contempla al mismo tiempo las acciones destructivas de una persona o grupo y sus consecuencias para la salud y la dignidad de la víctima. La definición establecida en la ley es, por tanto, imprecisa, de ahí la importancia de las jurisprudencias en marcha.

Cuatro tipos de comportamientos hostiles

- El aislamiento y la negación de comunicación
- Los atentados contra las condiciones de trabajo
- Los ataques contra la dignidad
- La violencia verbal, física o sexual.



De lo más directo	A lo más sutil
Injurias, insultos verbales	Discusión de las decisiones
Amenazas verbales, intimidaciones	Ocultación de información
Propuestas sexistas, racistas	Negación de comunicación
Gestos de connotación sexual	Ordenador bloqueado, teléfono desconectado
Ridiculización en público	Rumores malintencionados, maledicencia
Burlas sobre una imperfección o una particularidad física	Ataques contra la reputación
Ataques contra las creencias religiosas o las opiniones políticas	Olvidos constantes a la hora de informar de las reuniones
Roce o agresión física mínima	Críticas injustificadas acerca del trabajo realizado

Los contextos que lo favorecen

Existe un desequilibrio entre las promesas de felicidad y bienestar difundidas por las empresas y la realidad sobre el terreno:

- El estrés y la presión en el trabajo:

Los nuevos métodos de gestión empresarial, que comportan un exceso crónico de trabajo, agotan a los trabajadores con órdenes contradictorias, cambios de estrategia, notas sistemáticas de servicio...y esta presión permanente mina a los trabajadores que corren el riesgo de hundirse y transformarse en víctimas o verdugos.

- La mala comunicación:

Doble lenguaje

Rumores de procedencia desconocida («radio-macuto»)

Existe un gran desajuste entre el discurso empresarial, en el que se habla de diálogo, de participación, y la realidad, en la que no se aprecia sino individualismo, trabajadores «de usar y tirar».

- El aislamiento de las personas:

El acoso moral es una patología de la soledad.

Individualización de las tareas,

Desaparición de los colectivos y las formas de solidaridad

Cada individuo se encuentra solo para hacer frente a las presiones crecientes y a menudo contradictorias.

- Los errores de gestión empresarial:

Se hace mayor hincapié en las competencias técnicas de los directivos que en su actitud a la hora de dirigir a sus subordinados.

- La falta de reconocimiento y de respeto:

Las personas no son contempladas, comprendidas o consideradas.

Muchos trabajadores se quejan de no ser respetados

En una encuesta sobre la felicidad en el trabajo, los autores constatan que dos de cada tres franceses trabajan sin sentirse a gusto.



Muchos hablan de infravaloración, injusticia o sufrimiento.

- El cinismo de ciertos directivos:

Los directivos sin escrúpulos (según un artículo de *El Mundo de la Empresa*) se preocupan más por su éxito personal que por el futuro de su empresa a largo plazo.

- La perversidad del sistema

No confundir con:

A medida que el término «acoso moral» se extiende por los medios de comunicación y el ámbito laboral, tiende a convertirse en una expresión cajón de sastre, englobando otras patologías que no se refieren al acoso moral en el sentido clínico del término, pero que expresan un mal más general del mundo laboral que conviene analizar. Una prevención eficaz no podrá tener éxito mientras no se tengan en cuenta la definición del término y su especificidad frente al resto de males laborales. En efecto, no todos aquellos que se confiesan acosados lo son realmente.

Algunos cometen el error inocentemente puesto que sufren realmente en su lugar de trabajo y no logran hacerse comprender; otros se valen de la mediatización del concepto para tratar de obtener una ventaja material o descalificar a alguien.

1) Otros males laborales

- El estrés:

En ocasiones las condiciones de trabajo se endurecen por una intensificación y una optimización constante del trabajo (nada de tiempo perdido), del trabajo urgente, de cambios bruscos de estrategia, aspectos todos que generan estrés. Sin embargo, el objetivo consciente de estas estrategias no es la destrucción de los trabajadores sino que, por el

contrario, persiguen aumentar su nivel de eficiencia. Al contrario de lo que sucede en el acoso, en el estrés no hay una intención negativa. Si la gestión por estrés genera consecuencias desastrosas para la salud es por una pérdida de control, una mala dosificación (a pesar incluso de que los seminarios sobre gestión del estrés se esfuerzan por enseñar a los ejecutivos a soportar mejor la presión laboral). El acoso moral tiene la mira puesta en una persona concreta. Esta violencia no favorece ni la organización ni la buena marcha de la empresa, más bien conduce a resultados contrarios.

- Los conflictos:

No hay que caer en el error de creer que el acoso se da sólo en un conflicto en el que los reproches no son visibles (la guerra está abierta en cualquier frente). Desgraciadamente, en las empresas, lo humano cuenta con bastante poca consideración y los directivos y los ejecutivos sólo se molestan en solucionar los conflictos si estos suponen un perjuicio evidente para la empresa. En contra de las afirmaciones de Heinz Leymann, para quien el *mobbing* (sic) deriva siempre de un conflicto profesional mal resuelto, yo diría que si se da el acoso moral es porque no se ha logrado establecer conflicto alguno. Las empresas temen la agitación social, que podría dañar su imagen de marca, y prefieren dar libertad a una comunicación enrarecida con las manipulaciones que ésta conlleva.

- Las obligaciones profesionales:

El acoso es un abuso y no debe confundirse con las decisiones legítimas concernientes a la organización laboral, tales como los cambios de puesto cuando son conformes al contrato de trabajo.

Así mismo, las críticas constructivas y las evaluaciones acerca del trabajo realizado, a condición de que sean explícitas y no utilizadas a modo de represalias, no constituyen un caso de acoso. No obstante, numerosos con-



tratos de trabajo incluyen cláusulas de objetivos a cumplir que sumen al trabajador en una presión constante y que pueden llegar a obligar a quien los firma a tener éxito sean cuales sean las consecuencias para su salud.

Son también las personas incompetentes o de escasa voluntad las que se sienten acosadas desde el momento en que se les arenga para estimularlos. Los métodos de gestión empresarial deben respetar a los individuos y tener en cuenta las susceptibilidades individuales.

Conviene igualmente diferenciar el AM del maltrato empresarial y de las malas condiciones de trabajo:

2) Falsas acusaciones de acoso moral

- Se dan casos de trabajadores que poseen una hipersensibilidad que encierra sentimientos de persecución. Son víctimas perpetuas que se sienten permanentemente agredidas en el registro que los psiquiatras denominan «la sensibilidad».
- Otros trabajadores ven en el AM una oportunidad para saldar las cuentas con su superior porque no están contentos con su trabajo. Son a menudo los mismos que persiguen una ventaja material al ponerse en el papel de víctimas.
- Los paranoicos encontrarán una base creíble para su sentimiento de persecución.
- También se mencionan ahora a los individuos conflictivos que tratan de modificar la situación acusando a un compañero o a un superior para ocultar sus acciones y ponerse en el papel de víctima con el fin de descalificar al otro.

Los casos de falsas acusaciones de acoso moral no deben conducir a olvidar quiénes son las verdaderas víctimas. Ante la duda conviene no detenerse a la hora de sugerir la ayuda de un psiquiatra.

Algunas anotaciones

- El AM afecta a todos los estratos jerárquicos

Las encuestas propuestas por los inspectores médicos regionales muestran que este fenómeno afecta a todos los peldaños de la estructura jerárquica en todos los sectores de actividad. De un país a otro, los acosadores siguen el mismo procedimiento de intimidación, las mismas actitudes injuriosas, pero, cuanto más alto es el puesto en la jerarquía sociocultural, mayor es la sofisticación de las agresiones y, por tanto, más difíciles son estas de subsanar.

- Los sectores más afectados

Aun cuando el acoso moral se practica ahí donde el modo de organización lo permite, hay sectores que están más expuestos como es el caso de las administraciones públicas, en particular los colectivos territoriales, el sector médico-social y la enseñanza.

Son sectores en los que por regla general las tareas no están definidas y donde, por consiguiente, los reproches suelen abundar. El menor grado de acoso se da en los sectores de producción, sobre todo si ésta es muy técnica.

- El acoso en función de la edad

El acoso moral predomina entre los mayores de 50 años, considerados menos eficientes o con poca capacidad de adaptación.

- El acoso moral en función del sexo

Todos los estudios llevados a cabo en países latinos muestran una clara diferencia en la repartición por sexos: 70% en mujeres, 30% en hombres.

- El origen del acoso moral

- El acoso vertical descendente (proveniente de la jerarquía) en un 58% de los casos



- El acoso horizontal (procedente de los compañeros) en un 12% de los casos
- El acoso mixto, englobando jerarquía y compañeros, en un 29% de los casos
- El acoso ascendente, de la mano de los delegados sindicales, en un 1% de los casos.

Por regla general siempre hay un iniciador o un beneficiario directo del acoso que cuenta con la complicidad, consciente o no, de otros miembros que pueden encontrar beneficios secundarios o ceder al miedo.

- Los puntos de partida del acoso moral

La puesta en escena del acoso moral se produce casi siempre con ocasión de un cambio, bien sea dentro de la organización (reestructuración, cambio jerárquico, de política de empresa) o dentro de la vida de la persona atacada (baja prolongada por enfermedad, aumento de peso, formación).

El acoso moral se sitúa en la intersección entre una pérdida individual de control y un contexto que permite o no controla esta salida de lugar.

- ¿Cuáles son, a nivel individual, los motores del acoso?
 - el rechazo a la alteridad (valores diferentes)
 - la envidia, los celos, la rivalidad
 - el miedo (a perder su empleo, a no estar a la altura, a distanciarse del grupo)
 - los secretos a proteger (fraudes, corrupción, pequeñas irregularidades de las que la persona escogida se niega a ser fiadora)
 - pero sobre todo la voluntad de empresa: dominar al otro, ascender o mantenerse en el poder

Las consecuencias del acoso moral

1. Consecuencias para la salud

Las conductas psicológicamente agresivas generan estrés y angustia ya que, puesto que los ataques son encubiertos, las víctimas responden con respuestas inadecuadas que agravan la violencia del otro, entrañando para sí mismas un desgaste que conduce a una disfunción neurovegetativa. Puesto que esas presiones se ejercen durante largos periodos de tiempo (meses e incluso años), la resistencia del organismo se ve dañada y resulta inevitable la aparición de una ansiedad crónica unida a un estado de aprensión y anticipación permanentes, rumias ansiosas que convierten la vida de la persona en un *sinvivir* difícil de soportar.

El sentimiento de humillación y de ataque contra la dignidad es lo que diferencia el sufrimiento ligado al acoso moral del asociado a condiciones laborales difíciles o incluso violentas. Las víctimas sienten vergüenza de serlo, de no haber sabido qué hacer o de haber permitido la situación. La agresión les ha hecho perder los límites de su espacio psíquico, ya no distinguen qué es normal y qué no, qué se debe a su propia fragilidad y qué al comportamiento destructivo del agresor. Viven aterrorizadas y terminan por descompensarse.

Esta descompensación se asienta la mayoría de las veces sobre una base psicósomática, ya que todo aquello que no logra expresarse verbalmente pasa a expresarse a través del plano físico. Asimismo, aparecen estados depresivos graves que pueden conducir al suicidio. Si la víctima se deprime no es a causa de un estado previo de malestar o fragilidad sino al hecho de que se le ha privado de toda su autoestima, haciéndola creer que no vale nada, que no es nada. Hay que resaltar que, ante una situación de este tipo, las mujeres denuncian mucho antes que los hombres y aceptan más



fácilmente una baja laboral y un tratamiento; por otro lado, los suicidios a causa del acoso moral son proporcionalmente más frecuentes en hombres que en mujeres.

En el caso de los sujetos más impulsivos, pueden darse descompensaciones en la forma de comportamiento, de carácter, que puede manifestarse en actos violentos. Estas respuestas son resultado directo de la provocación psicológica y suponen una excusa a los ojos de los agresores, que ven en estas respuestas una justificación para el acoso.

A mayor tiempo transcurrido, cuanto más duradero es el acoso, más frecuentes son los ataques y mayor el riesgo de aparición de un estado de estrés post-traumático. El acontecimiento traumático es evocado constantemente en recuerdos o sueños recurrentes y opresivos, lo que provoca un sentimiento de desamparo y una reactividad psicológica. Entran en escena los mecanismos de alejamiento, los esfuerzos por no pensar en el traumatismo ni hablar de él, lo que da lugar a una especie de fobia frente a todo lo que se relacione con la agresión, lo que puede favorecer el aislamiento profesional. Paralelamente a ello aparece un embotamiento de a reactividad general (reducción del interés por las actividades establecidas anteriormente, sentimiento de desapego para con el otro, restricción de los afectos), que pueden repercutir negativamente en la vida familiar.

Otras personas de carácter más firme pueden convertirse en pleitistas.

2. Las bajas laborales

Según mi encuesta, el 74% de los acosados han cogido una baja laboral que ronda los 138 días de media.

Esto entraña consecuencias sociales: la gran mayoría de las víctimas se acogen a una baja laboral que puede ser de larga duración si no se encuentra solución alguna al problema.

3. Consecuencias económicas y sociales

- En el 30% de los casos de baja laboral, la persona agredida se ve afectada por un largo padecimiento, invalidez o paro por inaptitud médica.
- A esto hay que añadir los despidos, dimisiones o prejubilación en un 36% de los casos.
- Esto suma un total de un 66% de casos en los que, efectivamente, la persona es excluida del mundo laboral, al menos temporalmente.

Consecuencias económicas graves:

- para la persona acosada (disminución de ingresos, gastos médicos, psicoterapéuticos, judiciales...)
- para la organización (absentismo, desmotivación del resto de trabajadores, pérdida de confianza, daño a la imagen de la empresa)
- para el colectivo (gastos sanitarios deducidos por la SS, hospitalizaciones, indemnizaciones por desempleo, jubilaciones anticipadas...)

La prevención

Los procedimientos de AM son hasta tal punto destructores de la salud física y psíquica de las personas que reaccionar sólo para sancionar constituye un fracaso. Hay que intervenir de forma mucho más precoz, cuando se trata aún de un *problema* y no ya de *agresión*, y para ello es vital establecer planes eficaces de prevención.

La prevención de este nuevo riesgo profesional es responsabilidad de los directivos pero abarca a todos los miembros de la organización. Es necesario un análisis global del fenómeno así como formar e informar en todos los niveles.

Pero el que el acento se ponga sobre la prevención no quiere decir que haya que desinte-



resarse de los casos claros de acoso. Conviene prever el modus operandi para tratar los casos de AM sin dañar la dignidad de las personas, evitando tanto sufrimientos inútiles como una mediatización abusiva y una mala imagen para la organización.

Recientes estudios europeos constatan que en las empresas u organizaciones se producen entre un 5 y un 8% de casos. Ahora bien, en 9 de cada 10 casos, el AM pudo haberse evitado con una intervención temprana. Hay que aprender a anticiparse a los primeros signos de desavenencias y conflicto y neutralizarlos a tiempo a fin de disminuir estos porcentajes.

En numerosas ocasiones el punto de partida no es sino un problema de gestión empresarial (por ejemplo cuando se asciende a un puesto ejecutivo a alguien que tal vez posee las competencias técnicas necesarias pero que es deficitario de las empresariales o las humanas), o bien un problema entre personas que es necesario detectar y resolver.

Si bien no existe un perfil psicológico tipo para las víctimas, sí existen indudablemente contextos profesionales en los que los procedimientos de AM pueden desarrollarse sin problemas. Es difícil evitar que haya sujetos de conducta negativa, por lo que hay que trabajar sobre el desarrollo colectivo con objeto de mejorar el terreno y limitar las situaciones que favorecen los derivados. Cuando se bucea en los orígenes de una conducta de AM dentro del ámbito profesional, se encuentra un conjunto de disfunciones o de descontrol en las personas, pero la organización tiene siempre su parte de responsabilidad.

1. Informar

La información debe extenderse a todos los trabajadores, sea cual sea su nivel jerárquico, de cara a identificar más rápidamente los comportamientos patológicos. Los trabajadores

deben ser informados igualmente de sus derechos y posibles vías de recurso. Esta información debe servir a su vez de vehículo para que cada uno se cuestione sus propia conducta para con el otro y también los límites de aquello que se juzga aceptable.

2. Formar

- Los altos mandos y, en particular los directivos clave a fin de que identifiquen las situaciones delicadas que puedan degenerar en acoso moral. Establecer las señales de peligro (la violencia verbal, el aislamiento de una persona, la falta de respeto entre los miembros del grupo...)
- Los especialistas en caso de acoso (equipo médico-social, departamento de recursos humanos, delegados de personal)

3. Establecer claramente la ética de la empresa

- reglamento interno
- redacción de una carta social

Sería interesante fusionar en un único texto las disposiciones concernientes al AM, el acoso sexual y las discriminaciones tal como figura en el proyecto de ley belga.

4. Tratar las situaciones de acoso moral

¿Qué hacer si se presenta un caso? Establecer de qué se trata y de qué no

¿Quién puede mediar?

Es preferible llevar a cabo las gestiones en dos pasos: primero los trámites informales y confidenciales con la ayuda del equipo médico-social o de una persona de confianza, y, a continuación, si el problema sigue sin resolverse,



iniciar trámites más formales implicando en ellos a la jerarquía.

Lograr que los especialistas conozcan los hechos lo más rápido posible a fin de hallar una pronta solución al sufrimiento de la víctima.

¿Quién se hace cargo de las necesidades psicológicas de la víctima? Papel del equipo médico-social. ¿Qué hacer con los agresores?. Papel del equipo directivo. ¿A quién dirigirse fuera del ámbito empresarial?. Papel de los mediadores externos, de las asociaciones.

Conclusión

En mi opinión es esencial considerar el fenómeno «acoso moral» como factor de resonancia de un fenómeno cuyo espectro abarca la totalidad de la sociedad.



*Traducido por Ana María Nogueiras
Con la colaboración de María Verdejo*

1

2003 - Nº 1 - PÁGS. 1-38

Gaceta Médica de Bilbao

REVISTA TRIMESTRAL • FUNDADA EN 1894
DECANA DE LAS REVISTAS MÉDICAS DE ESPAÑA

PATROCINADA POR EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD
DEL GOBIERNO VASCO

YEAR CENTENARY

B I L B A O

Gac Med Bilbao®

B I L B A O

CENTENARIO - MENDEURRENA

Volumen 100/Enero-Marzo 2003/Nº 1



En qué creen los niños del Siglo XXI*

Julio González del Campo
Psicoanalista

Resumen

Se aborda el estatuto contemporáneo del niño así como el uso de las creencias con las que ubica su existencia en el momento actual. Se propone a la Convención sobre los

Derechos del Niño como el marco colectivo de reflexión para todos aquellos que desde diferentes perspectivas abordamos la cuestión de la infancia.

En qué creen los niños del Siglo XXI

Partiremos de la siguiente pregunta: ¿cuál es el estatuto del niño en el siglo XXI?

Si se la hiciéramos a Freud nos respondería que un niño es lo que los padres tienen de más valor en la medida en que ocupa para ellos el lugar de un ideal que va a velarles algo de su propia falta. En el deseo de tener un bebé, éste, el bebé, puede ocupar el lugar del doble de los padres, puede ser el portador de sus fantasmas, de sus proyectos no realizados, de sus ambiciones personales. El niño adviene a su existencia unido a esta trama de expectativas, podríamos decir que existe en tanto síntoma de la verdad de la pareja parental, y dicha trama se constituirá en el lugar donde el propio niño habrá de establecer su verdad y su deseo.

Sin embargo, esta posición del niño en tanto objeto valioso no le libra de los riesgos del abuso, los riesgos de un mal uso. Como Freud constata al analizar la naturaleza del tabú al objeto privilegiado se le venera tanto como a la vez se le odia.

Si bien el niño ocupa este lugar de ideal, de objeto de lujo como señala el psicoanalista Eric Laurent, puede ser a su vez el objeto de la satisfacción pulsional, el objeto de una exigencia, de un imperativo, es decir, un objeto de goce.

A este aspecto tenemos una referencia importante, el texto de Lacan *Psicoanálisis y medicina*, quien en 1967 nos señala como el cuerpo humano puede ser tomado como una

(*) intervención en los IV Coloquios de Salud Mental organizados por el Seminario del Campo Freudiano-Bilbao



mercancía; y conocemos la actualidad de esto: el niño se constituye no solo como mercancía que se puede fabricar, sino también como receptáculo físico en el caso de la ablación de órganos.

El niño se convierte en un objeto que puede ser diseñado, programado a gusto del consumidor, el color de su pelo, su sexo, etc. El niño viene a realizar el lugar de una exigencia más que el de un deseo, apoyándose en técnicas médicas y técnicas de adopción sofisticadas.

Incluso podemos considerar que con el establecimiento del mapa genético es posible intervenir en el niño de cara a predecir su futuro, lo que va a traer importantes beneficios económicos a determinadas empresas. El niño se desliza de este modo al lugar de un objeto lucrativo y del saber científico.

Igualmente, tal y como no hace mucho tiempo aparecía en un artículo en la prensa, con relación a la posibilidad de concebir y de diseñar gracias a la manipulación genética niños que van a ser la fuente de células madre necesarias para la curación de sus hermanos, se preguntaba el autor qué es lo que estos niños, así concebidos, van a decir un día, cuáles van a ser la ficciones que ellos van a poder articular en torno a su propia existencia.

Tenemos entonces la idea freudiana del deseo de niño en relación con el ideal de los padres, del niño valorado, idealizado, del niño con un valor precioso, pero en donde queda abierta la posibilidad de un mal uso de dicho objeto de lujo. Tenemos también la perspectiva del niño como objeto de la satisfacción, del niño como lo que viene a obturar y taponar la falta, del niño como una exigencia, correlativa a la producción del niño como una mercancía; perspectiva que asimismo desliza la posición del

niño al riesgo, al maltrato, al abuso. Podemos preguntarnos ahora: esta balanza de qué discurso es efecto. Voy a plantear dos aspectos que forman parte del momento contemporáneo y que pueden sernos de utilidad.

En la actualidad el progreso del discurso de la ciencia aliado al capitalismo trae como consecuencia el poner al niño como correlato del establecimiento de una infantilización social, de la *infancia generalizada*, es decir, la producción de los gadgets, de los objetos de goce, gracias al discurso de la ciencia promueve la uniformización, el todos iguales, y por tanto una irresponsabilidad frente a la diferencia. Como señala el escritor Malraux ya no existen las personas mayores, o como estima el pensador Bruckner la tentación del siglo XXI es *La tentación de la inocencia*, es decir, el infantilismo y la victimización como rasgos de la subjetividad de nuestra época, el procurarnos una feliz irresponsabilidad que nos permita zafarnos de las consecuencias de nuestros propios actos. Es este un discurso que en última instancia abre las puertas a los procesos de segregación.

El otro rasgo característico del discurso contemporáneo lo constituye su propia fragmentación. Freud en 1932 señala que “en nuestra época no existe una idea a la que pueda conferirse semejante autoridad unificadora”, lo que a inicios del siglo XXI podemos traducir por la fragmentación de la civilización, el fracaso de una instancia colectiva, de la función del Ideal, y que trae como consecuencia la multiplicación de las diferentes comunidades. Es este un hecho que pone de manifiesto algo que nos interesa a la hora de considerar en qué consiste una creencia, en qué consiste una ficción. Hoy más que nunca podemos ver con claridad el modo bajo el cual el sujeto se inscribe en tales comunidades, no solo por medio de una pertenencia significativa, es decir, un ideal, una

(1) Freud, S.; “¿Por qué la guerra?”, en Obras Completas, vol. 22, pág 192. Amorrortu editores. Buenos Aires 1991



identificación, una creencia, una religión, lo cual se da, sino en la medida en que tales comunidades expresan asimismo un modo y estilo de vida, sirven para compartir una práctica y una forma de vida, expresan un modo de goce, es decir dan cuenta de un hecho de discurso, o como señala el psicoanalista Jacques Lacan, son comunidades que dan cuenta de una *raza de discurso*. Es esto lo que divide, lo que funda el racismo de nuestra época.

Quisiera mencionar ahora lo que podríamos considerar como dos grandes ficciones acerca del niño. La primera de ellas parte de Hegel. En *Principios de la filosofía del Derecho* Hegel enuncia que la necesidad de ser educados existe en los niños como un sentimiento que les es inherente y es el de no estar satisfechos con lo que son. Es la tendencia, el empuje a pertenecer al mundo de las personas mayores que adivinan superiores, el anhelo de llegar a ser mayores.

Es tal vez una ficción de finales de siglo XIX y principios del XX, una ficción heredera de la ilustración y que considera al niño como un ser a la espera de ser educado, que hay algo de la transmisión entre las generaciones que es necesario preservar para convertirse en humano, pero que también considera al niño como una esperanza de futuro para la humanidad.

Es también la idea, que por ejemplo, plantea Hannah Arendt cuando en su texto *La crisis de la educación* señala que para preservar lo nuevo que cada niño trae al mundo es preciso que la escuela sea la depositaria del discurso educativo, es preciso que los adultos se hagan responsables del mundo que transmiten le gustan o no.

Podemos preguntarnos si hoy en día está ficción sigue vigente. Aunque mantiene para nosotros el interés de poner de relieve la importancia de la responsabilidad y de la autoridad, como señala Hannah Arendt es esto lo que caracteriza la relación entre niños y adultos, a

diferencia del mundo de la política en donde se trata de un todos iguales.

La otra gran ficción contemporánea es la Declaración de los Derechos del Niño, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en noviembre de 1959; y su epígono de la Convención de los Derechos de la Infancia, aprobada por la Asamblea General de la ONU en 1989 y ratificada por el Estado Español en 1990. Se trata de una ficción que surge del mundo de la político-jurídico y que ha trascendido a todos los campos. Supone sin lugar a dudas el marco en el que nos movemos, funciona como la instancia colectiva que articula los diferentes discursos sobre el niño. Es la idea del niño como sujeto del derecho, del supremo interés del menor, por encima incluso de otras consideraciones, como por ejemplo los lazos de filiación. Es una ficción del niño solidaria y correlativa, entre otros aspectos, de las nuevas reorganizaciones del contrato matrimonial y de su pluralidad.

Entonces, en qué creen los niños del siglo XXI, cuáles son sus ficciones, cómo ellos se sitúan en el marco del actual discurso social, en la producción del niño como objeto de goce, cómo ellos se sitúan en el marco de la pluralización de la ficción matrimonial, y de la ficción del derecho. Podemos decir que para el niño del siglo XXI existe una multiplicación de las mismas, es un gran consumidor de ficciones: las horas frente a la televisión y las pantallas de los ordenadores dan cuenta de ello.

No sabemos cuales serán las ficciones dominantes, ¿Harry Potter?, ¿El señor de los niños?, ¿Se cree aún en Meter Pan?, un muchachito que viene de un centro de acogida siempre me exige jugar a Peter Pan y al capitán Garfío, evidentemente a mí me toca el papel de Garfío

Desde el punto de vista del psicoanálisis se trata de poder situar estas ficciones que el niño



produce y consume, se trata de poder cernir en ellas las creencias e identificaciones que sostienen, pero también si le sirven al niño para dar cuenta del goce, de la satisfacción que él experimenta en su cuerpo. Es esta una tarea que nos aboca a una cierta disciplina, la de operar soportando un no saber, es decir, no sabemos cuál es la ficción conveniente para los niños del siglo XXI, es algo que solamente en el uno por uno de cada niño vamos a poder situar, pero no sin él, no sin su palabra, es decir no sin consi-

derar que él es un sujeto del Derecho, un sujeto con el derecho a la palabra, un sujeto responsable del alcance de la misma.



Correspondencia

Julio González del Campo

Plaza de los Santos Juanes 1, 9 D
48006 Bilbao

Teléfono: 94 415 83 07

e-mail: juliogonca@terra.es



Proyecto Atlas

Organización Mundial de la Salud

ATLAS es un proyecto de la sede de la OMS, en Ginebra, supervisado y coordinado por el Dr. Shekhar Saxena. El apoyo técnico es responsabilidad del Dr. Pallab K. Maulik (gestión general del proyecto) y de la Sra. Kathryn O'Connell (análisis de los datos). El Dr. Derek Yach y el Dr. Benedetto Saraceno proporcionaron la perspectiva y la orientación para este proyecto.

Con colaboradores importantes de las Oficinas Regionales de la OMS. Todos ellos han contribuido a la planificación del proyecto, a la obtención y validación de la información remitida por los Estados Miembros, y a la revisión de los resultados. Correspondió a los Representantes de la OMS y a los Oficiales de Enlace en las Oficinas de la OMS en los países la responsabilidad de recopilar y validar los datos remitidos por los gobiernos. Los funcionarios de los Ministerios de Salud de los Estados Miembros proporcionaron la información y respondieron a las numerosas solicitudes de aclaración que ésta suscitó. En los países, varios expertos ayudaron a los ministerios a localizar y aportar la información. Proporcionaron también bibliografía e informes sobre la cuestión para respaldar los datos. En la OMS, varios colaboradores brindaron asesoramiento y orientación durante el proyecto, en particular el Dr. Srinivasa Murthy, la Sra. Meena Cabral de Mello, el Dr. Thomas Borne-mann, el Dr. Itzhak Levav, el Dr. José Bertolote, la Dra. Michelle Funk, la Dra. Maristela Monteiro y el Dr. Leonid Prilipko.

A medida que el mundo toma conciencia de la enorme carga que suponen los trastornos mentales y adopta medidas para extender y mejorar la atención de salud mental, va cobrando una importancia decisiva contar con una información exacta y actualizada. Ésta es necesaria en dos áreas diferenciadas: la carga de morbilidad y los recursos disponibles.

Muchos decenios de trabajo han permitido el acopio de una información considerable sobre la magnitud de las enfermedades mentales y la carga que representan. Abarca tanto los métodos de obtención de diagnósticos fiables y válidos como los estudios sobre la incidencia, la prevalencia y la evolución de los trastornos, los sistemas internacionales y nacionales de clasificación, y las estimaciones de las discapacidades asociadas. Sin embargo, se sabe muy poco sobre los recursos existentes para afrontar esta carga: ¿De cuáles disponen los países para la atención de salud mental? ¿En qué medida cubren las necesidades? ¿Dónde se localizan los desfases importantes? ¿Qué diferencias hay entre las regiones y entre los grupos de países según los ingresos? Estas preguntas se plantean con frecuencia, pero no han recibido respuestas claras. Lo que se conoce acerca de los recursos de salud mental corresponde sólo a unos pocos países desarrollados. Casi no existe información de la gran mayoría de los países. En los estudios se han utilizado distintas unidades de medida, por lo que la información

disponible no permite establecer comparaciones entre países.

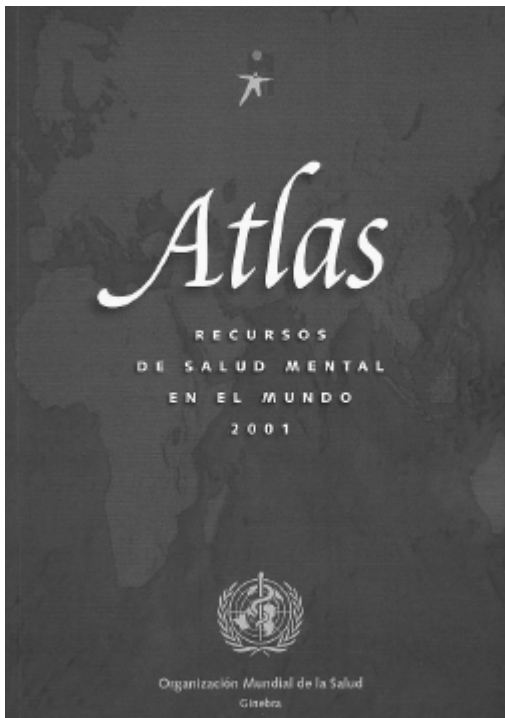
La Organización Mundial de la Salud lanzó en el año 2000 el proyecto Atlas para colmar esta laguna. Sus objetivos comprenden la obtención, la compilación y la distribución de información relativa a los recursos de salud mental en los países. El proyecto se ha concebido para obtener información real de cada país, no para realizar extrapolaciones basadas en los datos de unos pocos países. Al año de su nacimiento, nos complace presentar el primer producto de este proyecto. El presente volumen contiene el conjunto inicial de datos obtenidos por el proyecto Atlas. Presenta análisis mundiales y regionales de la información sobre recursos de salud mental aportada por 185 países, que representan el 99,3% de la población mundial. Esta información procede fundamentalmente de fuentes gubernamentales dentro de cada país, lo que hace de esta compilación de recursos de salud mental una de las más completas y fiables jamás emprendidas.

Los datos del proyecto Atlas confirman lo que muchos profesionales de la salud mental saben desde hace tiempo, es decir, que en la mayor parte de los países los servicios de salud mental son muy insuficientes comparados con las necesidades de atención de salud mental. El valor del proyecto Atlas reside, no obstante, en sustituir las impresiones y las opiniones por datos objetivos.

No sólo ofrece un panorama claro de los recursos existentes y de las necesidades básicas en países de todo el mundo, sino que proporciona también una referencia para vigilar las modificaciones a lo largo del tiempo. El empleo de definiciones y unidades uniformes permite las comparaciones entre países y regiones.

¿Cómo puede utilizarse la información del proyecto Atlas? Los datos de Atlas deberían orientar los programas mundiales y nacionales de salud mental. A nivel mundial, contribuirán a que el mundo sea más consciente del grado exacto de escasez de recursos en salud mental, e impulsarán las iniciativas internacionales para incrementar esos recursos. A nivel nacional, los análisis identifican las áreas que deben recibir atención urgente por parte de los responsables de las políticas y los planes de atención de salud del país. El proyecto establece también objetivos realistas al permitir la comparación entre países. La OMS confía en que las crudas realidades expuestas por el proyecto Atlas motivan a todos los que valoran la salud mental para intervenir ahora en pro de una mejora de los recursos en este campo. El panorama está ya claro y el objetivo se halla plenamente al alcance.

Pese a que los trastornos mentales son responsables de una proporción considerable de las discapacidades y de la carga de morbilidad, los recursos destinados actualmente a la salud mental son insuficientes. Se prevé que la carga que representan los trastornos mentales aumente en los años venideros. Es preciso





mejorar la calidad y la cantidad de los recursos de salud mental con objeto de cubrir las necesidades actuales y futuras, y para lograrlo es fundamental disponer de una información exacta acerca de los recursos existentes.

Es ciertamente paradójico que, pese a contar con mucha información sobre la incidencia, la prevalencia, la evolución, el diagnóstico, la clasificación, las discapacidades y la carga de los trastornos mentales, apenas se tengan datos sobre los recursos disponibles para hacer frente a esa carga. La información disponible no permite establecer comparaciones entre los países, porque en los informes se utilizan definiciones y unidades de medida diferentes. Este desequilibrio entre la "información sobre las enfermedades" y la "información sobre los recursos" es un impedimento muy importante para planificar los servicios de salud mental. La falta de información sobre los recursos también obstaculiza las iniciativas emprendidas por las organizaciones no gubernamentales, las asociaciones profesionales y los grupos de consumidores en demanda de una mejora de los servicios de salud mental y para poner de relieve necesidades concretas.

Con objeto de colmar esta laguna fundamental, la Organización Mundial de la Salud lanzó en el año 2000 el Proyecto Atlas, cuyo propósito es obtener, compilar y distribuir la información de interés sobre los recursos de salud mental en el mundo. En la primera fase de este trabajo se ha obtenido información pertinente de los Estados Miembros de la OMS, que se presenta en este volumen, titulado "Atlas: Recursos de salud mental en el mundo".

Los datos se recopilaron de manera escalonada. En una primera etapa se mantuvieron consultas con las Oficinas Regionales y con expertos en salud mental para conocer su opinión acerca de las áreas fundamentales en las que era preciso obtener información.

Basándose en esas consultas, se redactaron un borrador de cuestionario y un glosario de los términos. Ambos documentos fueron revisados por una selección de expertos. El cuestionario se aplicó como experiencia piloto en un país desarrollado y en un país en desarrollo y se introdujeron los cambios necesarios. Seguidamente, el original en inglés del cuestionario y del glosario se tradujo a cuatro idiomas: árabe, español, francés y ruso.

En la segunda etapa se enviaron el cuestionario y el glosario a los centros de enlace de salud mental de los Ministerios de Salud de todos los Estados Miembros por conducto de las Oficinas Regionales y de las oficinas de la OMS en los países. Se solicitó a dichos centros de enlace que respondieran al cuestionario basándose en todas las fuentes posibles de información. Se les pidió que se atuvieran estrictamente a las definiciones del glosario para mantener la uniformidad y la comparabilidad. El equipo del proyecto Atlas respondió a todas las preguntas y solicitudes de aclaración. Se enviaron periódicamente recordatorios a las instancias que no devolvieron a tiempo el cuestionario completado. A los países que aportaron una información incompleta o con incongruencias internas se les solicitaron aclaraciones. Se pidió también que los cuestionarios fueran acompañados de documentos de respaldo (p. ej., copia de los documentos de políticas o de la legislación).

En la tercera etapa se introdujo toda la información disponible en una base de datos electrónica sirviéndose de códigos. Se analizaron los datos mediante el programa SPSS, versión 9.0. Los valores de las variables continuas se agruparon en categorías según la distribución. Se calcularon las distribuciones de frecuencia y las medidas de tendencia central (media, medianas y desviaciones típicas) por los métodos adecuados. Los países se clasificaron por Regiones de la OMS y por grupos de ingresos del Banco Mundial, basados en el PNB por

habitante (Banco Mundial, 2000). Las cifras de población proceden del Informe sobre la salud en el mundo 2000 (OMS, 2000).

En la presente publicación se analiza la información de 185 países. Los datos se organizan en 16 secciones generales, que se presentan en las páginas siguientes. Cada una de ellas ocupa dos páginas. La página impar ofrece una representación gráfica de los datos, y la página par contiene el texto explicativo. Mediante mapas del mundo se ofrecen los datos de los países según un código de colores.

Los gráficos de barras y circulares ilustran las frecuencias, las medianas y las medias, según corresponda. Los mapas regionales muestran las cifras acumuladas por Regiones de la OMS. Para cada sección se ofrecen definiciones de los términos utilizados en la obtención de información y se describen los resultados seleccionados del análisis de los datos. No se ha intentado detallar todos los resultados que podían derivarse del análisis de los datos presentados; sólo se mencionan los más destacados. Se describen asimismo las limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los datos y sus análisis. Se presentan también algunas repercusiones de estos resultados en el ulterior desarrollo de los recursos de salud mental. En el anexo figuran los cuadros recapitulativos de los datos de cada país para algunas variables. En un cuadro aparte se presentan los correspondientes a las zonas y los Miembros Asociados de la OMS; estos datos no se han incluido en los análisis acumulados.

Aunque se ha intentado que todos los países aportaran la información solicitada, algunos no han podido remitir los datos relativos a algunas secciones. En cada sección se indica la magnitud de la ausencia de datos mediante el número de países (N) cuyos datos se incluyen con los gráficos individuales frente al número total de 191 países. La razón más frecuente de que falten datos es que, simplemente, en esos

países se carece de ellos. Se confía en colmar estas lagunas de información en un futuro próximo. Pese a haberse tomado todas las medidas posibles para compilar, codificar e interpretar la información ofrecida por los países mediante el uso de definiciones y criterios uniformes, cabe la posibilidad de que se hayan producido algunos errores. La OMS insta a los puntos focales de salud mental de los Ministerios de Salud de los Estados Miembros a señalar todos los errores, con objeto de corregirlos en ulteriores publicaciones.

Se recogen resultados sobre diferentes materias:

1. Política de salud mental
2. Programa nacional de salud mental
3. Legislación en materia de salud mental
4. Política en materia de abuso de sustancias
5. Medicamentos
6. Presupuesto asignado a la atención de salud mental
7. Métodos de financiación de la atención de salud mental
8. Salud mental en la atención primaria y formación profesional
9. Camas psiquiátricas
10. Psiquiatras
11. Enfermeras psiquiátricas
12. Neurólogos y neurocirujanos
13. Psicólogos del área de salud mental
14. Asistentes sociales del área de salud mental
15. Programas para poblaciones especiales y ONG
16. Sistema de recogida de información

Con resultados obtenidos, por secciones ofreciendo datos de los Estados Miembros de la



OMS y de las zonas y de los Miembros Asociados de la OMS

Los datos del proyecto Atlas demuestran que los recursos acumulados de salud mental en el mundo son muy insuficientes en comparación con la carga que representan los trastornos mentales. Se observan, además, grandes disparidades entre las regiones y entre los grupos de países según el nivel de ingresos; así, la escasez de recursos es extrema en los países en desarrollo con ingresos bajos.

En la esfera de las políticas, los programas y la legislación en materia de salud mental, el 40% de los países carecen de una política, el 30% no disponen de un programa y en el 25% no existe legislación al respecto. La ausencia de políticas y programas afecta principalmente a las Regiones de África y del Pacífico Occidental, mientras que la legislación es relativamente deficiente en la Región del Mediterráneo Oriental. La mayoría de las políticas, los programas y las legislaciones son bastante recientes, posteriores a 1990.

Cerca del 37% de los países no disponen de servicios comunitarios de atención de salud mental, proporción que se eleva a casi el 50% en las Regiones de Asia Sudoriental, del Mediterráneo Oriental y de África.

Una gran mayoría de países poseen una política de medicamentos o una lista de medicamentos esenciales, pero la disponibilidad de los psicofármacos en atención primaria no es uniforme. Aproximadamente el 20% de los países ni siquiera disponen de los tres medicamentos más recetados en trastornos tales como la depresión, la esquizofrenia y la epilepsia.

En los países en los que se tiene acceso a estos medicamentos, los elevados precios son a menudo un obstáculo para el tratamiento. Aunque en los países con ingresos bajos la mediana de los precios es inferior, sólo está entre 2 y 5 veces por debajo de la de los países

con ingresos altos, mientras que su nivel de ingresos es más de diez veces menor, por lo que estos medicamentos son relativamente menos asequibles en los países con ingresos bajos.

El 28% de los países han señalado que carecen de un presupuesto específico para la salud mental. Donde existe, representa sólo una pequeña proporción del presupuesto total de salud. Del conjunto de países que aportaron información, el 36% notificaron que gastaban menos del 1% del presupuesto total de salud en salud mental. Los presupuestos son especialmente bajos en las Regiones de África y Asia Sudoriental.

Los países con menores ingresos tienen también un presupuesto proporcionalmente inferior para la salud mental, hecho que coloca a ésta en una situación aún más des-ventajosa. Los métodos más frecuentes de financiación de la atención de salud mental son la aportación de fondos con cargo a los impuestos, el seguro social y los pagos directos. Estos últimos suponen una carga excesiva e imprevista para las familias, sobre todo en los países con ingresos bajos, y son especialmente frecuentes en las Regiones de África, de Asia Sudoriental y del Mediterráneo Oriental. En todas las Regiones, el papel de los seguros privados en la financiación de la salud mental es nulo o muy poco importante.

Aunque el 87% de los países han identificado la salud mental como una actividad de atención primaria, sólo en el 59% existen servicios para el tratamiento de los trastornos graves, y sólo en el 59% se lleva a cabo la formación sistemática de personal de atención primaria.

La mediana mundial de camas psiquiátricas por 10 000 habitantes es de 1,6, y el 65% corresponde a camas de hospitales psiquiátricos. Más del 40% de los países, que representan aproximadamente el 65% de la población mundial, tienen acceso a menos de una cama

psiquiátrica por 10 000 habitantes. El déficit de camas es especialmente importante en las Regiones de África y de Asia Sudoriental. También el personal especializado es insuficiente. En el 53% y el 46% de los países sólo se cuenta con un psiquiatra y una enfermera psiquiátrica, respectivamente, por 100 000 habitantes. El déficit es especialmente manifiesto en las Regiones de África, Asia Sudoriental, Pacífico Occidental y Mediterráneo Oriental. Aunque los países de las Regiones de Europa y de las Américas disponen de más personal, la distribución de los recursos no es uniforme en todos los países de las regiones. También escasean los psicólogos y los asistentes sociales en el sector de la salud mental, con una mediana de 0,4 y 0,3 por 100 000 habitantes, respectivamente, en el conjunto de los países.

Otros recursos insuficientes son los programas de salud mental para poblaciones especiales. Sólo existen programas para niños y ancianos en el 60% y el 48% de los países, respecti-

vamente, aunque estos grupos constituyen una proporción importante de la población total. El 88% de los países notificaron la actividad de organizaciones no gubernamentales en el ámbito de la salud mental.

Los sistemas de vigilancia de la salud mental son instrumentos importantes para evaluar la situación general de la salud mental en un país. Sin embargo, en el 27% de los países no existe un sistema de notificación en materia de salud mental y en el 44% no se recogen datos ni se llevan a cabo estudios epidemiológicos. También en este aspecto los países con bajos ingresos se quedan atrás.

En conjunto, los datos presentan un panorama muy insatisfactorio de los recursos de salud mental en el mundo. La mayoría son insuficientes y se distribuyen de forma muy irregular. Urge mejorarlos considerablemente para responder a la carga actual y creciente de los trastornos mentales.



REFERENCIAS

1. Banco Mundial (2000). <http://www.worldbank.org>
Acceso en diciembre de 2000. Grupo Banco Mundial. Washington, D.C.
2. Organización Mundial de la Salud (2000). Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. OMS. Ginebra.



Depresión postpsicótica

Biotza Goienetxea

Izaskun Elortegi

Residentes de psiquiatría

Bizkaia

Varón de 28 años que atendemos en el CSM desde hace unos meses tras un episodio psicótico que se resolvió bien con un neuroléptico atípico (risperidona).

Tenía antecedentes de otros 2 episodios psicóticos previos, en el contexto de consumo de cannabis, que se habían resuelto con medicación neuroléptica que posteriormente había abandonado. Tras los episodios psicóticos había vuelto a una situación de normalidad con buena adaptación psicosocial.

La sintomatología psicótica positiva muy florida se resolvió totalmente pero dió paso a una situación de cierto empobrecimiento, abandono de pareja y de ocupación laboral. Su entorno familiar le veía inhibido, sedado con escaso discurso y cierta apatía. A pesar de disminuir el neuroléptico el cuadro evolucionó en los siguientes meses, mostrándose más embotado en su contacto, con menos viveza y reactividad en la entrevista, con sensación subjetiva de hipotimia, apatía, anhedonia con sentimientos de minusvalía e incapacidad, pensamientos pesimistas e ideación autolítica no estructurada.

1. ¿Qué se entiende por depresión postpsicótica?

A. Es una fase de síntomas depresivos y de retraimiento social que se da al remitir los

síntomas psicóticos floridos. Síntomas que forman parte del curso natural de la enfermedad esquizofrénica.

B. Son síntomas consecuencia de los efectos secundarios de los fármacos neurolépticos.

C. Son la expresión de la reacción vivencial al asumir la enfermedad.

D. En realidad son síntomas negativos de la enfermedad esquizofrénica que nos llevan a confundirnos.

E. El término depresión postpsicótica se ha utilizado de forma indiscriminada para designar cualquier sintomatología depresiva aparecida a lo largo de la vida del paciente psicótico con independencia de la etiología del proceso, creando importantes confusiones. Es un fenómeno clínico importante de frecuencia indiscutible y por complejo, muy polémico en su catalogación nosológica y etiopatogénica.

2. ¿Cuál es verdadera de las siguientes afirmaciones?

A. Muy raramente, en general sólo en un 10 % que es la proporción que se suicida.

B. Casi todos los pacientes esquizofrénicos presentan depresión en algún momento de su evolución.

- C. Los datos sobre su incidencia son contradictorios.
- D. Es menos frecuente que aparezca clínica depresiva al inicio de la enfermedad tras un primer brote psicótico que en etapas posteriores.
- E. Todos los autores coinciden en que la clínica depresiva postpsicótica es dato de buena evolución y una mejor recuperación psicosocial.

3. ¿Qué afirmación es verdadera en cuanto al diagnóstico diferencial de la depresión postpsicótica?

- A. Previamente al diagnóstico y tratamiento de esta entidad deben descartarse 2 patologías: el trastorno bipolar maniaco-depresivo y el trastorno esquizoafectivo. Debe establecerse si los síntomas depresivos ya están presentes desde el inicio de los síntomas psicóticos o su aparición es posterior a la mejoría de los síntomas psicóticos.
- B. Los fármacos neurolépticos no son responsables de sintomatología depresiva, debe tenerse en cuenta que varios autores describieron sintomatología depresiva en estos enfermos antes de la aparición de antipsicóticos como tratamiento de la esquizofrenia.
- C. La acinesia hace referencia a la disminución de movimientos accesorios voluntarios y a la disminución de la iniciativa para iniciar cualquier movimiento. Esta falta de espontaneidad nunca da lugar a un diagnóstico erróneo de depresión porque se resuelve con tratamiento específico: reducción de medicación neuroléptica junto con el uso de agentes antiparkinsonianos.

- D. Síntomas negativos como la anhedonia, la anergia y la falta de motivación podrían remedar sintomatología depresiva, aunque la existencia del característico aplanamiento afectivo propio del síndrome depresivo, permitiría realizar el diagnóstico correcto.
- E. La diferencia entre afanisis y estado residual postpsicótico radica en la mayor gravedad e irreversibilidad del primero.

4. ¿En cuanto al tratamiento de la depresión postpsicótica cual es falsa?

- A. El tratamiento de la depresión postpsicótica parte de un correcto diagnóstico diferencial.
- B. Es importante descartar existencia de endocrinopatías, anemia, trastornos neurológicos, carcinomas, u otras enfermedades que podrían manifestarse como un síndrome depresivo.
- C. Descartadas las etiologías orgánicas, lo primero a plantear ante una reacción depresiva en la esquizofrenia es pensar que se trata indudablemente del pródromo de un nuevo episodio psicótico.
- D. Se puede plantear la duda de si la medicación neuroléptica es la responsable de los síntomas pseudodepresivos, sea como efecto secundario extrapiramidal (acinesia o acatisia), sea como un estado disfórico inducido directamente por los neurolépticos.
- E. Las estrategias psicosociales bien aplicadas, como las técnicas de reducción de estrés, psicoeducativas, desarrollo de habilidades y resolución de problemas, junto con intervenciones sobre la familia para minimizar la expresión emocional desmesurada, pueden ser de ayuda.



Respuesta 1

La respuesta correcta es: E.

La depresión postpsicótica es un fenómeno clínico importante de frecuencia indiscutible y por complejo, muy polémico en su catalogación nosológica y etiopatogénica. Seguramente la dificultad para concretar y consensuar frecuencia, implicaciones pronosticas, etiología... se debe a que los límites clínicos de este diagnóstico son difíciles de definir de forma operativa al ser una entidad heterogénea con diferentes subtipos diagnósticos: reacción vivencial, trastorno adaptativo con ánimo depresivo, yatrogénica por antipsicóticos, depresión acinética, afanisis, trastorno depresivo.

Así el término depresión postpsicótica se ha utilizado de forma indiscriminada para designar cualquier sintomatología depresiva aparecida a lo largo de la vida del paciente psicótico con independencia de la etiología del proceso, creando importantes confusiones.

Hay acuerdo en otorgar la paternidad del término depresión postpsicótica a Mayer-Bross (1920) al describir "el rechazo al futuro y la desesperanza como una forma de reaccionar después de una experiencia psicótica" y en citar la revisión de McGlashan 1976 como punto de partida de posteriores estudios (1).

Entre los diferentes sistemas de clasificación de nosologías psiquiátricas no hay unanimidad de criterios para el diagnóstico de depresión postpsicótica por falta de acuerdo entre los autores que han investigado este síndrome. Así no se llega a un consenso para la denominación de la sintomatología depresiva que aparece durante la evolución de un proceso esquizofrénico. La CIE-10 de la OMS en 1992 la incluye como F20.4 DEPRESIONES POSTESQUIZOFRENICA. Anteriormente sólo se encontraba una referencia a este trastorno en los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC), de Spitzer, Endicott y Robins (1975).

La clasificación DSM-IV de 1994, y DSM-IV-R le asigna el diagnóstico de trastorno depresivo no especificado, pero a pesar de que no acepta a la depresión postpsicótica como nosología en su clasificación de enfermedades psiquiátricas, la introduce en su Apéndice B como propuesta de investigación.

La existencia de clínica depresiva postpsicótica es importante porque se asocia a disforia, incapacidad y reduce la motivación para llevar a cabo tareas y actividades de la vida diaria. El síndrome depresivo postpsicótico según McGlashan aparecería cuando el individuo se está recuperando de los síntomas psicóticos agudos (1-7). Se manifiesta con anergia masiva, indiferencia, pérdida de interés, quejas neurasteniformes, hipersomnia, dificultades de concentración, lentitud motora, expresión facial reducida, lenguaje pobre, distanciamiento social y cuando la toma de la noticia de las connotaciones de la enfermedad es amplia, desesperanza y sentimientos de fracaso e inutilidad. En cada caso no es fácil discernir lo depresivo primario, lo yatrogénico farmacogenético, lo reactivo situacional y el deterioro ligero.

Respuesta 2

La respuesta verdadera es la: C.

Los datos sobre su incidencia son contradictorios. En los distintos estudios realizados se recogen tasas de prevalencia que oscilan entre un 7% y un 70% según el instrumento de medida utilizado para cuantificar síntomas depresivos y según el momento evolutivo de la enfermedad en que se hace el muestreo (2).

La APA, en sus comentarios previos al trastorno depresivo postpsicótico en su apéndice B del DSM-IV, como propuesta de investigación, indica que el 25 % de los pacientes esquizofrénicos tienen al menos un trastorno depresivo en el curso de su enfermedad.

En un metaanálisis de trabajos sobre el tema, Gascón (1984) concluye que aproximadamente el 35% de los pacientes esquizofrénicos presentan un síndrome depresivo después de la remisión del episodio agudo, con un rango de valores entre el 12% y el 54%.

Utilizando los criterios RDC en un estudio sobre depresión postpsicótica en pacientes esquizofrénicos hospitalizados, Siris encontró sólo un 6% de casos con trastorno depresivo mayor y un 22% con trastorno depresivo menor durante el periodo de remisión postpsicótica, si bien en el conjunto de los pacientes estudiados fue detectado un 40% de casos con sintomatología depresiva.

House et al realizaron un estudio comparando la existencia de sintomatología depresiva en un grupo de pacientes con un primer episodio psicótico esquizofrénico y un años después, observando una mayor prevalencia de depresión al inicio (22%) que durante el seguimiento (4%). Lo que sugiere que existe una correlación positiva entre sintomatología depresiva y primer brote esquizofrénico (5,6).

En esta línea, en un estudio de seguimiento durante 4,5 años de 54 pacientes esquizofrénicos previamente hospitalizados encuentran que en un 37% de los pacientes presentan un episodio depresivo mayor.

Otro factor que puede influir en la variabilidad de las tasas de depresión encontradas, es la posibilidad de confusión entre sintomatología negativa y depresiva (5), pudiendo solaparse síntomas depresivos como la inhibición psicomotora, enlentecimiento en el lenguaje, pérdida de interés, con sintomatología negativa propia de la esquizofrenia. Las escalas utilizadas, como la Hamilton para la depresión, pueden resultar poco discriminativas ya que están diseñadas para evaluar sintomatología depresiva en pacientes depresivos no esquizofrénicos. Para solventar estos problemas metodológicos, varios autores proponen la utilización de instrumentos específicos de medida como la escala

desarrollada y validada por Addington para medir sintomatología depresiva en la esquizofrenia.

Aunque la significación pronóstica de este diagnóstico es incierta por no haber sido realizados estudios con la categoría diagnóstica oficial, contrariamente a las hipótesis que dicen que los síntomas depresivos en la fase postpsicótica tienen implicaciones favorables en el pronóstico y en la recuperación psicosocial de adultos jóvenes con esquizofrenia, hay datos que sugieren que la existencia de síntomas depresivos postpsicóticos se asocian con un aumento en la duración de la enfermedad, un mayor número de recaídas (7), complicaciones en la adaptación psicosocial y mayor riesgo autolítico (5).

Respuesta 3

La respuesta correcta es la: A.

Previamente al diagnóstico y tratamiento de esta entidad deben descartarse 2 patologías: el Trastorno bipolar maniaco-depresivo y el trastorno esquizoafectivo. Debe establecerse si los síntomas depresivos ya están presentes desde el inicio de los síntomas psicóticos o su aparición es posterior a la mejoría de los síntomas psicóticos. Si los síntomas depresivos ya están presentes desde el inicio se plantea el diagnóstico diferencial entre depresión psicótica y el trastorno esquizoafectivo.

La depresión puede aparecer en cualquier momento del curso de la esquizofrenia y puede deberse a múltiples causas. Todo indica que es más probable la posibilidad de que aparezca un episodio depresivo durante los primeros brotes y durante las semanas posteriores a la remisión de la fase aguda, especialmente en aquellos que remiten más rápidamente, en aquellos que han tenido más síntomas positivos y cuando el primer brote se ha presentado más tarde en la biografía del paciente.



Las múltiples variedades de formas depresivas en el curso de la esquizofrenia ponen de manifiesto lo heterogéneo de éste cuadro. Subtipos diagnósticos de depresión postpsicótica:

- Iatrogénica por antipsicóticos, depresión acinética.
- Sintomatología depresiva asociada a los síntomas negativos.
- Sintomatología depresiva de causa orgánica.
- Reacción vivencial.
- Afanisis.
- Trastorno adaptativo con ánimo depresivo.
- Trastorno depresivo.

1. IATROGENIA POR ANTIPSICÓTICOS

El uso de fármacos antipsicóticos para el tratamiento de la esquizofrenia ha permitido detectar una frecuente aparición de efectos depresógenos y extrapiramidales relacionados directamente con la potencia farmacológica, como la hipocinesia, rigidez muscular....

Aunque no hay acuerdo entre los diferentes estudios sobre los efectos iatrogénicos de los antipsicóticos (8), ante un síndrome depresivo postpsicótico, siempre habría que tenerlos en cuenta como posibles instigadores o agentes agravantes del cuadro.

Por otro lado debe tenerse en cuenta que varios autores describieron sintomatología depresiva en estos enfermos antes de la aparición de antipsicóticos como tratamiento de la esquizofrenia.

Depresión acinética: Un aspecto del posible efecto iatrogénico de los antipsicóticos es el síndrome de depresión acinética, cuadro clínico de efectos secundarios al tratamiento con dicho fármacos. La acinesia hace referencia a la disminución de movimientos accesorios voluntarios y a la disminución de la iniciativa para ini-

ciar cualquier movimiento. Esta falta de espontaneidad puede dar lugar a un diagnóstico erróneo de depresión, siendo en muchos casos la resolución de la sintomatología con tratamiento específico: reducción de medicación neuroleptica junto con el uso de agentes antiparkinsonianos, lo que proporciona el diagnóstico diferencial (3).

La acatisia es otro efecto extrapiramidal secundario a los neurolepticos que puede confundirse con la agitación psicomotriz propia de la depresión agitada. Además la acatisia se asocia a anhedonia, estados disfóricos e, incluso, ideación suicida (3).

Además de los síntomas parkinsonianos, algunos autores plantean la posibilidad de que los neurolepticos por sí mismos puedan inducir sintomatología depresiva de forma iatrogénica. Esta idea deriva de la observación de la aparición de síntomas depresivos en los pacientes hipertensivos tratados con reserpina, fármaco que posteriormente fue de los primeros utilizados como antipsicótico. Investigaciones han permitido conocer que los neurolepticos que producen un bloqueo dopaminérgico predominantemente límbico en relación con el bloqueo en el cuerpo estriado no darían lugar a síndromes depresivos característicamente neurolepticos. En esta línea los neurolepticos tipo benzodiazepínicos (clozapina, olanzapina) y de tipo benzamida (amisulpiride, raclopride) que tienen una mayor afinidad por los receptores límbicos dopaminérgicos frente a los estriales, que son los que dan lugar a sintomatología extrapiramidal.

2. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA ASOCIADA A LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS

Síntomas negativos como la anhedonia, la anergia y la falta de motivación podrían remedar sintomatología depresiva, aunque la existencia del característico aplanamiento afectivo propio del síndrome negativo, permitiría realizar el diagnóstico correcto (2-8). No obstante, no

es fácil delimitar ambas entidades sobre todo en pacientes que carecen de habilidades de comunicación interpersonales que permitan transmitir perfectamente sus estados internos subjetivos.

3. REACCIÓN VIVENCIAL

Un grupo de pacientes esquizofrénicos presentan una reacción vivencial. Este subgrupo con una personalidad aceptablemente conservada después del brote psicótico, presentan una sintomatología depresiva secundaria a su enfermedad, de forma similar a lo que se produce con otras patologías crónicas o situaciones sociales estresantes (3). La sintomatología depresiva de este subtipo ha sido atribuida a reacciones por dependencia asistencial u hospitalaria o en otros a la pérdida del delirio con su retorno a la realidad de su monótona existencia.

4. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DE CAUSA ORGÁNICA

Numerosas enfermedades médicas pueden dar lugar a síntomas depresivos en pacientes esquizofrénicos de la misma manera que lo hacen en individuos normales. Por ello es importante descartar la existencia de endocrinopatías, anemia, trastornos neurológicos, carcinomas, u otras enfermedades que podrían manifestarse como un síndrome depresivo.

También tener en cuenta que el uso de determinados fármacos: betabloqueantes, anti-histamínicos, antihipertensivos, ..., y sustancias como el alcohol, pueden contribuir a la aparición de un síndrome depresivo. El uso crónico o excesivo de muchas sustancias de abuso y su síndrome de abstinencia pueden contribuir a estados depresivos como el estado anérgico del cannabis o la depresión secundaria a la interrupción del consumo de cocaína. Algunas sustancias como la cafeína y la nicotina pueden asociarse a estados disfóricos y contribuir a la presentación de sintomatología afectiva en pacientes esquizofrénicos.

5. AFANISIS (término que puede considerarse sinónimo de abolición) McGlashan describió en 1982 un síndrome de pseudodepresión en un periodo de silencio de la enfermedad en la esquizofrenia crónica que denominó AFANISIS, cuadro caracterizado por inactividad motora, estereotipias, pensamientos repetitivos, astenia generalizada, retraimiento social, despreocupación por el aspecto físico y el cuidado personal con mala respuesta a tratamiento antidepresivo. La diferencia entre afanisis y estado residual postpsicótico radica en la mayor gravedad e irreversibilidad del último (1).

6. TRASTORNO ADAPTATIVO CON ANIMO DEPRESIVO, pacientes esquizofrénicos con buen nivel social e intelectual previo a que ante la perspectiva de futuro condicionado por la enfermedad e incluso ante el temor de un nuevo brote psicótico presentan un cuadro que cumple criterios de trastorno adaptativo con ánimo depresivo, no cumpliendo criterios de depresión mayor. Responde bien a tratamiento antidepresivo.

7. TRASTORNO DEPRESIVO: paciente esquizofrénico que en un periodo de remisión presentan un trastorno depresivo que no puede incluirse en ninguno de los apartados anteriores. Responde bien a tratamiento antidepresivo.

La depresión durante y después de la psicosis requiere atención cuidadosa y persistencia terapéutica. Los pacientes que superan una desorganización mayor sólo para emerger a una depresión intolerable se sienten invariablemente desesperanzados, pero su miseria es común y limitada en el tiempo.

Respuesta 4

La respuesta falsa es la: C.

El tratamiento de la depresión postpsicótica parte de un correcto diagnóstico diferencial. Descartadas las etiologías orgánicas, lo prime-



ro a plantear ante una reacción depresiva en la esquizofrenia es dilucidar si se trata de una reacción momentánea a una situación estresante, o el pródromo de un nuevo episodio psicótico. Lo más prudente es estrechar la vigilancia e incrementar el apoyo al paciente. Una reacción transitoria a situación estresante se resolverá rápida y espontáneamente, y un episodio psicótico incipiente no tardará en manifestarse por sí mismo (2).

Si en un paciente tratado con neurolépticos convencionales persiste el episodio depresivo, se plantea la duda de si la medicación es la responsable de los síntomas pseudodepresivos, sea como efecto secundario extrapiramidal (acinesia o acatisia), sea como un estado disfórico inducido directamente por los neurolépticos. Esta situación puede abordarse de 3 formas distintas: 1) reduciendo la dosis neuroléptica si existe un margen que ofrezca garantías, 2) introduciendo o incrementando la medicación antiparkinsoniana (más útil para la acinesia que para la acatisia), una benzodiacepina o un beta-bloqueante (éste último muy útil para la acatisia) ,o 3) sustituyendo el neuroléptico convencional por un atípico.

Si el episodio depresivo persiste en un paciente ya tratado con un neuroléptico atípico, la bibliografía actual ofrece pocos consejos.

Reducir la dosis es una opción si se dispone de margen terapéutico, sobre todo si el atípico es la risperidona que a dosis elevadas tiene un grado moderado de efectos parkinsonianos. La medicación antiparkinsoniana es otra opción y la sustitución de un atípico por otro es una posibilidad adicional.

Pacientes esquizofrénicos no exageradamente productivos y con clínica depresiva podrían ser sensibles al tratamiento con un fármaco antidepressivo. La revisión sobre el tema de la Cochrane en el 2003 concluye que la literatura sobre el tratamiento con antidepressivos en pacientes con ambos diagnósticos, esquizofrenia y depresión, es de poca calidad. Aunque algunos estudios evidencian que el tratamiento con antidepressivos en estos casos puede ser beneficioso, probablemente se sobreestima el efecto del tratamiento. En la actualidad, no hay evidencias para apoyar o rechazar el tratamiento con antidepressivos en estos pacientes con esquizofrenia y depresión (4).

Las estrategias psicosociales bien aplicadas, como las técnicas de reducción de estrés, psicoeducativas, desarrollo de habilidades y resolución de problemas, junto con intervenciones sobre la familia para minimizar la expresión emocional desmesurada, pueden ser de ayuda.



BIBLIOGRAFÍA

- (1) McGlashan TH, Carpenter WJ. Postpsychotic depresión in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 231-239.
- (2) Siris SG. Depresión en la esquizofrenia: perspectiva actual en la era de los antipsicóticos atípicos. *Am J Psychiatry* 157:9,2000;305-313
- (3) Siris SG. Aspectos actuales en el tratamiento de la esquizofrenia. En: Shriqui CL, Nasrallah HA editors. *Depresión en la esquizofrenia*. 1ªEd. Washington DC y Londres;1995. p. 169-179.

- (4) Whitehead C, Moss S, Cardno A, Lewis G. Antidepressants for people with both schizophrenia and depression . Cochrane Review for The Cochrane Library, Issue2, 2003. Oxford:update Software Ltd.
- (5) Koren AR, Siris SG, Chakos M, Alvir J, Mayerhoff D, Lieberman J. Depression in first episode Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1993; 150(11): 1643-1648.
- (6) Aguilar EJ, Hass G, Manzanera FJ, Hernández J, Gracia R, Rodado MJ, Keshavan MS. Hopeless and first-episode psychosis: a longitudinal study. *Acta Psychiatry Scand* 1997;96: 25-30.
- (7) Mandel MR, Severe JB, Schooler NR, Gelenberg AJ, Mieske RN. Development and prediction of Postpsychotic Depression in Neuroleptic-Treated Schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry* Feb 1982 ; 39:: 197-203.
- (8) Birchwod M, Iqbal Z, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis. *British Journal of Psychiatry*.2000, 177:516-521.



Volumen 100 de la Gaceta Médica de Bilbao

Oscar Martínez Azumendi

Los saludos y felicitaciones de altas personalidades de la política y administración abren con orgullo el nº 1 de este año de la Gaceta Médica de Bilbao. No en vano estas felicitaciones son merecidas y pueden ser mostradas con satisfacción, al haberse alcanzado con ese número el Volumen 100 de esta publicación, decana de las revistas médicas de España. De esta forma, la revista oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao celebra su centenario este año, queriendo nosotros también sumarnos al cúmulo de brindis y parabienes que este hito merece.

Fundada en 1894, su primer número vio la luz hace algo más de 100 años, en Enero de 1985, pocos días antes de la creación de la Academia de Ciencias Médicas en la Sala de Juntas de la Casa de Socorro del Ensanche bilbaíno, el mismo año también de la fundación del Colegio Médico Farmacéutico del Nervión que se realiza seis meses más tarde. En el momento de su fundación, su cabecera ostentaba un título algo diferente al actual, denominándose "*Gaceta Médica del Norte*". Un nombre que no deja de despertarnos un afecto añadido al comprobar la coincidencia, a través del azar de los tiempos, con el que también encabeza nuestra revista. Posteriormente y durante un

periodo de tiempo limitado, su nombre fue cambiado por el de "*Revista Clínica de Bilbao*". Los rigores de la postguerra impidieron su publicación hasta el año 1944 en que reaparece de nuevo con su primer nombre. Abre ese Volumen un trabajo titulado "*Progresos recientes en terapéutica y asistencia psiquiátricas*", conferencia inaugural del curso 1943-44 por parte del Presidente de la Academia, el Dr. César A. Figuerido (1). Será en 1970 cuando la cabecera de la revista cambia a su actual denominación "*Gaceta Médica de Bilbao*" (2).

A lo largo de estos más de 100 años en sus paginas, abiertas a las colaboraciones entusiastas de los médicos locales, han publicado asimismo un gran número de personalidades médicas. En el caso de la neuropsiquiatría, solo considerando su primera etapa y con riesgo de olvidarnos de otros muchos, encontramos representantes de la talla de López Albo (3) (primer Director del Hospital de Zaldibar, gran propulsor de la academia con numerosas publicaciones en la Gaceta, fue socio fundador de la AEN desde Bilbao, haciéndose cargo de su Presidencia entre 1930-35), Atilano Feijoo (Miembro de la AEN a partir del Congreso de Bilbao en 1928, se ocupaba de los laboratorios de Zaldibar y Mondragón) con múltiples aporta-

(1) Cesar A. Figuerido. "Progresos recientes en terapéutica y asistencia psiquiátricas". *Gaceta Médica del Norte*. 1944, 3ª Época, nº 1: 5-22.

(2) Antonio Villanueva. *Siete siglos de medicina en Bilbao*. Servicio Publicaciones Gobierno Vasco, 2000.



ciones a lo largo de los años junto a colaboraciones con autores foráneos como Pío del Río Hortega, seguidores de Santiago Ramón y Cajal, que fue nombrado Presidente Honorario de la Academia en 1906, tras serle concedido el Premio Nóbel.

De la misma forma que el discípulo sigue al que quiere sea su maestro, qué mejor homenaje puede hacer una publicación joven a otra en la madurez de su existencia que “copiar” con apasionamiento algunas de sus páginas. Por ello, y con todos nuestros mejores deseos hacia el futuro de nuestra querida “Gaceta”, rescataremos el artículo que Agustín M^a de Obieta preparó para el primer número: “*Un caso de epilepsia de origen sifilítico*”. El Dr. Obieta, ya octogenario cuando la Gaceta Médica del Norte vio la luz, fue un médico generalista de reconocido prestigio en el ambiente profesional de la época, ofreciéndosele la Presidencia Honoraria de la Academia en su fundación. Erandio, lugar de nacimiento del Dr. Obieta, le dedica una de sus más céntricas calles en homenaje. Quiere el destino que la columna se dedique a dos de las patologías neuropsiquiátricas que más estragos hacían en la época, ocupando gran número de las camas asilares disponibles. Por

ejemplo, el Dr. Rodrigo González Pinto, director del entonces Sanatorio Psiquiátrico de Santa Agueda, escribía en 1931 en la Revista Clínica de Bilbao acerca de la Parálisis General Progresiva sifilítica: “*Diagnosticar la demencia paralítica equivalía a dictar la sentencia de muerte del enfermo en un plazo no mayor de tres años y a cruzarse de brazos convencidos de la inutilidad terapéutica*” (5). La llegada de la malarioterapia, merecedora del Premio Nóbel para Wagner von Jauregg en 1928, abrió ciertas puertas al optimismo haciéndose extensivo el tratamiento a otras formas de psicosis. En el caso del gran mal epiléptico, tanto el tratamiento como el pronóstico no podían ser muy diferentes de lo observado en la sífilis avanzada, pudiendo procurarse al paciente poco más que los cuidados secundarios a las incoercibles caídas, que llegaban a deformar sus caras por las frecuentes heridas y contusiones sufridas. A la luz de los escasos resultados terapéuticos logrados en esa época, no deja de ser meritorio lo conseguido por el Dr. Obieta.

Deseando de nuevo lo mejor a Gaceta Médica De Bilbao en su aniversario, ¡ojalá nos encontremos de nuevo en el futuro en celebraciones similares!



- (3) Oscar Martínez Azumendi. “Wenceslao López Albo (1889-1944)”. *Norte de Salud Mental*. 2003, 16: 67-71.
- (4) Agustín M^a de Obieta. “Un caso de epilepsia de origen sifilítico”. *Gaceta Médica del Norte*. Año 1, nº 1. Bilbao 15 Enero 1895. pp. 2-3.
- (5) Rodrigo González Pinto. “La curabilidad de las enfermedades mentales. Necesidad de creación de servicios psiquiátricos abiertos en los hospitales generales”. *Revista Clínica de Bilbao*. Tomo VI, nº 5. Mayo 1931. pp. 222-226.



Clínica Médica

Un caso de epilepsia de origen sifilítico (*)

Agustín M^a de Obieta

Quantum mutatus ab illo

Han pasado cincuenta y seis años desde la época de mis primeros pasos en la práctica de las ciencias médicas hasta la fecha en que aparece este artículo.

Es común el creer, ó al menos el decir, que en la vejez se rinde un culto tal á lo pasado, que se considera que en aquellos tiempos juveniles había tocante á nuestra ciencia un criterio más elevado, más perfeccionado, más orden en la enseñanza y más correcta disciplina en los alumnos.

La verdad es que no puede recordarse sin respeto y justísima consideración, á los ilustres catedráticos del Colegio de Medicina de San Carlos de Madrid señores D. Bonifacio Gutiérrez, D. Cándido Calleja, los señores Castellos (padre, hijo y sobrino), Mosácula, Argumosa, Capdebila, Obrador, Hyssem y Sánchez. Eminentes todos en sus asignaturas respectivas, trataban de inculcar con empeño á sus discípulos, considerados como hijos, cuantas nociones eran conocidas en aquellos tiempos, en que la medicina había sufrido grandes evoluciones, desde la época Hipocrática á la de Broussais.

Era aquella una Escuela Clásica, un excelente cimiento para el monumento científico al que ha llegado en las postrimerías del siglo XIX.

En este largo lapso de tiempo, la ciencia ha adelantado y continúa en progreso en todas las naciones civilizadas: y vemos con entusiasmo patriótico que en nuestra España, desde la Corte a las Provincias, se ha despertado un notabilísimo anhelo de estudio y progreso. Como lo prueban las múltiples Academias, los Círculos y el creciente periodismo, contribuyendo así, por todos estos medios á aumentar la ilustración, y estrechar más y más los vínculos de los comprofesores.

Cuenta Bilbao con un numeroso, respetable é ilustrado Cuerpo de médicos: y al considerar éstos los adelantos de la villa que habitan en las artes, comercio é industria, han llegado á persuadirse que es un deber de los hombres dedicados á la ciencia, trabajar también en el mismo sentido de progreso, fundando un periódico médico, sin objeto alguno especulativo, llevados solamente de su amor á los trabajos propios de la carrera profesional. He sido honrado por estos señores para que tome alguna participación en esta idea.

(*) Reimpreso de *Gaceta Médica del Norte*. Año 1, nº 1. Bilbao 15 enero 1895. pp. 2-3.



Al recibir tal muestra de confraternidad me he encontrado entre dos escollos: el uno la profunda convicción que tengo de carecer de dotes suficientes para contribuir con escritos profesionales á tal objeto. El segundo el considerar que una absoluta repulsa de mi parte, era faltar á la consideración con que estos señores me han favorecido.

He creído, pues, aceptar esta distinción, y á falta del interés científico que puede tener cuanto escriba, me limitaré á exponer algunas escenas ú observaciones que he compilado en mi práctica. Doy principio por la siguiente:

El año 1839 me hallaba encargado de la visita de la Sección de Cirugía del Hospital Militar de Bilbao (era en época de la guerra civil), y durante la referida visita uno de los mozos de servicio fue acometido de un ataque epiléptico. Era un sujeto fuerte y de 28 años de edad.

Lanzó un grito, y como herido por un rayo, cayó al suelo. Presentó los síntomas característicos del grande ataque epiléptico con las tres fases de caída y convulsiones tónicas-convulsiones clónicas-estado comatoso.

Todos los presentes experimentaron una conmoción profunda y es que ciertamente las convulsiones de la cara ofrecen un cuadro tan aterrador que la historia misma conserva en sus anales.

Vemos en la grande historia de Roma de Mr. Rollin, que, á pesar del genio viril y de conquista de los romanos, llegaron á tal superstición cuando presenciaban un ataque de esta enfermedad, que si ocurría en los Comicios se suspendían éstos (por lo que se llamó *morbus comitalis*) así como creyéndola debida á la cólera de los Dioses, la denominación también de *morbus sacer*.

Esto de la superstición se ha observado en varios hombres de esclarecido genio, siendo

muy común entre los romanos durante la época que llevaron sus conquistas á gran parte del mundo conocido; y según el historiador inglés, el caballero Gibbon, causaban análoga impresión moral deprimente los casos de muerte por rayo. Así cuando el emperador Carus, después de sus brillantes hechos de armas, al proponerse atacar á la Persia y al retirarse de noche en su tienda sobrevino una furiosa tempestad y falleció en ella: la versión general fue que había sucumbido por la acción de un rayo, y aquellas valientes legiones que venían haciendo prodigios de valor sometiendo a sus rivales, experimentaron tal sensación de terror por la muerte del Emperador su jefe en tales circunstancias, que emprendieron una completa retirada del campo de sus operaciones. Mas volvamos después de esta digresión á la historia de nuestro enfermo epiléptico.

Me había interesado por este paciente que al momento del ataque cayó a mis pies.

Entonces recibía yo la Revista Médica de París y del Extranjero, y precisamente en varios de sus números, había visto tratamientos de la epilepsia por los Dres. Fanverge y Delou, tratamientos muy encomiados y en los que tenían gran fe estos ilustres prácticos, con la sincera convicción que inspiran las nuevas observaciones y estudiosos procedimientos. Pero antes era necesario observar bien al enfermo y cercionarse de la índole de sus ataques.

Examinando al enfermo vi que este padecimiento era de fecha reciente; no recordaba haber sufrido cuando niño, ni en la época de la pubertad y aun más adelante, enfermedad alguna convulsiva.

Hacia unos cuatro años había padecido una afección sifilítica profunda con síntomas terciarios, y aun en la actualidad se veía molestado por dolores de cabeza que se exacerbaban en las noches en términos de causarle insomnios rebeldes.



Eran suficientes estos datos para dejar de considerar estos ataques como los propios de una *epilepsia especial*; y llegamos casi á un convencimiento más que probable, que algún afecto específico del cerebro ó sus membranas producía estos ataques convulsivos que tanto simulaba los del *morbus comitialis*. Nos hallábamos en el caso de hacer la aplicación de aquel axioma médico *natura morborum curatio- nes ostendunt*.

Tuvimos la satisfacción de que después de un tratamiento antisifilítico prolongado (cuya base fue la las fricciones mercuriales, y cada noche una píldora de Dupuytren (1 cent.º de sublimado corrosivo, 2 idem de opio y 4 idem de guayaco) fueron cediendo primero, y desaparecieron después completamente los ataques, lo que pude comprobar en un tiempo aun largo que continué en la visita del Hospital.





Autoformación de Psicoterapia de Respuestas Traumáticas

El 11 de septiembre, se realizó una rueda de prensa en Madrid, en la sede del Consejo de Colegios de Médicos, para presentar el **Programa de Autoformación de Psicoterapia de Respuestas Traumáticas**, en la que participaron Pau Pérez-Sales (psiquiatra) y Carmelo Vázquez (psicólogo) codirectores del Diploma de Post-Grado Salud Mental en Violencia Política y Catástrofes de la Universidad Complutense de Madrid, y Francisco Chicharro (presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría -AEN-)

El Programa de Autoformación en Psicoterapia de Respuestas Traumáticas, es un manual que se hará llegar a los especialistas españoles y sudamericanos que trabajan en este ámbito y que cuenta con el apoyo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), del Grupo de Acción Comunitaria -Centro de Recursos en

Salud Mental y Derechos Humanos (GAC), y de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) a través del Instituto de Estudios Políticos para América Latina y África (IEPALA) y el auspicio de los laboratorios Pfizer, que ha permitido su desarrollo.

El Programa consta de 3 volúmenes, con CD interactivo incluido, en los que además de presentar las de corte más clásico, plantea perspectivas terapéuticas innovadoras e incluso aborda la psicoterapia del duelo y de la culpa, dos síntomas de gran importancia clínica que no siempre han recibido la atención que merecen. En los próximos meses se distribuirá a los especialistas del país de manera personalizada y se facilitará su acceso a todos aquellos especialistas sudamericanos que trabajen en áreas de conflicto. Sus responsables prevén que entre en los círculos comerciales a finales de año.





Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas. Visiones y Actores del Debate

Los días 17 y 18 de septiembre se realizó en Buenos Aires la Conferencia Nacional "Políticas de Drogas. Visiones y Actores del Debate".

Esta conferencia, organizada por Intercambios Asociación Civil, se desarrolló en el auditorio de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación y contó con más de 250 participantes entre legisladores, jueces, decisores políticos, profesionales del sistema judicial o de salud, representantes de ONGs y usuarios de drogas.

Intercambios trabaja desde hace casi una década en problemas relacionados con las drogas y en esta oportunidad introdujo este debate en el más alto nivel del ámbito legislativo.

El Dr. Walter Fanganiello Maierowitch, Juez del Tribunal de Alzada Criminal del Estado de Sao Paulo y ex Secretario Nacional Antidrogas de Brasil afirmó que: "Alguien que tiene un cigarrillo de marihuana no es un problema para la seguridad del Estado". Propuso transformar la tenencia de drogas para uso propio en una infracción meramente administrativa. El Dr. Maierowitch expresó que "la legislación criminaliza el consumo de drogas aún cuando esto no afecte a terceros. Creo que hay que tratar como criminales a los grandes narcotraficantes y no a un usuario ocasional."

El especialista francés Laurent Laniel, quien fuera investigador del Observatorio Geopolítico de Drogas (Paris) afirmó que "la prohibición es un tema político, y la guerra a las drogas es una manera de justificar la acción policial tras la guerra fría"

En cuanto a los invitados nacionales, la Diputada Irma Parentella comentó que está trabajando en el proyecto de reforma de la ley de drogas. "Puedo entender el sufrimiento de los usuarios, que esta acentuado porque no hay una buena legislación" dijo la diputada. Por su parte, el diputado Eduardo García anunció que presentará un proyecto de ley para despenalizar el consumo de drogas. "Cualquier diputado que presenta un proyecto relacionado con la despenalización es acusado de adicto, y estas conferencias ayudan a que no sea así".

"Hay más muertos por la prohibición a las drogas, que por las drogas mismas" sostuvo el Dr. Horacio Cattani, Juez de la Cámara Federal Penal.

El Dr. Luis Niño, Juez de Cámara en lo Criminal, comparó la situación de EEUU y Holanda, donde el Ministerio de Salud se ocupa del tema drogas. "En Holanda hay una muerte por drogas, por cada 7 en EEUU, y un adicto por cada 50". Agregó que la "la respuesta estatal a los problemas con drogas no debe ser poner a los usuarios tras las rejas".

El Dr. Felix Crous –Fiscal Nacional en lo Criminal y Director de la Política Criminal del Ministerio Público Fiscal de la Nación- sostuvo que "la guerra contra las drogas no parece ser efectiva, y la ley de drogas incita al fraude policial"

En la conferencia también se trataron temas como el contexto socio cultural del fenómeno de las drogas en un panel integrado por el periodista Daniel Tognetti, el Dr. Ricardo Maliandi, el



Dr. Juan Pegoraro, el Mag. Alberto Bialakowsky y el Mag. Alfredo Carballeda.

Según el Dr. Juan Pegoraro –Profesor Titular de Delito y Sociedad de la UBA- “Es una fantasía producto del imaginario colectivo pensar que todos los que consumen drogas son delincuentes”.

En el panel sobre Políticas de Salud, Graciela Touze, Presidenta de Intercambios, sostuvo que “Los programas de reducción de daños nos han enseñado que los usuarios de drogas adoptan conductas responsables cuando disponen de los medios necesarios y se los deja de perseguir e infantilizar. Si realmente decidimos discutir el tema de las drogas desde la perspectiva de las políticas de salud, lo que está en juego es el nivel de tolerancia con el que una sociedad decide vivir y la discusión sobre los límites de la libertad individual.”

Por su parte el Dr Aquiles Roncoroni, Profesor Emérito de la UBA explicó ciertas propiedades curativas de la marihuana y dijo que “hay una adicción a prohibir”.

En el panel sobre Producción y Tráfico: Políticas de Control el Dr Juan Gabriel Tokatlian sostuvo que “el problema de la prohibición es cultural, por eso es difícil romper con el tabú.

Con la prohibición ganan los políticos, gana la policía y pierden los consumidores ocasionales, que no le hacen mal a nadie”.

“En nuestra región las drogas son una excusa para políticas de intervención en zonas con importancia estratégica” aseguró la Lic. Adriana Rossi

Finalmente, Pablo Cymerman, de Intercambios, cerró la jornada diciendo que “Lejos de conseguir los cambios positivos que prometían los impulsores de la guerra a las drogas, ésta ha generado un impacto negativo en la política, en la economía, y en la seguridad de nuestros países. Ethan Nadelman llama a esa consecuente política prohibicionista una *adicción al fracaso*. Hoy las drogas son más baratas y más abundantes que nunca. Sin embargo, la mayoría de los gobiernos aún dan prioridad a la guerra contra las drogas”.

Esta conferencia fue organizada por Intercambios con el apoyo del Fondo para la Reforma de la Política de Drogas, administrado por la Tides Foundation de Nueva York.



Para mas información
www.intercambios.org.ar



Taller sobre "Tratamiento ambulatorio en supuestos de enfermedad mental grave"

El pasado mes de junio, con participación de magistrados, profesionales de salud mental, y representantes de las Asociaciones de Familiares, se celebró un taller sobre el Tratamiento ambulatorio en enfermedades mentales severas, en el que se debatió la posibilidad y/o conveniencia de promover "tratamientos ambulatorios involuntarios". Aún sin llegar a resoluciones definitivas -pendientes de un mayor debate- se obtuvieron las siguientes **conclusiones**:

- Las Psicosis, y dentro de ellas el grupo de las Esquizofrenias como prototipo de enfermedad grave, son trastornos psiquiátricos graves, de curso crónico e invalidantes en los que la instauración de un tratamiento adecuado multidisciplinar y continuado disminuye sensiblemente la posibilidad de recaídas, mejorando sustancialmente el pronóstico a largo plazo.
- En el momento actual existen tratamientos eficaces para estas enfermedades; si bien, la ausencia de conciencia de enfermedad complica o impide en algunos casos el tratamiento.
- En estos casos, es el ingreso involuntario con autorización judicial la fórmula empleada mayoritariamente para instaurar el tratamiento (25% del total de ingresos en unidades de agudos lo fueron con autorización judicial en el año 2002). Esto, sin embargo, no deja de ser una solución parcial limitada al tiempo del ingreso hospitalario.
- Se estima que el marco jurídico actual, si bien no contempla específicamente este tipo de

medidas, contiene disposiciones que facilitan su aplicación. En todo caso, podría hacerse necesaria una reforma legislativa que incluyera estos supuestos.

En base a estos presupuestos, los participantes en el taller hicieron las siguientes **Propuestas**:

- Impulsar, desde el ámbito judicial y fiscal y desde los movimientos asociativos que trabajan en el ámbito de la enfermedad mental, una reforma legislativa que, explícitamente, reconozca la posibilidad de instaurar un tratamiento psiquiátrico ambulatorio judicializado.
- Impulsar, desde el ámbito sanitario psiquiátrico, el consenso en el establecimiento de criterios para la inclusión de casos en este supuesto.
- Impulsar el debate sobre esta medida en los diferentes foros implicados (jueces, fiscales, hospitales, centros de salud mental, etc).
- Participar en cuantas iniciativas se generen, destinadas a la consecución de esta medida.
- Estudiar la posible apertura de un foro permanente de discusión y aportación de ideas en Internet

Opinión

Parece que hubo consenso en que el tema tenía interés y enjundia suficiente como para seguir debatiendo antes de proponer resolucio-



nes. Al final, lo fundamental es el compromiso por parte del servicio tratante con el seguimiento del paciente. La medida no arregla nada en sí misma; debe ser solo una herramienta para permitir que algunos pacientes puedan ser seguidos de una forma más eficaz, evitar reingresos y prevenir conductas de riesgo, pero al final lo fundamental es que ese seguimiento sea efectivo y cercano y, por lo tanto, en un paciente para el que se solicita esta medida, el compromiso de seguimiento muy cercano es una parte fundamental.

Por otro lado, es previsible que este proyecto cuente con oposición por parte de algunos colectivos. Por eso es fundamental que el proyecto vaya ligado, inexcusablemente, a los aspectos clínicos, siendo la medida judicial únicamente la herramienta para facilitarlos. En definitiva, que puede ser un instrumento válido (no un fin en sí mismo) siempre y cuando no sustituya la "judicialización" del caso a la intervención de los programas de seguimiento comunitarios... en caso de que los hubiera (que esa es otra).





Jornada Anual de OME-AEN (Asociación autonómica de la AEN para el País Vasco y Navarra)

“Proyecto Atlas”

Dibujando el mapa de recursos de salud mental en el mundo

- Lugar:** Bilbao. Archivo de la Diputación Foral de Bizkaia
(C/ María Díaz de Haro)
- Fecha:** 5 de noviembre de 2003 (miércoles)
- Horario:** 17 a 18,30: Asamblea Anual de OME. 18,30 a 20,30 horas
- Ponente:** **Prof. Itzhak Levav**
(Departamento de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha creado una herramienta de gran alcance para clasificar los recursos mundiales a disposición de la salud mental, así como la carencia de ellos. El denominado Proyecto Atlas es una amplia base de datos de los recursos de salud mental en los diferentes países y está ya disponible <http://mh-atlas.ic.gc.ca>

A nivel mundial, contribuirá a que el mundo sea más consciente del grado exacto de escasez de recursos en salud mental, e impulsarán las iniciativas internacionales para incrementar

esos recursos. A nivel nacional, los análisis identifican las áreas que deben recibir atención urgente por parte de los responsables de planificar las políticas de atención de salud del país. El proyecto establece también objetivos realistas al permitir la comparación entre países.

La disponibilidad de estos y otro gran número de datos va a ser de gran ayuda tanto a planificadores como investigadores, profesionales y otras organizaciones interesadas en la promoción y cuidado de la salud mental.





Próximas citas

5 de noviembre Archivo Foral, Bilbao

Jornada de salud mental: *El proyecto Atlas*
Organiza: OME (www.ome-aen.org). Entrada libre

6, 7, 8 noviembre Palacio de congresos de Málaga

XXII Jornadas de Salud Mental de la AAN y I Jornadas de Salud Mental de la Samfyc
Salud Mental en Atención Primaria
Secretaría: Fase 20Congresos. 958.203511; fase20@viajesgenil.com

19-22 de noviembre Salamanca

II Congreso de Rehabilitación en Salud mental. II Congreso Ibérico de Salud Mental.
"Atención comunitaria, rehabilitación y empleo.
Instituto Universitario de Integración en Salud Mental.

13-15 noviembre Santander

1ª Reunión Nacional sobre fases tempranas de las enfermedades mentales: las Psicosis.
UIPC, Sº de Psiquiatría, Hospital "Marqués de Valdecilla"
Secretaría: Aforo, SL: 942.230627; E-mail: info@aforosl.com

19-22 noviembre Universidad de Salamanca

II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental y II Congreso Ibérico de Salud Mental
Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo.
Secretaría: INICO, 923 294726; rehabi@usal.es

12-14 de marzo de 2004 Niza

ECNP Workshop on Neuropsychopharmacology for Young Scientists in Europe
ECNP-Office: +31 30 253 8567; E-mail: secretariat@ecnp.nl; web: www.ecnp.nl

20, 21, 22 mayo de 2004 Auditori Winterthur, Barcelona

XVII Jornadas Nacionales de la AEN
Secretaría: Associació Catalana de Salud Mental-AEN, 93 5101005;
Congresos.barcelona@viajesiberia.com

Febrero del 2004 Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis 2004

Presentación de solicitudes acaba el 30 de Noviembre!
Más información en www.interpsiquis.com

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...../...../2003. (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