

# NORTE

DE SALUD MENTAL

**Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria**

Volumen V N°20 Junio 2004



## 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](http://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.

**Autor de portada: Beatriz de la Peña**

### Volumen V

---



N°16



N°17



N°18



N°19



N°20

### Volumen IV

---



N°11



N°12



N°13



N°14



N°15

### Volumen III

---



N°5



N°6



N°7



N°8



N°9



N°10

### Volumen II

---



N°1



N°2



N°3



N°4

## NORTE de Salud Mental

### **Revista de:**

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

### Consejo Editorial:

**Ander Retolaza  
Fernando Santander  
José J. Uriarte  
Mónica Póo  
Pilar de la Viña**

**Francisco Chicharro  
Germán Molina  
Juan Medrano  
Oscar Martínez-Azumendi**

### Director Revista NORTE:

**Iñaki Markez**

### Consejo Asesor y de Redación:

**Alvarez, JM.  
Aparicio, V.  
Ayerra, JM.  
Ballesteros, J.  
Candina, A.  
De la Rica, JA.  
Esteban, R.  
Gonzalez-Pinto, R.  
Gutierrez Fraile, M.  
Larrazabal, A.  
Levav, I.  
Marijuan, M.  
Marina, P.  
Morchan, J.  
Pardo, N.  
Rendueles, G.  
Susparregui, JM.  
Vega, A.  
Ylla, L.**

**Aparicio, D.  
Arias, P.  
Ayuso, JL.  
Berrios, G.  
Colina, F.  
Erkizia, B.  
Filgueira, J.  
Guimón, J.  
Hernanz, M.A.  
Lasa, A.  
Malda, C.  
Marín, M.  
Marquínez, F.  
Palomo, Ch.  
Redero, JM.  
Sanchez, A.E.  
Totorika, K.  
Verdejo, M.  
Zuazo, JI.**

**Sede Social: Apdo. Correos 276, 48990 - Algorta. Bizkaia. Tlf: 94 4674979**

**[www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org)**

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

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

# **NORTE** de Salud Mental Vol V n°20, Junio 2004

[www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org)

© Copyright 2002 NORTE de Salud Mental

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

Realización y administración:

**EKIMEN**

Apdo. Correos n°276, 48991 Algorta, Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79

E-mail: [ekimen@euskalnet.net](mailto:ekimen@euskalnet.net)

Autor de la portada:

**Beatriz de la Peña**

Logo Norte de Salud Mental:

**E.Chillida.**

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

Publicación gratuita para asociad@s.

Ejemplar atrasado: 6 euros.

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

– Departamento de Sanidad. Eusko Jaularitza



– Laboratorios farmacéuticos:

**Esteve, Ferrer Internacional, Janssen–Cilag,  
Lilly, Pfizer, Wyeth.**

ISSN: 1578-4940  
D. Legal:1565/02



Asociación Castellano Leonesa de Salud Mental



ASOCIACIÓN DE SALUD MENTAL  
Y PSIQUIATRÍA COMUNITARIA  
[www.ome.aen.org](http://www.ome.aen.org)



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



[www.pulso.com/aen/index.htm](http://www.pulso.com/aen/index.htm)

# S U M A R I O

## PRESENTACIÓN

<b>Mejoramos</b> .....	6
F. Chicharro Lezcano	

## ORIGINALES Y REVISIONES

<b>Las autobiografías de Louis Althusser</b> .....	8
Alfredo Cimiano Quintana	

## PARA LA REFLEXIÓN

<b>Impacto en la salud de la violencia colectiva</b> .....	19
Itziar Larizgoitia, Iñaki Markez, Isabel Izarzugaza, Darío Páez, Sonia Mayordomo, Carlos Martín Beristain	
<b>El concepto de Trauma y de Respuesta al Trauma en psicoterapia</b> .....	29
Pau Pérez-Sales	
<b>Sobre la Violencia Colectiva. Procesos y Efectos Psicosociales</b> .....	37
Darío Páez y Silvia Ubillos	
<b>El revés de la violencia</b> .....	45
M. Carmen Rodríguez-Rendo	
<b>Declaración de la WPA respecto a la escalada de violencia en Oriente Medio</b> .....	51
World Psychiatry	

## INFORME

<b>La verdad sobre el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria</b> .....	53
Alvaro Iruin	
<b>Observatorio de Salud Mental de la AEN</b> .....	57
F. Chicharro Lezcano	
<b>Informe de la actividad de la Comisión Nacional de Psicología Clínica (CNEPC)</b> .....	61
Begoña Olabarria	

## HISTORIA

<b>Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (I)</b> .....	73
<b>“La terapéutica por los shocks: insulina, cardiazol, electroshock”. (L. Insabato)</b>	
Oscar Martínez-Azumendi	

## ACTUALIZACIONES

<b>I Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos</b> .....	85
<b>Fundamentos de Psicopatología psicoanalítica</b> .....	87
J. M. Alvarez, R. Esteban, F. Sauvagnat	
<b>Primo Levi: testimonio y creencia. Notas sobre la lectura de “Si esto es un hombre”</b> ..	90
Mónica Marín	

## PÁGINAS DE LAS ASOCIACIONES

<b>Actividades OME-AEN</b> .....	93
<b>Declaración de la AEN-Profesionales de Salud Mental ante los atentados en Madrid</b> ..	99

## AGENDA

<b>Próximas citas</b> .....	101
-----------------------------	-----



# Normas de publicación

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

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

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

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

## **Requisitos de los manuscritos**

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

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

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

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

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

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

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



## Normas de publicación

### Artículos de revistas

#### Artículo normal

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

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

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

#### Autor institucional

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

#### Sin nombre de autor

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

### Libros y otras monografías

#### Indicación de autores personales

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

#### Indicación de directores de edición o compiladores como autores

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

#### Indicación de una organización como autor y editor

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

#### Capítulo de un libro

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

#### Actas de congresos

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

#### Original presentado en un congreso

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

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

#### Tesis doctoral

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

### Otros trabajos publicados

#### Artículo de periódico

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

#### Material audiovisual

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

#### Diccionario y obra de consulta semejantes

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

### Trabajos inéditos

#### En prensa

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

### Material electrónico

#### Artículo de revista en formato electrónico

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



## Mejoramos

F. Chicharro Lezcano

Psiquiatra  
Hospital de Zamudio

Cuando este ejemplar esté en sus manos, se habrá producido la renovación de la junta directiva de OME-AEN, convocadas elecciones para el 17 de junio. De menor entidad que las celebradas pocos días antes al Parlamento Europeo pero, para algunos, ciertamente más cercanas. Uno de los objetivos que nos propusimos al iniciar la legislatura fue el mantenimiento de la revista *NORTE de Salud Mental* como instrumento asociativo de comunicación. “Descendiente” de la publicación *GOZE* editada entonces por la Academia Vasca de Ciencias de la Salud Mental, los últimos tres años han supuesto la consolidación de la revista *NORTE de Salud Mental*, que se abrió a la coparticipación de las asociaciones autonómicas cercanas —Asociación Castellano Leonesa y Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría—. En este marco de colaboración, se publicaron las ponencias y comunicaciones de las I y II Jornadas Interautonómicas del Norte, organizadas de forma conjunta por las tres asociaciones.

Desde el principio se pretendió que la revista fuera de y para los socios y en este sentido, además de instrumento de difusión de artículos científicos, se ha utilizado como órgano de comunicación: En las “páginas de la asociación” se ha ido incluyendo información sobre actividades y proyectos; resumen de las reuniones de las juntas directivas, informes específicos (Rehabilitación Psicosocial, Atención a la salud

mental de la población reclusa, Reducción de riesgos ante el consumo de drogas, OMS, Especialidad de Psicología Clínica, etc.).

Con objeto de mejorar la información a los socios, hace más de dos años se comenzó a editar el *Boletín Informativo* que, con cadencia trimestral, ha venido publicándose ininterrumpidamente: Programas de actividades, información sobre las mismas, reseñas de publicaciones, aviso de cursos, jornadas, y congresos, información sobre la Web,...

La Web ha sido otra de las herramientas consolidadas en el último trienio. Gracias al desvelo de Oscar Martínez, disponemos de una magnífica página en la que se va incluyendo cada vez más información. Además, está sirviendo para realizar y mantener un archivo histórico de nuestra asociación, evitando así que algunos documentos e informaciones desaparezcan con el paso del tiempo: Viejos documentos, informes sobre la asistencia psiquiátrica del siglo pasado, fotografías (preciosas las del antiguo Hospital Psiquiátrico de las Nieves facilitadas por Fernando Santander) pueden ser consultadas por los interesados ([www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org)).

Es tiempo de cambio. Asumimos la dirección de OME al comienzo del siglo XXI y la dejamos en buenas manos y saneada: Sin dificultades económicas (eso sí, haciendo siempre malabarismos para equilibrar ingresos



y gastos), habiendo aumentado el número de socios, con un volumen aceptable de actividades (algunas organizadas conjuntamente con otras organizaciones: Desde aquí las gracias a ASVAR —Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial—, Seminario del Campo Freudiano de Bilbao, Hospital Psiquiátrico de Zamudio, AVIFES...) con una web operativa y actualizada... y con una revista, *NORTE de Salud Mental*, compartida desde diversas autonomías, excelente si hacemos un balance coste–beneficio, lo

cual se debe en gran medida a la participación entusiasta y desinteresada de Mónica Poo y, sobre todo, de Iñaki Markez.

A ellos, a los componentes de la junta directiva, y a todos ustedes por soportarnos durante estos años, gracias. Hasta siempre.

Francisco Chicharro Lezcano.

**Presidente OME–AEN**





# Las autobiografías de Louis Althusser\*

Alfredo Cimiano Quintana

Médico Especialista en Psiquiatría y en Medicina Familiar y Comunitaria. Psicoanalista.  
Miembro fundador del Grupo de Estudios Psicoanalíticos de Castilla y León  
(G.E.P.-C.L.). Palencia

Tras el fallecimiento, el 22 de octubre de 1990, del conocido filósofo estructuralista y marxista francés Louis Althusser, a causa de un infarto de miocardio, se encontraron cuidadosamente guardados en sus archivos dos textos autobiográficos. Su sobrino y heredero, François Boddaert, hijo de su única hermana, decidió su publicación como primer volumen de la edición póstuma de gran cantidad de textos inéditos que se hallaron tras su muerte, ya que el filósofo fue un prolífico escritor del cual fue divulgada, en vida, solamente una pequeña parte de su producción filosófica y literaria. Ambas autobiografías fueron traducidas y publicadas en castellano por Ediciones Destino en 1992. La primera, que él había titulado *Les faits* (*Los hechos*), fue escrita, en su versión definitiva, en el segundo semestre de 1976 y la segunda, que llevaba el título de *L'avenir dure longtemps* (que ha sido traducido como *El porvenir es largo*), fue redactada desde últimos de marzo a principios de mayo de 1985. Estas dos autobiografías fueron conocidas solamente por un reducido número de personas pertenecientes al círculo más íntimo del sujeto, a quienes se las había dado a leer en diversas circunstancias, pero siempre estando él presente, es decir, no permitiendo sacarlas de su despacho.

Gracias a su publicación este círculo de lectores se ha ampliado a todos aquellos que hayan tenido la curiosidad de acercarse a ellas,

entre los que me cuento. Mi interés ha sido aún mayor por cuanto el autor me era conocido desde mi primera época de estudiante universitario. Recuerdo que sus famosos “Aparatos Ideológicos del Estado” (A.I.E.) —esos instrumentos y prácticas de control que un Sistema cultural y económico tiene para sobrevivir, defenderse y perpetuarse, y que no siempre son represivos sino que también sirven para cohesionar a sujetos y formaciones sociales— era un frecuente tema de conversación en ciertos ambientes universitarios españoles anti-franquistas que por entonces creían ser herederos patrios de la reciente revuelta estudiantil francesa, acaecida en mayo del 68. Por otro lado, durante lo que se ha venido en llamar la Transición, tras la muerte del general Franco, Louis Althusser estuvo en España y pronunció, por primera vez fuera de su país, el 26 de marzo de 1976, una conferencia en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Granada, titulada “La transformación de la Filosofía”, ante cinco mil personas y posteriormente, el 5 de abril, otra en el aula magna de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense de Madrid, lugar donde congregó a tres mil personas que acudieron a escucharle. Tal afluencia de público en ambas conferencias les dará a ustedes una precisa idea de la gran capacidad de convocatoria que tenía entre los intelectuales de entonces. En ambos lugares, y para no faltar a la tradición que le envolvía, cosechó

(\*) Ponencia leída por el autor el día 4 de abril de 2003 en el transcurso de las Jornadas “GENIO, LOCURA Y CREATIVIDAD”, organizadas por el Hospital Santa Isabel de León, la Asociación Castellano-Leonesa de Salud Mental, el Grupo de Estudios Psicoanalíticos de Castilla y León, y el Círculo Psicoanalítico de León que se celebraron en el Hospital Santa Isabel de León los días 4 y 5 de abril de 2003.



tanto fervorosos aplausos como sonoros abucheos, tal había sido y era su sino de filósofo polémico, cuyo discurso y cuyos textos a nadie dejaban indiferente.

Ambas autobiografías, como antes les indiqué, fueron escritas con un intervalo temporal de nueve años, en el transcurso de dos encrucijadas biográficas dispares. La primera, que consta de 99 páginas, fue escrita al año siguiente de la muerte de su padre, año en el que, además de ser nombrado secretario de la Escuela Normal Superior de París, también contrajo matrimonio con Hélène Rytman tras veintinueve años de convivencia habitual con ella. La segunda está redactada cinco años después de que estrangulase a ésta durante un trágico pasaje al acto de su patología mental; es mucho más extensa (consta de 354 páginas) y completa sobradamente a la anterior. Trataré, sin ánimo de ser exhaustivo debido a lo extenso del texto (son 453 páginas en total), de entresacar aquellos párrafos que, en mi opinión, puedan resultar más interesantes para intentar realizar una aproximación al mundo subjetivo que habitaba el filósofo. En razón del tiempo que tengo asignado para mi intervención, esta cronología se detendrá tras su primer ingreso psiquiátrico en el año 1947, o en términos clínicos: me ceñiré primero al período prepsicótico de su trastorno mental y abordaré, después, el desencadenamiento de su locura maníaco-depresiva.

Su madre (Lucienne Berger) había contraído matrimonio, en febrero de 1918, con Charles Althusser, once años mayor que ella y hermano de su prometido (Louis Althusser), el cual había muerto en los cielos de Verdún a principios de 1917, durante la Primera Guerra Mundial, mientras tripulaba un aeroplano en el que participaba como observador del ejército francés. Él la propuso, tras comunicarle el fatal desenlace, “ocupar junto a ella el puesto de Louis” (p. 54)\*,

su hermano menor, y ella aceptó. Cuando nació su primer hijo, el 16 de octubre de 1918, fue bautizado con el nombre de Louis, nombre del ausente tío paterno, al que, lógicamente, se le añadió el apellido de Althusser. De esta manera, su madre pudo realizar un deseo de recuperación del fallecido en lo real de la genitura: ya estaba allí otra vez Louis Althusser y precisamente nacido de su vientre. Estas coordenadas significantes que pudieran parecernos, a primera vista, anecdóticas, sin embargo, y según nos señalará el sujeto en sus autobiografías, fueron precisamente aquellas que fraguaron la urdimbre simbólica inicial donde debió organizarse su ser, fueron las líneas maestras de un discurso que le precedía y que tejió la trama familiar que le aguardaba a su nacimiento.

En la primera autobiografía (*Los hechos*) llama poderosamente la atención su comienzo: “Ya que soy yo quien lo ha organizado todo, mejor será que me presente sin demora. Me llamo Pierre Berger. No es cierto. Así se llamaba mi abuelo materno [...] Nació a la edad de cuatro años en la casa forestal del Bois de Boulogne, en los cerros de Argel” (p. 383). Aunque sea mediante una denegación (“Me llamo Pierre Berger. No es cierto.”) nos indica, en el mismo inicio del texto autobiográfico, que él es otro, no Louis Althusser, que rechaza, por consiguiente, su nombre y su apellido. Más adelante, nos referirá que también usaba ese mismo nombre en la escuela primaria (p. 109) y sabemos por su biógrafo (Yann Moulier Boutang) que en el examen de licenciatura lo único que no supo responder fue cuando le preguntaron su nombre y apellidos y que, al final de su ajetreada vida, estampó el nombre de Pierre Berger en la entrada de la puerta del apartamento que habitaba en el número 8 de la calle Lucien-Levenne. Por otro lado, también nos cuenta en estas autobiografías que su madre al enviudar tomó rápidamente el nombre de soltera, liberándose

(\*) En adelante todas las referencias a las páginas serán siempre de la segunda de las autobiografías (*El porvenir es largo*) y especificaré cuando éstas formen parte de la primera (*Los hechos*).



del Althusser (pp. 133 y 185), y que su hermana Georgette (que también enfermó de melancolía tras haber alumbrado a su único hijo), aunque se divorció, permaneció manteniendo el apellido de su exmarido —Boddaert— con tal de no volver a portar el Althusser (p. 179). Se puede fácilmente apreciar, en lo que anteriormente les he relatado, que existía, tanto en la madre como en sus dos hijos, un radical rechazo del nombre del padre, del patronímico, encarnado en el significante Althusser.

Respecto de su nombre propio, y jugando con las homofonías de la lengua francesa, nos relata lo siguiente: “Cuando vine al mundo, me bautizaron con el nombre de Louis. Lo sé demasiado bien. Louis: un nombre que, durante mucho tiempo, me ha provocado literalmente horror. Me parecía demasiado corto [...] y acababa en un agudo que me hería (véase más adelante el fantasma de la estaca). Sin duda decía también demasiado en mi lugar: *oui*, y me sublevaba contra aquel ‘sí’ que era el ‘sí’ al deseo de mi madre, no al mío. Y en especial significaba: *lui*, este pronombre de tercera persona, que, sonando como la llamada de un tercero anónimo, me despojaba de toda personalidad propia, y aludía a aquel hombre tras de mí: *Lui*, era *Louis*, mi tío, a quien mi madre amaba, no a mí” (p. 57). Quisiera indicarles que el “fantasma de la estaca”, al que el filósofo hace referencia, data de la época de sus estudios secundarios y es el siguiente: “En clase nos estaban explicando entonces las Cruzadas, con los pueblos saqueados e incendiados, con sus habitantes pasados a cuchillo: la sangre corría en los arroyos de las calles. También empalaban a un buen número de naturales del lugar. Yo me imaginaba siempre a uno, reposando sin ningún apoyo sobre el palo que se hunde lentamente por el ano hasta el interior del vientre y hasta su corazón y sólo entonces moría en medio de atroces sufrimientos. Su sangre resbalaba por el palo y por sus piernas hasta el suelo. ¡Qué terror! Era a mí a quien atravesaban entonces con el palo (quizás por culpa de aquel Louis muerto que siempre estaba *detrás* de mí)” —pp. 66–67—.

Una de las figuras del Otro perseguidor, que goza causándole una muerte tan terrible, se dibuja, con mediana claridad, tras esta macabra fantasía de adolescencia que nos narra el filósofo.

Veamos, a continuación, algunos párrafos dedicados a sus padres. Respecto de su madre nos dice lo siguiente: “Mi madre era masoquista y en consecuencia, terriblemente sádica, tanto en la relación con mi padre que había ocupado el puesto de Louis (y por tanto formaba parte de su muerte), como en relación a mí (puesto que ella no podía sino desear mi muerte) [...] Ante este doloroso horror, yo debía sentir sin cesar una inmensa angustia sin fondo, así como la compulsión a dedicarme en cuerpo y alma a ella, de ofrecerme sacrificialmente a socorrerla para salvarme de una culpabilidad imaginaria y salvarla a ella de su martirio y de su marido, con la convicción inextirpable de que ésa era mi misión suprema y mi suprema razón de vivir [...] Por añadidura, mi madre se consideraba arrojada, esta vez por su marido, en una soledad sin recurso posible, y conmigo en una soledad a dos” (pp. 56–57). “Mi madre tenía miedo de todo, de llegar tarde, miedo de no tener bastante dinero, miedo a las corrientes de aire (siempre tenía dolor de garganta, y yo también, hasta mi servicio militar en que me aparté de su lado), un miedo intenso a los microbios y su contagio, miedo a la multitud y de su ruido, miedo de los vecinos, miedo de los accidentes en la calle y en cualquier parte, miedo a las malas compañías y a frecuentar gente dudosa y por encima de todo, miedo al sexo, al rapto y a la violación [...] Sufría en mi cuerpo y en mi libertad la ley de las fobias de mi madre” (pp. 72–73). “Siempre he tenido la sensación de que habían dado mal las cartas y que no era a mí a quien quería ni a quien miraba siquiera [...] Cuando me miraba, sin duda no era a mí a quien veía, sino a mis espaldas, en el infinito de un cielo imaginario para siempre jamás marcado por la muerte a *otro*, aquel *otro* Louis del que yo llevaba el nombre [...] De esta manera me veía como atravesado por su mirada, yo desaparecía para



mí en aquella mirada que me sobrevolaba para reunirse en la lejanía de la muerte con el rostro de un Louis que no era yo, que nunca sería yo [...] En cualquier caso, desde la primera infancia, me correspondió el nombre de un hombre que no cesó de vivir con amor en la cabeza de mi madre: *el nombre de un muerto*” (pp. 75–76–77). “Estaba desgarrado, pero sin recursos contra el deseo de mi madre y mi desgarramiento” (p. 83).

Respecto de su padre nos refiere que “era en el fondo muy autoritario [...] Jamás tomó la mínima iniciativa por lo que se refería a nuestra casa ni a nuestra educación. En este terreno, mi madre tenía todos los poderes [...] debo confesar, además, que yo había odiado a mi padre durante mucho tiempo por hacer sufrir a mi madre, lo que yo vivía como un martirio para ella y, en consecuencia, también para mí” (pp. 60–61). “Mi padre había prescrito y abandonado exclusivamente a mi madre el dominio del hogar [...] No intervenía nunca —o muy rara vez— más que con breves tartamudeos, y únicamente para demostrar su mal humor. Por lo menos sabíamos que estaba furioso, pero nunca la razón [...] A mi hermana y a mí nunca nos decía nada [...] Alto y fuerte, sabía que guardaba en su armario el revólver de ordenanza y temblaba de que algún día pudiera utilizarlo [...] Muy a menudo, durante la noche, mientras dormía emitía terribles aullidos de lobo a la caza o acorralado, ruidos interminables, de una violencia insostenible, que nos obligaban a meternos bajo la cama” (pp. 63–64). “¿Tuve verdaderamente un padre? Sin duda yo llevaba su apellido y él estaba allí. Pero en otro sentido, no. Porque nunca intervino en mi vida para orientarla lo más mínimo, nunca me inició en la suya, que habría podido servirme de introducción, por ejemplo, en la defensa física en las peleas de muchachos, y más tarde en la virilidad” (pp. 69–70). En *Los hechos* nos cuenta, además de que su madre “nunca le hablaba” (p. 394), que la relación que mantenían sus padres entre sí era muy extraña pues “No se hablaban, no se decían nada que pudiera dar a entender que se querían” (p. 393).

Tras estas confesiones que acabo de leerles, creo que se puede observar tanto su extrema alienación al deseo materno, su masiva identificación con esa “*madre mártir y sangrante como una herida*” (p. 56), como su radical repudio de la posición de ese padre al que nos describe como autoritario, violento, ausente y distante. En su caso, la función paterna naufraga en su cometido de mediatizar, simbolizándola, la relación imaginaria especular que se establece originalmente entre el hijo y su madre. En palabras de Jacques Lacan, existiría entonces un fracaso en la “metáfora paterna”, operación simbólica necesaria para que el hijo construya un adecuado espacio subjetivo: su propia individualidad y su identidad sexuada. A falta de esta operación significativa, el sujeto se verá despojado de la vía que le daría el acceso a la posición viril y se mantiene entonces en la indeterminación sexuada, no sin mostrar una cierta inclinación transexualista (que Lacan denominó “empuje-a-la-mujer”) que, en determinadas ocasiones, se detecta en la fenomenología clínica de la psicosis cuando ésta afecta a los varones. Nos cuenta Louis mientras comenta una fotografía suya de la infancia: “Ni siquiera era un chico, sino una débil niña” (p. 80). Y más adelante: “No dejaba de querer volar al auxilio de mi madre como al auxilio de una verdadera mártir. No sé por qué consideraba como el peor de los suplicios el lavar los platos, por lo que me precipitaba a hacerlo en su lugar [...] Me convertí muy a gusto en un auténtico hombrecito de la casa, una especie de hija remilgada y pálida. Sentía que tenía que *faltar*me algo por el lado de la virilidad. No era un muchacho y en cualquier caso no era un hombre, sino una mujer de su casa” (pp. 180–181).

Realizó sus estudios primarios en Argel, en un colegio especial para la colonia francesa, donde recibió una educación católica que le marcará indeleblemente. En 1930 trasladan a su padre (empleado de banco) a Marsella; allí cursa, de modo brillante, los estudios de bachillerato en el instituto Saint-Charles, donde se convierte en cómplice inseparable de



un compañero de clase, llamado Paul, que le defiende de otro chico por el que se sentía “literalmente perseguido” (p. 113) ya que, como anteriormente nos relató, y que él mismo articula a una ausencia de la función paterna, padecía un verdadero terror a pegarse, pues “sentía un miedo cervical a pelear físicamente: siempre el mismo miedo de ver mi cuerpo mermado. En realidad, nunca, *ni una sola vez*, me he peleado físicamente en mi vida” (p. 107). Con Paul mantendrá una relación apasionada, de “auténtico flechazo” (p. 113). Como este amigo, esta especie de doble especular que encuentra Louis, se enamora de una chica él también lo hace: “En adelante miré a aquella chica como si la amara y me entregué intensamente a aquel amor por poderes [...] La belleza y el perfil de aquella chica me habían marcado para toda la vida; digo bien: *para toda la vida*” (pp. 116–117).

Al final de este tiempo de estudios secundarios le da clases un “gran profesor de letras: M. Richard [...] un hombre de una suavidad y una delicadeza infinitas; también él un espíritu puro, indiferente a todas las tentaciones del cuerpo y de la materia, como la doble imagen recompuesta de mi madre y de mí mismo [...] interpreté con él el papel del hijo amoroso y dócil, considerándolo pues como un buen padre, porque yo mantenía respecto a él el papel del ‘padre del padre’ [...] Manera de saldar paradójicamente mi relación con un padre ausente dándome un padre imaginario, pero comportándome como su propio padre” (p. 120). Esta posición subjetiva, sustentada en el orden imaginario, de ocupar ese lugar que él llama “el padre del padre”, e incluso “el padre de la madre” como veremos posteriormente, se va a repetir en adelante con sus futuros maestros, frente a los que desplegará una especularidad imaginaria mediante el recurso a lo que llama “mis *artificios*, la imitación de la voz, los gestos y la letra, los giros gramaticales y los tics de mi profesor, que me conferirían no sólo el poder sobre él, sino existencia para mí. En pocas palabras, una *impostura fundamental*, aquel *parecer ser* lo que yo no podía ser: esa falta de cuerpo

no apropiado, y en consecuencia, de mi sexo [...] Al no existir realmente, yo no era en la vida más que un ser de artificio, un ser de nada, un muerto que no podía llegar a querer y ser querido excepto mediante el rodeo de artificios e imposturas copiados de aquellos por los que deseaba ser querido y a los que intentaba querer al seducirlos” (pp. 120–121). Precisamente será este profesor “quien me convenció de que preparara más tarde el examen de ingreso en la École Normale Supérieure de París” (p. 120).

En 1936 trasladan de nuevo a su padre, esta vez a Lyon, donde Louis ingresará en el Lycée du Parc para preparar ese examen de ingreso en la École Normale Supérieure; dicha preparación duraba tres o cuatro años durante los que tuvo épocas de desesperación profunda y prolongada, especialmente tras el traslado de su profesor favorito, el sacerdote Jean Guilton, que llegó a ser consejero del papa Pablo VI, personaje con el que en adelante mantendrá, hasta su muerte, un fuerte vínculo transferencial, ya sea de un modo epistolar o bien llamándole a su lado cuando se encontraba atravesando periodos de intenso sufrimiento mental. En julio y agosto de 1939 aprueba dicho examen de ingreso en esta prestigiosa Escuela. Al mes siguiente, en septiembre, es movilizado por el ejército francés con un grupo de alumnos oficiales de la reserva de artillería, siendo hecho prisionero por los alemanes en Vannes, en el mes de junio de 1940.

Durante cinco años permanecerá cautivo en los campos de concentración nazis, donde escribirá otro texto que también ha sido publicado póstumamente: *Journal de captivité (Diario de cautiverio)*. Allí, a pesar del hambre, de las enfermedades, de las bajas temperaturas, de los trabajos forzados y de la ausencia absoluta de libertad, nos dice que se encontraba como pez en el agua: “en realidad debo reconocer que me instalé bastante bien en la cautividad (una verdadera comodidad, porque era una seguridad verdadera bajo la guardia de los centinelas alemanes y las alambradas). No tenía



ninguna preocupación por mis padres, y confieso que incluso encontré en aquella vida fraternal, entre auténticos hombres, motivos para soportarla como una vida fácil y feliz porque estaba bien protegida [...] allí me sentía seguro, protegido de todo peligro por la propia cautividad y nunca pensé seriamente en evadirme” (pp. 144–145). Es de reseñar que, en el último período de su cautiverio, tuvo una noche, a la edad de veintisiete años, su primera experiencia sexual (una masturbación), la cual nos señala que “desencadenó en mí una emoción tal que me desmayé” (p. 98).

Quisiera señalar, tras esta revelación del filósofo, dos citas de Jacques Lacan que nos podrán orientar acerca de la condición de su estructura subjetiva. La primera de ellas se encuentra en la página 108 de su artículo *Los complejos familiares en la formación del individuo*, publicado en 1938 en la Enciclopedia Francesa. Dice así: “Si se puede distinguir alguna tara en el psiquismo antes de la psicosis, se la debe entrever en las propias fuentes de la vitalidad del sujeto, en el más radical pero también en el más secreto de sus ímpetus y de sus aversiones; en nuestra opinión, consideramos que se puede reconocer un signo singular de ello en el desgarramiento inefable que estos sujetos acusan espontáneamente por haber caracterizado a sus primeras efusiones genitales”. La segunda la encontrarán en la clase del 27 de marzo de 1957, correspondiente a su seminario *La relación de objeto y las estructuras freudianas*. En referencia a la imposibilidad que se le presenta al sujeto psicótico de simbolizar el goce fálico, el goce del órgano peniano, debido a la carencia de la significación fálica, inducida por una ausencia del significante del Nombre-del-Padre en la construcción de su estructura psíquica (que él denominó *forclusion*), Lacan dice lo siguiente: “Hace mucho que insistí en el carácter devastador, muy especialmente en el paranoico, de la primera sensación orgásmica completa [...] En determinados sujetos encontramos constantemente el testimonio del carácter de invasión desgarradora, de irrupción perturbadora, que presentó para ellos esta experiencia”.

Este antecedente clínico se aúna con la certeza que experimenta el sujeto de no poseer un cuerpo, problemática que también hayamos con regular frecuencia en el campo de la psicosis, por cuanto no se produce en ella lo que Sigmund Freud denominó “represión originaria” (*Urverdrängung*), represión que fundará la existencia del sujeto del inconsciente en el cuerpo real, en el organismo, el cual será recortado de este modo por el orden simbólico y sometido a la represión secundaria o represión propiamente dicha. Debido a la ausencia de este cuerpo de lo simbólico, que es el que hará del organismo un cuerpo de sujeto, el cuerpo en la psicosis tendrá otro destino: es un organismo sin mediación simbólica, sin sujeto, desabonado del inconsciente, desencarnado, poseedor de un goce mortífero, de un goce inhumano y a la deriva, frente al cual cada sujeto psicótico adoptará como defensa sus particulares estrategias. Veamos el relato del filósofo: “¿A través de qué tenía yo acceso al mundo que me rodeaba cuando era niño, tan estrecho y repetitivo? ¿A través de qué podía relacionarme bien con el deseo de mi madre, introduciéndome en él? Pues como ella, es decir no por el contacto del cuerpo y de las manos, sino por la utilización exclusiva del ojo [...] Era por tanto, el niño del ojo, sin contacto, sin cuerpo, porque es a través del cuerpo que pasa todo contacto. Como yo no me sentía ningún cuerpo, no tenía ni siquiera que guardarme del contacto con la materia de las cosas o del cuerpo de la gente, y sin duda era por esa razón por la que tenía un miedo atroz a pegarme [...] o, una idea que no se me ocurrió nunca antes de los veintisiete años, masturbarme. Ahora bien, mi cuerpo deseaba profundamente tener una existencia propia” (pp. 284–285).

Esa existencia corporal que anhela Louis será finalmente lograda gracias a la filosofía de Marx, “con un rodeo previo a través de Spinoza, Maquiavelo y Rousseau: fueron mi ‘camino real’ hacia él” (p. 289). Así, nos relata que “Cuando ‘encontré’ el marxismo me adhería a él por mi cuerpo [...] En el marxismo, en la teoría marxista,



encontraba un pensamiento que tenía en cuenta la primacía del cuerpo activo y trabajador sobre la conciencia pasiva y especulativa, y consideré aquella relación como el materialismo mismo. Me fascinó y me adherí sin ningún trabajo a esta visión que no era una revelación para mí porque era mi propio caudal” (pp. 287–288). Mediante este recurso al cuerpo teórico del materialismo histórico, del materialismo dialéctico, logrará el filósofo alcanzar una posesión (sin duda deficitaria) de su propio cuerpo: “Por fin era feliz en mi deseo, ser un cuerpo, existir antes de nada dentro de mi cuerpo, en la prueba material irrefutable que el cuerpo me daba de existir verdaderamente y al fin” (p. 287).

En mayo de 1945 es liberado del campo de concentración y se incorpora a su puesto en la École, pues recuerden que había aprobado el ingreso en la misma seis años atrás. Paradójicamente, esta liberación le precipita en un estado depresivo ya que “yo no quería de ninguna manera escapar a aquella cautividad que me iba como un guante” (p. 147). Sufrió mucho al separarse de Robert Daël, un “hombre verdadero [...] al abrigo de su protección me convertí en su consejero para todas las cosas, incluso en el consejero de sus audacias haciéndome así de nuevo el ‘padre del padre’ o más bien y al mismo tiempo el ‘padre de la madre’, como para resolver una vez más a mi manera la soledad y la contradicción de no haber tenido nunca ni una verdadera madre ni un verdadero padre. Me doy cuenta perfectamente de que estaba a mi manera muy ‘enamorado’ de él” (p. 146). Tras la separación forzosa de este hombre, en la que “le hice jurar incluso que no se casaría nunca. Lo prometió, pero no me sirvió de nada, porque me dejó en mi desgracia” (p. 147), Louis no dejó de pensar, durante una larga temporada, de modo obsesivo en él.

En el transcurso este estado de abatimiento en el que se sentía “irremediablemente viejo y superado por todos los acontecimientos” (p. 151), le sobreviene un acceso hipocondríaco con matices delirantes: la certeza de padecer

una enfermedad venérea, por lo que consulta sucesivamente “a diez médicos militares que me encontraron sano, pero cada vez estaba persuadido de que me escondían algo” (p. 150); más adelante nos dice: “Tenía la certeza de haber contraído una enfermedad sexual y por consiguiente, de no poder disponer nunca verdaderamente de mi sexo de hombre” (p. 182); además le angustiaba continuamente el temor de quedarse ciego por unas supuestas “moscas volantes” (p.151). El médico de la École, el doctor Étienne, a quien posteriormente también consulta sus padecimientos hipocondríacos, le ofrece su protección y le propone ocupar una pequeña habitación junto a la enfermería, lugar que se convertirá en adelante en su vivienda habitual durante treinta y cuatro años, hasta el fatídico 16 de noviembre de 1980, día en el que estranguló a su mujer.

De este modo, el filósofo encontró en la institución de la parisina calle de Ulm un refugio alternativo al que había constituido el campo de concentración, refugio cuya significación nos desoculta el mismo sujeto: “¿En qué se convirtió la École? Muy rápidamente debería decir desde el principio, en un verdadero ‘capullo’ materno, el lugar donde me encontraba cálido y en casa, protegido del exterior, donde no tenía que salir para ver a la gente, porque pasaban o venían, en especial cuando me hice conocido; en pocas palabras, también fue la sustitución de un medio materno, del líquido *amniótico*” (p. 218). En este párrafo que les acabo de leer, el sujeto nos ofrece el testimonio de que permanece capturado en el interior del continente materno, no habiendo nacido a su propio espacio (y deseo) subjetivo, pues no ha sido eyectado de ese claustro correspondiente al espacio psíquico maternal originario; en ese lugar se encontrará a resguardo de la castración simbólica, ya del todo imposible para él pues *ab initio* rechazó el significante paterno, ése que le hubiera permitido nacer al universo de lo simbólico. Posteriormente, y tras la eclosión de su psicosis maníaco-depresiva, los establecimientos psiquiátricos (“la protección maternal del



hospital” —p. 189—) cumplirán esa misma función: la de procurarle un espacio protector ante los diversos embates que procura tanto la propia existencia como la relación con el mundo de los otros.

Durante este período de dolorosa incertidumbre subjetiva que estaba transitando “deseaba crearme enamorado de una chica, pero no podía soportar que ella se enamorara de mí. Antigua repulsión, como se puede ver. Entonces conocí a Hélène” (p. 153). Efectivamente, en diciembre de 1945 (y no de 1946 como nos cuenta en la autobiografía) conoce a Hélène Rytmann, ocho años mayor que él, quien había militado en la Resistencia contra los alemanes donde, según Louis, “había tenido incluso importantes responsabilidades militares (ella, una mujer, en aquella época había sido un hombre)” —p. 174—. Ésta descendía de una familia rusa judía ortodoxa que había emigrado a Francia, era huérfana y vivía tras la Guerra “en la miseria más negra” (p. 163). Nuestro sujeto, en el preciso instante en que se la presenta su amigo Georges Lesèvre, advirtió en ella “un dolor y una soledad insondables [...] A partir de aquel momento experimenté un deseo y una oblación exaltantes: salvarla, ayudarla a vivir”. Desde entonces esa tarea oblativa se convertirá para él en “una misión suprema que no cesó de ser mi razón de ser hasta el último momento [...] Imaginad aquel encuentro: dos seres en el colmo de la soledad y de la desesperación que por azar se encuentran cara a cara y que reconocen en cada uno de ellos la fraternidad de una misma angustia, de un mismo sufrimiento, de una misma soledad y de una misma espera desesperada” (p. 156). En esa reunión ella le invitó a tomar el té en su vivienda de la plaza Saint-Sulpice y pocos días más tarde él acudió a la cita. Cuando se despidieron, ella “acarició imperceptiblemente mis cabellos rubios, sin decir palabra. Pero yo lo comprendí perfectamente. Me invadieron la repulsión y el terror. No podía soportar el olor de su piel, que me pareció obsceno” (p. 163).

Un año y tres meses después (en febrero de 1947) se precipita para el sujeto lo que él llama “el primer drama” (p. 65), es decir, el franco desencadenamiento de la psicosis que tomará, en su caso, una orientación maniaco-depresiva. Nos cuenta que, con ocasión de hallarse ambos en “el pequeño reducto de la enfermería” (p. 165), ella, sentada en la cama a su lado y tomando la iniciativa le besó: “Yo no había besado nunca a una mujer (¡a los treinta años!), y sobre todo nunca me había besado una mujer. Me atravesó el deseo, hicimos el amor encima de la cama, aquello era algo nuevo, sobrecogedor, entusiasta y violento. Cuando ella se fue, se abrió un abismo de angustia en mí, que no se cerró jamás. A la mañana siguiente, telefoneé a Hélène para advertirle violentamente que nunca jamás volvería a hacer el amor con ella. Pero era demasiado tarde. La angustia no me abandonó y cada día que pasaba se me hacía más intolerable [...] Intentaba asirme a la vida como podía y a mi amigo el doctor Étienne: imposible, cada día me hundía irremediamente un poco más en el vacío aterrador de la angustia” (p. 166). Podemos apreciar en este relato cómo es la coyuntura del encuentro en lo real con el Otro sexo la que precipitará el desencadenamiento de su psicosis. En cierta ocasión diría a un amigo: “*Lo fastidioso es que existen los cuerpos, o peor aún, los sexos*” (p. 54).

Poco tiempo después, aconsejado por Hélène, consulta con Pierre Mâle, “el gran psiquiatra y analista de la época” (p. 166), quien tras un largo interrogatorio concluye que Louis padece un estado de “demencia precoz” (esquizofrenia) y exige su hospitalización inmediata en el hospital psiquiátrico de Sainte-Anne, donde es ubicado dentro del pabellón Esquirol. Al no mejorar en absoluto (más bien lo contrario), y por mediación de Hélène, acude a visitarle al hospital el entonces emigrante vasco Julián De Ajuriaguerra (quien se haría más tarde célebre por su *Manual de Psiquiatría Infantil*), cuyo diagnóstico es que presenta un cuadro melancólico muy grave y prescribe como tratamiento la administración de electrochoques (p. 168).

Mientras tanto, Hélène, que había concebido un hijo en aquella única relación sexual que mantuvo con él “también había estado hospitalizada, aunque en su caso para abortar, pues sabía que yo jamás hubiera soportado aquel hijo mío que llevó dentro” (*Los hechos*, p. 428).

Ahora vemos más claramente que en el referido encuentro sexual con esta mujer había un más allá de la simple relación carnal con el Otro sexo y este más allá era, ni más ni menos, que la paternidad para el sujeto. Razón de más para que se produzca el desencadenamiento de la estructura psicótica pues, como ya antes les indiqué, ésta se construye sin la presencia de un significante primordial, el significante paterno, significante necesario en el hombre para el acceso a la identidad viril, para el encuentro en lo real sexual con el Otro sexo y para la asunción simbólica de la paternidad. También puede apreciarse esta imposibilidad inasimilable para nuestro sujeto de acceder a una posición paterna (por la ausencia en su estructura psíquica del significante del Nombre-del-Padre) cuando nos relata sus escauceos amorosos tanto con Franca como con Claire, a las que terminará acusando de haber tenido “ideas sobre mí” en el preciso instante en que ambas “pusieron sobre el tapete, indirectamente o no, la cuestión de vivir con ellas y de tener un hijo [...] Inmediatamente caí enfermo, muy deprimido” (p. 188–189).

Él mismo nos reitera en varios lugares de sus autobiografías que es huérfano de padre simbólico, de significante paterno, orfandad que tratará de suplir mediante el recurso al padre imaginario, ese padre cuyas figuras pulularán por doquier: “Los más grandes filósofos han nacido *sin padre* y han vivido en la soledad de su aislamiento teórico y el riesgo solitario que corrían frente al mundo. Sí, yo no había tenido padre y había jugado indefinidamente al ‘padre del padre’ para hacerme la ilusión de tenerlo, en realidad darme a mí mismo el papel de un padre respecto a mí, puesto que todos los padres posibles o encontrados no podían representar el papel. Y los rebajaba desdeñosa-

mente al colocarlos debajo de mí, en mi subordinación manifiesta. Yo debía convertirme, pues, filosóficamente en mi propio padre. Y no era posible más que confiriéndome la función por excelencia del padre: la dominación y la soberanía de toda situación posible” (pp. 227–228). Aquí vemos claramente que esta función que el filósofo adjudica al padre (dominación y control de toda situación), y que él se confiere a sí mismo para poner en juego al “padre del padre”, es sin duda la que correspondería a la figura del padre imaginario, pero en absoluto se trataría de la función del padre simbólico, que es exactamente la de ser el significante del padre muerto y que, por tanto, carece de toda figuración ya que se trata, *sensu stricto*, de un puro significante; empleando términos económicos, tan queridos por Freud: toda deflación producida en el interior del orden simbólico acarrea, indefectiblemente, una inflación proporcional en el orden imaginario, ya que ambos órdenes interactúan estrechamente entre sí dentro de la experiencia intra e intersubjetiva.

Tras sufrir “unos veinticuatro electrochoques, en días alternos, en la inmensa sala común” (p. 168), que “por aquel entonces se hacían a lo vivo, sin narcosis ni curare” (*Los hechos*, p. 427), su estado psíquico fue mejorando paulatinamente “y muchos meses después de mi entrada en el pabellón Esquirol, me sentí mejor, aunque siempre vacilante, pero menos angustiado, y salí del hospital. Hélène me esperaba en la puerta. ¡Qué alegría!” (p. 169). Tras esta “estancia atroz” (p. 167) en Sainte-Anne su estado de ánimo viró, bruscamente, hacia la hipomanía, dentro de la cual se sentía feliz y exultante: “Si era y me sentía por fin tan joven, era porque Hélène resultaba para mí una buena madre y también un buen padre [...] me quería como una madre a su hijo, su milagroso hijo, y al mismo tiempo, como un padre, un buen padre al fin, porque se limitaba a iniciarme en el mundo real, aquel mundo infinito en el que no había podido entrar” (p. 176). Y es que “Hélène tenía la voz misma de su rostro: incomparablemente cálida, buena, siempre grave como la de



un hombre” (p. 211). Si ustedes han prestado atención, observarán que es la segunda vez que se refiere a su amada Héléne como poseedora de destacados atributos viriles, lo que nos hace sospechar que ésta no representaría para el sujeto sino la imagen narcisista de sí mismo, semblante que le pondrá a resguardo de esa radical otredad que para el hombre, e incluso para toda mujer, constituye el enigma insondable de lo femenino. A mi juicio, será esta captura narcisística que realiza con Héléne, en la serie imaginaria, la que daría una muy precisa cuenta de su hipótesis final sobre el homicidio de ésta, el cual no habría sido sino “un suicidio por persona interpuesta” (p. 355).

Este internamiento psiquiátrico que he referido será el primero de una larga serie de veinte (en *Los hechos* nos cuenta que “en total, habré pasado quince años entre hospitales y clínicas psiquiátricas” —p. 425—) debida a períodos de intensa depresión seguidos de “un estado hipomaniaco que me proporcionaba todas las satisfacciones de la extrema facilidad, de la aparente resolución de todas las dificultades, tanto mías como ajenas. Podía trabajar mil veces más y recuperar entonces mil veces el pseudo retraso que había sufrido [...] Con gran rapidez pasaba de la depresión a la hipomanía, que tomaba a veces el aspecto de una auténtica manía muy violenta. Entonces me sentía efectivamente todopoderoso, en especial, sobre el mundo exterior, sobre mis amigos, sobre mis proyectos, sobre mis problemas y los del prójimo [...] Todo me resultaba de una increíble facilidad, sobrevolaba todas las dificultades, tanto las mías como las de los demás, me metía a resolver, sin que me lo hubieran rogado, sus propios problemas. Me lanzaba a iniciativas extremadamente peligrosas, que les hacían temblar, pero hacía caso omiso de sus objeciones, absolutamente convencido como estaba de ser el amo absoluto, amo absoluto del juego, de todos los juegos y por qué no, por lo menos una vez, casi a escala mundial [...] En aquella prodigiosa facilidad y pretensión había una enorme dosis de agresividad” (pp. 190–191).

Al año siguiente, en 1948, es nombrado “caimán” de filosofía, es decir, encargado de preparar a los candidatos para la agregación. Al comienzo sus alumnos fueron escasos, pero poco a poco y merced a su trabajo intelectual y a la escritura de textos, que tuvieron una gran acogida editorial, su figura se fue agrandando y consiguió crear en torno suyo todo un movimiento filosófico y político. Todo esto fue logrado a pesar de las ausencias, a veces prolongadas y debidas a los internamientos, de su puesto de trabajo docente, que era, por consiguiente, muy irregular; sin embargo, la dirección de la École le dio de baja por enfermedad solamente una vez.

Sus padres, a raíz del desencadenamiento de su trastorno mental, se desentendieron completamente pues “Los allegados de los enfermos son también apestados públicos, tan grande es el temor que todo el mundo alberga, sobre todo los más próximos, de enfermar también ellos. Ni una sola vez en treinta años, mi madre o mi padre me visitaron en alguna de mis clínicas, cuya dirección conocían perfectamente” (*Los hechos*, p. 465). Durante las desestabilizaciones psicóticas, que periódicamente sufría el filósofo, allí estaba su compañera Héléne tomando las riendas de su célula social y política, clasificando su correspondencia, atendiendo al teléfono e informando de su estado, pues le visitaba diariamente en sus hospitalizaciones y cuando salía de ellas siempre se dirigían los dos a un pueblecito donde se refugiaban en una casa antigua de muros de piedra. Allí encontraba nuestro sujeto “la paz, el viento y el mar” (p. 334).

Quisiera finalizar citando el recuerdo que de él guarda uno de sus discípulos de la École, el filósofo Bernard-Henri Lévy: “Hacia 1966. La calle de Ulm. Louis Althusser. El maestro explica a sus discípulos el arte sagrado de la disertación. ¿Un bloqueo? ¿Un obstáculo? Id al diccionario, decía. Tomad una palabra. Luego otra. Seguidlas. Seguid sus pistas. Apretadlas tan juntas como podáis. Rompedlas. Separadlas.



Uno se divide en dos. Dos se juntan en uno. En una palabra: escribid. Sobre todo no dejéis de escribir. Porque una vez más, es en el juego de palabras, en la continuidad de la escritura, donde se encuentra el secreto de la filosofía”

(*El Mundo*. Suplemento “La Esfera”, 27 de octubre de 1991, p. 8).

Y también uno de los secretos de la vida mental del ser humano, añadiría yo.



---

## BIBLIOGRAFÍA

- Louis Althusser. *El porvenir es largo*. Ediciones Destino. Colección Áncora y Delfín. Barcelona, 1992.
- Jacques Lacan. *La familia*. Editorial Argonauta. Biblioteca de Psicoanálisis. Barcelona, 1982.
- Jacques Lacan. *El Seminario. Libro IV: La relación de objeto*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona, 1994.



# Impacto en la salud de la violencia colectiva

Itziar Larizgoitia(\*), Iñaki Markez, Isabel Izarzugaza, Darío Páez, Sonia Mayordomo, Carlos Martín Beristain

## Resumen

Se trata de realizar una revisión de la literatura que permita adoptar un modelo conceptual de “salud” y aproximarnos al conocimiento del impacto en salud de la violencia colectiva, que incluye el síndrome de estrés post-traumático. Se señala el escaso conocimiento, la limitada tradición en el estudio epidemiológico de la distribución e impacto de la violencia colectiva y de sus determinantes; acompañada por un débil desarrollo metodológico. Así mismo, se comprueba el escaso abordaje de cuestiones como el papel de los mecanismos sociales de reparación, compensación o reconocimiento de las víctimas.

## Palabras clave

Violencia, salud, impacto en la salud mental, víctima, funcionamiento social.

En 1996, la asamblea de la Organización Mundial de la Salud consideró a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública. El año 2002 la OMS publicó el informe sobre Salud y Violencia, el cual distingue varias categorías de violencia, en función de la relación principal entre los agentes involucrados. Así, se distingue la violencia auto-infligida, la violencia interpersonal caracterizada por involucrar a un número reducido de personas bien relacionadas emocionalmente entre sí (violencia doméstica) o no (violencia de comunidad), y finalmente la violencia colectiva. Ésta, según la OMS, se define como la violencia ejercida contra una comunidad con el objetivo de avanzar un proyecto social determinado. La definición operativa de este tipo de violencia que utiliza la OMS es la siguiente: “el uso instrumental de la violencia por gente que se identifica así misma como miembros de un grupo, ya sea transitorio o de larga duración, contra otro grupo o conjunto de individuos, con el fin de conseguir una serie de objetivos políticos, económicos o sociales.”

La historia del Estado español se ha caracterizado, al igual que la de otros estados de su entorno geográfico y cultural, por una relativa continuidad de episodios de violencia colectiva; los cuales, aunque de manera residual y concentrados alrededor de escasos discursos



ideológicos, han llegado hasta nuestros días. Los atentados del 11 de marzo pasado en Madrid han señalado el comienzo de un nuevo discurso violento y sobre la violencia, cuyo alcance aun es difícil de precisar. A pesar de la disminución cuantitativa de la violencia colectiva tradicional, su impacto, no sólo entre víctimas y allegados sino en amplios colectivos sociales, se supone aún profundo tal como se percibe repetidamente en encuestas y sondeos de opinión y en el eco que se recibe en la opinión pública. Su impacto en dinámicas colectivas, sociales y políticas es también altamente significativo.

Los efectos de la violencia colectiva en la salud de sus víctimas pueden llegar a ser irreparables, alcanzando una alta gravedad e incluso la muerte. Datos de un estudio anterior<sup>II</sup> revelan que la violencia alrededor de este fenómeno había producido más de 1.000 víctimas mortales hasta el año 2000 y más del doble de heridos por la acción directa de la violencia; elevando a unas 7.800 personas las que habían sufrido hasta ese año la experiencia de violencia mortal en su entorno próximo. De estas, casi el 70% eran residentes de la Comunidad Autónoma del País Vasco, el 14% de Madrid y el 5% de Navarra. A pesar del dramatismo y trascendencia de las cifras, el cómputo de muertos y heridos no alcanza a indicar el más amplio espectro de repercusiones físicas, emocionales o funcionales de los supervivientes, o de los allegados de las víctimas. Tampoco ayuda a entender las repercusiones que se hayan podido producir en otros sectores de la población afectados de manera menos directa.

## Relevancia para los fines de la Sociedad

A pesar de la preocupación y graves consecuencias que ejerce este tipo de violencia sobre la salud física y mental de sus víctimas, su análisis y abordaje desde el punto de vista de la salud pública en España o en el País Vasco es

muy escaso, sino prácticamente inexistente. Se han producido algunos estudios descriptivos y análisis cualitativos recientes, en Irlanda,<sup>III</sup> Francia,<sup>IV</sup> Estados Unidos<sup>V</sup> y en otros entornos,<sup>VI,VII,VIII</sup> habiéndose publicado algunos análisis. Por el momento, no se han difundido estudios que permitan entender de manera más completa el alcance de las repercusiones de estos fenómenos de violencia colectiva o política en la salud del conjunto de las víctimas, en sus allegados, o en otros colectivos sociales, incluyendo la población general.

El análisis del impacto en la salud generado por la violencia colectiva supone un gran reto para la comunidad de epidemiólogos y profesionales de la salud pública, por varias razones. En primer lugar, el estudio de los efectos de la violencia colectiva en las poblaciones está relativamente poco desarrollado. No se conocen con certeza los mecanismos que llevan a la génesis, mantenimiento o transmisión de la violencia colectiva en una sociedad. También se desconoce en gran medida la fisiopatología del trauma en las poblaciones. El síndrome de estrés postraumático ha sido reconocido sólo recientemente como una entidad clínica asociada al trauma intenso. Sin embargo, no se conoce bien cuál es la constelación de factores que explican la aparición del síndrome; ni tampoco, cuál es el grado de afectación en los sujetos que no experimentan un síndrome postraumático definido<sup>IX</sup>. En este sentido, se ha sugerido que la ausencia de respuesta emocional ante situaciones traumáticas puede ser en sí mismo una consecuencia del trauma<sup>X</sup>. Se sugiere, por ejemplo, que la ausencia de respuesta emocional y las heridas no curadas en las víctimas del trauma pueden traducirse en nuevas acciones de venganza y destrucción, incluso entre generaciones sucesivas<sup>XI</sup>. Otros aspectos de gran interés, como la capacidad de adaptación de los supervivientes a sus lesiones físicas, o síquicas, o el papel de los mecanismos sociales de reparación, compensación o reconocimiento de las víctimas, tampoco son bien conocidos.



A este escaso conocimiento, se une una también limitada tradición en el estudio epidemiológico de la distribución e impacto de la violencia colectiva y de sus determinantes; acompañada por un desarrollo metodológico relativamente menor. Al mismo tiempo que parece necesario contar con herramientas específicas para este tipo de análisis.

Uno de los aspectos que requiere una consideración especial, por ejemplo, es el de la identificación y selección de los casos, dado que estos pueden no formar parte de organizaciones definidas o pueden negarse a colaborar en estudios epidemiológicos, tanto como consecuencia del trauma cuyo impacto puede llevar a la marginalización de sus víctimas, como del miedo a involucrarse de nuevo en situaciones que remiten a la violencia colectiva original. Pero incluso, la definición de casos puede verse afectada por el propio fenómeno de violencia colectiva en caso de que se produzca una falta de acuerdo social sobre la identidad de las víctimas<sup>xii</sup>. Por otra parte, la propia naturaleza del trauma impide, en muchos casos, reincidir en su memoria, por lo que las relaciones con las víctimas han de ser extremadamente delicadas.

El análisis de la exposición al trauma, y su impacto, requiere instrumentos específicos que posibiliten medir con precisión la ocurrencia de determinados fenómenos. Aunque algunos instrumentos han sido desarrollados con este fin, su utilización en el estudio de la violencia colectiva, es muy escaso.

Aunque hay varios instrumentos de medida de impacto del trauma, no hay mucha tradición en su aplicación a fenómenos de violencia colectiva. En algunos casos se han aplicado instrumentos de medida de salud mental general (como el General Health Questionnaire), cuya aplicabilidad en el contexto de violencia colectiva en España habría de ser validada. Otro número de instrumentos se ha utilizado en situaciones de violencia interpersonal, pero no

así, de violencia colectiva. Es esta por tanto un área que merece ser trabajada y desarrollada.

Esta ausencia de conocimiento es el elemento incentivador más importante para intentar abordar este fenómeno. Es necesario identificar el grado de conocimiento existente y las fuentes de información relacionadas con el fenómeno, que puedan ayudar a describir mejor el análisis de la situación y a desarrollar un marco conceptual para un eventual estudio posterior más elaborado y preciso. Un mayor grado de conocimiento sobre la carga de mortalidad y morbilidad generada por la violencia colectiva contribuirá a un mayor esclarecimiento de la importancia del fenómeno desde un punto de vista de la salud pública, aportará instrumentos de análisis más precisos y permitirá un mejor entendimiento de los costes humanos de la violencia; cuyo conocimiento desde el punto de vista de los profesionales de salud pública se hace obligado.

## Modelo conceptual de salud

El estudio del impacto en salud de cualquier fenómeno necesita partir de una definición del concepto de salud. En el campo de la investigación de servicios de salud, se han utilizado varias definiciones más o menos operativas. Algunas de las aproximaciones tradicionales han partido del concepto de enfermedad. Por ejemplo, la definición de enfermedad propuesta por Parsons, como “un estado de alteración en el funcionamiento del individuo que incluye su estado orgánico y sus ajustes personales y sociales”<sup>xiii</sup>. No obstante, se acepta en general, que la salud es un concepto que va más allá de la ausencia de enfermedad y que puede expresarse mejor por la ausencia de disfunción, entendiéndose por ésta, cualquier desviación de bienestar o del estado de funcionamiento habitual. De esta manera se contemplaría la salud como el estado de capacidad óptima para la realización óptima de las tareas deseadas<sup>xiv</sup>. Otras consideraciones incluirían una dimensión temporal (pronóstica) y relativa, en función



de los estándares y expectativas para cada grupo de sujetos<sup>xv</sup>. La conceptualización de salud se basa en general en un sentido de funcionamiento adecuado y global, así como de bienestar.

A efectos analíticos, sin embargo, es necesario avanzar más en dicha conceptualización. Se asume que la salud es un concepto multidimensional en el que, a un núcleo integrado por la dimensión de “salud física”, que incluye la ausencia de enfermedad y el aspecto funcional, se le añaden otros, como por ejemplo el “sentido psicológico de bienestar” o “salud mental”, y las dimensiones de funcionamiento social. El modelo conceptual diseñado por Ware y la Rand Corporation que ha servido de base para numerosos estudios en Estados Unidos, y entre otros para el desarrollo del instrumento SF-36 que se verá más adelante, incluye las siguientes dimensiones:

- a) salud física  
(incluyendo ausencia de enfermedad y funcionalidad)
- b) salud psicológica o emocional
- c) funcionamiento social
- d) funcionamiento en actividades sociales complejas
- e) percepción general de salud<sup>xvi</sup>.

La distinción multidimensional clásica en compartimentos prácticamente aislados,<sup>xvii</sup> se ha cuestionado últimamente para proponer un nuevo paradigma basado en la capacidad funcional del individuo y su relación con el medio. La OMS en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)<sup>xxiii</sup> reconoce la importancia de la capacidad funcional del individuo como elemento explicativo del estado de salud, y entiende que el grado de funcionamiento, en la realización de un conjunto de actividades, se determina por la relación compleja de los problemas de salud del individuo con su entorno. Éstas interacciones influyen en el funcionamiento de los individuos y en su percepción subjetiva de bienestar. La distinción clásica entre salud física, mental y social, desaparece

para reconocer las múltiples interacciones entre los diversos grados de funcionalidad que se requieren para el ejercicio de determinadas actividades. Se distingue, no obstante, la capacidad funcional objetiva de la percepción subjetiva de bienestar, como dos elementos complementarios y definitivos para determinar el estado de salud de los individuos.

Los conceptos que utiliza la CIF son los siguientes:

- 1) funciones corporales  
(funciones fisiológicas, incluyendo las psicológicas, de los sistemas corporales)
- 2) estructuras corporales  
(partes anatómicas del cuerpo)
- 3) deficiencias  
(problemas en las funciones o estructuras corporales)
- 4) actividad  
(realización de una tarea o acción por parte de un individuo)
- 5) participación  
(acto de involucrarse en una situación vital)
- 6) limitaciones en la actividad  
(dificultades para la realización de tareas)
- 7) restricciones en la participación  
(problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales)

Este modelo considera que los individuos pueden presentar deficiencias sin tener limitaciones en la capacidad; limitaciones en la capacidad o en la realización de tareas, sin presentar deficiencias evidentes; problemas en la realización de tareas sin presentar deficiencias ni limitaciones en la capacidad; o pueden presentar limitaciones en la capacidad sin experimentar problemas en la realización de tareas.

## Conocimiento del impacto en salud de la violencia colectiva

La violencia es uno de los principales problemas de salud pública, tal como ha quedado reflejado en el Informe sobre Violencia y Salud de la OMS (2002). El impacto directo de la violencia afecta de manera directa a la integridad física y emocional de las personas, llegando, en



numerosos casos, a su eliminación. Las consecuencias de la violencia pueden ser devastadoras en términos de vidas humanas, pero también en la experiencia vital a corto y largo plazo de sus supervivientes, y por extensión en el conjunto social que alberga y sufre la violencia. El abordaje desde la salud pública al fenómeno de la violencia y su impacto en salud es muy escaso, a pesar, de la cada vez mayor importancia que adquiere este fenómeno en términos globales. El primer área de interés es indudablemente los efectos sobre la salud física de las personas, en términos de mortalidad y lesiones. Es fácilmente evidente, no obstante, que los efectos de la violencia no se reducen al ámbito puramente físico. El trauma violento en sí genera una serie de alteraciones emocionales y psicológicas; y el conjunto de ambas, puede ejercer su impacto sobre los comportamientos sociales, pudiendo incluso llegar a afectar el comportamiento colectivo de la sociedad.

### **a) Eliminación de vidas humanas**

El hecho de mayor trascendencia asociado a la violencia es indudablemente la mortalidad. Según el citado informe de la OMS, el año 2000 se produjeron más de millón y medio de muertes por causas violentas, de las cuales un 10% ocurrieron en países desarrollados<sup>xix</sup>. Conviene señalar que la mortalidad se puede producir de manera directa como resultado del impacto de una agresión física, o puede suceder como resultado del agravamiento de otras lesiones pre-existentes (reagudización de cardiopatía isquémica o hipertensión) o inducidas por la acción violenta (insuficiencia respiratoria por inhalación de vapores tóxicos, por ejemplo). Otro recorrido causal puede ocurrir a través de alteraciones psicológicas (depresión, ansiedad, etc.) causadas por la violencia, las cuales pueden contribuir a desencadenar la muerte de la víctima (mediante suicidios, por ejemplo).

### **b) Salud física: ¿Cuál es el impacto de la violencia colectiva en la salud física?**

La violencia colectiva ocasiona una serie de efectos directos en la salud de las personas. El aspecto más fácilmente observable es el aumento de la mortalidad y de lesiones por causas externas (agresiones directas). Las características de dichas lesiones, así como el análisis de las causas externas, podrían llevar a diferenciar un patrón de lesiones característico asociado a este tipo de violencia. Politraumatismos, quemaduras, destrucción o amputación de miembros, mutilaciones, conmociones, intoxicación por inhalaciones nocivas, heridas por armas de fuego, por estallido, aplastamiento, por onda explosiva, etc. La información actual sobre este punto es escasa. La limitada utilización de los códigos de lesiones por causas externas de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) no favorece este tipo de análisis.

No obstante, las alteraciones físicas causadas por la violencia no se reducen a las lesiones directas causadas por la agresión traumática. Así, se pueden agravar estados patológicos preexistentes, o causar nuevas situaciones mórbidas a partir de las agresiones directas, como pueden ser la agravación o aparición de hipertensión o de alteraciones reproductivas.

La definición de salud al inicio de este capítulo puso especial énfasis en la importancia del aspecto funcional como uno de los atributos básicos que definirían el nivel de bienestar de los individuos. Es decir, salvo en el caso del fallecimiento, en el que la lesión física de manera ineludible indica la ausencia de funcionalidad absoluta, el recuento de las lesiones y enfermedades físicas no necesariamente es un indicativo preciso del grado de afectación funcional. Y éste es un aspecto fundamental en la valoración del impacto de la violencia en la salud física de las personas. El grado de afectación funcional marcará la diferencia entre lesiones de una misma entidad nosológica. Esta puede



verse mejorada gracias a técnicas de rehabilitación, prótesis, y otros útiles de ayuda; o al contrario, puede agravarse con el tiempo, al cronificarse algunas lesiones, complicarse, o sumarse sinérgicamente a otros problemas de salud o a la pérdida funcional asociada al proceso de envejecimiento.

### c) Salud mental

Muchas víctimas de la violencia sufren desórdenes emocionales o psicológicos a consecuencia del trauma violento o de las lesiones físicas que han padecido. Los hechos traumáticos producen en general ansiedad y depresión, además de un conjunto de síntomas específicos que se han agrupado en el denominado Síndrome de Estrés Post-traumático (SEPT). La reacción aguda ante el trauma se puede acompañar de una serie de reacciones psicológicas adaptativas, como pueden ser una reacción de estupor inicial, seguida de una fase de alta ansiedad y contacto social, y continuada por otra fase de inhibición que puede asociarse a ansiedad, síntomas psicósomáticos, alteraciones funcionales físicas, trastornos del sueño y pensamientos repetitivos, y conductas disruptivas (Pennebaker)<sup>XX</sup>. Otras manifestaciones agudas ante el trauma pueden verse acompañadas de sentimientos de pánico extremo y gran excitación nerviosa, o de un conjunto de síntomas como angustia, disgusto, rabia, pena, o vergüenza. La ausencia de respuesta emocional también puede ser una consecuencia del trauma (anestesia emocional). Según algunos estudios alrededor de un 25 a un 40% de las víctimas y victimarios sufren sintomatología emocional tras el trauma violento. (Davidson y Foa)<sup>XXI</sup>.

El SEPT es un complejo sintomatológico que comprende varios desórdenes psicológicos y psico-somáticos asociados con sentimiento de miedo, desamparo y horror (American Psychiatric Association, 1994). Éste es un conjunto más específico de síntomas que se presenta de manera más cronificada, pero que úni-

camente afecta a una fracción de las víctimas del trauma violento. Hasta un tercio de los sujetos que han sobrevivido un trauma presentan una alteración emocional crónica como consecuencia del mismo, y se calcula que entre un 15 a un 25% de los individuos que experimentan un trauma significativo desarrollan estrés posttraumático. Se ha observado repetidamente que las mujeres son especialmente susceptibles.

El sentimiento agudo de desamparo (helplessness) y de ausencia de control sobre la situación (powerlessness) son los factores que se asocian con el desarrollo del síndrome de estrés postraumático. Este debe ser entendido como parte del proceso longitudinal de adaptación al impacto del trauma y sus consecuencias, al final del cual, una fracción de los individuos sufren síntomas de evitación (retraimiento de las actividades que recuerdan el trauma, distanciamiento) e hiper-reactividad fisiológica exagerada que se manifiesta en hipervigilancia, irritabilidad, alteraciones del sueño y una respuesta reactiva exagerada, especialmente ante memorias recurrentes del trauma. La tendencia a una reminiscencia frecuente del hecho traumático es otra característica del SEPT que puede ir acompañada de síntomas de pánico extremo y disociación. En muchos casos, el SEPT se acompaña de una anestesia emocional, o de falta de interés y de capacidad de sentir emociones placenteras.

El síndrome de estrés postraumático está asociado además a peor salud física, debido a somatizaciones, palpitaciones, alteraciones funcionales digestivas y otras alteraciones de salud mental, como desórdenes de ansiedad, depresión, mayor consumo de alcohol y otras conductas negativas. Se ha observado además una reactivación de los síntomas de estrés post-traumático en personas que son nuevamente expuestas a situaciones violentas. Esta observación sugiere que las víctimas supervivientes de la violencia podrían revivir su experiencia y sufrir una agudización de sus síntomas



ante nuevos actos de violencia cometidos en su proximidad.

Por otro lado, también se describe el estrés postraumático-complejo, o los “desórdenes de estrés extremo no especificado”, como un síndrome de problemas psicológicos inespecíficos asociados al abuso interpersonal prolongado y grave. Éste síndrome está compuesto por un conjunto de síntomas emocionales que van desde la alteración en la regulación de los impulsos afectivos, a problemas en la modulación de la ira, alteraciones de la atención, de la percepción de sí mismo y de las relaciones con otros, e incluyen somatizaciones y alteraciones en los sistemas de significado.

#### **d) efectos psicológicos en niños y adolescentes y funcionamiento social**

Las experiencias de violencia política en las primeras décadas de la vida ejercen un efecto determinante en el desarrollo psicológico de los niños afectados. Se ha observado una mayor inmunidad a los horrores de la violencia en adultos que fueron expuestos de niños a actos violentos. Estos individuos que aprendieron que la violencia es una de las relaciones básicas entre humanos, parecen tener un mayor riesgo de transmitir conductas violentas a las siguientes generaciones.

Las respuestas de jóvenes adolescentes a la violencia causan profundos cambios en sus actitudes hacia la vida. Los adolescentes expuestos a traumas demuestran mayores conductas de riesgo. La exposición a la violencia física es un grave desencadenante de patología psiquiátrica. Especial gravedad reviste el trauma de perder a los padres en actos violentos; aún más, de ser testigos de su muerte. En sociedades que sufren violencia colectiva, es difícil que estos niños culminen sus rituales de duelo, los cuales pueden quedar paralizados por la propia espiral de violencia y venganza. Estos niños sufren un alto riesgo de desarrollar patología psiquiátrica y verse arrastrados por la cultura de la

violencia. La conducta violenta de adolescentes, especialmente chicos, está altamente correlacionada con experiencias personales de socialización violenta, incluso en sociedades estables y desarrolladas. Los adolescentes masculinos, en general, tienden a reproducir sus propias experiencias de victimización y violencia en otros. Algunos adolescentes expuestos a traumas violentos responden desarrollando la certeza de que la vida es corta y su futuro muy incierto. En estas circunstancias, chicos socializados de manera patológica pueden responder con conductas hedonistas como ocurre con el abuso de sustancias tóxicas.

#### **e) el impacto en la salud mental de las víctimas indirectas de la violencia**

El impacto emocional de la violencia excede el ámbito directo de sus víctimas. Las alteraciones emocionales producidas ante un hecho violento pueden sucederse entre los testigos presenciales de la violencia, entre el personal de auxilio, o incluso entre los familiares y allegados de las víctimas. A este conjunto de víctimas que no ha sufrido directamente el hecho violento, se denomina “víctimas secundarias”.

Víctimas secundarias son los individuos que no habiendo sufrido directamente el trauma, reaccionan emocionalmente ante el mismo o su memoria, a partir de su experiencia personal en el entorno del trauma, o a través de un vínculo emocional con las víctimas primarias. Se considera que pueden ser víctimas secundarias los individuos que mantienen relaciones íntimas con las víctimas, sus familiares y amigos, los trabajadores de servicios de rescate (cuerpos de seguridad y policiales, bomberos, protección civil, trabajadores sanitarios), o los miembros de la comunidad próxima a las víctimas. También son víctimas secundarias aquellas que han sufrido directamente el trauma, pero de manera más periférica.

Las “víctimas secundarias” pueden sufrir síntomas de ansiedad, depresión, somatizaciones



y otros problemas psicológicos. También están a riesgo de desarrollar el llamado “estrés traumático secundario”; el conjunto de alteraciones emocionales y de conducta que resulta del contacto o conocimiento de la experiencia traumática de personas allegadas o con quien se establece una conexión. En colectividades amenazadas por la presencia de violencia se han descrito situaciones de mayor ansiedad y depresión, además de situaciones de estrés post-traumático e incluso mayores conductas suicidas.

### f) Funcionamiento social:

Estudios realizados entre víctimas en Irlanda del Norte sugieren que entre un 20 a un 40% de la población que ha estado envuelta en sucesos traumáticos sufre estrés posttraumático u otros problemas psicológicos. En colectividades amenazadas por la presencia de violencia se han descrito situaciones de mayor ansiedad y depresión, además de situaciones de estrés post-traumático e incluso mayores conductas suicidas. En núcleos pequeños y en el medio rural, la reacción individual ante el hecho traumático resulta más compleja debido a la proximidad de las relaciones humanas. Una vez más, el impacto de la violencia excede el ámbito de sus víctimas directas. En núcleos sometidos a un nivel intenso de violencia, ésta puede destruir o dañar gravemente la cohesión social y la solidaridad entre familias, grupos, barrios u otras organizaciones sociales. El término “anomia” se utiliza para describir un estado de disrupción social en una comunidad que puede llegar a afectar la salud de los individuos<sup>xxii</sup> (Fullilove). En la presencia de violencia, la gente no se siente segura en sus lugares habituales, experimentan más miedo en el espacio público, y están más preocupados por las intenciones y conductas de sus vecinos. El apartamiento social y el aislamiento, la disminución de los contactos, son algunas de las reacciones más frecuentes ante la violencia colectiva. La violencia colectiva puede resultar en un aumento de los prejuicios ante ciertos grupos, ausencia de solidaridad, y disminución

de actividades colectivas (Fullilove 1996)<sup>xxiii</sup>. La anomia incluye además sentimientos de alienación, de desamparo, de falta de esperanza y de control, y una aversión a sufrir sucesos incontrolables (Sanders–Phillips)<sup>xxiv</sup>

Además, la violencia está asociada a conductas auto-destructivas, como el consumo de alcohol y otras drogas. Es relativamente frecuente que los victimarios recurran al consumo de sustancias nocivas, pero también es relativamente frecuente que personas que viven en ambientes violentos recurran al consumo de alcohol y drogas como una vía de escape. Estas son por tanto, factores determinantes de actos de violencia, pero también resultados perniciosos de la violencia<sup>xxv</sup>.

### g) Factores contextuales

Los factores contextuales representan el trasfondo de la vida de un individuo tanto como su estilo de vida. Estos incluyen factores ambientales y personales, y se refieren al entorno inmediato del individuo. La edad, el sexo o raza, y también las características del hogar, trabajo, amigos o escuela y el medio social que rodea al individuo, son factores que interactúan con las estructuras y funciones corporales, y determinan las actividades y nivel de participación de los individuos.

El sentimiento agudo de desamparo y de ausencia de control sobre la situación son factores psicológicos que se asocian más directamente con el desarrollo de alteraciones psicológicas, así como la historia de labilidad psicológica anterior al trauma<sup>xxvi</sup>. Los grupos con mayor auto-percepción de vulnerabilidad, como pueden ser las mujeres y niños en determinadas circunstancias, son más susceptibles a la aparición de alteraciones post-traumáticas<sup>xxvii</sup>. Así como individuos que perciben un menor nivel de integración y apoyo social<sup>xxviii</sup>. Por otro lado, el mayor nivel de educación y la existencia de una red íntima y social de apoyo favorecen la resistencia psicológica al trauma.



El funcionamiento social incluye conceptos básicos como el nivel de contactos sociales y la existencia de redes de apoyo. Finalmente las percepciones generales del estado de salud reflejan la valoración personal del conjunto de dimensiones antes expuestas. En estudios de población enferma, es conveniente complementar este cuestionario con otros que miden las actividades básicas de la vida diaria.

Hasta muy recientemente, no se han comprendido los efectos a largo plazo generados por el trauma. Uno de los riesgos más importantes es que la victimización y sentido de

injusticia de las víctimas del trauma, sus heridas no curadas, puedan resurgir con un sentido de venganza y destrucción. Aunque el reconocimiento de los efectos a largo plazo del trauma puede servir para compensar el nivel de sufrimiento de estas personas, los efectos sociales de estos fenómenos no han sido demasiado estudiados. Queda pendiente el abordaje de cuestiones fundamentales como es la reparación social y el papel de los vínculos sociales en el control del sufrimiento individual, para prevenir su extensión al tejido social y su transmisión a la siguiente generación.



- (\*) **Correspondencia: Itziar Larizgoitia**, larizgoitai@who.ch
- **Itziar Larizgoitia**, Médica especialista en Salud Pública y Medicina Preventiva., Organización Mundial de la Salud, Departamento de Prestación de Servicios de Salud, Ginebra.
- **Isabel Izarzugaza**, Médica especialista en Oncología. Jefe de Servicio de Registros e Información Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
- **Iñaki Markez**, Médico especialista en Psiquiatría, experto en Salud Pública y Drogodependencias. C.S.M. de Galdakao, Osakidetza.
- **Darío Páez**, Psicólogo. Director del Grupo de Investigación Consolidado de Investigación sobre Cultura y procesos psicosociales de la UPV-EHU.
- **Sonia Mayordomo**, Licenciada en Psicología. Investigadora en el equipo dirigido por el catedrático de Psicología Social de la Universidad del País Vasco, Dr. Darío Páez.
- **Carlos Martín Beristain**, Médico, experto en Mediación de Conflictos.

---

## BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

- <sup>1</sup> World report on violence and health. Eds.: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB and Lozano R. World health Organization. Geneva , 2002.
- <sup>11</sup> Martín Beristain C, Páez Rovira D. *Violencia, apoyo a las víctimas y reconstrucción social: experiencias internacionales y el desafío vasco*. Editorial Fundamentos. 2000.
- <sup>111</sup> Cairns E, Wilson R. Coping with political violence in Northern Ireland. *Social Science and Medicine*. 1989, 28: 621–624.
- <sup>11V</sup> Abenheim L, Dab W, Salmi LR. Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982–1987). *Journal of Clinical Epidemiology*. 1992; 45: 103–109.
- <sup>V</sup> Difede J, Apfeldorf WJ, Cloitre M, Spielman LA. Acute psychiatric responses to the explosion at the World Trade Center: a case series. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1997; 18: 519–522.
- <sup>V1</sup> Martín-Baró I. Political violence and war as causes of psychosocial trauma in El Salvador. *International Journal of Mental Health*, 1989; 18: 3–20.
- <sup>V11</sup> Eisenbruch M. From post-traumatic stress disorder to cultural bereavement: diagnostic of South-East Asian refugees. *Social Science and Medicine*, 1991; 33: 673–680.



- viii Gorst–Unsworth C, Van Elsen C, Turner SW. Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 1998; 172: 90–94.
- ix Creamer M, O'Donnell M. Post-Traumatic Stress Disorder. *Current Opinion in Psychiatry*. 2002; 15: 163–168.
- x Litz B, Gray MJ. Emotional numbing in posttraumatic stress disorder: current and future research directions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2002; 36: 198–204.
- xi McFarlane AC. The nature and longitudinal course of psychological trauma. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 1988; 52: S49–S54.
- xii Fay MT, Morrissey M, Smyth M and *The Cost of the Troubles Study. Mapping troubles related deaths in Northern Ireland: 1969–1998*. INCORE. 2nd Edition. Belfast, 1998.
- xiii Parsons T. *The social system*. Glencoe Illinois, The Free Press. 1951.
- xiv Parsons T. *Definitions of health and illness in light of the American values, and social structure*. Pp: 165–187, In E. Gartley Jaco (ed) *Patients, physicians and illness*. New York the Free Press. 1958.
- xv Patrick DL, Bush JW, Chen MM. Toward and operational definition of health. *Journal of health and social behaviour*, 1973. 14: 6–23.
- xvi Ware JE. Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*, 1984; 53.Suppl:2316–2323.
- xvii Ware JE. Standards for validating health measures: definition and content. *J Chron Dis*. 1987; 40: 473–480.
- xviii WHO. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Organización Mundial de la Salud, 2001.
- xix WHO. *World Report on Violence and Health*. Ed: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World Health Organization, 2002.
- xx Pennebaker JW. A social stage model of collective coping: The Persian Gulf War and other natural disasters. *Journal of Social Issues*, 1993; 49: 125–145.
- xxi Davidson JT, Foa EA. Diagnostic issues in post-traumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; 100: 346–355.
- xxii Fullilove MT, héon V, Jimenez W, Parsons C, Green LL, Fullilove RE. Injury and anomie: effects of violence on an inner-city community. *American Journal of Public Health*, 1998; 88: 924–927.
- xxiii Fullilove MT. The Psychiatric implications of displacement: contributions from the psychology of place. *American J Psychiatry*. 1996; 153: 1516–1523.
- xxiv Sanders–Phillips K. The ecology of urban violence: its relationships to health promotion behaviours in low income Black and Latino communities. *Am J Health Promotion*, 1996; 10: 308–317.
- xxv Cornelius–Taylor B. *Public Health Research on determinants and health outcomes of urban violence: an overview*. In: *Urban Violence and Health., determinants and management*. Ed: Strohmeier K, Kohler G., Laaser U. WHO Kobe Center. Pub: Lage–Jacobs 2002.
- xxvi Zatzick DF, Kang SM, Müller HG, Russo JE, Rivara FP, Katon W, Jurkovich GJ, Roy–Byrne P. Predicting posttraumatic distress in hospitalized trauma survivors with acute injuries. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 941–946.
- xxvii Speed N, Engdahl BE, Swartz J, Eberly RE. Posttraumatic stress disorder as a consequence of POW experience. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177: 147–153.
- xxviii Kivlin–Boden G, Sundbom E. The relationship between post-traumatic symptoms and life in exile in a clinical group of refugees from the former Yugoslavia. *Acta Psychiatrica Scand*, 2002; 105:461–468.



# El concepto de Trauma y de Respuesta al Trauma en psicoterapia

Pau Pérez-Sales  
Psiquiatra. Madrid

Existen muchas definiciones de *trauma* o *hecho traumático* en la literatura. Parece haber un consenso, en las diferentes clasificaciones nosológicas en considerar éste como una experiencia que constituye una amenaza para la integridad de la persona. Desde una perspectiva restringida el DSM sólo considera hechos traumáticos las amenazas a la integridad física. Una perspectiva más amplia debería sin duda incluir también las amenazas a la integridad psicológica<sup>a</sup>.

El enfoque positivista contemporáneo centra la consideración clínica de lo traumático en la aparición de una serie de síntomas (intrusivos, de evitación y de alarma) para los que existen razonables fundamentos de una base biológica. Pero en ese proceso deja de lado aquello que constituyen los elementos nucleares desde la perspectiva de la vivencia de la persona.

Lo que tienen en común los testimonios de supervivientes de situaciones extremas (violencia política, catástrofes, guerras, agresiones

por causa de género etc) son otros elementos que constituirán los que realmente marquen el territorio desde el cual elaborar una propuesta de trabajo psicoterapéutico conjunto:

1. La experiencia traumática tiene un carácter inenarrable, incontable, incompartible.

*“Después de aquello [abuso sexual por parte de un abuelo durante más de dos años] la vida dejó de tener sentido. No fui capaz de contarlo a nadie, porque no tenía palabras, porque tenía pánico a no ser creído, o a ser creído pero no comprendido... Creo que el daño mayor fue que iba a colegio y me veía diferente al resto de niños, que los profesores te juzgaban sin saber nada de ti... Aún hoy le puedo contar quizás lo que pasó, los hechos, pero con eso usted no va hacer nada, no va a entender en realidad nada y va a ser peor, porque se creará que entiende” [J.P. 26 a.]*

Parte de ese carácter inenarrable tiene que ver con el propio carácter confuso de la experiencia. Con las dificultades para evocarla.

## Trauma y Memoria. Dificultades para la evocación.

1. Vivencias de confusión y caos asociadas al hecho traumático. Todo ocurre a gran rapidez, con múltiples estímulos muy difíciles de retener. Se pide una reconstrucción de los hechos a la persona, cuando no hubo una secuencia ordenada de eventos mentales.
2. Alta frecuencia (hasta el 25% en medio occidental, según estímulos; probablemente más en otros contextos culturales).
3. Sesgos de memoria que actúan desde el primer momento con tendencia al olvido selectivo de
  - (a) hechos potencialmente culpógenos,
  - (b) hechos que constituyan un menoscabo de la imagen de sí
  - (c) atrocidades
  - (d) contaminación de recuerdos propios con narraciones de otros, elaborando nuevas narrativas en las que ya es con frecuencia muy difícil distinguir lo que realmente se vivió.
4. Construcción social de una narración, con énfasis en aspectos socialmente reconocidos o tolerados y negligencia adaptativa de los que provocan rechazo, elaborando con el tiempo una narración que pasa a ser adoptada como propia. Esta narración, además, contribuirá a dar sentido a la experiencia. La incapacidad para dotar de sentido a una experiencia potencialmente traumática es una de las causas fundamentales de quiebre personal, y uno de los objetivos en psicoterapia.

<sup>a</sup> La tortura, por ejemplo, es un proceso de destrucción del cuerpo, pero sobretodo, un proceso de desestructuración y destrucción psicológica.



2. Quiebra las asunciones que constituyen los referentes básicos de seguridad del ser humano.

La epidemiología muestra que no todos los hechos traumáticos tienen un impacto similar. Frente a un 5 a 10% de prevalencia de Trastorno de estrés posttraumático (TEPT) tras accidentes de tráfico con riesgo vital, en la violación con violencia física ésta se eleva al 35 al 50% (según estudios) y hasta al 50% a 65% si la violación es por un familiar o amigo cercano<sup>1,2,3</sup>. ¿Qué lógica explica esto?

Todo hecho traumático puede llevar asociado un significado simbólico que determine las consecuencias del mismo. Un accidente de tráfico, cuando la persona tiene una atribución externa de causa, dejará la sensación de vivir en un mundo impredecible e inseguro. La violencia quebrará la confianza en el ser humano, en general. Pero cuando ésta es ejercida por alguien afectivamente cercano las consecuencias son mucho más graves: aquellos de quienes más cabe esperar protección y afecto son quienes se constituyen en agresores.

Hay por tanto, en el hecho traumático, un cuestionamiento de los esquemas de la persona respecto a sí mismo y de sí mismo respecto al mundo. Un quiebre de asunciones básicas que requerirá de un proceso de reconstrucción, que será el auténtico núcleo de la terapia<sup>4</sup>.

3. Puede conllevar con frecuencia un cuestionamiento de la dignidad personal, asociado o no a vivencias de culpa. Este elemento será esencial especialmente en la consideración de los elementos psicosociales asociados a la situación traumática<sup>5</sup>.

## Preconceptos erróneos en la clínica de respuestas a situaciones traumáticas.

1. Alrededor del 70% de personas han pasado en algún momento de su vida por un acontecimiento traumático grave (en nuestro contexto, accidentes de tráfico graves y agresiones). La prevalencia de TEPT en la

población general es en cambio de diez a setenta veces menor (prevalencia estimada en población general del 1 al 7% según estudios y contextos culturales). Resulta notorio, pues, cómo ante hechos traumáticos graves, existen muchas más personas que superan de manera espontánea y con sus propios recursos personales el impacto traumático de las amenazas vitales que lo contrario. Los hechos traumáticos son muy frecuentes. Las personas afectadas pocas. Pero no sólo eso, incluso en las formas extremas de traumatización, como veíamos en las cifras de la sección anterior, los resistentes son mayoría: un porcentaje importante de mujeres que sufren abuso sexual, contra lo que pudiera pensarse en una mirada superficial, afrontan la situación con sus propios recursos e incluso —como corroboran numerosos estudios— experimentan diferentes formas de crecimiento personal posttraumático<sup>7</sup>. Las personas, por tanto, ponen en condiciones normales en marcha mecanismos adaptativos personales que será necesario detectar y apoyar.

Muchos de estos elementos se resumen en el testimonio de S., ex niño-soldado en Angola, dos años después de huir milagrosamente del país:

*“Recuerdo ahora los diez años de horror, las muertes, las masacres, la tortura, el hambre.... como algo lejano, como algo borroso... En realidad a veces me sorprende cuando me oigo a mí mismo contarlo y me tengo que repetir : “Sí, era yo, fui yo quien vivió esto, quien hizo y quien sufrió todo esto...”. Desde que estoy aquí tengo la impresión de que he vuelto a nacer y a veces me parece que ha sido otro el que ha vivido todo eso. Aunque supongo que Dios, si es que está en alguna parte, quiso que sobreviviera entre miles para poder contar lo que ocurría y por eso no debo olvidar del todo.. Tampoco por todos los que he contado que murieron a mi alrededor, mientras yo estoy aquí, vivo. Por ellos tampoco”*

La experiencia de la gente debe permitir rescatar modelos de trabajo alternativos a los habituales centrados exclusivamente en la idea de daño y de víctima y basarse en concepciones alternativas de resistencia a la adversidad.



### **Estrategias espontáneas adaptativas más frecuentes ante situaciones traumáticas que es necesario detectar y probablemente reforzar.**

1. *Disociación*. Útil, bien para no evocar el estímulo traumático, bien para entender que quien estaba ahí y sufrió los hechos o quien llevó a cabo acciones reevaluadas posteriormente como un error, no fue uno mismo, sino “otro”, que en realidad no corresponde con nosotros, colocando distancia a los hechos.
2. *Exhoneración*. Asumir que dadas las circunstancias no era posible reaccionar de otro modo o hacer otra cosa que lo que se hizo.
3. *Flexibilidad-Adaptabilidad*. Asumir la realidad de los hechos tal como vienen, sin enfrentarse a ellos, sin cuestionar su naturaleza, como hechos dados a los que es preferible no intentar dar lógica ni integrar al resto de la línea vital
4. *Sesgos positivos de memoria*. Capacidad para recordar selectivamente los aspectos positivos de una experiencia, olvidando el resto.
5. *Optimismo*. Asumir que se ha superado con éxito la experiencia traumática, confirmando las expectativas que uno tenía.
6. *Fin superior*. Dotar de significado a la experiencia a través de un sistema de creencias (Dios...) o de convicciones (ideología, militancia...) conllevando un cierto sentido de tarea (dar testimonio, combatir la causa...).

Una visión *victimista* que ve al superviviente como necesariamente dañado, necesitado de ayuda, afectado aunque lo niegue o rechace buscar ayuda, constituirá un error importante. La literatura psiquiátrica ha definido *el síndrome del torturado, del superviviente de campos de concentración, de la violación, del exiliado* y tantos otros síndromes que no sólo constituyen generalizaciones insostenibles, sino etiquetas entomológicas que confunden una vivencia (que cada persona procesará de un determinado modo) con una enfermedad. De ahí la dudosa justificación de los centros o programas excesivamente monográficos (p.e. programas de atención a supervivientes de abuso sexual en la infancia).

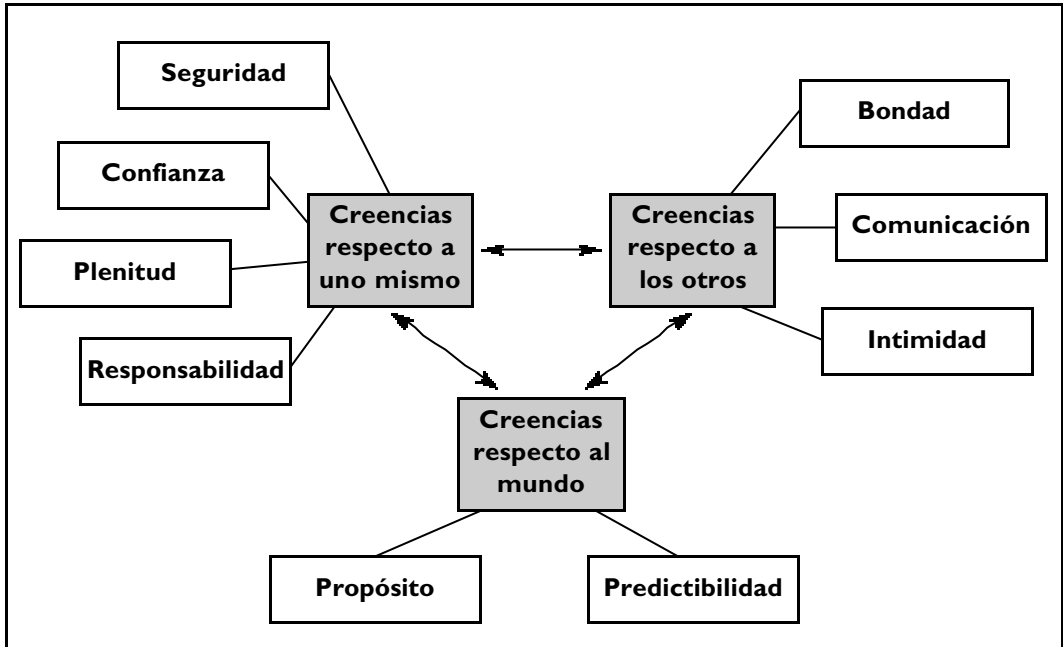
2. Las experiencias traumáticas conllevan también, para mucha gente, como apuntábamos, aprendizajes positivos y experiencias de fortalecimiento personal. Estos tienen que ver con al menos cinco posibles áreas: Relación con los otros, cambios en la vida, percepción de sí mismo, creencias y sentido de la vida<sup>7,8,9</sup>.

Todo ello lleva, por último, a poder formular algunos principios para una psicoterapia de las reacciones traumáticas basada en los factores positivos y en la experiencia de las personas afectadas.

Desde esta perspectiva lo importante es el modo en que el hecho traumático cambia la visión que tiene la persona de ella misma y del mundo. Se quiebran determinados *sesgos cognitivos básicos*<sup>10,11</sup>. En el siguiente gráfico hemos intentado resumir los esquemas que pueden resultar cuestionados tras un hecho traumático. El hecho marcará un antes y un después. Esa fractura es lo que lo define como *traumático*. El modo en que resulte afectada la persona dependerá de su historia personal (sistema de creencias previo), el tipo de situación traumática, las circunstancias que la rodearon y qué esquemas cognitivos sean centrales en el armazón del individuo (cuales son aquellos que le identifican y definen en mayor medida como *ser en el mundo*).



Tabla 1. Algunos esquemas básicos del ser humano que pueden resultar cuestionados tras un hecho traumático



### **Testimonio como herramienta terapéutica – Metodología**

1. **Preparación.** En caso de requerirse un traductor, debe realizarse antes una discusión con él sobre su papel y ensayar el modo en el que se va a trabajar durante la entrevista de testimonio.
2. **Alianza terapéutica.** Se analiza la indicación. El terapeuta se asegura de que hay expectativas realistas respecto a la finalidad del testimonio y al papel del terapeuta.
3. **Dar el testimonio.** Suele ser preferible hacerlo ante una grabadora o una cámara de video. Si no es posible, tomar notas que puedan ser pasadas a máquina entre sesión y sesión. Cada sesión se inicia con una recapitulación de las últimas frases de la sesión anterior. El terapeuta tiene un rol activo e interrumpe la narración para preguntar sobre las reacciones emocionales en una determinada situación o para clarificar situaciones.
4. **Estructura.** Suele ser útil seguir un orden :
  - Nombre, procedencia, porque es importante para él dar testimonio.
  - Hechos anteriores a la(s) situación(es) traumática(s).
  - Hechos traumáticos con el máximo detalle posible (lugares, hora, personas implicadas, signos que permitan identificar a estas personas —indumentaria, marcas...—. Si es necesario puede apoyarse en dibujos, esquemas u otros.
  - Consecuencias
  - Esperanzas y deseos para el futuro
  - Una declaración final afirmando que cuanto se ha dicho se ajusta fielmente a la verdad.
5. **Revisión y edición conjunta del testimonio,** aclarando detalles confusos.
6. **Cierre simbólico.** La persona firma el documento final, pudiendo firmar el terapeuta como testigo del proceso. Una copia del documento queda en la historia clínica (si las condiciones de seguridad no recomiendan otra cosa) y otra es entregada a la persona. Ella decidirá qué fin desea darle.
7. **Preservar la intimidad.** Si se va a hacer entrega pública con fines legales o de denuncia, sería adecuado reexaminar de nuevo el texto eliminando aquellos detalles que pudieran resultar poco relevantes jurídicamente y embarazosos o comprometidos y pudieran provocar una reactivación del sufrimiento psicológico. Asesorar al superviviente en este sentido.



## La interacción con el medio y la perspectiva psicosocial.

Pero todas éstas circunstancias que tienen que ver con factores individuales tienen un peso mucho menor que el de las circunstancias externas. Ignacio Martín-Baró definía el trauma como un fenómeno psicosocial. Además de la particular herida que una experiencia difícil o excepcional deja en una persona concreta, hay que hablar de un trauma social para referirnos a cómo los procesos históricos pueden haber dejado afectada a toda una población. Martín-Baró utiliza el término de *trauma psicosocial* para enfatizar el carácter esencialmente dialéctico de la herida causada en las personas por las vivencias traumáticas<sup>1,2</sup>. Las últimas décadas han acumulado datos que avalan esta tesis y que muestran que las circunstancias post-trauma tienen un peso decisivo en la mitigación o cronificación de los síntomas. Así, por ejemplo, en diferentes estudios sobre prevalencia de TEPT en supervivientes de la catástrofe del Volcán Nevado del Ruiz en Armero (Colombia), que sepultó a más de veinticinco mil personas, pudo observarse como las cifras de prevalencia del trastorno no sólo no disminuían con el tiempo, sino que aumentaban progresivamente<sup>3</sup>. La situación de dependencia y vulnerabilidad creada por un sistema de ayudas caótico y asistencialista en el que los propios afectados no tenían voz ni parecían conservar ningún control sobre sus vidas, quedando todo en manos de técnicos, y las propias condiciones de vivienda en los albergues (falta de intimidad, nada que hacer, escasez a medida que pasaban los meses e iba bajando el interés de los donantes internacionales etc) contribuyeron a que los síntomas de TEPT fueron en constante crecimiento con el paso de los años. Silove<sup>4,15</sup> ha mostrado en estudios longitudinales con solicitantes de asilo y refugiados de países asiáticos en Australia, víctimas de tortura y violencia política en su país de origen, cómo las dificultades para conseguir legalizar su situación, el aislamiento, el desempleo crónico y la dependencia en el país de acogida son factores que predicen mejor la

aparición de síntomas postraumáticos que la propia experiencia de persecución y tortura vivida en su país de origen.

## Implicaciones para una terapéutica de los Síntomas Post-traumáticos.

Todo lo anterior lleva a una serie de consideraciones sobre la psicoterapia de situaciones traumáticas extremas.

En primer lugar, merece consideración especial los aspectos relacionados con el *criterio de verdad*. Si normalmente éste no suele ser relevante en terapia, menos lo es en este caso. La verdad existe, puesto que sucedieron unos hechos objetivos que una cámara podría haber registrado. Pero la psicoterapia se fundamenta no en base al criterio de verdad, sino con aquello que la persona *trae a la terapia*. Es decir con su visión, con su narrativa sobre sí mismo y sobre los hechos, y con la *construcción* de una verdad que le es soportable y le permite vivir.

Consecuencia de lo anterior es que es erróneo creer que el buen terapeuta debe lograr “hurgar” en los hechos. Resulta más relevante poner el foco de atención en poder explorar y evaluar las diferentes *narrativas* que trae la persona sobre esos hechos que acaban de ocurrir (humillación, fortaleza, culpa, rabia, tristeza...), detectar cuales de estas narrativas pudieran ser disfuncionales en el futuro (por ejemplo autoacusación y vergüenza severas) y trabajar conjuntamente posibilidades alternativas de entender los hechos.

Es preferible *bloquear las narraciones estereotipadas de los hechos* hasta que en el contexto de la terapia se den las condiciones para que la persona pueda hacer una reconstrucción que permita trabajar una reelaboración de los mismos y la construcción de narrativas alternativas, allí donde éstas pudieran ser disfuncionales.

Es necesario, además, asumir la imposibilidad de comprender. Se veía en la primera parte que una de las características que definen el hecho traumático es su carácter de experiencia incommunicable, inexplicable, incomprensible. Es fundamental reconocer y partir de esa imposibilidad básica.



El tratamiento sintomático de los fenómenos intrusivos y de evitación es la parte más conocida de la terapia de situaciones traumáticas. Pero, en realidad, enfrentar el significado del quiebre humano que supuso el hecho traumático será el auténtico núcleo del proceso terapéutico. Llámese éste ruptura de esquemas, de creencias básicas, crisis personal o como se le quiera llamar. Para ello hay algunos elementos que parecen necesarios:

**Apoyarse en relaciones significativas.**

El mejor modo de poder reconstruir un sentido de conexión con el mundo es experimentándolo, con ejemplos cotidianos de que las cosas pueden ser de otro modo. Por eso es fundamental analizar y trabajar el impacto que el hecho traumático ha tenido en el sistema de relaciones de la persona, y fomentar el establecimiento de nuevas relaciones de confianza.

**Experiencias de reconstrucción.**

Ante un mundo en el que parece predominar la inseguridad y la maldad, resulta básico poder contraponer experiencias ressignificantes a través del compromiso, de la acción o la ayuda o de refundación).

**Derecho al resentimiento y la rabia.**

Demonizar el resentimiento y la rabia significa entrar en un proceso de re-culpabilización de la víctima.

**Verbalizar y explicitar el miedo.**

El miedo es la emoción que acompañará de manera casi invariable a la ruptura de creencias básicas, a la sensación de impredecibilidad y de vulnerabilidad: en lugar de estar dominado por amenazas que es difícil concretar, poner nombre a los miedos es el primer paso. El segundo será buscar estrategias individuales y comunitarias para enfrentarlos.

**Buscar una nueva lógica.**

Huir de esquemas medicalizantes que ven los síntomas como expresión de enfermedad privada de contexto. El hecho traumático, sobretudo asociado a contextos de violencia interpersonal o política, requiere de una indagación en lógica que permita reacomodar la vivencia de un modo u otro en el sistema previo de creencias o en el nuevo que se va constituyendo. Es necesario

poder separar nítidamente quien es el perpetrador y quien la víctima, la lógica que pudiera existir tras los hechos y el papel que uno desea tener frente a esa lógica para evitar introyectar la rabia, las conductas de expiación o autocas-tigo u otras formas de la misma.

**Tolerancia a la ambigüedad.** Aceptar la posibilidad de vivir en un mundo en el que no es posible controlarlo todo, en el que existe el azar, en el que podemos intuir hasta un cierto punto cómo van a reaccionar los otros (y nosotros). Y pese a ello atreverse a vivir.

## **El testimonio como herramienta terapéutica: Metodología e indicaciones en terapia.**

En víctimas de catástrofes, de guerra o de violencia política considerar los síntomas de modo independiente a las causas que los generaron puede resultar alienante. Por eso el testimonio constituye una herramienta terapéutica básica en aquellas personas motivadas para ello. La primera descripción sistemática de este principio fue realizada en trabajos publicados bajo pseudónimo por Elizabeth Lira y el equipo del ILAS en Chile<sup>16</sup>, habiendo sido luego asimilado por casi todos los centros de tratamiento de supervivientes de situaciones traumáticas. El testimonio suele ser una herramienta fundamental allí donde el silenciamiento hace que los supervivientes necesiten ser creídos respecto a los hechos<sup>17</sup>. Pasa a un segundo término cuando no se dan estas circunstancias y lo que requiere la persona es confirmar *las emociones* y no *los hechos*.

**Consideraciones éticas.** El uso del testimonio en terapia debe estar sujeto a estrictas normas éticas. No puede usarse, sin consentimiento explícito, su testimonio con otros fines que no sean los de la terapia (p.e. estadísticas, publicaciones científicas o canalizarlo hacia iniciativas de denuncia que no haya decidido o llevado a cabo la propia persona). Debe velarse asimismo por la confidencialidad y seguridad de la información cuando esta pueda poner en riesgo la integridad o la vida del superviviente.



## Indicaciones del testimonio en la terapia de situaciones traumáticas

1. Es un modo de hacer un recuento sistemático de hechos.
2. Se requiere hacer un trabajo de dignificación, de recuperación de la confianza en sí mismo y de recuperación de la sensación de control.
3. Se requiere revertir simbólicamente algunos elementos de la vivencia de horror. Así, la situación traumática (delatar a otros bajo tortura) se yuxtapone con el contexto opuesto (poder dar los nombres de quienes le torturaron).
4. Cuando la idea de *no ser creído* es nuclear en el proceso terapéutico.
5. Se requiere transformar un hecho doloroso en un documento que es una memoria viva, evitando la angustia de fallecer con una narración pendiente de ser contada.
6. La experiencia vivida se transforma de elemento de autodestrucción en elemento de construcción social.
7. No es solo catártico, sino que, si así se pacta previamente, la persona puede utilizarlo posteriormente como instrumento legal o de denuncia, actividad en la que el terapeuta no debería estar implicado (en todo caso su papel se limitaría como mucho a facilitar contactos con los organismos pertinentes, si dispone de ellos).
8. Protege a un superviviente que va a someterse a procedimientos judiciales, evitando narrar una y otra vez los hechos traumáticos en contextos o ante personas que puedan actuar de manera retraumatizante.

## Elementos de crecimiento post-traumático.

Ya decíamos que uno de los retos de las psicoterapias contemporáneas es incorporar progresivamente formas de terapia basados en el desarrollo y la potenciación de los recursos de fortaleza y resistencia de las personas, no colocando el énfasis sólo en la mitigación de los problemas y debilidades. Una corriente creciente de autores está trabajando en la incorporación de elementos para el fomento del crecimiento post-traumático en las fases avanzadas de la terapia. Son elementos útiles, dentro de este trabajo: Definir y pactar el campo terapéutico usando términos normalizadores, detectar y potenciar recursos propios, aprender de las “excepciones” para explorar las tácticas útiles, detectar y potenciar signos de cambio, detección de emociones positivas actuales, además de las negativas, etc.

## Procesos comunitarios y formas sociales de mitigación del daño.

Pero aceptando que las condiciones post-trauma del superviviente son decisivas en la evolución, será necesario, además, tener éstas en cuenta dentro del proceso terapéutico. Es posible estructurar una lógica cuando el daño no es privatizado, cosificado. Por su importancia destacan:

- Conmemoraciones, monumentos y espacios de reconocimiento simbólico.
- Procesos de justicia y verdad. Lucha contra la impunidad.
- Procesos de recuperación de la memoria histórica.
- Formas de mitigación del daño (*reparación*) de carácter económico, social u otras, con una perspectiva individual o comunitaria.
- Espacios de reconocimiento social del sufrimiento propio (películas, libros, debates...) como puerta, en ocasiones, a reconocer el sufrimiento de los otros.



En suma, la psicoterapia de situaciones traumáticas constituye un campo complejo en el que los elementos individuales y comunitarios, sociales y clínicos, se imbrican, requiriendo de un abordaje con una mirada amplia que vaya más allá de las nosologías al uso, que ocultan a

las personas tras los síntomas. Trabajar conjuntamente en cómo caminar de la noción de víctima a la de superviviente, de la vulnerabilidad a la resistencia, de la humillación a la dignidad. En ese proceso, casi todo lo que realicemos en terapia no es, desde luego, neutro.



---

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626–632.
- 2 Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- 3 Helzer, J. E., Robins, L. N., & McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the epidemiological catchment area survey. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630–1634.
- 4 Pérez-Sales P (2003). Psicoterapia de situaciones traumáticas. Vo I. Trauma y resistencia. You & Us.
- 5 Marin Beristain C et alt (1999). Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria. Ed Icaria.
- 6 Stein, M. B., McQuaid, J. R., Pedrelli, R, Lenox, R., & McCahill, M. E. (2000). Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General Hospital Psychiatry*, 22, 261–269.
- 7 Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21.
- 8 Maercker, A. & Herrle, J. (2004). Long-term effects of the Dresden bombing: Relationships to control beliefs, religious coping, and personal growth. *Journal of Traumatic Stress*, 17.
- 9 Linley, P. A. (2003). Positive adaptation to trauma: Wisdom as both process and outcome. *Journal of Traumatic Stress*, 16,601–610.
- 10 Janoff-Bulman R (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York. Free Press.
- 11 Pérez-Sales P (2004). Psicología social transcultural. En Pérez-Sales P (2004). *Psicología y psiquiatría transcultural. Bases prácticas para la acción*. Ed Desclee de Brower. Bilbao.
- 12 Martín-Baró I. (1990) *Psicología social de la guerra : trauma y terapia*. UCA editores. El Salvador.
- 13 Saavedra M.R (1996) *Desastre y Riesgo. Actores sociales en la reconstrucción de Armero y Chinchiná*. CINEP. Santa Fé de Bogotá.
- 14 Silove, D., I. Sinnerbrink, et al. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry*. 170: 351–357.
- 15 Silove, D., Steel, Z et al. (2000). Policies of Deterrence and the Mental Health of Asylum Seekers. *JAMA*. 284 : 604–611.
- 16 Cienfuegos AJ, Morelli C (1983). The testimony of political repression as a therapeutic instrument. *Am. J. Orthopsychiatry* 53, 43–51.
- 17 Weinstein E, Lira E, Rojas ME et alt (1987). *Trauma, duelo y reparación : una experiencia de trabajo psicosocial en Chile*. FASIC/Interamericana. Santiago de Chile.



# Sobre la Violencia Colectiva. Procesos y Efectos Psicosociales

Darío Páez y Silvia Ubillos

Dpto. Psicología Social UPV-EHU.

Donostia

La agresión es una conducta interpersonal cuya intención es herir o causar daño simbólico, verbal o físico a una persona que no desea sufrir esa suerte y que de hecho provoca daño real. Se diferencia la agresión emocional o colérica o motivada por el displacer, cuyo fin fundamental es causar daño y se acompaña de un estado afectivo de enojo, de la agresión fría, instrumental o motivada por el interés, cuyo objetivo es obtener recursos o un objetivo, que se acompaña de cierto calculo estratégico y tiene un componente emocional menor. El parricidio o asesinato de la pareja íntima por celos es un ejemplo del primero, y la violencia colectiva social (lucha de calles, guerrilla, terrorismo) y política (guerra, represión y terrorismo de Estado) del segundo. También se ha diferenciado la agresión pro-activa de la reactiva, siendo esta última una conducta de venganza o respuesta ante una amenaza o provocación. Su fin sería restaurar la auto-estima amenazada y reafirmar las normas sociales quebrantadas. La agresión pro-activa, como conducta instrumental asociada comportamientos de coerción e intimidación, de imposición del poder, buscarían satisfacer fines maximizar el control de la víctima y la obtención de recursos. Un combate entre adolescentes de fuerza similar porque uno insultó a la madre de otro sería un ejemplo de agresión reactiva. Las conductas de matonaje (bullying), intimidación y abuso de un grupo adolescentes más fuertes ante un joven más débil, cuyo fin es quitarle su dinero y abusar sexualmente de él, sería un ejemplo de agresión pro-activa. La violencia es la agresión que tiene como objetivo causar un daño físico extremo, como la muerte o graves heridas. La

OMS ha definido la violencia como el uso intencional de la fuerza o del poder, ya sea de forma real o amenazando con el, contra un grupo o una comunidad, que tiene como resultado o tiene una alta probabilidad de tener como resultado la muerte, el daño físico y o psicológico, la privación o una alteración del desarrollo de la persona (OMS, 2002).

## Agresión, Violencia Colectiva social / política y Terrorismo

La agresión, inclusive limitándonos a la agresión física o violencia, tiene diferentes dimensiones. Podemos diferenciar como facetas de la agresión la agresión entre esposos, el castigo físico de los niños, infanticidio, el homicidio, la pena capital, la lucha interpersonal dentro del endogrupo, la lucha de y entre grupos armados, así como la agresión colectiva o guerra.

Las conductas grupales de agresión, que implican el daño físico se pueden concebir como violencia colectiva. Un ejemplo es la institución de la guerra, consistente en un conflicto social, entre comunidades políticas autónomas (p.e. entre naciones o regiones), que implica el uso organizado de la fuerza, utilizando armas, orientadas a eliminar al enemigo voluntariamente. La OMS define a la violencia colectiva de tipo social como la violencia grupal organizada cuyos objetivos son hacer avanzar una agenda política particular, como acciones terroristas, rebelión armada y lucha de calles o disturbios callejeros. La violencia política incluye la guerra, los conflictos violentos, los terrorismos y violencias de



estado, llevados a cabo por grupos institucionales (OMS, 2002). El terrorismo es la acción armada contra civiles no combatientes (asesinatos de mujeres, niños y ancianos) y combatientes desarmados (prisioneros), que rompe las normas o reglas convencionales generales a todas las culturas de la guerra —del estilo de la Convención de Ginebra y sus dos postulados adicionales de 1977.

## Violencia colectiva y factores de la agresión societal

Los fenómenos de violencia colectiva política y social, como la guerra, los disturbios étnicos y las revoluciones, no se pueden reducir a los procesos que explican la violencia interpersonal, del estilo de socialización, frustración-agresión, procesos socio-cognitivos, etc. . .

Primero, las grandes explosiones de violencia social, como los genocidios de Ruanda (medio millón de muertos), el armenio en Turquía (millón y medio de muertos), el judío en Alemania y Europa Central (cinco millones de muertos), las razias de kulaks en la época estalinista, la expulsión y masacre de la población urbana en Camboya, no son el producto de multitudes espontáneas. Estas matanzas se organizan cuidadosamente, se justifican previamente ideológicamente y se llevan a cabo para cumplir objetivos políticos —como la creación de un estado nacional Turco homogéneo en el caso armenio—. En otros términos, la guerra es fenómeno asociado al desarrollo de instituciones complejas, como demostró Ross (Páez y Ubillos, 2003).

Segundo, la guerra y la violencia colectiva no se deben a las tendencias psicológicas agresivas de las personas. Los hombres, en particular los que han vivido la experiencia más o menos directa de la guerra participan en ella forzados. Son los soldados novatos, sin experiencia, los que van al combate con entusiasmo. Si en la Primera Guerra Mundial se suscitó un

cierto entusiasmo chauvinista, los testimonios históricos muestran que este estaba totalmente ausente en la Segunda, incluyendo entre la población sometida al régimen nazi —Alemania y Austria—. La mayoría aplastante de los soldados no encuentran la guerra excitante o placentera: generalmente los soldados perciben la guerra como horrible, caótica o en el mejor de los casos como experiencia difícil de sobrellevar (Nordstrom, 1998). La violencia colectiva ligada al terrorismo y disturbios también implica planificación, no se explica por rasgos de personalidad de las personas que las llevan a cabo y si bien puede tener un componente de excitación y entusiasmo a corto plazo, es difícil que esto explique la participación a largo plazo. Por ejemplo, el 7% de las personas favorables a la violencia de ETA de una encuesta de los 80 mostraba un superyo no más débil, sino que más fuerte. Es decir, manifestaban una moralidad más fuerte y rígida que las personas desfavorables a la violencia. Esto es interpretable como una mayor ideologización e ideales políticos más extremos de los activistas y sus seguidores, para los que la movilización sociopolítica y la violencia son una necesidad y obligación sagradas, un imperativo moral y no una elección cualquiera.

Tercero, en contra del mito de la valentía viril, la mayoría de los hombres no son buenos combatientes. Los estudios en el ejército republicano mostraron que la mayoría siente miedo en el combate. Estudios sobre el comportamiento de soldados en la Segunda Guerra Mundial muestran que la persona media es extremadamente asustadiza en el campo de batalla y que se vuelve pasivo o se paraliza en el campo de batalla —un 90% de cuerpos de elite se paralizan bajo fuego fuerte—. Como dice Gilmore: “Hay que animarlos a que combatan y si no se consigue sus superiores tienen que obligarlos a punta de pistola” (1994). Además, cerca del 80% de la infantería, cuando tiene el enemigo expuesto a tiro y no está bajo el control directo de los suboficiales, no dispara al enemigo o dispara al aire. Los soldados son reticentes a matar cuerpo a cuerpo o en



cercanía. Las reticencias de los soldados a disparar al enemigo se han constatado de los siglos XVIII al XX. Las tasas de obediencia son mayores cuando se trata de matar “a distancia” y se han incrementado desde la II Guerra Mundial, pasando del 20 al 90% en la guerra de Vietnam, debido al entrenamiento más duro y desensibilización mayor de los soldados. Muestras de miedo y desorganización conductual se han relatado con bastante frecuencia en casos de activistas de violencia colectiva detenidos, de forma coherente con lo anterior.

Cuarto, la mayoría de las víctimas en las guerras del siglo XX y actuales son no-combatientes, mujeres y niños. Si en la Primera Guerra Mundial la mayoría de las víctimas fueron combatientes (un 90%), en la Segunda Guerra Mundial lo fueron solo la mitad de las víctimas y en las siguientes guerras, como la del Vietnam o la ex Yugoslavia la mayoría de las víctimas son civiles —un 80–90% en el caso de Vietnam—. A partir de los años 30 del siglo XX los ataques aéreos contra ciudades se generalizaron, por la voluntad deliberada de quebrar la organización social y la moral de los ejércitos, destrozando sus sociedades. Estas técnicas de ataque a los civiles, su reagrupación en campos de concentración y otras técnicas como la tortura y asesinato masivo de no combatientes, se habían aplicado previamente en las colonias (Inglaterra en Sudáfrica e Irak, Alemania en África con los herreros, España en Marruecos) y luego se trasladaron a suelo europeo. Hiroshima, Nagasaki y Dresde (donde murieron tantas personas como en las anteriores por bombardeos tradicionales) son ejemplos de masacres perpetrados por los aliados. De los países del eje es innecesario señalar que de las masacres de NanKing en China, hasta el genocidio de gitanos y homosexuales, además de judíos y oponentes políticos, hasta la muerte en cautiverio de más de la mitad de los cerca de seis millones de prisioneros rusos de guerra, las fuerzas del eje nazi-fascista mataron sobre todo a no combatientes. En el caso de la guerra civil española, cayeron cerca de 70 mil combatientes por cada

bando, pero, luego cerca de 2000 mil personas fueron asesinadas y 30 mil desaparecidas en la represión franquista en frío de posguerra (Orioles, 2002; Rivas, 2003). La violencia colectiva de tipo social, como el terrorismo o los disturbios siguen esa lógica. Por ejemplo, en el caso de las violencias masivas por conflictos inter-étnicos, perpetrados por grupos no organizados institucionalmente, como ocurrió en 1946–1947 cuando se escindió Pakistán de la India, la mayoría de las víctimas son no-combatientes —mujeres, niños, viejos, etc.— (Kuper, 1996). En el caso irlandés y vasco, buena parte de las víctimas de la violencia colectiva eran civiles y además de la misma comunidad étnica: alrededor de un 40% y la mitad de los muertos en la CAPV e Irlanda eran civiles respectivamente. Los paramilitares republicanos han matado al 25% de los católicos muertos y los lealistas al 10% de los protestantes muertos (Martín y Páez, 2000).

Quinto, los hombres matan masivamente siguiendo roles institucionales, obedeciendo ordenes superiores, decididas por elites organizadas socialmente. No actúan agresivamente por frustración, privación relativa personal, activación del arousal y emociones negativas o para obtener fines personales instrumentalmente. Actúan agresivamente, es decir, matan a muchas otras personas, siguiendo los deberes y derechos de los roles institucionales. En este sentido hay que destacar que se han registrado muchas más violaciones a las convenciones de la guerra o terrorismo por parte de los estados que de sus oponentes “no estatales” (Hallyday, 2004).

## **Factores macro-sociales y culturales asociados a la violencia colectiva**

Varios procesos macro sociales se asocian a esta justificación y desarrollo de la violencia colectiva. Primero, la privación relativa. Segundo, la deslegitimación del estado y la acumulación de recursos y oportunidades para la movilización. Tercero, una cultura autoritaria.



Diferentes autores como Davies, Gurr y otros desarrollaron la idea de Tocqueville sobre las circunstancias en que surgen revoluciones, para explicar la violencia sociopolítica interna (disturbios, golpes de estado, guerrillas e insurrecciones). Según Tocqueville las revoluciones no se producen en periodos de declive o estancamiento —la miseria estable y permanente produce desesperanza y no-rebelión—. Las conductas colectivas violentas se producen cuando después de un periodo de mejora, la situación empeora. Las expectativas de progreso y mejora se ven frustradas y en ese momento se desarrollan las conductas colectivas violentas. La idea es que la violencia colectiva se asocia a la privación relativa. Los estudios de Feierabend y Feierabend (1969 en Morales y Moya, 1994), con una muestra de 84 naciones y analizando los años 1955–1961, mostraron que la frustración colectiva producida por la modernización tenía una correlación positiva con la inestabilidad. Sus estudios confirmaron que en los países en los que la educación y modernización eran más altos que su desarrollo social, y por ende discrepante, con su grado objetivo de desarrollo (salud, ingesta calórica) mostraban mayor inestabilidad política y violencia sociopolítica. Mientras que 34 sobre 36 de los países de alta frustración sistémica eran inestables políticamente, sólo lo eran 6 sobre 26 de los países de baja frustración sistémica también encontró que a mayor evolución en el tiempo hacia la desigualdad económica, es decir, a mayor privación relativa económica, mayor cantidad de muertes por conflicto político.

Davies integró además de la privación relativa, la justificación de la violencia y la relación de fuerzas, como procesos explicativos. Para medir colectivamente la privación relativa utilizó indicadores de discriminación política y económica, de falta de oportunidades educativas y divisiones religiosas. La magnitud del descontento provocado por la privación relativa es un primer factor explicativo de la violencia sociopolítica.

El segundo es el grado de politización de este descontento, mediante justificaciones ideológicas. La ilegitimidad del régimen, la ineficacia demostrada por el régimen en el pasado para resolver las situaciones que provocan privación relativa y el éxito pasado de acciones violentas políticas son indicadores de este proceso de politización del descontento. El tercer proceso explicativo de la magnitud real de la violencia sociopolítica es la relación de fuerzas organizadas, cuyos indicadores son la relación de fuerzas institucionales y de control coercitivo entre el régimen y los oponentes. Utilizando datos sobre 21 naciones occidentales entre 1961 y 1965, Gurr confirmó que la privación persistente, la ilegitimidad del gobierno, la menor fortaleza institucional y la menor capacidad coercitiva del régimen se asociaba al nivel de conductas colectivas violentas.

Aunque parezcan irracionales y arbitrarios, los procesos de violencia colectiva se explican por la búsqueda de ciertos objetivos con los medios disponibles por los grupos organizados: la independencia en el caso de la CAPV. Siguen una lógica de obtención de fines a partir de los recursos acumulados y de las oportunidades de acción. Los movimientos sociales y las conductas colectivas violentas se desarrollan cuando:

- a) un grupo se representa que comparte un interés común
- b) posee organización y recursos que pueden ser movilizados; por ejemplo, los movimientos étnico-nacionalistas son más frecuentes en zonas con desarrollo socioeconómico
- c) tiene oportunidades para movilizarse

Un gobierno fuertemente represivo paraliza la acción colectiva, mientras que un gobierno con una represión menor facilita la movilización. Los estudios han encontrado que la violencia política se asocia de forma curvilínea con la represión estatal: estados con muy fuerte acción represiva o estados poco represivos muestran niveles inferiores de violencia colectiva. Una represión intermedia, que castiga e irrita, pero no anula a los activistas, tiende a



umentar el grado de violencia colectiva. Además, la menor represión muestra que las oportunidades de movilización y los costes son menores, en comparación con etapas anteriores.

La mayor violencia colectiva después de la transición que en la dictadura franquista se explica porque la democracia facilita la acumulación de recursos y amplía la capacidad de acción —en condiciones de represión sólo una minoría participa en acciones violentas—, y la experiencia de la Resistencia, de Argelia y de América Latina, indica que la guerrilla urbana recluta a una ínfima minoría (estimada en el 2% de la población en el caso polaco) y que en ausencia de crisis militares y políticas externas, está condenada al fracaso. El cambio a acciones contra oponentes civiles se explica por el carácter más sencillo y fácil de alcanzar a estos, así como por la necesidad de aislar y debilitar a las facciones políticas no-nacionalistas vascas, en un marco de menores recursos y mayor acoso policial, así como de generalización relativa de los objetivos independentistas.

Además de la privación relativa, de las contradicciones inducidas por la modernización, situaciones de acumulación de recursos y crisis del aparato de estado, el predominio de valores culturales autoritarios o de alta distancia jerárquica se han asociado a actitudes y conductas colectivas de violencia sociopolítica. Hofstede (2002) analizando datos de encuestas de 17 países desarrollados encontró que el acuerdo con el cambio revolucionario, aunque en general bajo, era mayor en las culturas de mayor distancia jerárquica. Un índice de violencia política interna (disturbios y ataques armados) calculado entre 1948 y 1977 en 50 países correlacionaba de forma positiva con el grado de distancia jerárquica de la nación. En estas culturas el poder está controlado por elites relativamente autocráticas, la confianza en la policía es baja y los cambios políticos ocurren de forma súbita. Todo esto sugiere que la legitimidad del régimen será baja en estas culturas. Las fuertes diferencias de ingresos entre los más ricos y

más pobres típicas de estas culturas serán probablemente una fuente de privación relativa. En otros términos, la mayor magnitud de la privación y la menor legitimidad relativa del régimen político parecen explicar la asociación entre cultura autoritaria y la tendencia a la violencia sociopolítica.

Estos factores explican al menos el surgimiento y evolución durante la transición y los primeros años de la violencia colectiva en España y la CAPV. La frustración grupal de los objetivos de independencia, la disminución de la represión y la apertura de mayores oportunidades de movilización, la acumulación de recursos y la legitimación de los objetivos nacionalistas independentistas, y la herencia de una cultura autoritaria, tanto franquista como local, son factores facilitadores de la violencia colectiva. Ahora bien, estos factores son comunes a regiones como Cataluña y muestran que es necesaria una reflexión más amplia para entender este fenómeno.

## **Violencia colectiva, conflicto y estereotipos**

La violencia colectiva se da a menudo en el marco de conflictos políticos importantes. Se ha constatado que el mero conflicto aumenta la solidaridad o cohesión al interior de cada grupo (endogrupo). La percepción mutua desfavorable y las interacciones hostiles se efectúan en espejo, desatando una escalada de conflictos. Según se va desarrollando el conflicto, la cantidad de comunicación entre ambos grupos disminuye, la afectividad de la comunicación se vuelve cada vez más hostil y la comunicación tiende a distorsionarse: un contenido neutro tiende a ser percibido como hostil. En los grupos ganadores se consolida un liderazgo autocrático y conservador en general. El reemplazo de líderes se produce en el o los grupos perdedores, el cual se convierte en más “experimental” en la búsqueda de solución al problema. Las derrotas repetidas disminuyen la cohesión hasta el punto que la cooperación



CUADRO I: EVALUACIÓN DE CONDUCTAS QUE PROVOCAN EL ESTEREOTIPO HOSTIL

Nosotros	Ellos
♦ Tenemos orgullo, respeto por nuestras tradiciones y nuestra identidad	♦ Son egocéntricos y están centrados sobre sí mismos
♦ Somos leales	♦ Cerrados sobre sí mismos
♦ Somos honestos y asertivos, confiamos en nuestras fuerzas, no somos personas a las que se pueda engañar	♦ Quisieran engañarnos, si pueden hacerlo lo harán. No tienen honestidad, ni sentido moral hacia nosotros
♦ Somos limpios y morales	♦ Son sucios e inmorales

Fuente: (Raven y Rubin, 1976)

intra-grupal baja a mínimos o desaparece. Como veremos más adelante, el conflicto conlleva un refuerzo de la solidaridad endogrupal y de valores de beneficiencia o preocupación por el bienestar de los nuestros, un aumento de la cohesión y conformismo social, un refuerzo de valores de autoritarismo, aunque también un rechazo de los otros. Con respecto al último aspecto, el conflicto va a provocar la construcción de un estereotipo hostil sobre el grupo opuesto, tomando la forma de una orientación bivalente, donde los mismos comportamientos son interpretados y valorizados divergentemente según el grupo que los ejecuta. Raven y Rubin infirieron el siguiente esquema de evaluación de las conductas. (Cuadro I).

Hay creencias sociales que actúan como mecanismos de afrontamiento colectivos que permiten confrontar el estrés y la ansiedad, y justifican las conductas agresivas y violentas, alimentando la espiral del conflicto social:

a) Nuestros objetivos son justos: por ejemplo, un Estado Judío o una Nación Palestina en Israel, ambos justificados por la historia y años de opresión.

- b) El oponente no tiene legitimidad: no hay adversario digno y los otros son la causa de todos los males. En los casos extremos se llega a la deshumanización del enemigo, a su categorización como un no-humano que no merece compasión ni estima. Por ejemplo, la deslegitimización extrema mutua en el caso israelí-palestino. Donde es común una imagen diabólica del enemigo.
- c) No podemos hacer nada mal: se refuerza hasta el extremo el etno-centrismo. Esto se acompaña de una imagen de sí mismo como viril y moral: “somos los mejores”; y de una confianza ciega en el triunfo de las fuerzas propias. Por ejemplo, los israelíes se perciben trabajadores, determinados, inteligentes, luchadores, que han reconstruido el Estado Judío y cuya cultura ha sido la “luz de Occidente”. Los palestinos se perciben como un pueblo luchador, que ha hecho muchos sacrificios y como los más educados entre los árabes.
- d) Nosotros somos las víctimas: se percibe al grupo como una víctima injusta e inocente de las atrocidades del adversario, lo cual se asocia a una falta de empatía hacia el enemigo.



Esto se apoya en diferentes procesos cognitivos:

- a) Una atención selectiva, que no integra los aspectos negativos de la situación ni los errores cometidos por el grupo propio, y se orienta a la confirmación de las creencias y prejuicios.
- b) Una interpretación sesgada de la información. Estudiantes pro-OLP evaluaron una serie de noticias como favorecedoras hacia los israelitas, mientras que estudiantes pro-israelitas percibieron las mismas noticias como muy críticas con los judíos y favoreciendo a los palestinos (Igartua, 1996).
- c) Elaboración sesgada de la información: las personas tienden a codificar de forma más abstracta y elaborada las conductas negativas del exogrupo, y de forma más concreta sus propios hechos negativos, así como retransmiten de forma más exacta las masacres de otros grupos nacionales que las suyas propias. Además, reconstruyen y justifican más sus propios hechos negativos históricos que los de otros (Páez y Marques, 1999).

Otro mecanismo es la atribución de las conductas negativas del pasado del propio grupo a causas externas. Hewstone (1990) ha encontrado en 5 de 10 investigaciones revisadas que las personas atribuyen los actos negativos del exogrupo más a causas internas y atribuyen menos a causas internas los actos negativos de miembros del endogrupo. Fenómenos similares se han manifestado, aunque con intensidad menor, en el caso de la CAPV (Martín y Páez, 2000).

## Conclusiones

1.- La violencia colectiva es el uso intencional de la fuerza por grupos organizados, contra un grupo o una comunidad, con el fin de apoyar ciertos fines políticos que tiene como resultado o tiene una alta probabilidad de tener como resultado la muerte, el

daño físico y o psicológico, la privación o una alteración del desarrollo de la persona. Además de la guerra y la rebelión armada, se incluye en la violencia colectiva el terrorismo o acción armada contra no combatientes o combatientes desarmados.

2.- La violencia colectiva se lleva a cabo de forma organizada e institucional y no se explica por los procesos emocionales y cognitivos de la agresión interpersonal. Los perpetradores de la violencia colectiva no se caracterizan por una personalidad psicopatológica, sino que son sujetos que comparten fuertemente ciertas normas y valores ideológicas. La mayoría de las víctimas de las guerras son civiles, ya que el objetivo de desmoralizar a la población enemiga para ganar el conflicto se ha generalizado. El 40% de las víctimas de la violencia colectiva en nuestro contexto han sido civiles.

3.- La justificación y desarrollo de la violencia colectiva, en estudios colectivos internacionales, se asocian a la privación relativa o sentimiento de injusticia porque el grupo no recibe lo que se merece, a una lógica de movilización de recursos y aprovechamiento de oportunidades, a la deslegitimación del estado y un nivel de represión medio, así como a una cultura autoritaria. Estos factores estaban presentes al inicio de la violencia colectiva en nuestro contexto.

4.- Los perpetradores de la violencia colectiva se caracterizan por una fuerte identificación con el grupo, la atribución de los problemas sociales a causas externas y globales, la percepción de capacidad de controlar el medio, la desconfianza de las instituciones, compartir creencias etnocéntricas y de fuerte diferenciación conflictiva entre ellos y nosotros, vivenciar fuertes emociones negativas (asociadas a la privación relativa, injusticia y enojo), una creencia de que muchas personas apoyan y aprueban sus acciones, así como que estas tienen expectativas de éxito. No se diferencian por percibir que sus acciones tienen un coste menor en comparación con no participan-



tes. Una limitación es que muchos de estudios se hicieron en los 80 y se basan en auto-informes. Por ejemplo, el aumento de la frecuencia e intensidad del castigo judicial (de los costes) se ha argumentado que ha sido un factor que ha disminuido la violencia colectiva de calle. No sabemos si esto se ha reflejado en un aumento percibido de los costes ni que papel ha jugado la disminución del apoyo a las acciones violentas.

5.- Tres procesos que facilitan la violencia colectiva son:

a) la justificación moral de la violencia colectiva que se percibe y explica como una obligación moral, como una forma de cumplir con un orden social valorado que ha sido cuestionado y debe ser restaurado

b) el distanciamiento psicológico y deslegitimización, generalmente por deshumanización, de las víctimas que se perciben como meros números y roles, que se agreden sin importar sus características personales

c) la desindividuación de los agresores, su anonimato y clandestinidad, a falta de responsabilidad ante otros, la falta de sanción o impunidad facilitan la violencia colectiva.

Una conclusión importante, refrendada por los estudios internacionales, es la escasez y dificultad para obtener señales de culpa, arrepentimiento y perdón, de los involucrados en la violencia colectiva.



---

## BIBLIOGRAFÍA

Todas las referencias utilizadas se hallan en:

- D. Paez, I. Fernandez, S. Ubillos & E. Zubieta (2004). Psicología social, Cultura y Educación. Madrid: Ed Pearson.



# El revés de la violencia

M. Carmen Rodríguez-Rendo

Psicoanalista.

Madrid

## Introducción

Este trabajo tiene como meta dejar de MIRAR la violencia como signo de una juventud falta de límites, y dar lugar a las PALABRAS para que ellas puedan dar cuenta de su revés. Aunque cerremos los ojos, el imperio del mundo imaginario somete al cumplimiento de sus propias leyes: la completud especular y la perfección estética es lo que marca la moda. La propuesta es una imagen sin fallo, sin dolor, sin contradicciones.

Desearía que éste artículo estimulara la curiosidad del lector que muchas veces debe sobreponerse a un discurso que tiende a adormecer su juicio crítico en una sociedad que exhibe sus carencias sin reconocerlas como tales, y donde la juventud está presionada a adaptarse a unos cambios y transformaciones de tal potencia que su psiquismo se ve amenazado de forma inevitable. La mirada del psicoanálisis se va a detener en la falta, que en muchos casos se expresa en forma de exceso y en la diferencia, dos conceptos que junto con la noción de castración permiten acceder a ese “revés” que se anticipa en el título. La pulsión de muerte será en ésta ocasión la noción bisagra en torno a la que girarán los otros elementos conceptuales.

Si la diferencia anatómica de los sexos plantea el enigma de su resolución, la castración aporta una forma de respuesta que marca la singularidad del sujeto. Así como diferencia y castración se articulan en la teoría freudiana

en relación a la ausencia o la presencia de pene, la noción de “falta” surgirá en la teoría de Lacan, inaugurando la dimensión simbólica de ausencia y presencia, y separándolas de lo real de los cuerpos.

No está de mas recordar que Freud lleva a cabo un acto de cierta audacia cuando separa la sexualidad de la genitalidad, así como al considerar a la muerte como fuerza pulsional similar a la sexual, subrayando que ésta fuerza pulsional forma parte de la vida psíquica aunque de forma silenciosa ya que el sujeto padece el desgarramiento de la escisión entre la Naturaleza y la Cultura sin encontrar esa supuesta armonía con el mundo que lo rodea.

## El imperio de la imagen

Entre las carencias que se lucen en los últimos años figura el no tener tiempo. Ser adulto y con tiempo libre es sinónimo de adulto fracasado o de jubilado agrio.

Cabe preguntarse si es ésta la imagen de futuro que se ofrece a la juventud; y si es así, enfermar sería una forma de retrasar el encuentro con esa modernidad que se vende en los soberbios escaparates de la especie humana. El mandato del imperio de la imagen podría ser: ¡sea un adulto de éxito sujetándose a las siguientes exigencias!

- 1) sea inmortal,
- 2) sea profesor antes que alumno,
- 3) esté pendiente de su imagen y de lo que los otros digan de usted,



- 4) recuerde que su ser se reduce a su estética,
- 5) no piense demasiado, si es menester que sea lo justo para estar el día,
- 6) no subjetive, no se cuestione ni admita haber cometido error alguno, podría interpretarse como signo de debilidad,
- 7) nunca diga “no sé”, le dejarían fuera del grupo que suele denominarse “nosotros”,
- 8) tiene prohibida la tristeza, la depresión y eso que se llama “perder los papeles”,
- 9) manténgase en plena forma o lo que es lo mismo conserve el goce pulsional y su tendencia a repetir,
- 10) “no se coma la cabeza y olvide”... etc.

Para conseguir éste decálogo el sujeto deberá violentar su psiquismo para poder llegar muy arriba, más allá de los límites de la ética narcisista. Después de este listado de exigencias para el adulto, no es extraño en la juventud la tentación a prolongar esa etapa, ni la presencia de cuadros depresivos, abulias, alcoholismo, toxicomanías, anorexias, y las llamadas “conductas de riesgo”, como formas de violencia y de agresividad cuyo destino es el propio sujeto.

Las instituciones tradicionales (familiar, educativa, sanitaria) ya no encuentran una respuesta adecuada ante la emergencia de tendencias destructivas que se vuelven contra sí mismos ante una sociedad que lejos de acoger reflexivamente, empuja y obstaculiza el desarrollo. El cuerpo y su exhibición como sustitutos de las palabras no pueden excluirse de los fenómenos de la cultura, formando parte de esa noción bisagra en la obra de Freud, la pulsión, alojada en el interior del sujeto.

## Descifrar los síntomas

La práctica psicoanalítica con la juventud es un gran ventanal que se ofrece a la observación de lo que la cultura de hoy activa en ella, sus síntomas y entre ellos, la violencia, encarna la puesta en acto de la tendencia a la destrucción, la pulsión de muerte.

Este gran ventanal puede ser utilizado como espacio donde descifrar el sentido de muchos trastornos de su vida psíquica, sin dar la espalda al contenido de su sexualidad y de la muerte como límite, tan presente en muchos pasajes al acto. La necesidad de la satisfacción inmediata, sin tiempo para la espera, debería ser recogida como pedido de ayuda de un sujeto que se siente perdido ante la oferta desmedida de los diferentes métodos, todos fáciles de conseguir en el mercado, para quitar el dolor desde el exterior sin la aparente necesidad de preguntarse.

Lacan decía que lo propio de las verdades es que nunca se muestran enteras. De igual manera podríamos afirmar que lo propio de la individualidad es la diferencia. El Ideal de sujeto promovido hoy está mas cerca de verdades enteras, de certezas soldadas en el grupo de pertenencia, que de la castración y del reconocimiento de la diferencia. Si lo que falta se recrea en lo que sobra, si la premisa de que nada falta queda velada por un supuesto estado de satisfacción obtenido con una ingesta diversa, fácilmente encontraremos el exceso andando por la misma acera que la violencia. “Borrar la diferencia”, “obturar la falta” podrían ser mensajes publicitarios de una modalidad que evita el conflicto a la vez que precipita hacia él.

## Encuentro de lo social, la cultura y la pulsión de muerte

Se podría decir que a partir de la propuesta psicoanalítica, la muerte ha dejado de ser una cuestión solamente biológica y a pesar de que no exista en el sujeto una representación de ella en la vida psíquica, (puesto que no hay inscripción psíquica de la muerte), la idea de la muerte ha sido puesta en contacto con la noción de pulsión sexual.

1º. Recordemos la noción freudiana de pulsión:  
*Freud define la pulsión como un impulso que tiende a un fin. Es descrito en el marco de la sexualidad humana. Consiste en un proceso*

*dinámico con un objeto errático y variable, con fines múltiples y fuente someto-psíquica. Al pensarlo como empuje, se enuncia la noción de pulsión como fuerza que impacta al sujeto desde su interior, susceptible de precipitar a dicho sujeto en actos que permitan una descarga de excitación.*

*Es decir, la pulsión es siempre activa. La pulsión abraza al objeto, pero la fuente y el fin no se superponen.*

*El fin es calmar la fuente de la excitación y el goce pulsional consistiría en un insistente retorno a la fuente.*

2°. Dualidad pulsional:

Las formaciones del inconsciente son modalidades discursivas, maneras de hacerse oír de ese sedimento pulsional del deseo donde la muerte y la sexualidad buscan un espacio textual. Si la muerte y lo sexual son fuerzas pulsionales similares, son la fuente de muchos fenómenos anímicos. Con la pulsión de muerte el dualismo pulsional forma parte del aparato psíquico y la intimidad de la vida del inconsciente se rige por la alternancia entre la pulsión de vida y la pulsión de muerte.

3°. Encrucijada Naturaleza-Cultura:

El antagonismo entre cultura y vida pulsional es tratado por primera vez por Freud en 1908.

Antes que él, otros estudiosos habían abordado éste tema. En 1895 era Von Krafft-Ebing, citado por el mismo Freud, el que escribía: “El modo de vida de innumerables hombres de cultura presenta hoy una multitud de aspectos antihigiénicos, sobrados motivos para que la nerviosidad se cebe fatalmente en ellos, pues esos factores dañinos actúan primero y las más de las veces sobre el cerebro... se han consumado en los últimos decenios unas alteraciones que transformaron con violencia la actividad profesional,..., y todo ello a expensas del sistema nervioso.” (Freud, La moral sexual....1908). No sería pertinente ignorar

la actualidad de éste fragmento, puesto que da debida cuenta de cómo algunas de las conquistas del hombre y su inscripción en la cultura pueden llegar a enfermar.

4°. La negación:

Resulta evidente para muchos que lo pulsional gobierna la dinámica psíquica de una buena parte la juventud actual.

La oralidad parece a veces la única forma de vida, (beber, fumar, comer, no comer, usar fármacos, etc.) sin embargo para las palabras que abren una pregunta no queda sitio en la boca. Una mirada rápida a las sociedades modernas deja ver sin esfuerzo el ritmo pulsional que barre los tabúes sexuales y los sustituye por la negación de la muerte.

Mientras se exhibe la destrucción en los telediarios y los cadáveres son protagonistas del mundo del espectáculo informativo, la enfermedad se esconde como si fuese un defecto y al sufrimiento psíquico se le prohíbe expresarse ya que amenaza la completitud narcisista.

Si bien la negación trabaja para que el contenido de la representación no llegue a la conciencia, la aceptación intelectual de lo reprimido no deja cancelado el proceso represivo. “La afirmación —como sustituto de la unión— pertenece a Eros, y la negación —sucesora de la expulsión—, a la pulsión de destrucción” (Freud, La negación, 1925). La violencia surge ante la quiebra de las representaciones como forma de vehiculizar una salida para la angustia que lejos de ser contenida, tropieza con el desamparo psíquico y la disolución del tiempo subjetivo.

El reconocimiento del malestar no se prodiga en el discurso, mientras la reafirmación de la ausencia de conflicto resulta sobre abundante. Lo social activa lo pulsional cuando pone a disposición de los otros los estímulos para la acción en detrimento de los estímulos para la reflexión. La retracción de la potencialidad simbólica y el despliegue de la demanda imaginaria están en el origen



de la tendencia a actuar antes de acceder al pensamiento y marcan el estilo de la sociedad de hoy.

Pensar ha sido señalado como peligroso, puede abrir preguntas para las que no siempre haya respuesta y la descarga motriz que permite una acción violenta puede transformarse en la respuesta que asume la identificación a un ideal, una identificación que ofrece un marco, la posibilidad de ser alguien aunque sea en contra de sí mismos. Debemos recordar que “todas las representaciones provienen de percepciones, son repeticiones de éstas”. Por lo tanto, “el pensar posee la capacidad de volver a hacer presente, reproduciéndolo en la representación, algo que una vez fue percibido”. (Freud, *La negación*, 1925).

#### 5°. El pasado:

Masud R. Khan decía: “Si uno fue bien criado, si supo aprovechar algunos momentos, y desperdició otros absurdamente, uno llega a un punto en que el pasado es el abono mediante el cual se fertiliza el presente”. (*Locura y soledad*, 1983). Como la historia no es letra muerta asistimos a una época en la que la juventud recoge como portavoz la invitación del entorno a negar la idea de finitud, a no tolerar la frustración por considerarse decadente y en suma a relacionarse con el tiempo en la dinámica del presente, como si fuera posible tener algún presente sepultando al pasado. La alternativa que resta será repetir en lugar de recordar.

Si el pasado no se recoge, la tradición será sustituida por la premura del hacer: “hacer lo que uno quiere” ha ido dejando de ser un objetivo por alcanzar para ser un estado, una forma de vida.

## El monstruo posmoderno

A partir de aquí podríamos preguntarnos hasta qué punto el momento social se puede transformar en motor generador de angustia, ya que si el estado del bienestar impone “hacer

lo que uno quiere” el límite se disuelve en la relación con el otro. Cuando el límite se disuelve y la solución sexual fracasa, retorna la angustia.

La angustia es uno de los monstruos más temidos de la posmodernidad. Cuando su intensidad amenaza el equilibrio del aparato psíquico, puede precipitarse una quiebra en el sujeto, un derrumbe representacional. La violencia sería la consecuencia de éste derrumbe al que hago referencia. Los problemas políticos, las guerras, el hambre, el desempleo, la falta de ideales etc. forman parte del paisaje de la juventud. A cualquiera de estos temas se accede sin esfuerzo, mas aún son los temas los que de forma violenta entran en las familias y en las vidas de los sujetos a través de los medios de información y de ocio.

Antes a las imágenes que se nos ofrecían como espectáculo se les pedía que no fueran reales y durante mucho tiempo se buscaba que la representación lo fuera, no de lo real sino de un orden simbólico que pudiera dar sentido a lo real. En la actualidad se ha ido desencadenando una “demanda de realismo que habría de proseguirse en su exacerbación naturalista. Y que alcanzaría su más intensa expresión en la imagen televisiva: pues en ella es la huella audiovisual de lo real la que manda, imponiéndose por encima y contra toda lógica de la representación.” (González Requena, 2002). Podemos suponer que ésta “huella” está siendo cortejada por la violencia ya que ésta última se ha convertido en objeto de consumo.

Las imágenes y las palabras que se muestran o se exhiben a nuestro alrededor no siempre asimilables para un adulto, forman parte de un texto que nos envuelve. Somos protagonistas y espectadores de una pesadilla que socava el espacio psíquico desconectando al sujeto del encuentro consigo mismo. La relación entre cultura y patología psicosocial no necesita ser demostrada. “Si bien los elementos de la organización psíquica no se modifican por las influencias del mundo exterior, es decir, no alteran ni

su estructura ni su naturaleza, éstos adquieren diferentes formas de relación según la historia subjetiva particular y el tipo de cultura dominante... El sujeto generador de cultura es al mismo tiempo un efecto condicionado por ella.” (Berenstein, 2002).

De igual manera lo social como elemento generador de violencia produce un sujeto que se nutre y alimenta a lo social. Eso que se intenta destruir fuera, es tan solo un sustituto de algo interior e inasequible para el sujeto, algo más próximo al ser que al estar. Si en cada época de la historia de la humanidad han habido patologías que fueron metáfora de su tiempo, podemos afirmar que nuestro tiempo está poseído por el imperativo de “acallar la angustia” y sin embargo ella se presenta cada vez con mayor voracidad en el vacío donde retorna el automatismo a la actuación.

La generación anterior a ésta juventud, tiene algunas características que deberíamos enunciar. En ella encontramos sujetos que no siempre han accedido a la posición de tales y que en muchos casos han alargado la estancia en el lugar de objetos. Otros desconocen la falta como causa del deseo, y varios han desestimado el valor de las cicatrices, esas a las que se refiere la teoría psicoanalítica en términos de castración simbólica.

Lo simbólico se fue constituyendo en un territorio poco explorado, por lo tanto las palabras fueron perdiendo su eficacia, y su valor. Los discursos inconsistentes poblaron algunos medios de comunicación, el poder cambió de sitio en las aulas; antes era patrimonio de los profesores y luego deviene propiedad de los alumnos. La generación de los padres se queja del desprecio paulatino de ciertos jóvenes hacia las palabras, los libros, las normas, los límites,

etc. Por otra parte la generación que se queja se ha soldado narcisísticamente en no mostrar el dolor, ni el fallo. “Es mejor olvidar, el tiempo todo lo cura”... y la locura está en la puerta: era mejor negar que nombrar. Obviar el decir ó decir sin que se note, que no se vea, que no se sepa. Era mejor olvidar que recordar.

La razón ha ido ocupando tanto sitio que el cuestionamiento de una idea del otro ha resultado agresivo y fuera del protocolo. “Tener razón” ha desalojado a las contradicciones. La mirada psicoanalítica es la que nos permite afirmar que ésta violencia que asusta responde a una renegación que se produce en la generación anterior y cuyo efecto surge en la generación siguiente. Es el precio que el psiquismo paga cuando falla una operación primordial: la castración simbólica.

Si las cicatrices han perdido su valor, la pulsión de muerte surge y domina. El no reconocimiento de la ley, como exterioridad internalizada lleva a la deshumanización, y la ferocidad de muchos actos denuncian la orfandad psíquica. Debemos agradecer a Freud la teorización de lo inconsciente como espacio semántico que permite la comprensión de los procesos psíquicos, separándonos de la mirada descriptiva que aunque minuciosa se pierde en la superficie de los fenómenos sin entrar en su dialéctica.

Los fenómenos anímicos como los procesos psíquicos también tienen historia. Al nombrarlos le restituimos su existencia, y de su reconocimiento depende el devenir psíquico. Todo sujeto está dividido e incompleto y es esto lo que le devuelve al hombre, por encima de su categoría biológica, su vocación: la humanidad; pero a la vez es lo que lo sujeta al miedo incluso de aquello que le hace crecer.



---

(\*) Psicoanalista, miembro de la Fédération des Ateliers de Psychanalyse (París). Psicoterapeuta psicoanalítico didacta de la FEAP. Miembro del consejo de redacción de Diván El Terrible. rodriguez-rendo@terra.es • tel. 91.4161258



---

## BIBLIOGRAFÍA

- Berenstein, A. “*Vida sexual y repetición*”. Editorial Síntesis. 2002.
- Freud, S. “*La moral sexual «cultural» y la nerviosidad moderna*”. (1908).  
“*Pulsiones y destinos de pulsión*”. (1915).  
“*Más Allá del principio del placer*”. (1920).  
“*El Yo y el Ello*”. (1923).  
“*La negación*”. (1925).  
“*Inhibición, síntoma y angustia*”. (1925–1926).  
“*El malestar en la cultura*”. (1914).  
*Carta abierta a Einstein: “¿Por qué la guerra?”*. (1933).  
*Obras Completas*. Amorrortu editores. (1996).
- González Requena, J. “11 de Septiembre: escenarios de la Posmodernidad”. *Revista de Cultura Trama y Fondo*, N° 12. (2002).
- Lacan, J. *El estadio del espejo como formador del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica*. Escritos I, Siglo XXI editores, (1971).  
*La agresividad en psicoanálisis*. Escritos I, Siglo XXI editores, (1994).  
*La Ética del Psicoanálisis*. Libro 7. Ediciones Paidós. (1992).
- Laplanche y Pontalis. *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor. (1977).
- Roudinesco–Plon. *Dictionnaire de la psychanalyse*. Editorial Fayard. (1997).
- Masud R. Khan, M. *Locura y Soledad: Entre la teoría y la práctica psicoanalítica*. Lugar Editorial (1991).



# Declaración de la WPA respecto a la escalada de violencia en Oriente Medio

World Psychiatry  
2003

La guerra, que confluye con la violencia, la pobreza, la privación, humillaciones, desplazamientos, estado de sitio, internamientos forzosos, etc está influyendo en el desarrollo de enfermedades mentales, siendo un obstáculo a la prevención y a los procesos de rehabilitación de las mismas, sobre todo en lo que se refiere a los componentes sociales más notorios. Si bien el conflicto bélico de Oriente Medio persiste desde hace más de medio siglo, en el último año se ha generado una escalada de violencia de consecuencias difíciles de prever. La WPA aprobó en su Asamblea General de agosto de 2002 en Yokohama, durante el 12 Congreso Mundial de Psiquiatría.

*La WPA ha seguido con gran preocupación la escalada de violencia que está teniendo lugar en los Territorios Ocupados, en Israel y en los campos de refugiados de la Franja Oeste y de Gaza, debido a que representa una nueva y grave amenaza para la salud mental y general de las personas afectadas, tal como ha reconocido recientemente la Organización Mundial de la Salud. Como profesionales de la psiquiatría, no podemos ignorar los trastornos psicológicos que están teniendo lugar y las consecuencias psicológicas que va a tener la exposición crónica a la violencia entre la sociedad civil de los Territorios Ocupados de Israel.*

*El aumento en la prevalencia de los trastornos de estrés postraumático y de los trastornos emocionales en los niños, además de una amplia gama de reacciones de estrés tanto agudas como crónicas, especialmente entre los grupos más vulnerables, como los niños, las mujeres los acianos y los incapacitados, son sólo algunas de las consecuen-*

*cias que se puede esperar respecto a la salud mental. Es posible imaginar el grado de desesperación que se pueden alcanzar estas personas cuando pierden la esperanza de lograr los requisitos mínimos para la vida humana, libres del peligro y la humillación.*

*Toda una generación de niños palestinos va a crecer con el recuerdo de la muerte de sus familiares, la demolición de sus hogares y la degradación de sus comunidades. Toda una generación de sus comunidades. Toda una generación de niños israelíes va a crecer con una importante sensación de inseguridad y de temor. Además, los niños de ambos grupos de población van a desarrollar una profunda desconfianza entre sí.*

*La WPA también expresa su preocupación respecto a las dificultades por las que atraviesan las personas que viven en estas zonas para alcanzar y recibir los servicios sanitarios que necesitan, así como respecto a la seguridad de los psiquiatras y otros profesionales sanitarios que llevan a cabo su trabajo vital en estas áreas.*

*Por tanto, la World Psychiatric Association:*

- Apela a todas las partes en conflicto para que consideren las consecuencias psicológicas a corto y largo plazo de la violencia y de la guerra, y para que acepten sus respectivas responsabilidades en lo que se refieren al bienestar mental de las generaciones futuras de personas que viven en la región.*
- Hace un llamamiento a sus sociedades miembros para que realicen una campaña de información pública en sus respectivos países respecto*



a los peligros psicológicos de la guerra, de la violencia y de los asesinatos en masa, y para que presionen a sus gobiernos de manera que desempeñen un papel activo en la eliminación del círculo vicioso generado por la violencia en los Territorios Ocupados y en Israel.

- Solicita de manera urgente a la Israeli Psychiatric Association, a la comunidad de psiquiatras palestinos y a otras asociaciones de psiquiatría de la zona para que elaboren informes sobre la situación de la salud mental en sus áreas respectivas, así como para que efectúen recomendaciones específicas que permitan solucionar esta situación.
- Solicita de manera urgente que las secciones y comités correspondientes de la WPA colaboren con las sociedades de psiquiatría locales para evaluar la situación actual y para incrementar las estrategias de intervención pertinentes.
- Va a organizar un forum y una red de organizaciones internacionales de salud mental y de organizaciones humanitarias para revisar los informes relativos a la salud mental en la zona y para ayudar a encontrar soluciones en colaboración con los grupos sociales locales.

Esta llamada de la WPA ha sido recibida positivamente por todas las organizaciones que componen la propia WPA. Ha tenido una signifi-

cación especial la respuesta de los psiquiatras israelíes y palestinos.

- La WPA hace un llamamiento a la comunidad psiquiátrica internacional para facilitar este tipo de reuniones con el objetivo de aunar todos los esfuerzos y poder así interrumpir los actos violentos y deshacer el círculo vicioso que se ha formado en este sentido.

La WPA quiere aprovechar la oportunidad para conseguir que los psiquiatras de buena voluntad de ambos lados constituyan un comité específico acerca del problema de Oriente Medio cuyo objetivo principal sería el de que los psiquiatras y profesionales de la salud mental de ambos lados trabajaran en conjunto para abordar el impacto psicológico de los traumas diversos y repetitivos que están sufriendo los habitantes de esta zona, sobre todo los niños.

Se ha establecido el Comité de Oriente Medio y en este momento se está invitando para su participación a psiquiatras israelíes y a otros colegas de la zona, de Europa y Estados Unidos. También se ha contactado con la Organización Mundial de la Salud, la American Psychiatric Association y el Royal College of Psychiatrists para que contribuyan a la formación de este comité. Sería una aportación extraordinaria si este comité alcanzara sus objetivos y tuviera éxito en aquellos aspectos en los que los políticos han venido fracasando desde hace decenios.





# La verdad sobre el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria

Alvaro Iruin

Jefe de Salud Mental de la Comunidad Autónoma del País Vasco.  
Subdirección de Asistencia Especializada, Osakidetza.

Nuevamente la Asociación contra la Anorexia y Bulimia —ACABE—, a través de la Comisión de Sanidad del Parlamento Vasco, ha insistido en su demanda de que Osakidetza cree un modelo diferente de atención para el tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, utilizando para justificar su petición argumentos falaces y desacreditando la asistencia que como profesionales les prestamos. En ese sentido, creo conveniente realizar las siguientes consideraciones:

ACABE dice que en la CAPV hay más de 10.000 personas que padecen anorexia/ bulimia, cifra que no justifica de dónde sale. Frente a ello, está la tozuda realidad puesta esta vez en evidencia a través de un reciente estudio realizado en la Comunidad de Madrid (*Interpsiquis, 2004*) que aporta datos de prevalencia entre adolescentes de un 3.4% para el global de los trastornos de la conducta alimentaria; prevalencia que se distribuiría entre un 0.6% para la Anorexia Nerviosa, un 0.6% para la Bulimia Nerviosa y un 2.1% para los trastornos no especificados. En resumen, muy lejos de las cifras que esgrimen los representantes de ACABE.

En el año 1998, el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y Osakidetza/Servicio Vasco de Salud pusieron en marcha programas específicos de atención en los tres Territorios Históricos que han dado cobertura con calidad a un promedio anual aproximado de 600

casos nuevos (574 en el año 2003), de los que el 75% son atendidos en los programas específicos.

En todo caso, los datos aportados desde Osakidetza son los únicos de los que tenemos una constancia objetivable y medible año tras año; más allá de estimaciones epidemiológicas o suposiciones que se realizan desde otras instancias. Un dato concreto, que puede dar una idea de la importancia de la enfermedad en el tejido social, tiene que ver con el número de nuevos asociados a ACABE en Gipuzkoa. Este dato muestra que son más los casos nuevos atendidos en Osakidetza a lo largo de estos años que la cifra de nuevos asociados en el mismo período (880 en Osakidetza, 556 en ACABE), señalando de esta forma la capacidad de Osakidetza para llegar a la población e incorporar nuevos casos al medio asistencial; casos que, tanto en Osakidetza como en ACABE, recogen diagnósticos no sólo de Anorexia y Bulimia sino también de Trastornos no especificados de la alimentación.

Pero el dato numérico sólo adquiere significado real si, al mismo tiempo, somos conscientes de que en estos años el número de casos nuevos atendidos por sintomatología psiquiátrica en la red asistencial ha sido aproximadamente de 19.000 anuales. Este aspecto es el primer paso necesario para contextualizar el tema en su justa medida; a saber, los trastornos de la conducta alimentaria suponen el



3% de la demanda nueva recibida en la red asistencial psiquiátrica de Osakidetza, y del total de pacientes atendidos.

Porque además, los trastornos de la conducta alimentaria no son enfermedades “puras” sino más bien síndromes diferentes, sobre rasgos de personalidad multiformes y con evoluciones y pronósticos variables. Un estudio efectuado en uno de nuestros programas específicos, sobre una base de 259 pacientes, mostró que el 60% presentaban algún otro trastorno psiquiátrico concurrente, de los que el 75% correspondían a trastornos de personalidad. Este dato es acorde con los estudios referidos al mismo tema y con la información señalada por el profesor Lopez-Ibor en entrevista publicada en *El Semanal* del 19 al 25 de Agosto de 2001

Esto hace mucho más complejos tanto el tratamiento como la evolución y los resultados. Pero, además, siempre se ha señalado en estos trastornos la existencia de factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento en los que se mezclan aspectos genéticos, biográficos, sociales, familiares, etc. Fairbum y Harrison señalaban en el año 2003, en la prestigiosa revista *Lancet*, que “la dificultad para tratar los trastornos de la alimentación estriba en parte en el papel activo de las pacientes contra el tratamiento... Aproximadamente un 20% de pacientes se muestra intratable, siendo muy resistentes a todos los tratamientos que se aplican”. Se trata, por tanto, de un problema complejo para el que, lógicamente, la solución se vislumbra también compleja y para el que la literatura científica (Sinopsis de Psiquiatría. Kaplan y Sadock) señala un curso variable que oscila entre la remisión espontánea sin tratamiento, la remisión después de diversos tratamientos, el curso fluctuante o el deterioro gradual; aceptándose tradicionalmente una tendencia hacia la cronificación en el 25–35% de los casos. De ningún modo podemos asumir, por tanto, que la cronificación se deba a una deficiente atención por nuestra parte, sino al curso natural de la enfermedad en determinados casos.

Del mismo modo rechazamos que se estén multiplicando los fracasos terapéuticos. En la misma muestra a la que hacíamos referencia anteriormente, el 80% de los casos que mantenían su tratamiento durante más de 6 meses en el programa específico experimentaban una buena evolución (alta clínica o mejoría). Esto nos lleva a uno de los aspectos fundamentales de nuestra intervención, como es la necesidad de establecer una buena relación entre terapeuta y paciente que permita la continuidad de tratamiento. Señala el profesor Chinchilla, en su Guía Teórico Práctica de los trastornos de la conducta alimentaria, la importancia de esta buena interacción para poder “explorar, educar, negociar, estimular y comprometer a la paciente directa y libremente”, por su influencia en la consecución de unos buenos resultados.

Sabemos, por la práctica diaria en situaciones como la actual, de la dificultad que supone establecer una relación terapéutica de confianza cuando el profesional es desacreditado por terceras personas. Sabemos también de la interferencia que estas situaciones provocan en la evolución del proceso terapéutico. Quizás este debiera ser el motivo principal de reflexión para todos. Y debiera serlo porque, realmente, los mismos buenos resultados se han obtenido en el tratamiento de estos cuadros con diferentes metodologías, sin superioridad clara de unas sobre otras. Por otra parte, la experiencia nos ha enseñado lo difícil que resulta asumir la existencia de una enfermedad mental dentro del medio familiar; así como lo difícil que resulta modificar actitudes previas dentro del ámbito familiar y social.

Por ejemplo, se nos demanda más intervención con las familias y, resaltando la importancia de este aspecto, debemos sin embargo señalar igualmente que el Taller de Padres actualmente en curso en Gipuzkoa fue ofertado, en su última edición, a 12 personas (4 parejas y 4 miembros de familias monoparentales), de los que 8 aceptaron iniciar el Taller y de los que, a la última sesión celebrada esta semana, sólo acudieron 3



personas. Por tanto, el problema en ningún caso sería sólo de disponibilidad de recursos sino también de implicación de todos en el trabajo en una única dirección con estos trastornos.

Y no debemos olvidar que, como hemos visto hasta ahora, estamos hablando de un trastorno psiquiátrico complejo en el que la responsabilidad y la capacidad de diagnosticar correctamente corresponde, sin duda, a un equipo profesional bien formado en medicina, psicopatología y psiquiatría, y psicoterapia y tratamientos médicos. Hay que recordar aquí que para llegar a ser un profesional de Osakidetza, debemos superar una larga carrera universitaria, años de especialización y mostrar nuestra capacidad para competir y ser superiores a otros compañeros en los conocimientos teóricos y prácticos puestos a prueba en las ofertas públicas de empleo. Resulta, cuando menos, ofensivo que asociaciones integradas por “familiares, profesionales voluntarios, colaboradores y asesores” pongan en duda nuestro nivel de conocimientos técnicos en psiquiatría y, sin embargo, se refieran a sí mismos como “personal entrenado que conoce el trastorno”.

Una de las muestras más evidentes del buen hacer profesional, además de los resultados terapéuticos obtenidos, tiene que ver con la implicación de los profesionales en labores de investigación y docencia. Los diferentes profesionales de Osakidetza tenemos una presencia permanente en los foros de la especialidad (congresos, jornadas, etc), incluidas las propias jornadas organizadas por ACABE, con publicaciones sobre el tema en revistas nacionales e internacionales; y tenemos también una presencia notoria en la formación de los propios técnicos que trabajan en las asociaciones de familiares, e incluso, en ocasiones, en procesos de supervisión. No parecería muy lógico que recurrieran a los profesionales de Osakidetza si realmente nuestra formación y experiencia fueran deficientes.

Para finalizar, remarcar algunas cuestiones que consideramos básicas:

- Los programas específicos de TCA han mostrado claramente su utilidad a lo largo de estos años, con indicadores de resultados similares a otros programas y otras configuraciones de tratamiento, tal y como se ha puesto de manifiesto mediante estudios y evaluaciones efectuadas y sometidas a valoración en congresos y reuniones científicas.
- Los profesionales que en ellos trabajamos contamos, sin duda, con la adecuada cualificación técnica y humana. Probablemente, ésta es la razón que hace posible que prosigamos con nuestro esfuerzo en el trabajo diario a pesar de la presión asistencial y de las críticas y descalificaciones que, curiosamente, sólo provienen de las asociaciones relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria. No deja de ser paradójico que el representante de ACABE en Araba se permite señalar en el *El Correo* del 18 de Marzo de 2004 que “la situación sigue estando mal”, en tanto los pacientes y familiares del programa específico en el Hospital Santiago Apostol de Vitoria muestran un elevado grado de satisfacción con el programa: el 97% valora como bueno o muy bueno el nivel de conocimientos de los profesionales y un 75% valora como bueno o muy bueno el grado de mejoría del trastorno alcanzado durante su estancia en el programa.
- Somos conscientes de que las asociaciones cumplen y deben cumplir una función primordial en la detección y orientación de nuevos casos; así como en la contención y orientación familiar.
- Somos también conscientes de que la Red Asistencial psiquiátrica debe abordar los problemas psiquiátricos de la población de la manera más eficiente posible y, en ese



sentido, debemos desterrar el mito de que una mayor frecuencia de consultas o de medios implique necesariamente una mejor evolución del caso. A pesar de ello y con el fin de aclarar algunas desinformaciones aportadas por ACABE, debemos reseñar que la media de consultas mensuales en los casos nuevos de trastornos de la conducta alimentaria durante el año 2003 ha sido de 1 consulta cada 10–12 días.

Ante esta situación, y para terminar, sólo cabe pedir al menos prudencia antes de opinar

sobre la calidad del modelo de atención a los trastornos alimentarios de Osakidetza y la cualificación de los profesionales y que aportemos cada uno desde nuestro ámbito de responsabilidad lo mejor de nosotros mismos para conseguir una mejoría en el estado de salud de los pacientes, esperando que los deseos de las familias y los que cada cual pueda albergar por diferentes motivos no interfieran con los de los primeros damnificados por la enfermedad: las/los pacientes.



PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS

**ELIXIR CLORHIDRO-PEPSICO AMARGÓS**

DIGESTIL (Nombre registrado)

TÓNICO DIGESTIVO: De ácido clorhídrico, pepsina, colono y hueso sódico.  
Debe usarse inmediatamente después de cada comida para favorecer la digestión.

EFICACIA INEVITABLE INDICADA DE EXPERIENCIAS Y ANÁLISIS

**SUERO AMARGÓS** TÓNICO RECONSTITUYENTE

Excitante vital. -- Regenerador del organismo y psiconeurasténico.  
Composición: sales minerales, extractos de levadura, H<sub>2</sub>O, extractos de  
Eucalypto de sosa, Y curirigónes. -- Casualidad de exportación. -- 100 mg. peso  
Suero. -- 100 mg. peso.

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS

**ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS**

Calma, regulariza y fortifica los nervios

BROMURANTINA (Nombre registrado)

Contiene: la, bromo yodato, sodio, sulfato y sodio. -- 100 mg. peso. -- 100 mg. peso.

# Observatorio de Salud Mental de la AEN

F. Chicharro Lezcano  
Psiquiatra  
Hospital de Zamudio

Como se ha venido anunciando, la AEN ha puesto en marcha un “Observatorio de Salud Mental”, con el que se pretende tener información de todas las CC.AA. Los primeros datos se han presentado en las Jornadas Anuales celebradas en Barcelona (mayo de 2004). Se trata de disponer de un instrumento fiable y actualizado, que permita el conocimiento real de las distintas situaciones, recursos, planes de salud mental, ratios de profesionales, etc., de todo el Estado y que se pondrá a disposición de clínicos y gestores. En él se recoge información sobre:

- Planificación y Financiación.
- Descripción de los dispositivos (número, población que atiende, programas asistenciales, indicadores de rendimiento).
- Procesos de externalización de pacientes de hospitales psiquiátricos
- Recursos humanos

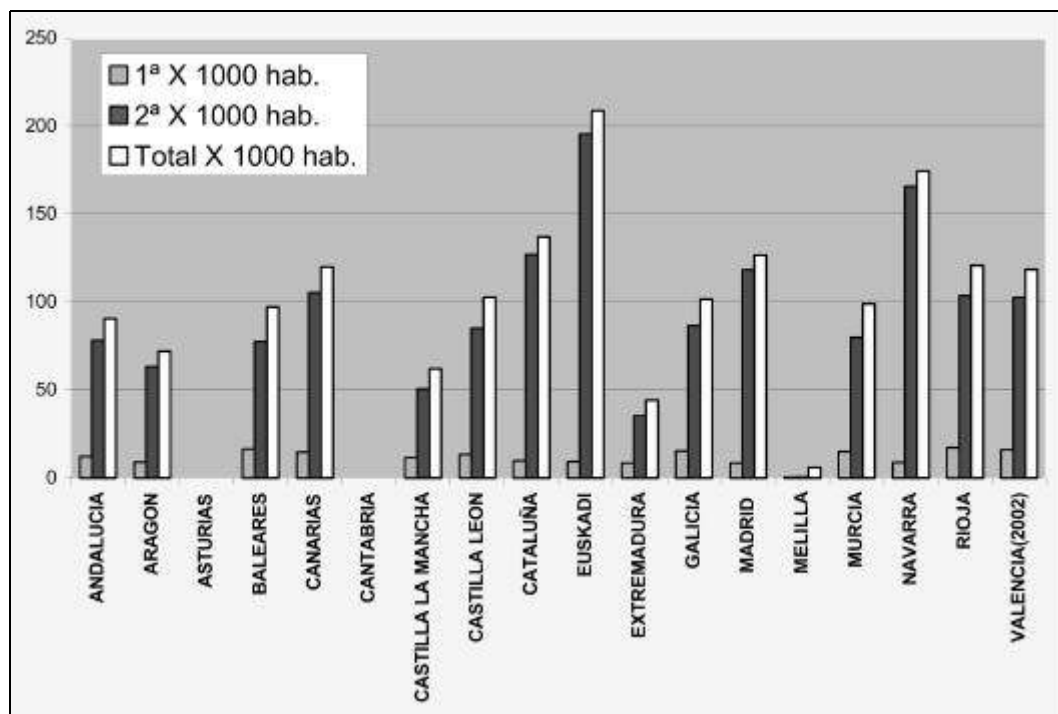
- Coordinación y gestión de la Red de Salud Mental
- Sistemas de Información

Dando un paso más, y contando con la participación de las Secciones de Rehabilitación e Infanto-Juvenil, se va a trabajar para incluir estas materias en el próximo informe. Asimismo, se va a trabajar en la elaboración de un “glosario” de términos, que permita depurar la denominación de dispositivos (sobre todo recursos intermedios) que no siempre engloban recursos homogéneos. Es importante reseñar que, a pesar de las posibles aunque mínimas inexactitudes, es la mejor aproximación que se ha hecho en cuanto a un “inventario” de recursos para atención a la salud mental en el Estado Español. Pendiente de publicación, a continuación se exponen algunos datos:

## PROFESIONALES (ATENCIÓN DE ADULTOS) POR 100.000 HABITANTES

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO	ENFERMERÍA	TRAB. SOC.	AUX. CLIN.
ANDALUCÍA	2,95	1,38	1,38	1,05	1,77
ARAGÓN	2,99	1,83	1,66	0,41	0,33
ASTURIAS	4,78	1,43	1,82	1,05	1,72
BALEARES	2,14	2,08	1,62	0,87	0
CANARIAS	2,6	2,33	2,03	0,55	1,21
CASTILLA-LA MANCHA	4,2	2,91	2,97	1,35	1,46
CASTILLA-LEÓN	3,49	2,09	1,7	0,54	0,74
PAÍS VASCO	6,1	3,12	4,17	2,26	1,68
EXTREMADURA	4,15	3,77	1,98	0,66	
GALICIA	2,96	1,93	1,98	0,66	
MADRID	3,84	1,7	1,9	1,12	0,66
MELILLA	1,59	1,59	1,59	0	0
MURCIA	2,81	1,89	1	0,42	0
NAVARRA	4,19	2,51	2,51	1,62	0,9
LA RIOJA	2,82	2,47	2,47	0,35	0,35
VALENCIA	3,4	1,57	1,35	0,49	1,18

LLama la atención la disparidad de las cifras, habiendo comunidades que triplican el número de profesionales de otras.

**ATENCIÓN COMUNITARIA ADULTOS. ACTIVIDAD ASISTENCIAL**


El País Vasco es con diferencia la comunidad con mayor número de consultas en proporción a los habitantes, a pesar de que el número de primeras consultas es parecido a las demás. En este sentido, la incidencia y la prevalencia son similares, pero el número de consultas y/o la adherencia al tratamiento es mayor en el País Vasco.

**HOSPITALIZACIÓN PARCIAL INFANTOJUVENIL**

COMUNIDAD	Nº	Nº Plazas	Dependencia Administrativa
ANDALUCIA (USMI-D)	2	20	
ARAGON	1	25	Salud
CANARIAS	1	20	Salud
CASTILLA LA MANCHA	1	20	Junta Castilla la Mancha
CATALUÑA	3	20	
EUSKADI	1	12	Osakidetza y Educación
MADRID	5	25	Consejería de Sanidad
NAVARRA	1	10	Servicio Navarro de Salud - Educación

Únicamente ocho comunidades disponen de Hospital de Día Infantoyjuvenil.



## UNIDADES HOSPITALARIAS DE REHABILITACIÓN / COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

COMUNIDAD	Denominación	Nº	Programa	Nº Camas	Nº Camas/ 1000 hab.
ANDALUCIA	Comunidad Terapéutica	13	SI	195	0.022
ASTURIAS	Comunidad Terapéutica	4	SI	62	0.060
CANARIAS	Unidades de Rehabilitación	2	SI	202	0.133
EUSKADI	Unidad de Rehabilitación	1	SI	48	0.023
EXTREMADUR	Unidad de Rehabilitación	1	SI	60	0.056
GALICIA	Unidad de Rehabilitación	3	SI	113	0.048
NAVARRA	Clinica de Rehabilitación	1	SI	34	0.060

En este caso, son siete las Comunidades que disponen de programas hospitalarios de rehabilitación, con gran disparidad en cuanto al número de plazas disponibles.

Lo que resulta evidente es que no hay una homogeneidad en cuanto a disponibilidad de recursos, programas asistenciales, ratios de personal, volumen de consultas, etc. Probablemente sea una de las tareas a abordar por el

Consejo Interterritorial, que reúne al Ministerio de Sanidad y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. La AEN publicará próximamente la totalidad de los datos.





*Una nueva  
orientación  
en  
Psicofarmacología*

**Primer neuroléptico  
de la serie de las  
butirofenonas**

**NO FENOTIAZÍNICO  
NO RESERPÍNICO**

**HALOPERIDOL**

*(R. 1625 Janssen)*

neuroléptico de máxima  
actividad y tolerancia

*Su margen terapéutico permite utilizarlo:*

1. Como antipsicótico en los grandes síndromes psiquiátricos (curas de ataque y de mantenimiento).
2. Pequeños síndromes (trastornos de conducta, etc.)
3. Medicina psicosomática.

Instituto Farmacológico Laino  
Ríos Rosas, 57  
MADRID



# Informe de actividad de la Comisión Nacional de Psicología Clínica (CNEPC)

## Junio 2003 / mayo 2004

Begoña Olabarría

Representante de la AEN

Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica

Señalaba el mes de mayo del pasado año que creía no equivocarme al decir que las favorables sentencias del Tribunal Supremo en el 2002 en torno a la Psicología Clínica como especialidad sanitaria de la Psicología, cerraron la etapa de la institucionalización de la Especialidad, año también en que se alcanzaba la publicación en el BOE de la Orden Ministerial PRE/1107/2002, de 10 de mayo, por la que se regulan las vías transitorias de acceso al título de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica en desarrollo de lo dispuesto en el Real Decreto 2490/98, abriendo así el proceso para hacer operativa la especialidad. Y decía también, que se iniciaba con ello otro momento distinto en que podían hacerse patentes las diferencias (algunas sustanciales) que hasta cierto punto se habían ido manteniendo más o menos tapadas en tanto se venía trabajando

por la construcción de la especialidad y su diseño de formación en el Sistema Nacional de Salud.

Se abría pues una etapa en donde el esfuerzo a mi juicio había de centrarse en lo que dimos en llamar *puesta en valor de la especialidad*, desde el sostenido convencimiento de que la Psicología Clínica es portadora un saber que contribuye y redunda en una atención integral biopsicosocial de los ciudadanos en su contexto comunitario. Y que a ello, a su realización —en niveles y cotas bajos actualmente— debería la CNEPC y la Asociación contribuir.

Desde esa fecha y hasta la actualidad, la Comisión Nacional ha desarrollado trabajos vinculados a lo que pretendimos nueva fase y que entendimos debía dirigirse hacia la

### CONFLICTO PSICOLOGÍA CLÍNICA

En los últimos meses se ha venido produciendo un debate acerca de la situación de la Psicología Clínica como especialidad, que ha alarmado al mundo “psi”. La desinformación, que a mi juicio ha sido introducida de forma deliberada, ha llegado a hacer pensar a los psicólogos que no están en posesión de la especialidad que no iban a poder seguir ejerciendo. Begoña Olabarría, presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica (CNEPC) y representante de la AEN en la misma, elaboró este informe expuesto en las Jornadas de la AEN, celebradas en Barcelona el pasado mes de mayo.

Quiero hacer constar que la AEN ha respaldado plenamente la actuación de Begoña Olabarría, y así se ha manifestado en cuantos ámbitos ha sido preciso. Así mismo se han recibido muestras de apoyo de numerosas sociedades científicas y Colegios de Psicólogos.

**F. Chicharro Lezcano**  
Presidente A.E.N.



normalización de la especialidad en el Sistema Nacional de Salud desde esa perspectiva de puesta en valor de la misma.

En resumen, los trabajos desarrollados desde entonces por la Comisión Nacional han estado dirigidos a:

1. **Informar** cada uno de los expedientes de solicitud de homologación de título de especialista trasladados a tal fin por el Ministerio de Educación y todo ello siguiendo las *disposiciones transitorias* definidas en el Real Decreto 2490 y de acuerdo con lo establecido en la Orden Ministerial antes reseñada. El ingente trabajo que ello supone se está realizando sobre la previa definición por los miembros de la Comisión Nacional de criterios de valoración para cada una de las disposiciones transitorias definidas en la Orden Ministerial y cuya aplicación se realiza en la rigurosa revisión de cada uno de los expedientes de solicitud. Hasta el momento, de los 10.500 expedientes presentados se han valorado e informado alrededor de 1.800 expedientes. La CNEPC ha revisado el procedimiento para ajustar los criterios específicos correspondientes a cada una de las Disposiciones Transitorias buscando en todo momento que sea transparente, equitativo, objetivo y justo. En cualquier caso cabe destacar que en todas y cada una de las revisiones y decisiones la Comisión ha buscado el consenso y ha alcanzado unánime acuerdo.

En el mes de octubre de 2003 la Comisión recibió la visita de D. Marc Soler, Subdirector General de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad y de D<sup>a</sup> Emilia Sánchez Chamorro, Subdirectora de Especialidades en Ciencias de la Salud del Ministerio de Educación, quienes expresaron su agradecimiento por la diligencia y el rigor con el que se lleva a cabo todo el proceso. Informaron de la recepción en ambos ministerios de numerosos escritos de psicólogos que están trabajando en el

SNS, solicitando la mayor celeridad posible en la revisión de sus expedientes, dado que están pendientes de la reclasificación de sus plazas para su conversión en plazas de facultativos especialistas en el SNS, y esperando presentarse a oposiciones, principalmente la OPE de INSALUD.

Esta situación de reclasificación como especialistas se deriva de la aplicación de la disposición adicional segunda del Real Decreto 2490 por el que se crea y regula la Especialidad y es relativa al personal estatutario; disposición adicional cuya aplicación se ha iniciado en algunas Comunidades Autónomas, que a su vez se han dirigido a la Admón. Central interesándose en esta materia. Por todo ello, ambos Subdirectores Generales iniciaron la búsqueda de procedimientos que facilitasen abordar soluciones en esta materia y al tiempo aumentasen la eficacia de los trabajos de homologación. Para ello propusieron organizar las revisiones de expedientes y dar traslado de los mismos a la CNEPC por Disposiciones Transitorias, empezando por la Disposición Transitoria Segunda.

La propuesta fue valorada positivamente por todos los miembros de la Comisión y la experiencia desarrollada desde entonces muestra que la eficacia aumenta, pues podemos ver con mayor precisión y celeridad los expedientes cuando en la mayoría de ellos aplicamos los criterios que corresponden a una de las disposiciones transitorias y no llegan con una agrupación de mezcla de todos los grupos (es preciso señalar que, no obstante, en cada una de las reuniones se revisan expedientes de otras disposiciones transitorias, si bien mayoritariamente los enviados en los últimos seis meses corresponden a la 2<sup>a</sup>).

Los miembros de la CNEPC dieron traslado a ambas subdirecciones generales de los temores de algunos profesionales que están



trabajando en instituciones sanitarias de la red pública: Dichos temores se referían a la posibilidad de que algunos no pudieran obtener el título de especialista y que pudieran así verse de distintas maneras perjudicados, y más tras la promulgación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). La respuesta obtenida fue que los derechos adquiridos como personal estatutario o como funcionario son siempre respetados, lo que significa que no disponer del título de Especialista en Psicología Clínica no quiere decir que se deje de ser funcionario en el mismo nivel que se ocupara antes.

Así mismo y como consta en el acta de 31 de octubre D. Mariano Vera, Secretario General del COP, expresó en visita a la Comisión Nacional acompañado por ambos subdirectores generales, en su nombre y en el del COP, el agradecimiento a los miembros de la Comisión por el trabajo enorme que ésta está realizando y el empeño puesto por todos sus miembros, así como por parte de ambos ministerios, en resolver rigurosa y satisfactoriamente el proceso y cuanto antes mejor. Así mismo expresó que había dado traslado a ambos Ministerios de la satisfacción del COP por el modo en que se está realizando el que calificó como “*ingente*” trabajo.

La decisión de los Ministerios de dar prioridad a la revisión de los expedientes que se acogen a la disposición transitoria 2ª (instituciones públicas) se propuso por parte de la Administración, como ha quedado dicho, para agilizar el proceso de revisión de expedientes y fue aceptada por todos los miembros de la CNEPC y en plena sintonía.

Los criterios por los que la CNEPC aceptó y adoptó tal decisión constan en las actas de la CNEPC y son en resumen éstos:

- a) el número menor de requisitos a revisar (menor variabilidad de los expedientes, en comparación con los de las transitorias 3ª y 4ª), lo que hacía más fácil la revisión a los funcionarios del Ministerio de

Educación, que son los que deben hacer el primer filtrado para constatar que el solicitante reúne requisitos básicos de acceso (por ej. la titulación) y ha remitido todos los documentos exigibles, y de no ser así, solicitárselos; y también a los del Mº de Sanidad, quienes, tras la valoración de la CNEPC, revisan de nuevo el expediente a la luz del informe emitido.

- b) el número menor de solicitantes por esta vía 2ª y por la 1ª, que por la 3ª
- c) el hecho de que, *de facto*, mayoritariamente estos expedientes fueron remitidos antes que los de la 3ª y la 4ª, y por tanto, su orden de llegada era anterior.
- d) facilitar el trabajo de revisión de los expedientes a la CNEPC, disminuyendo el riesgo de cometer equivocaciones: no se es igual de eficaz si se revisan requisitos diferentes cada vez, que si se hace según bloques o agrupaciones de perfiles y/o requisitos.
- e) Contribuir a dotar del estatus que corresponde a la especialidad de Psicología Clínica en el Sistema Nacional de Salud, sus cometidos y tareas, a través de la facilitación de los tiempos para la reclasificación de sus profesionales.

He de destacar que prácticamente todos los expedientes que llegan a la CNEPC se examinan el mismo día de su llegada: estamos hablando de un promedio de 130–150 expedientes cada vez en maratónicas sesiones de trabajo (que siempre implican la revisión de expedientes de solicitud de homologación y otros asuntos relevantes referidos a la especialidad), pues la tarea de revisión de todos y cada uno de los expedientes de solicitud de convalidación se realiza con la máxima atención. Pese a todo ese cuidado, se logra terminar la tarea cada día, quedando pocos o ningún expediente pendiente para la siguiente sesión.

El procedimiento adoptado ha buscado garantizar la legitimidad de las actuaciones



de la CNEPC, que ha logrado alcanzar tanto global como específicamente en estos trabajos expreso reconocimiento por cuantos han participado del proceso de homologación desde la propia Administración y cuantos han tenido ocasión de conocerlas desde distintos ámbitos, y del que han destacado la equidad, el rigor, la claridad y transparencia de las decisiones y actuaciones realizadas.

Por otra parte tal vez a estas alturas resulte obligado mencionar alguna cuestión sobre el proceso de homologación que corresponde a la Disposición Transitoria Tercera (ejercicio privado de la profesión). Concretamente me referiré a las expectativas muchas veces presentes en compañeros que han solicitado la homologación del título de especialista por dicha *Disposición*, de alcanzar automáticamente el título una vez que han obtenido y presentado en su expediente el informe del COP acreditando su ejercicio como clínico. Estos informes que, previo pago por los interesados, ha realizado el COP para quienes se los solicitaron para poder optar a la expedición del título de especialista son preceptivos (Orden Ministerial PRE/1107/2002) para todos los que solicitaban la homologación del título por esta Disposición Transitoria Tercera.

Tales informes se incorporan al expediente de solicitud de homologación y es visto expresamente en la valoración que realiza la CNEPC. Consisten en un informe *estándar*, en el que el único dato profesional que consta es el de los años que ha estado colegiado el solicitante y la expresión del COP de que ha ejercido como psicólogo clínico. No figuran y la CNEPC desconoce cuáles han sido sus criterios para definir el ejercicio profesional de un psicólogo como el de especialista en Psicología Clínica.

De hecho lo que podemos ver hasta ahora en la revisión de estos expedientes en la CNEPC es que la variabilidad de las prácticas habidas y presentadas en estos expedientes

de homologación por la Disposición Transitoria Tercera que incorporan preceptivamente el Informe colegial es enorme. Y que, junto a profesionales que sí cuentan con clara formación y ejercicio clínicos, existen otros muchos que presentan la misma certificación colegial y que lo que tienen como ejercicio es, por ej., ser propietarios de una guardería infantil.

Por tanto y como la CNEPC ha de asumir, de acuerdo con la normativa (R.D. 2490/98 y OM PRE/1107/2002) y los procedimientos existentes, la tarea que le corresponde de valorar e informar todos los expedientes presentados desde el Ministerio de Educación y ello responsable y plenamente, la CNEPC revisa cada uno de los expedientes de cada una de las Disposiciones Transitorias atendiendo a la verificación de existencia del informe preceptivo del COP para la Disposición Transitoria Tercera y verifica y valora el ejercicio y la formación de cada solicitante junto al resto de los requisitos.

Así, este trabajo de revisión de la documentación acreditativa de todos los requisitos precisos para cada una de las Disposiciones Transitorias lo viene realizando la CNEPC tanto por la obligación normativa, que le otorga legitimidad, como por responsabilidad.

2. Conviene alertar acerca de la próxima publicación de un nuevo Real Decreto (Proyecto de R.D. por el que se modifican las disposiciones transitorias del Real Decreto 2490/1998, por el que se crea y regula el Título Oficial de Psicólogo Especialista en Psicología Clínica).

Lo fundamental de este Real Decreto es que modificará, abriéndolos, tanto las fechas de valoración del ejercicio profesional como los plazos de presentación de nuevas solicitudes de homologación.

Este Proyecto, fue remitido por la Secretaría General Técnica del M° Sanidad, se discutió ampliamente y fue valorado en función de la



necesidad de corregir los daños que la dilación habida entre la publicación del Real Decreto 2490 de creación de la especialidad (1998) y la publicación de la Orden Ministerial PRE/1107 (2002) provocaban a muchos profesionales en ejercicio. Se acuerda, en febrero de 2004, dar informe favorable a la Administración respecto de su publicación que se encuentra en este momento pendiente.

Es evidente por tanto que el número de solicitudes de homologación del título de especialista en Psicología Clínica aumentará tras la publicación de este Real Decreto de ampliación lo que sin duda ampliará los tiempos de valoración y resolución.

### 3. Incremento de plazas PIR.

La CNEPC viene reclamando año a año, un significativo aumento de plazas PIR, como figura en las actas de la CNEPC, sin haber obtenido una respuesta satisfactoria.

Este hecho además deviene de una toma de decisión compleja que incluye, además del marco ministerial, el de las CCAA y las gerencias de Área (por cuanto son éstas quienes han de dotar las plazas económicamente).

La AEN ha respaldado expresamente estas solicitudes de aumento de plazas PIR.

Al tiempo, debe resaltarse que las plazas PIR han de estar directamente relacionadas con las plazas de psicólogos clínicos en los equipos de las Unidades Docentes Acreditadas del SNS y que estas plazas no han tenido el necesario incremento que desde luego la formación de especialistas requiere, como la demanda de atención en los servicios por parte de los ciudadanos, aconseja.

No obstante lo anterior, señalar el incremento de 1 plaza más en Toledo, 1 en Valladolid y 2 en Madrid. Así mismo se ha aprobado nueva acreditación docente para la formación especializada en Psicología Clínica: la Unidad del Complejo Hospitalario de Ciudad Real.

### 4. Análisis y discusión del desarrollo normativo

#### • Ley de cohesión y Calidad del SNS.

Desde febrero hasta la aprobación de la Ley en mayo de 2003 ha sido objeto de un análisis pormenorizado en la CNEPC por su reconocida trascendencia.

Se ocupa entre otros ámbitos de las prestaciones en Salud Pública, Atención Primaria, Especializada, dentro de ella Salud Mental y urgencias, así como de la definición de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

Tiene especial importancia en el capítulo de la planificación y formación de profesionales la creación de la Comisión de Recursos Humanos. Dicha Comisión tendrá, entre otras funciones, la de supervisar los programas de formación de especialistas, propuestos por las Comisiones Nacionales específicas, así como la de supervisar el número de profesionales necesarios en cada convocatoria. En ella participan, entre otros organismos, las Comisiones Nacionales de diferentes Especialidades Sanitarias, a excepción de la Comisión Nacional de Psicología Clínica.

La CNEPC solicitó su incorporación y participación en la Comisión de Recursos Humanos, y, entre tanto se crea, reiteró la petición de participación en el vigente Consejo Nacional de Especialidades Médicas y el cambio de denominación para permitir la incorporación de todas las Especialidades Sanitarias.

En diciembre de 2003 el Consejo Interterritorial dio el visto bueno al Proyecto de Decreto presentado por el Ministerio de Sanidad, por el que se determina la composición y desarrollo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

Por último la CNEPC decidió solicitar de nuevo la incorporación en todas las estructuras docentes ministeriales y la participación en todos los temas vincu-



lados a la formación de especialistas, formación continuada, y planificación de recursos humanos.

- **Real Decreto 1277** por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, aprobado en octubre.

Al finalizar 2003 la CNEPC discutió y analizó este RD, que no había conocido con anterioridad y que es un desarrollo de la Ley de cohesión y Calidad del SNS. Se acordó por unanimidad mostrar su desacuerdo por su marcado carácter corporativista de la atención sanitaria y con algunos contenidos por considerarlos lesivos para el ejercicio de la Especialidad de Psicología Clínica.

Se propone al Ministerio que estudie los procedimientos que permitan modificar los contenidos de algunas unidades y/o programas y su sustitución por lo que se expresa a continuación, de conformidad con el Real Decreto 2490 por el que se crea y regula la Especialidad de Psicología Clínica:

C.2.5.10 Centros de reconocimiento médico-psicológico: centros sanitarios donde se efectúan las revisiones médico-psicológicas e informes...

C.2.5.11 Centros de Salud Mental: centros sanitarios en los que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de los trastornos y las enfermedades mentales...

U.36 Tratamiento del dolor: unidad asistencial en la que un especialista sanitario es responsable de aplicar...

U.65 Hospital de día: unidad asistencial donde, bajo la supervisión o indicación de un especialista sanitario se lleve a cabo... métodos de tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada sanitaria pero no el internamiento en el hospital.

U.70 Psicología Clínica: unidad asistencial en la que un psicólogo especialista en

Psicología Clínica es responsable de realizar diagnósticos, evaluaciones y tratamientos de carácter psicológico de los trastornos mentales y de aquellos fenómenos psicológicos, conductuales y relacionales que inciden en el proceso salud/enfermedad de los seres humanos y en su calidad de vida.

- **Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS).**

Esta Ley ha sido objeto de análisis y discusión pormenorizada desde enero de 2003 en que la CN tuvo ocasión de conocer uno de sus borradores por fuentes ajenas a las de la Admón., dado que la CNEPC no ha sido consultada sobre esta importante norma.

Sin embargo esta Ley, que viene a complementar los planteamientos de la Ley de Cohesión, fue debatida en la CNEPC al considerarla de enorme trascendencia por cuanto regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias, la estructura general de la formación de los profesionales, su desarrollo profesional en el SNS y su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias.

Mediante esta Ley la Administración Pública se hace garante de las prestaciones sanitarias a la población y de su calidad. Se señala entre otras características el cambio de denominación del Consejo Nacional de Especialidades Médicas por el de Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, hecho que posibilitaría la incorporación de la CNEPC al mismo, cuestión ésta repetidamente solicitada por la CNEPC.

En julio y a raíz de la solicitud de la CNEPC y de las múltiples gestiones realizadas por las asociaciones y organizaciones representadas en la Comisión, entre



ellas la AEN, tanto ante los ministerios como ante los grupos parlamentarios, el Ministerio de Sanidad da respuesta parcialmente positiva a solicitudes de modificación hechas: la incorporación de los psicólogos clínicos entre los facultativos sanitarios. Este cambio abre la puerta para a la inclusión en el controvertido Estatuto Marco del Personal Sanitario de los Servicios de Salud.

No obstante lo anterior, la CN había expresado su interés en torno a la incorporación de la licenciatura en Psicología entre las profesiones sanitarias en el entendimiento de que, si bien no se trataba de un asunto de competencia de la CNEPC, aportaba con ello una opinión con la que contribuir al imprescindible debate para el establecimiento de acuerdos en la comunidad científico-profesional de la Psicología en su conjunto por las implicaciones teórico-técnicas, de formación en los planes de estudio, implicaciones deontológicas, en los derechos de usuarios, etc., que este aspecto implicaba en el conjunto de una licenciatura y profesión polivalente en sus campos de intervención. Cuestiones que, como ya ha quedado dicho, salían del ámbito competencial de la CNEPC para entrar abiertamente y en primer lugar en el de las facultades de Psicología y en el M<sup>o</sup> de Educación, cuyos responsables, cometidos y competencias son muy respetados de la CNEPC.

Por otra parte, también se hicieron propuestas para la incorporación de cambios en la composición de la Comisión Consultiva Profesional, los cuales no fueron atendidos.

La Ley quedó aprobada y publicada en noviembre de 2003.

La alarma suscitada entre muchos colegas al entender que la no inclusión de la licenciatura en Psicología entre las profesiones sanitarias descritas en la LOPS, implicaba *de facto* la prohibición de ejercer en el campo de la salud con la licenciatura, llevó a la CNEPC a generar diversas consultas en ambos ministerios, recibiendo en diferentes ocasiones repetidas informaciones en sentido contrario: La LOPS describiría las profesiones sanitarias, pero no entraría en prohibir un ejercicio profesional en el campo de la salud a los licenciados en Psicología por cuanto el título de licenciado habilita para la intervención profesional en cuantos campos de intervención lo resulten para la Psicología, entre ellos el de la salud, y siempre y cuando no se arrogasen los licenciados no especialistas en Psicología Clínica, dicha denominación ante requerimientos de atención especializada.

Esta información ha sido ratificada por la CNEPC tras los cambios habidos en el Gobierno, en la reunión del pasado día 7 de mayo, como consta oportunamente en el acta de la misma.

La CNEPC ha recibido los escritos enviados por la AEN sobre ésta y otras cuestiones (ver posiciones de la AEN actualmente presentadas en la web de la Asociación y próximamente en la Revista) como aportaciones específicas para los debates habidos y posiciones sostenidas en y por la CN.

- **Catálogo de Técnicas y Procedimientos del Sistema de Información Cartera de Servicios (SICAR).**

En octubre de 2003 la CNEPC accede (casualmente y fuera de las fuentes ministeriales) y discute este Catálogo, publicado por el Ministerio de Sanidad en el 2002. Elaborado por el INSALUD queda presentada la edición como



borrador de una futura de Cartera de Servicios del SNS.

La Cartera de Servicios es un compromiso que instaura la LOPS y que la Administración Sanitaria manifiesta recoger, teniendo como primer objetivo su definición.

El Catálogo de Técnicas y Procedimientos del Sistema de Información Cartera de Servicios (SICAR) excluye cualquier mención de las prestaciones correspondientes a la Especialidad de Psicología Clínica, por lo que se acuerda en la CNEPC reclamar la presencia de la Psicología Clínica en el proyecto (realizándose gestiones específicas al respecto), entendiéndose que la no inclusión constituye un daño para la especialidad, para su formación y para el Sistema Nacional de Salud.

**5. Revisión y elaboración de documentación.** Se ha revisado y reelaborado la solicitud de acreditación para la formación especializada en Psicología Clínica, así como la totalidad de sus anexos:

- Características que deben reunir los servicios sanitarios para quedar acreditados como Unidades Docentes Acreditadas (UDAs).
- Fuentes documentales y bibliográficas organizadas por bloques temáticos
- Relación de pruebas básicas para el psicodiagnóstico y evaluación psicológica, contemplando nuevas áreas de exploración tanto en adultos como en infancia y adolescencia.

En esta misma línea y haciendo referencia a documentos elaborados con anterioridad la Comisión expresa su preocupación, manifestada reiteradamente por todos los miembros, por la paralización de la puesta en marcha del Libro del Residente que quedó elaborado y aprobado por las Comisiones Nacionales de Psicología Clínica y Psiquiatría hace dos años aproximadamen-

te, después de haber sido contrastado en 12 Unidades Docentes acreditadas de todo el Estado. Se acordó reiterar la solicitud a los Ministerios para su inmediata puesta en marcha, que todavía esperamos.

**6. Mención especial merece la elaboración del nuevo Programa de la Especialidad de Psicología Clínica,** que centró una parte importante de los esfuerzos de la Comisión Nacional durante más de dos años, con estudios, debates y consultas hasta la elaboración del Borrador definitivo, y que quedó aprobado por unanimidad de sus miembros en marzo del pasado año. Se encuentra aún pendiente de la valoración de los ministerios implicados: Sanidad y Educación.

De él mencionar al menos y brevemente alguno de los aspectos tal vez más relevantes, como la solicitud de ampliación de un año más de duración para el Programa formativo y la incorporación de nuevos programas y ámbitos de formación, sistema de rotaciones, áreas de especial interés como Psicología Clínica de niños y adolescentes, Psicología de la Salud, y otros.

Esperamos que esta legislatura vea aprobado el nuevo Programa de Formación que mejora sustancialmente diversos aspectos del vigente, que, aprobado en 1995 y publicado en 1996, dos años antes de que viera la luz el RD 2490/98 por el que se crea y regula la especialidad, se vió constreñido por la situación de transitoriedad y falta de oficialización de la especialidad.

El Proyecto de Programa cuenta con el explícito respaldo de la AEN ante la Administración y continúa a la espera de su valoración por la Administración. Se puede consultar en la página web de la Asociación y ha sido publicado en su Revista.

**7. Memoria anual de la formación Especializada en Psicología Clínica (PIR).** En enero de 2004 la CNEPC elabora una *Guía para la elaboración de una memoria anual*, que permita hacer un seguimiento de



la formación PIR en los servicios sanitarios que configuran cada Unidad Docente Acreditada (UDA) para la formación de especialistas en Psicología Clínica.

Se acuerda proponer a la Admón. su envío a todas las Unidades Docentes Acreditadas para que, de acuerdo con la Orden de 22 de junio de 1995 por la que se regulan las Comisiones de Docencia y los sistemas de evaluación de las especialidades, permita el seguimiento adecuado del programa formativo.

8. En aplicación del acuerdo de la CNEPC de realización de **Auditorias** anuales sobre **UDAs** como instrumento de verificación del grado cumplimiento del Programa de Formación de Especialistas, en 2003 se solicita auditoría sobre la UDA del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Del exhaustivo Informe del servicio de auditoría, que muestra una vez más, una calidad excelente, se desprenden importantes incumplimientos del Programa de Formación desarrollado en esta UDA. Por ello, la CNEPC acuerda solicitar modificaciones de acuerdo a unas *recomendaciones* que traslada a la Administración, solicitando sean remitidas a los responsables de la UDA, y sobre las que compromete seguimiento.

9. El 5 de marzo del presente 2004, D. Manuel Berdullas, representante del COP, al inicio de la reunión de la CNEPC presenta una copia de la carta que D. Francisco Santolaya, Decano del COP, dirige al Director General de Recursos Humanos del Ministerio de Sanidad y se retira de la CNEPC.

En dicha carta el decano del COP *requiere* a las autoridades ministeriales la inmediata **renovación de los miembros de la CNEPC**, aduciendo que se han cumplido los tiempos establecidos y comunica la retirada de su representante en la CNEPC en tanto no se hayan producido dichos cambios arguyendo pérdida de confianza en el funcionamiento de la Comisión, que parece justificar por la decisión del Ministerio de resolver con

prioridad los expedientes correspondientes a la Disposición Transitoria Segunda (Servicios Públicos). Así mismo vierte descalificaciones sobre la presidenta de la Comisión. En torno a la renovación de la CNEPC alguna aclaración: La renovación de los miembros que componen las Comisiones Nacionales (CNs) de Especialidades compete a la Administración, y no a los que forman parte de las mismas: Esta renovación debe normativamente producirse, como en todas las CNs de todas las especialidades, a los cuatro años del inicio de las actuaciones de la Comisión de que se trate. Tal fecha corresponde por tanto al pasado noviembre 2003 en lo que se refiere a la CNEPC.

Conviene decir que la práctica de la Admón. en esta materia muestra que las renovaciones en las Comisiones Nacionales habitualmente se desarrollan con lentitud, como es de sobra conocido por todas las Comisiones Nacionales de todas las especialidades sanitarias y por la AEN en tanto cuenta con representación en la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría.

Tras el oportuno debate en la reunión antes mencionada de la CNEPC del día 5 del pasado mes de marzo y en relación al contenido planteado en dicha carta, la CNEPC, por unanimidad, decide remitir un escrito a ambos Ministerios expresando la disposición de todos los miembros a su propia renovación y la de la Comisión.

Así mismo en dicho escrito se expresa el profundo malestar por las descalificaciones dirigidas a la CNEPC y su presidenta en particular, que se valoran como falsas y sin ningún fundamento, más cuando en todas y cada una de las decisiones adoptadas el representante del COP ha mostrado su total acuerdo.

La AEN, al igual que otras importantes asociaciones y colectivos profesionales y académicos de la Psicología en general y de la



Psicología Clínica en particular, así como algunos colegios de psicólogos autónomos y profesionales relevantes de la Psicología Clínica, ha sostenido en relación a todo este asunto su posición de respaldo a los trabajos de la CNEPC y de su representación en la misma, de lo que pormenorizadamente viene dando cuenta en la web y próximamente lo dará en la Revista. Respaldo que los miembros de la CNEPC y yo misma tenemos ocasión ahora de agradecer a todos por su firmeza, celeridad y transparencia, que dan cuenta del acogedor respaldo producido.

En cualquier caso, en lo que concierne a la CNEPC, este plazo de 4 años terminó el pasado mes de noviembre de 2003 y estamos a la espera de la renovación de la misma. Mientras tanto, la CNEPC solicita asesoramiento jurídico a la Administración acerca de la situación legal en que se encuentra, así como del valor de sus decisiones. Según informa expresamente D. Ramón Jiménez, asesor del M° de Sanidad, y como consta en el acta del 2 del pasado mes de abril, la capacidad legal de la CNEPC es estrictamente plena y, hasta tanto se decida la renovación, que señala como proceso prolongado habitualmente, la situación es como en muchas otras CNs de estar “en funciones”, y ello a fin de no demorar ni paralizar los trabajos encomendados. En lo que se refiere a la CNEPC particularmente en este momento, para no paralizar la revisión de expedientes de homologación de títulos de especialista con los consiguientes perjuicios para los actualmente cerca de 10.500 solicitantes.

Así que continuamos trabajando cada 15/20 días las reuniones de la CNEPC dando con ello cumplimiento al compromiso contraído de trabajar por la especialidad, tarea que, como es la norma para todas las comisiones nacionales de todas las especialidades, no tiene emolumentos o gratificación económica.

Para finalizar este punto, señalaré que la continuidad de la **AEN como miembro de la CNEPC** en representación de sociedades científicas, posiblemente sea hoy un hecho consolidado que no debe hacer perder de vista el objetivo de mantenerlo, lo que, por otra parte, no deja de responder al trabajo desempeñado por la Asociación, de manera continuada, a lo largo de los años, sus decisivas aportaciones y con especial relevancia durante el presente período de gestión.

10. Como representante de la AEN en la CNEPC creada en noviembre de 1999, tenemos establecida la línea de informar y aclarar a la Junta Directiva, a los socios y a cuantos tengan interés, las confusiones o las actuaciones a desarrollar en base a las informaciones que obran en poder de la CNEPC.

Así por ejemplo hicimos el año pasado por el asunto de la interposición de recursos ante falta de respuesta expresa por la Administración en 6 meses a la solicitud de homologación de título de especialista, cuestión ésta de la que me ocupé como representante de la AEN en la CNEPC dando traslado a la Junta Directiva y a los socios a través de escrito aclaratorio, de la información que obraba en poder de la CNEPC al respecto (Informe mayo 2003) en torno a la superación del plazo de 6 meses establecido en la Orden Ministerial 1107/2002 para la obtención de respuesta de los cerca de 10.500 expedientes de solicitud de homologación del título de especialista en Psicología Clínica y la innecesaria interposición de los mismos dada la obligatoriedad de respuesta de la Administración.

En esta ocasión hay que decir que nos ha planteado la Administración como plazo estimado al menos tres años de trabajo para finalizar la revisión de los actuales expedientes (sin entrar en la consideración del aumento que supondrá la llegada de



nuevas solicitudes con la publicación del próximo y nuevo Real Decreto de apertura de plazos). Plazo aproximado siempre que se mantuviera el vertiginoso ritmo de trabajo actual, atendiendo para su establecimiento tanto a experiencias anteriores similares y recientes en la Admón. respecto a otras especialidades.

Entiéndase bien: este plazo no es porque la CNEPC así lo quisiera, sino porque junto al alto número de solicitudes y la existencia de cuatro agrupaciones por las cuatro *disposiciones transitorias* con sus respectivos requisitos diferenciados, el circuito de revisión de todos los expedientes implica que son examinados en primer lugar por los funcionarios del Ministerio de Educación, quienes ya pueden tomar decisiones (y de hecho lo hacen) de denegación, de solicitud de información complementaria o, revisado, dar paso y remitirlos a la CNEPC que, a su vez, ha de valorarlos e informarlos. A continuación, revisa el M<sup>o</sup> de Sanidad y entonces se remite de nuevo a M<sup>o</sup> Educación. Precisamente la cuestión de los tiempos para alcanzar la finalización del proceso, fue uno de los argumentos para buscar y aceptar fórmulas que lo agilizaran, sin descuidar la calidad necesaria para llevarlo a cabo. Y entre esas fórmulas, estuvo como ya he dicho antes, la revisión de los expedientes por *disposiciones transitorias*, y no atendiendo exclusivamente a criterios de estricto orden de llegada y registro de la Administración.

Otra fórmula fue reclamar un aumento del número de personas que, en el Ministerio de Educación, estuvieran dedicadas a la revisión previa de expedientes, lo que se ha hecho. Y he de decir que su trabajo es impecable y facilita la tarea de la CNEPC.

**Para finalizar:** Estoy convencida de que en relación a la especialidad hemos alcanzado logros importantes en cuanto a su institucionalización, su ubicación en el Sistema Nacional de Salud, los inicios de la configuración de un

colectivo de perfil identificado/ble de psicólogos especialistas sanitarios, su Programa de Formación —más aún si valoramos la posibilidad de la aprobación del nuevo Programa—, las rotaciones, los requisitos para la acreditación de servicios sanitarios como Unidades Docentes Acreditadas (UDAs), el sistema de auditorías, la existencia de un número de UDAs en el Estado que parece suponer que este inicio cuenta con suficiente base para los imprescindibles avances en su incremento, etc., pero no hay que olvidar la juventud y vulnerabilidad de la especialidad. Confío en la capacidad de reconducción de los procesos, de la elaboración, de la maduración, y estoy convencida de que somos y seremos capaces de hacerlo también ahora.

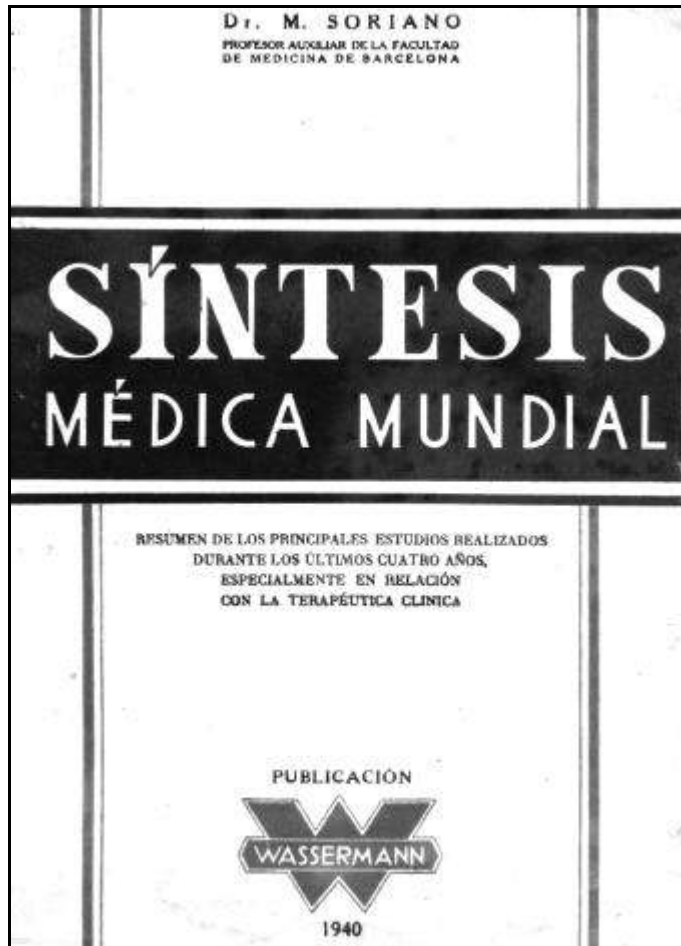
Por eso precisamos defender activamente la especialidad:

- su calidad en la formación.
- su calidad en los procesos de homologación de títulos de especialista.
- su ubicación en el Sistema Nacional de Salud.
- el desarrollo y aumento de plazas PIR o de formación de especialistas en Psicología Clínica.
- el desarrollo y aumento de plazas de psicólogos clínicos en el SNS que permita:
  - A) la actualización imprescindible de las desfasadas *ratios* existentes de número de habitantes/especialista en Psicología Clínica, que no se han visto modificadas desde comienzos de los años noventa, mientras el aumento de demanda de atención de Psicología Clínica en los servicios ha sido exponencial. Aumento de demanda que a su vez da cuenta y ratifica el acertado camino desarrollado por la especialidad.
  - B) contar con un número más adecuado de psicólogos clínicos en las UDAs.

Por respeto y responsabilidad ante los ciudadanos, el SNS, los colegas de otras especialidades sanitarias, por respeto ante nosotros mismos. Vamos a hacerlo.

En Madrid a 31 de Mayo de 2004







# Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (I)

Oscar Martínez–Azumendi

Junto a los avances observados en los diferentes tratamientos psicológicos y abordajes institucionales de la enfermedad mental derivados de la propia evolución económica y social, la aparición de los modernos psicofármacos supuso un giro radical en los planteamientos asistenciales y bienestar del enfermo mental. Sin embargo, la cortedad de nuestra memoria individual nos hace perder de vista que, hasta hace bien poco, el panorama terapéutico a disposición del psiquiatra era bien diferente y que el vademécum terapéutico pre-neuroléptico, no por extraño e incluso desatinado que se muestre a nuestro entender, ha sido conocido y seguramente utilizado por alguno de nuestros compañeros ahora jubilados, a la vez que con toda probabilidad se ve reflejado en las historias clínicas de enfermos todavía institucionalizados.

El desconocimiento e incluso el carácter mítico que alguno de estos tratamientos conlleva, nos anima a recuperar, en forma de entregas, algunos textos que en palabras de su propia época describen los recursos terapéuticos entonces disponibles. De esta forma, huyendo del tremendismo con que ahora pueden ser rememorados, recuperamos el inocente optimismo con que entonces eran contemplados. Para ello hemos seleccionado un par de libros que, además, tienen su importancia en sí mismos como genuina manifestación de un momento histórico de nuestro entorno inmediato.

El primero de ellos, grandilocuentemente titulado “*Síntesis Médica Mundial. Resumen de los principales estudios realizados durante los últimos cuatro años, especialmente en relación con la terapéutica clínica*” (Ver portada en página anterior) fue editado por el Dr. Máximo Soriano Jiménez (1905–1978), entonces profesor auxiliar y posteriormente catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona. Editado en 1940, inauguró sin pretenderlo una colección que siguió publicándose hasta 1978 ya bajo un más modesto título de “*Síntesis médica*”. En ese momento, el texto fue dirigido específicamente a los médicos españoles “...al práctico, especialmente al que se halla alejado de los centros universitarios y que se ha visto en un aislamiento forzoso durante todo el tiempo de la Guerra...”

El libro es reflejo de las circunstancias por las que atravesaba el país. Recién salidos de la guerra con graves limitaciones en el acceso a las fuentes de formación continuada, se buscó ayuda en el exterior en “...*algunos especialistas italianos, por la mayor facilidad que tenían de obtener la bibliografía científica reciente en las bibliotecas de su país*”. Igualmente, la escasez de materias primas como el papel obliga a resumir y concentrar los temas tratados, expuestos en caracteres tipográficos minúsculos sin apenas desperdicio de espacios en blanco, sobre un papel pardo-grisáceo de ínfima calidad y renunciando incluso a las referencias bibliográficas en aras a la concreción así como la triste inclusión, al inicio del apartado de cirugía



general, del texto: *“La falta de papel nos impide publicar este interesante capítulo, del que sólo podemos transcribir las siguientes notas:”* La edición corrió a cargo del Laboratorio Wassermann, no pasándonos desapercibido el breve mensaje en las páginas iniciales donde se explica *“Por indicación de la casa Wassermann, en el texto no se ha hecho nunca mención de producto alguno que lleve su firma”*, lo que sin duda les honra y añadía credibilidad.

El capítulo de neuropsiquiatría se debe a la pluma del psiquiatra y poeta aficionado Luigi Insabato, fundador de la clínica “Villa Igia” en Bari. En esta primera entrega, tras una breve introducción histórica donde por ejemplo se nos recuerda con orgullosa satisfacción profesional el advenimiento de la malarioterapia, que en 1917 revolucionó los escasos recursos terapéuticos con que contaba la psiquiatría. A continuación se recoge la parte relativa a los subsiguientes tratamientos de choque (insulina, cardiazol y electroshock) así como el tratamiento diecefalorraquídeo. En un próximo número, el capítulo se completará con los tratamientos farmacológicos más novedosos en la época (preparados bencedrónicos y sulfamídicos, vitamina B1, clorhidrato de hemato porfirina y el propionato de testosterona) generalmente en forma inyectable, seguidos de la cirugía y prácticas tan peculiares como la ofidioterapia y las ondas cortas.

Una tercera entrega final, recogerá y ampliará estos procedimientos tal y como se

practicaban entre nosotros, tomándolo del libro de Jesús Echeverría *“Notas para un estudio psiquiátrico de Guipúzcoa”* publicado por su Excm. Diputación en 1948.

A pesar de lo insólito, incluso indeseable, que puedan parecernos algunos de estos tratamientos, no podemos presuponer en los médicos y sanitarios que los aplicaban un menor ánimo terapéutico que el que nos inspira hoy en día en la utilización de los métodos actuales. Una lectura desapasionada de las técnicas que siguen, nos tiene que ayudar a poner en perspectiva los tratamientos (ya sean biológicos o psicológicos) que indicamos cotidianamente, revistiendo de la máxima actualidad las palabras con que el Dr. Soriano cerraba el prefacio: *“...todos los problemas terapéuticos de actualidad necesitan de la sanción del tiempo para quedar como definitivas adquisiciones de la Medicina, porque se repite constantemente el hecho de que todo nuevo tratamiento con base científica demostrada, provoca al principio un entusiasmo desmedido, que la prudente crítica posterior de los investigadores y el ponderado juicio crítico de los médicos prácticos, se encargan de valorar en su justo medio”*. Es una lástima que probablemente no estemos aquí cuando futuras generaciones se entretengan en citar estupefactas algunas de las páginas actuales de *Norte de salud mental* o del *“American Journal”*.





# La terapéutica por los shocks: insulina, cardiazol, electroshock. Tratamiento diacefalorraquideo

L. Insabato

*Del capítulo "Neuropsiquiatría". En Soriano M. "Síntesis médica mundial". Ed. Sociedad española de especialidades fármaco terapéuticas. Barcelona, 1940. pp. 140-152.*

La psiquiatría se encuentra en un periodo muy importante de su desarrollo histórico. En el siglo XIX y en el XX tuvo dos fases: la primera "asistencial" que corresponde al desarrollo de las ideas manicomiales pre-quirúrgicas y a la construcción de los grandes Hospitales Psiquiátricos modernos; la segunda, es la que podríamos llamar nosológica. Esta ha durado hasta el cumplimiento de la construcción nosológica de Kraepelin y está caracterizada por una abundante corriente de estudios anatomopatológicos fundamentales.

Después sobrevino un letargo que duró más de 20 años, durante los cuales, descontentos los médicos del hecho de que ni los trabajos de discriminación nosológica, ni los análisis anatomopatológicos de las enfermedades mentales, habían reportado resultados útiles al arte curativo, que es el supremo fin y el ideal humano del médico, una buena parte de los psiquiatras se limitó al automatismo diagnóstico y asistencial de los manicomios, otra parte se dio al psicologismo atrayente dirigiéndose hacia el psicoanálisis, al adlerismo y a otras construcciones nebulosas del mismo género, y todavía otra parte se hizo tráfuga refugiándose en el campo que parecía más fértil, el de la neurología pura y de la endocrinología.

Hacia el fin de este periodo mortificante para la Psiquiatría se realizan dos hechos de

extraordinaria importancia: el primero fue un fenómeno natural: el de la aparición de la epidemia de encefalitis llamada letárgica; el segundo fue un destello del genio humano: el descubrimiento de la acción terapéutica de la infección malarica en la parálisis progresiva que realizó Wagner Von Jauregg. El primer advenimiento provoca un creciente interés para el estudio de los fenómenos secundarios a la encefalitis epidémica e hizo regresar al redil a todos los tráfugas de la Psiquiatría, los cuales en el campo puramente neurológico fueron obligados a dirigir su atención a fenómenos psíquicos y neurológicos estrictamente entrelazados y los cuales por el peculiar carácter electivo (patológico en el sentido de Vogt) de las lesiones morbosas ponían al descubierto una parte de las funciones psíquicas y motoras del neuroeje. La aportación de los estudios neurológicos a la Psiquiatría fue utilísima porque representaba un enriquecimiento con nueva linfa que llegaba al viejo tronco de ésta con nuevos métodos de investigación clínica, con atención minuciosa ante los más pequeños signos con energía eficaz y audacia ejercitada en los riesgos de la moderna técnica agresiva, tanto diagnóstica como terapéutica.

El segundo advenimiento, o sea el de la malarioterapia, removió los fundamentos del mísero arsenal terapéutico que constaba de poco más del que tenía 2.000 años antes,



desde los hechos que aportaban Hipócrates, Celso y Areteo, y produjo un extraordinario impulso a las tentativas terapéuticas basadas en la remoción orgánica (shock). No es bien exacto decir que la malarioterapia sea una terapéutica de shock, pero es cierto que partiendo de ella y pasando a través de tentativas con la pireto-terapia química y física, la psiquiatría dispone hoy de las técnicas curativas más agresivas y al propio tiempo más eficaces.

En los últimos años el tratamiento con el shock hipoglucémico y con el cardiazólico, se han revelado ulteriores horizontes y más ricas probabilidades de éxito, especialmente en las formas esquizofrénicas, que es el grupo de enfermedades mentales que menos parecía poder influenciarse de cualquier tratamiento. ¿Quién no se acuerda de haber usado azufre, vacunas, malaria, para provocar la fiebre curativa en estos enfermos? y ¿quién no ha sufrido al ver sus esfuerzos y sus sacrificios coronados por un éxito efímero o por fracasos humillantes?

Ya desde el comienzo de su utilización, el tratamiento con el shock insulínico y cardiazólico ha demostrado, no obstante sus defectos y dificultades, ser absolutamente superior a las viejas tentativas terapéuticas. Lo afirmó ya Pötzl, director de la Clínica Psiquiátrica de Viena, alrededor del cual tuvieron lugar los primeros experimentos de Sakel, el descubridor del método insulínico. Pötzl ya desde los primeros casos tratados con la insulino-terapia afirmó que no se trataba de remisiones casuales, sino de curaciones verdaderas y propiamente tales, viendo en él un porvenir rico de posibilidades en la terapéutica psiquiátrica.

No nos detendremos en hacer la historia del tratamiento por el shock insulínico. La insulina, hormona pancreática, usada en medicina general en la diabetes, no ha entrado en el arsenal terapéutico de psiquiatría hasta los primeros experimentos de Sakel. Ya en 1929, H. Steck trataba las psicosis con la hipoglucemia y el mismo Sakel, así como Picher, Chen, Münn y

algunos otros, trataban a los morfinómanos con dosis, no de shock, pero suficientes para producir una hipoglucemia con fenómenos bastante graves. Otra aplicación fue el uso de la insulina como sedante (por obra de Wuth de Mónaco y de Sakel) en los estados de excitación de los psicópatas. Desde hace algunos años se había usado la insulina en los esquizofrénicos sitiofóbicos buscando la acción estimulante sobre la sensación de hambre.

Pero lo que constituye el mérito de Sakel es que no se contentó con el tratamiento sintomático, sino que actuó sobre la psicosis misma; reconoció la importancia y las posibilidades de la hipoglucemia en sí, y partiendo del punto a que habían llegado los otros, ha hecho considerar como el "punto cardinal activo" precisamente a aquellos fenómenos que sus predecesores querían evitar y a los cuales temían, es decir a los estados hipoglucémicos graves que terminaban en coma. Este punto de vista tan heterodoxo en aquella época (1936) fue inmediatamente confirmado por otros AA. (Uller, Schaeffer, Braunmuhl, Ederle, Strecher, Cerletti, etc.) y hoy ya no es discutido por nadie.

El que se disponga a tratar un enfermo esquizofrénico con la insulina, debe prevenir meticulosamente todas las cosas necesarias para solucionar todas las manifestaciones graves que pueden ocurrir de un momento a otro. El local debe ser calentado (los enfermos en tratamiento sudan muchísimo: hasta dos litros, y están sujetos a fáciles congestiones de la mucosa respiratoria), bien iluminado (para descubrir las alteraciones de color de la cara), sin muebles u otros objetos que puedan impedir el circular libremente alrededor de la cama del enfermo, manteniendo en el ambiente la máxima limpieza.

Braunmuhl en su libro "Die Insulinschockbehandlung der Schizophrenie" hace una descripción perfecta de todo lo preciso, ya sea como instrumental o como medicamentos. Según este autor, no ha tenido que lamentar personalmente el más mínimo percance y es muy aconsejable



su lectura a todo el que quiera practicar este método de tratamiento.

Aconseja utilizar insulina de 40 U. I. por c.c.; con un poco de experiencia se puede emplear perfectamente una jeringa común. Las jeringas de insulina del comercio no sirven porque están dosificadas hasta el máximo de 40 unidades, por lo que son insuficientes.

En estos últimos tiempos (1938) Colucci y Mezzino han ideado emplear la insulino-terapia por el método Lombardo-D'Amato que se usa en el tratamiento de la diabetes con el fin de reducir las dosis de insulina. Estos AA. hacen preceder una hora y media antes de la inyección de la dosis-shock de insulina, una inyección de preparado hepático. El tiempo de aparición del shock se reduce así notablemente (hasta a 32 minutos). El shock así producido sería más intenso y el tiempo de recuperación, después de la administración de azúcar, sería de este modo mucho menor; además la dosis de shock de insulina podría ser menor, siendo una ventaja económica no despreciable. Los AA. además afirman haber notado con el shock hépatoin-sulinico a dosis reducidas de insulina, una mejoría de las condiciones generales en las horas que siguen al shock (Riforma Medica, núm. 50, 1938). Nuestra experiencia no confirma del todo estas manifestaciones, pues no hemos notado una apreciable influencia del preparado hepático sobre la profundidad y el tiempo de aparición del coma.

Nunca se insistirá bastante en el hecho de que el médico esté siempre presente durante el tratamiento. El coma insulínico se ha comparado a la anestesia y por tanto el enfermo anestesiado nunca se abandona a si mismo (James, Freudenberg, Tandy, Cannon). Si el médico no está presente, no solamente no puede intervenir en el tiempo oportuno en casos de complicaciones inmediatas que pueden surgir, sino que además, no pudiendo seguir el desenvolvimiento de las varias fases del estado hipoglucémico, no adquirirá un conocimiento preciso del tipo

individual del coma, pudiendo ocurrir las más desagradables sorpresas.

También el personal de asistencia (enfermeras), debe ser cuidadosamente seleccionado, pudiendo decirse que este tratamiento es una piedra de toque para conocer la capacidad efectiva del personal. Cuanto más personal esté presente, menos incidentes pueden ocurrir; y la "atmósfera" del tratamiento insulínico es fecunda en incidentes.

El método clásico de Sakel consta de cuatro fases consecutivas:

- 1.<sup>a</sup> Fase introductiva: inyección por vía intramuscular de insulina en un mínimo de 24 U. I., ascendiendo gradualmente hasta que sobrevengan netos fenómenos hipoglucémicos, por término medio después de tres horas de la inyección.
- 2.<sup>a</sup> Fase de shock. La crisis hipoglucémica o comatosa es interrumpida después de la cuarta hora de la inyección con la administración por medio de sonda de 200 gr. de azúcar en solución; el enfermo debe permanecer en cama un tiempo no mayor de 1 hora y media.
- 3.<sup>a</sup> Fase en la cual al tratamiento se intercala un período de reposo.
- 4.<sup>a</sup> Fase de "polarización" de la psicosis en la cual se emplean pequeñas dosis de insulina y se interrumpe precozmente la hipoglucemia.

Otros AA. han puesto de relieve que en la práctica lo fundamental es la segunda fase y han insistido sobre la prolongación de ella, de manera que la tercera y cuarta fases han sido casi del todo abandonadas.

¿Cuántas unidades de insulina precisa inyectar? Esta respuesta no puede darse a priori. Ordinariamente oscila desde un mínimo de 8 unidades (caso de Muller) a un máximo de 300 unidades; algunos AA. han alcanzado hasta 440, 450, 480 U. I. También nosotros hemos tratado con dosis muy altas (400 U. I.) un enfermo que sólo pocas veces presentó sudores y leve



obnubilación de la conciencia. Rathery cree que esta extraordinaria resistencia de algunos sujetos es debida a una hiperreactividad del aparato endocrino y especialmente de la hipófisis y de las glándulas suprarrenales. Otros lo explican admitiendo la presencia de fuerzas psíquicas con las cuales el enfermo lograría vencer los fenómenos hipoglucémicos; otros admiten la importancia del peso corporal, hecho comprobado por varios AA., los cuales señalan una diferencia en cuanto a la resistencia al sexo (las mujeres más resistentes que los hombres).

Se inyecta por la mañana una dosis de insulina por vía intramuscular (el primer día 24 U. y después ir aumentando cada día 10 U.) se espera durante 4 horas a que se produzca el coma. Es conveniente que el aumento de las dosis sea gradual, porque de esta manera el organismo es conducido al coma lentamente.

Transcurridas las 4 horas, todos los enfermos, tanto si han tenido hechos hipoglicémicos como si no, reciben una dosis de azúcar por vía gástrica (170 gr. de Dextropur en 200 c. c. de agua ligeramente tibia o de te). Es preciso una estricta vigilancia de estos enfermos, ya que aun después de las 4 horas hay el peligro de hechos hipoglucémicos tardíos que pueden poner en peligro la vida del enfermo.

Braunmuhl insiste muchísimo, aunque esté de acuerdo en considerarla artificial, en establecer una división de la fase más intensa de la hipoglucemia, en shock mediano y en shock completo; afirma este autor que esta subdivisión “permite registrar en el shock mediano un cuadro de seguridad para el verdadero y profundo shock o coma”.

El shock mediano está caracterizado por la aparición de una somnolencia y de manifiestos trastornos motores (mioclonía) y se reconoce por la imposibilidad de beber por parte del enfermo, mientras que el período de shock o coma profundo, es aquel en que todas las reacciones del paciente al requerimiento o a las

excitaciones prolongadas, están ausentes; este segundo período, no debe durar generalmente más de media a tres cuartos de hora. En casos especiales puede alargarse el coma por un tiempo mayor. Entre el shock mediano y el shock completo, la duración total del coma es de una hora y media. Es difícil hacer una descripción minuciosa y completa de todos los fenómenos motores y psíquicos que presentan los enfermos durante la cura insulínica y especialmente durante el shock.

“Todos los cuadros sintomatológicos que acompañan la pérdida de la conciencia son distintos, de manera que cada enfermo tiene un shock individual. Así hay enfermos que pasan lentamente de la somnolencia ligera al sopor y al coma, y en cambio otros presentan una fuerte agitación con espasmos en extensión y en flexión, con fuertes mioclonias que hacen temer de un momento a otro la aparición de un ataque epiléptico” (Braunmuhl). Han sido dictadas reglas especiales para el primer shock, durante el cual se observarán atentamente todos los fenómenos que presente el enfermo, especialmente aquellos (disnea inspiratoria, espasmo laríngeo) que precisa combatir con medios adecuados.. La recuperación y terminación del coma en todos los casos es conveniente obtenerla con sonda gástrica, salvo en casos de urgencia; de este modo en el momento del despertar se va tomando contacto lentamente con la psiquis del enfermo, el cual está en un estado de ligera euforia de tipo infantil con necesidad de efusión y de atenciones y consuelo, y tendencia a la confidencia, hecho este último de no poca importancia para los fines de una recta-conducta terapéutica.

La adaptación, la sensibilización a las altas dosis y el hiperinsulinismo son todos hechos que impiden un resurgimiento normal del coma; también algunos fenómenos alérgicos generales de la insulina, irritaciones locales o lipomatosis (Depisch) influyen sobre el desenvolvimiento normal del tratamiento y reclaman particular atención para ser eliminados.



¿Cuánto dura la segunda fase de Sakel que, como habíamos dicho, es la verdaderamente eficaz? Generalmente después del resurgimiento se nota una lucidez psíquica que va aumentando en los sucesivos ataques hasta que todo el intervalo no hipoglucémico persiste lúcido; aunque esto no siempre sobrevenga, cuando se ha obtenido, puede decirse que el enfermo está curado. El tratamiento, de todos modos, debe durar por lo menos 6 semanas; esto para los casos recientes; algunos casos pueden curar antes de este tiempo, mientras que otros exigen un tratamiento todavía más largo, algunas veces hasta 6 meses (Strsker, Munch. Med. Woch. 1936).

¿Produce la insulino-terapia lesiones orgánicas? Son de temer lesiones cardiacas y lesiones hepáticas, Varias críticas se han levantado ante este método, pero todas ellas están de acuerdo en afirmar que por cuanto se refiere al hígado no produce daños, porque no solamente en exámenes meticulosos, no se han demostrado lesiones funcionales, sino que se han observado curaciones de pequeños trastornos que existían al comienzo del tratamiento. En cuanto al corazón, se afirma (Hadorn) que la insulino-terapia no produce lesiones mayores que las causadas por el alpinismo u otros deportes parecidos.

Otro método de tratamiento de la esquizofrenia y de otros síndromes mentales, es el introducido por L. V. Meduna en 1934 en el Hospital Psiquiátrico de Budapest y comunicado por el mismo en el Congreso de Minziger en 1935; el método es el del shock por cardiazol o el de las convulsiones epilépticas. Este método tiene una mayor aplicación terapéutica en cuanto que se usa también en otras formas de psicosis no esquizofrénicas; es más sencillo y fácil de ejecutar y siempre menos peligroso. Ya es sabido cuáles son sus fundamentos. Meduna parte del concepto de que entre esquizofrenia y epilepsia existe un antagonismo; esta hipótesis había sido ya sostenida en apoyo de una técnica terapéutica en sentido inverso por Nyiro en 1930, el cual en aquella época había

intentado sin éxito, curar sus epilépticos con la transfusión de sangre de esquizofrénicos. El método Meduna sería una aplicación más definida del método precedente. Después de haber experimentado sustancias análogas, el inventor elige el cardiazol (Pentametilentetrazolo) en solución acuosa al 10 % estabilizado a Ph 8 con una solución de 0'1 de sulfato sódico.

Es preciso inyectar el cardiazol por vía endovenosa por la mañana en ayunas, por lo menos dos veces por semana y a veces tres, si las condiciones del enfermo lo permiten. La inyección se dosifica a 0'50 gr. de cardiazol en substancia (5 c. c. de la solución usada comúnmente para fines analépticos en medicina general). La dosis capaz de provocar el shock no puede determinarse a priori; se tiene presente que las mujeres son más sensibles al medicamento, por lo que deben recibir siempre una dosis más baja de 4 c. e. Si la dosis utilizada no produce ataques convulsivos se procede a una segunda inyección, elevando en 0'10 más la dosis anterior; si tampoco así obtenemos las convulsiones deseadas, al día siguiente se le dan 0'70 gr. (7.c. c.) y si el ataque falla 0'80 gr. (8 c. c.), esperando todavía un día más, si se debe aumentar esta dosis. Meduna ha precisado bien la técnica de este aumento de dosis y ha insistido justamente en la importancia de producir el ataque completo, con cada inyección y no un equivalente psíquico, el cual podría producir un empeoramiento de la psicosis y un desarrollo de formas alucinatorias (Psych. Neur. Woch., 1938, núms. 8-9). Después de la inyección aparece una primera fase breve (30 segundos), durante la cual se observan frecuentes fenómenos: la cara del paciente tiene la expresión de terror, la conciencia se conserva en todo o en parte, algún pequeño golpe de tos, alguna sacudida de nistagmo, algún movimiento repentino de los párpados, algún grito, o bien alguna frase expresiva, que después se va haciendo inarticulada con la aparición de la segunda fase. Esta se señala por la aparición de convulsiones clónicas, que duran rara vez más de un minuto; apnea casi completa, boca abierta al máximo,



cara congestiva y lívida. La conciencia en esta fase está completamente abolida.

Sigue el tercer periodo, en el cual hay un relajamiento tónico de toda la musculatura, continuando la presencia de sacudidas clónicas que son mucho más amplias. La cara es cianótica, los párpados están semiabiertos, amplia sudoración, sialorrea.

En la cuarta fase existe un coma inerte, con respiración estertorosa, palidez, midriasis, pulso pequeño y rápido.

Ya se sabe con cuánta facilidad los epilépticos se muerden la lengua durante la fase tónica del ataque; para obviar que esta lesión se produzca, se aconseja introducir en la boca un tapón de caucho del grosor de un dedo; es preferible tener al enfermo libre de todos los vestidos que le constriñan.

El retorno de la conciencia se hace lentamente, pero no puede excluirse otro periodo, que es el de una gran agitación confusional. Es conveniente no abandonar a estas enfermos a si mismos cuando han tenido el ataque. De todos modos es recomendable dejarlos tranquilos, mantenerlos en ambiente oscuro y lejos de rumores o gritos, por lo menos durante dos horas, periodo que en general pasan durmiendo. Los inconvenientes que se han descrito se pueden resumir en lo siguiente: frecuentísimas luxaciones de la mandíbula en los enfermos con pronunciado prognatismo; menos frecuentemente la fractura del cuello del fémur y del acetábulo (Nyberg, Walk, Muller), fractura de la escápula (Satta, Stahli y Briner), fractura del cuello del húmero (Craus, Sorger), luxaciones de la espalda (Broggi), de la clavícula (Harris y Birnie). En épocas sucesivas han sido descritas fracturas de las vértebras seguidas de muerte (Wespi, Palmer); abscesos pulmonares (Zeifert), despertar de tuberculosis, trastornos mentales a cargo de la memoria (Tooth, Blackburn, Gerhardt), síndromes catatónicos (Leroy, Clemens), induración esclerótica de las venas

(Sorger y Hofmann), lesiones varias del cuerno de Ammón y del miocardio (Spielmeyer y Neuberger). Naturalmente, todos los AA. que han lamentado alguno de estos inconvenientes ha desaconsejado el método. Algunos AA., pasado un periodo más o menos largo de descanso, han vuelto a aplicar el tratamiento.

¿Cuántos ataques precisa provocar? Meduna y otros AA. que han experimentado el tratamiento, eran del parecer de fijar esta cifra. Lo que debe aconsejar proseguir o suspender el tratamiento es el estado físico y psíquico del paciente. En general, en los casos sin mejoría se debe suspender el tratamiento al 25.º acceso, después del cual puede considerarse inútil todo tratamiento sucesivo; pero en los casos buenos, sea cualquiera el número de accesos que se hayan producido, con el fin de estabilizar la remisión obtenida, conviene provocar todavía por lo menos tres-cuatro accesos más.

Se han utilizado otros preparados para la terapéutica convulsivante, éstos son: la acetilcolina (Fiamberti), el Azoman, que entre otras ventajas tiene la de poderse dar por vía intramuscular a dosis más pequeñas que el Cardiazol, la Exetona (Foz, Nisibar), Coramina a altas dosis, canfosulfonato sódico al 15 % (Foz), el cloruro amónico (Bertolani), el monobromuro de alcanfor (Pagniez, Plichet, Varay).

Actualmente se aconseja el tratamiento combinado de ataques epilépticos provocados con cardiazol y el de estados hipoglucémicos con insulina. Este método que utilizó desde algún tiempo, consiste en producir con la insulina un estado hipoglucémico, equivalente al shock mediano y el inyectar entonces el cardiazol en la vena. Este sistema evita la impresión de terror al enfermo y dada la hipotonía muscular del estado hipoglucémico, el ataque epiléptico resulta más inocuo, ya que es menos posible el trauma óseo.

Otro método para la provocación del ataque epiléptico es el realizado por Cerletti



usando como medio epileptógeno la electricidad. Cerletti y Bini han ideado un aparato que es capaz de provocar en el paciente accesos convulsivos análogos a los provocados por la insulina y el cardiazol. Las primeras experiencias llevadas a cabo en animales datan de 1934; Cerletti entonces en Génova, regulando el voltaje de la corriente y el tiempo de aplicación, obtiene accesos convulsivos clásicos; después de la experimentación en varias especies animales lo utilizó en el hombre. Hoy existe en el comercio un aparato adecuado por medio del cual se provoca el ataque epiléptico con extrema facilidad. Este aparato consta de un "circuito de prueba" que sirve para explorar la resistencia de la cabeza del paciente, y de un circuito "de shock" provisto de un interruptor de relojería, un voltímetro y un reostato, además de un casco para aplicarlo a las sienes, con electrodos de plata. Previamente se afeita la región temporal del paciente cubriéndola con una pasta a base de pómez, cloruro de sodio, goma tragacanto, etc. El tiempo de paso de la corriente se puede regular con el reloj; en general es de una décima de segundo, pero algunas veces debe prolongarse a dos décimas o más. Se aconseja más bien el aumentar el voltaje que el tiempo de aplicación. El efecto es el mismo que se obtiene con la inyección endovenosa de cardiazol; grito, pérdida de la conciencia, sacudidas tónicas, respiración estertorosa, apnea, pérdida de la orina y de las heces, sacudidas clónicas generalizadas, es decir, un verdadero ataque epiléptico. Las ventajas prácticas del electroshock resultan de su facilidad de aplicación, mucho mayor que el cardiazol; posibilidad de provocar el ataque en la primera aplicación o a los pocos minutos si ésta ha sido ineficaz; ausencia de fenómenos de excitación, pérdida inmediata de la conciencia, ausencia del periodo de latencia con hechos angustiosos, amnesia completa retrógrada, su posible aplicación aún en enfermos inquietos y gastos de funcionamiento reducidos al mínimo.

¿Existen indicaciones especiales sobre el empleo de estos diversos métodos? Hace

ya tiempo que se aconseja que antes de iniciar el tratamiento insulínico en los esquizofrénicos, se practique la terapéutica convulsivante con cardiazol "para disminuir el 50 % de casos que deban tratarse con insulina" (Petri-Canello-Levi); hoy se mantienen indicaciones precisas, no sólo en cuanto se refiere a la forma mental que debe tratarse, sino también en cuanto a la variedad de la misma. Kogler (Der Nervenartz, 1939) después de una vasta experiencia, ha formulado las indicaciones según las cuales se ve que no se trata de aplicar automáticamente estos métodos terapéuticos a determinadas formas nosológicas, sino de aplicarlo con distinto criterio a varios estados sindrómicos (síndrome depresivo, de inhibición, síndrome angustioso, alucinatorio, etc.). He aquí las conclusiones de Koler, a las que nos asociamos completamente:

- 1.º Excluir del tratamiento por los shocks cualquier forma mental, cuando se trata de procesos morbosos crónicos que han determinado ya un grave déficit de la personalidad; estas formas, aun tratadas intensamente y durante largo tiempo, no dan ningún resultado.
- 2.º Con cardiazol pueden tratarse formas maníacas crónicas (especialmente de la edad madura) o melancólicas involutivas que datan de muchos años y ya fijadas sintomáticamente. Precisa advertir que no deben prolongarse la serie de ataques con cardiazol en los casos en que no se observa mejoría alguna, en general basta llegar hasta 10 ataques.
- 3.º Debe tratarse con cardiazol todos los estados de inhibición motora o de bloqueo motor hasta el estupor, sin tener en cuenta que el estupor sea depresivo, catatónico, psicógeno. La interrupción de estos estados sobreviene, o bruscamente, o de un modo progresivo. También han sido tratados con éxito aquellos estados depresivos de larga duración con pobreza de iniciativa que no alcanzan a superar el llamado "punto muerto". Algunas veces la interrupción del estado depresivo ha provocado graves complicaciones somáticas (bronquitis, bronconeumonías, cistopielitis,



inanición). El estado depresivo puede ser interrumpido también con insulina, especialmente con el ataque epiléptico por la insulina, pero este método es incierto y muy largo.

- 4.º El cardiazol se ha demostrado eficazísimo para interrumpir los trastornos psicógenos, como algunos trastornos histéricos,
- 5.º El cardiazol da también resultados favorables en alucinosis verbales establecidas desde muchos años.
- 6.º En las neurosis progresivas se han obtenido resultados inciertos, lo mismo con la insulina que con el cardiazol, resultando refractarias a todos, los tratamientos.
- 7.º El campo de aplicación principal con el shock insulínico es el de las psicosis agudas de aparición reciente que muestran al propio tiempo síntomas alucinatorios variados, con un componente afectivo con tendencia a la angustia, a la desorientación, al estasis (una parte de estas formas eran denominadas unas veces psicosis aguda delirante alucinatoria, sin precisar su dependencia con las psicosis esquizofrénicas, y otras, formas depresivas graves con componente delirante y todavía otra parte se consideraba como episodios esquizofrénicos agudos en los cuales aparecía la característica alteración de la personalidad). El tratamiento en estos casos debe iniciarse lo más pronto posible porque da al enfermo la tranquilidad desde un primer momento y finalmente la curación.
- 8.º El shock insulínico está estrictamente indicado cuando en las psicosis endógenas intervienen episodios febriles acompañados generalmente por fuerte excitación motora y por fuga de ideas en un estado confusional e ideorreico (catatonia aguda). El tratamiento en estos casos salva la vida. Al descender la temperatura se nota el efecto sedante y curativo de la medicación insulínica. Debe empezarse con dosis fuertes ya desde el primer momento; si se obtiene la remisión de este estado agudo, en general sobreviene la curación total.

Por lo que se refiere al electroshock no se han publicado trabajos en los que se precisen sus indicaciones particulares. En todos los casos lo utilizamos substituyendo al cardiazol, pero damos una cierta importancia al cardiazol como substancia que actúa sobre la célula nerviosa y lo preferimos al procedimiento físico.

Recordaremos las aplicaciones de la hipoglucemia insulínica en el tratamiento de los delirios postmalioterápicos de los paralíticos generales (Silva di S. Paolo) y del insomnio grave a pequeñas dosis (Wiergieko).

Una pregunta que interesa de manera especial a los parientes del enfermo, es el porcentaje de curaciones obtenidas hasta ahora con estos métodos. Es difícil formular una respuesta categórica, ya que las estadísticas dadas por Sakel, Meduna y otros AA. que durante años han experimentado con estos métodos, no son exactas por las siguientes razones:

- 1.º porque la esquizofrenia es una enfermedad que por si sola tiene una tendencia a las remisiones espontáneas, remisiones que con esta terapéutica son aceleradas.
- 2.º por la falta de una noción única de la esquizofrenia, ya que varía de una a otra clínica (muy demostrativo es el hecho de que en clínicas de la misma escuela el porcentaje es casi el mismo).
- 3.º por la escasez de noticias posteriores al momento en que salió el enfermo de la clínica.

No obstante, el tratamiento por el shock señala una importante adquisición en la terapéutica psiquiátrica y abre grandes esperanzas de aplicación más amplia. En todo caso los más escépticos han de confesar que las remisiones obtenidas con este método, son siempre mayores que las que se observaban anteriormente.

Dada la índole esencialmente práctica de estas páginas, apuntaremos sólo algunas palabras a las varias hipótesis que se han dado para explicar el modo de acción de la insulina y del



cardiazol. Muchas han sido las teorías lanzadas: no es generalmente aceptada la que admite una acción tóxica de la insulina en el organismo (Gabbe, Hasana, Kirshbaum, von Noorden y otros) y la que cree “un aumento de la reacción de defensa vital” (Bauer, Guiraud, Nodet). Predomina la teoría que lo explica por modificaciones bioquímicas que actúan directamente sobre la función vital de las células cerebrales, que especialmente en la esquizofrenia, deben suponerse alteradas, aunque no se haya podido alcanzar hasta ahora el substrato anatomopatológico indiscutible. Estas modificaciones, según algunos, consistirían en una hiperglucemia, una hiperpotasemia, una alcalosis, o derivadas de una variación de los cambios hidrosalinos, dando lugar a alteraciones en el grado de inhibición de los coloides tisulares (Bini). Otros (Mason, Smith) piensan que la disminución del contenido en glucosa de las células enfermas produciría su muerte y la eliminación de su influencia morbosa en el desenvolvimiento del proceso de cerebración subsiguiente a los fenómenos psicológicos.

El cardiazol tiene, junto con una serie de propugnadores, otra de contrarios que ponen en evidencia sus ventajas y sus peligros, partiendo del concepto de que el ataque epiléptico disminuye siempre las facultades mentales del enfermo (demencia epiléptica) y que disminuiría también el coeficiente de vitalidad y de reactividad de la célula nerviosa frente a estímulos anormales y secundariamente también la actividad psicosensorial equivocada y las ideas delirantes, o sea el fondo que constituye la razón de su mejoramiento clínico (Senise). Pero el resultado global siempre sería perjudicial a la personalidad psíquica integral. Esta disminución de la funcionabilidad sería producida en un primer tiempo por la anoxemia y después por la hiperoxigenación (Finkelmann, Steinberg, Ljebert, 1938).

Fiamberti, partiendo del concepto de que lo mismo la insulina que el cardiazol dan lugar a modificaciones vasculares violentas y profundas

(tempestad vascular) y como en la esquizofrenia existen alteraciones vasculares paralelas a las condiciones psíquicas en que se encuentra el enfermo (Baruk), da una importancia fundamental a esta conmoción vascular, proponiendo provocarla sin llegar a las convulsiones.

## EL TRATAMIENTO DIACÉFALORRAQUIDEO

En *La Presse Médicale* de 1937, Boschi comunicaba un nuevo tratamiento en algunas enfermedades nerviosas y mentales mediante su método. Las enfermedades tratadas eran la esclerosis múltiple, la corea de Huntington, la neuralgia del trigémino, los dolores fulgurantes de la tabes, la epilepsia.

Es sabido que muchas veces la simple punción lumbar determina notables mejorías en algunos síndromes morbosos; según la opinión común, esta acción beneficiosa sería debida a la descompresión. Pero esta explicación no corresponde a la realidad, ya que el líquido se regenera inmediatamente y en cantidad todavía mayor. Bosch cree que esta hiperproducción de líquido realiza un verdadero lavado neuromeningeo con eliminación de las escorias y toxinas que englobarían los espacios intercelulares y que la causa de la mejoría sería debida a esta acción derivativa. El tratamiento de Boschi puede practicarse de cuatro maneras:

- 1.º Punción lumbar para drenaje del líquido. Es un procedimiento que se usa especialmente en la meningitis serosa; esta afección tiene por signo principal la hipertensión indocraniana; la mayor parte de veces la meningitis serosa cura con este procedimiento porque eliminadas las escorias, desaparece el estado toxiinfeccioso que sostenía la hipertensión.
- 2.º Punción lumbar y provocación de una meningitis aséptica reinyectando en el raquis parte del líquido extraído del mismo paciente. Se extraen 10 c. c. de líquido de los cuales 5 c.c. se reinyectan en el raquis y 5 c. c. en la masa glútea. Se presentan signos de una meningitis aséptica muy leve. Se usa



esta modalidad de tratamiento en las meningitis serosas rebeldes al primero mencionado.

- 3.º Punción lumbar y provocación de la meningitis aséptica por la introducción en el espacio vertebral de una solución de fenoltaleína purísima al 5 0/00 ligeramente alcalinizada con bicarbonato sódico. Se extraen 5 c. c. de líquido, se adapta a la aguja de punción otra jeringa conteniendo la solución de fenolsulfonaftaleína y después de haber aspirado 2-3 c. c. de líquido a fin de diluir dicha solución, se inyecta el total en el espacio vertebral; los 5 c. c. de líquido extraído se inyectan en la masa glútea. La reacción que se obtiene es la de una meningitis con fiebre, cefalea, vómito, paraplejía transitoria, retención urinaria. Todo desaparece pocos días después. Si no se obtiene mejoría con una sola aplicación, se repite el tratamiento 2-3 semanas después.
- 4.º Meningitis aséptica provocada por la introducción en el raquis de agua bidestilada, seguida de una especial autohemoterapia. La dosis de sangre que se inyecta, según Bosti, es de una gran importancia: se dan dosis muy diluidas (al 1 por un millón y al 1 por 10 millones). Se inyecta 1 c. c. de esta dilución homeopática en los glúteos 7-8 horas después de la introducción del agua bidestilada en el espacio vertebral y se repite la inyección de sangre 24-48 horas después.

El autor del método indica como regla a seguir la del "desnivel bioquímico" entre el líquido y el medio cefalorraquídeo; según esta regla, deben introducirse sustancias de composición química sencilla como agua bidestilada o soluciones muy diluidas de fenolsulfonaftaleína. Las sustancias complejas, como los sueros, en lugar de facilitar el drenaje ejercen una acción de bloqueo y producen la agravación en vez de la mejoría de los síntomas. Todos los AA. que

han utilizado el método, han obtenido resultados favorables en enfermedades nerviosas en las cuales los tratamientos más variados no había dado resultados; ha sido también intentado el método en enfermedades mentales. Telatin hace preceder a la insulinoterapia el tratamiento diacéfalorraquídeo. Boyle realiza el drenaje del líquido en el hidrocéfalo, en la siringomielia y en la siringobulbia, pero con un método quirúrgico.

Las contraindicaciones son las lesiones renales y los estados graves de debilidad orgánica; cualquiera otra enfermedad concomitante no contraindica el tratamiento.

Siguiendo a Boschi se ha denominado esta meningitis aséptica "neuromeningiosis".

Además de los medios mencionados para la producción de esta "meningiosis" artificial, se han usado otras sustancias como lecitinas, vitaminas, sueros, etc. Boschi cree que no deja de tener importancia la sustancia que se inyecta porque explica la acción de la misma mediante el siguiente mecanismo: llegada esta sustancia al sistema nervioso, pasa a la sangre ya por difusión o por reflujo desde el líquido cefalorraquídeo, y desde la sangre y del líquido cefalorraquídeo a los centros nerviosos en tanta mayor cantidad, cuanto más descendida está la barrera hematoencefálica, y este descenso está provocado por la "neuromeningiosis". Surge de este modo un problema para la revisión de la seroterapia intrarraquídea y se discute si no sería conveniente inyectar en el raquis una sustancia que produzca la neuromeningiosis, y al propio tiempo o a las pocas horas inyectar en la sangre los sueros para que éstos lleguen a los centros en el momento que se produce la rotura de la barrera hematoencefálica. Lo mismo que Boschi, Sciclounoff y Seylan (Paris Médical) formulan esta hipótesis que parece lógica, pero no se han comunicado todavía los resultados de las experiencias realizadas.





# El I Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos concluye con la constitución de un Colegio Internacional [www.ieanet.com](http://www.ieanet.com)

Con el fin de promover el intercambio de experiencias entre profesionales acerca de la investigación, capacitación, prevención, tratamiento y reinserción social de los trastornos adictivos, en el seno del I Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos, celebrado en Santiago de Compostela del 26 al 28 de febrero, se ha constituido el Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos, que contará con el apoyo de la Xunta de Galicia, de la Generalitat Valenciana y del Plan Nacional de Drogas. La sede física del Colegio, al que ya se han adherido doce países y casi 600 profesionales como socios fundadores, se ha acordado que esté en España, con subsedes en Latinoamérica, Portugal

y el Caribe latino. Así mismo, el Colegio Iberoamericano dispondrá de un portal en Internet, como herramienta fundamental para recoger información de interés para todos los profesionales que trabajan en el área de las drogodependencias. Con ello, se crea un referente internacional en transmisión de conocimientos. Los contenidos del citado espacio web serán: información sobre el Colegio; secretaría virtual; enlaces a publicaciones en español y portugués sobre el tema a texto completo o parcial; programas de formación de profesionales; noticias de interés; colecciones bibliográficas e informes de alerta.





<b>NEURONAL</b>	<b>Desequilibrio Neuro-Vegetativo</b> Nuc.eina - Arrenal - Acido dietil barbiturico y Bromuros.
<b>FENILCAL</b>	<b>EPILEPSIA</b> Cada tableta contiene Fenil etil malonil ureico cálcico 0,1C.
<b>FOSFORAL</b>	Estimulante del sistema nervioso cerebro-espiral.

Censura Sanitaria núm. 133

**Laboratorios TURON - Barcelona**

# Fundamentos de Psicopatología Psicodinámica

Editorial Síntesis. Madrid. 2004.

Autores: José M<sup>a</sup> Álvarez, Ramón Esteban, François Sauvagnat

Ander Retolaza

Vaya por delante nuestro reconocimiento a los autores por su gran capacidad de pensamiento y trabajo. No es frecuente, en las fechas que corren, encontrar un volumen de 738 páginas dedicado a la reflexión psicopatológica, sus antecedentes y sus problemas. El texto se desglosa a lo largo cinco grandes apartados y 46 capítulos. Los apartados desarrollan el siguiente temario:

1. Historia y fundamentos de la Psicopatología
2. Modelos psicoanalíticos en psicopatología
3. Posiciones subjetivas y situaciones clínicas
4. Semiología (el más amplio)
5. Nosografía.

Obligado es decir que el momento para una publicación así es más que oportuno y, precisamente, porque va contracorriente. Flaquea el debate psicopatológico en todo el mundo y escasea también en España, salvo en pequeños grupos, como el reunido en torno al Hospital Dr. Villacian de Valladolid a lo largo de estos últimos años. Ahora todo es (o parece ser) DSM y CIE. Pero nuestras nosografías (que no nosologías) de amplio espectro presentan anomalías. Un dato revelador: el DSM-IV contiene 297 categorías para los distintos trastornos mentales; el DSM-III se las arreglaba con 265 y el DSM-II con 180. Las presiones sociales y de los "lobbys" interesados consiguieron, después de la Guerra de Vietnam, sacar fuera la homosexualidad e incluir el Trastorno por Estrés Postraumático. Esto puede resultar (y de hecho lo es) muy democrático, pero no se sabe cuál es su razón psicopatológica, que es la

que se supone debe primar en manuales de estas características ¿O debemos admitir que ya no es así (si es que lo ha sido alguna vez) y que la demanda y la presión social son las que determinan qué es o no es un trastorno?

El anterior es buen problema para la reflexión. Pero parece necesario buscar algo más sustantivo en la Psicopatología que la mera descripción y el consenso. También parece necesario un debate más extenso y más profundo sobre el qué hacer clínico. Y es que nos enfrentamos a una dura realidad. Según la OMS hay más de 1.000 millones de personas con trastorno mental en el mundo (lo que representa casi una cuarta parte de la población mundial). Entre un 20% y un 25% de los pacientes atendidos en Atención Primaria también presentan este tipo de problemas, sobre todo depresiones, y, aproximadamente el 50% de estos trastornos no son detectados por el sistema asistencial. Otros muchos reciben tratamientos inadecuados o, incluso, perjudiciales para la salud. En los Centros de Salud Mental del País Vasco (y del resto de España y países del entorno) los trastornos de perfil neurótico constituyen, más o menos, un 70% de los casos tratados, mientras que las psicosis y los trastornos graves de personalidad dan cuenta del restante 30%. Y la demanda, como todo el mundo sabe, es creciente. Por otra parte, la organización y coordinación de los servicios no responde a las necesidades detectadas y debe ser transformada. Existe una gran preocupación social y de las autoridades de muchos



lugares del mundo por todo este sufrimiento evitable, las bajas, la improductividad y los gastos sociales que produce. Este escenario marca unas notables diferencias con cualquier otro conocido en el pasado.

Las prácticas clínicas reales en la situación actual resultan, demasiadas veces, en exceso esquemáticas y simples, mientras existe una exigencia ciudadana creciente y nuestros pacientes son cada vez más *impacientes* de acuerdo con el modelo social imperante. Probablemente nos encontremos en un momento crucial para todo este asunto de la Salud Mental. Porque las psicoterapias están en retroceso, aunque quizá no definitivo, puesto que hay demasiado gasto farmacológico que no soluciona, que no logra la curación (o la remisión de síntomas en lenguaje técnicamente correcto).

En estas circunstancias necesitamos una psicopatología que sea útil para el trabajo cotidiano de la mayoría de los profesionales. Quizá también (es un suponer) que sea transformadora de la práctica clínica, un poco funcional, que padecemos. La situación actual nos remite a un consenso de mínimos. Vivimos en una pobreza psicopatológica que nos permite una cierta contabilidad de datos, no sé si una buena medición. Nuestros manuales son diagnósticos y estadísticos (quizá algo más de lo segundo). La cuestión es ¿necesitamos una psicopatología crítica o hacer una crítica de la psicopatología? Desde la primera alternativa se nos hacen propuestas descriptivas (como las del grupo de Cambridge o la de Castilla del Pino), también propuestas cognitivas y —finalmente— propuestas hermenéuticas (como la de los autores de este libro). Sin embargo hay preguntas previas: ¿es la psicopatología la ciencia básica, el área de conocimiento clave capaz de proporcionar fundamento a las prácticas clínicas de psicólogos y psiquiatras? ¿Hay una (o unas) teoría(s) suficiente(s) para fundamentar nuestras prácticas o estamos buscando la teoría que de sentido a esta situación que vivimos? ¿Vamos de la Ciencia a la praxis o de la Praxis a la ciencia?

Una cita: “La psicopatología descriptiva es la visión de la locura que es *conformada por la actividad* de acompañar y cuidar a los locos en los asilos”. Sobre todo, en el S. XIX, en Francia, en Alemania, en Inglaterra. Y (es preciso decirlo) quizá esa visión y la teoría que produce se corresponda con esa actividad. Como vemos ha habido y hay múltiples intentos de sustanciar la psicopatología desde otros lugares. Desde la filosofía, con la Escuela fenomenológica, desde la medicina clásica con la búsqueda de un substrato anatomopatológico de las enfermedades mentales, desde la actual bio-farmacología, siempre a la búsqueda de moléculas y receptores en la base de nuestro comportamiento, desde el cognitivismo y desde el psicoanálisis (por lo menos desde alguna de sus corrientes). Pero para cualquier clasificación posible es preciso tener en cuenta que: “La distinción entre distintas enfermedades adquiere sentido en la medida que sirve *para poner en marcha distintos procedimientos* y para hacer algunas predicciones sobre cuáles serán los resultados obtenidos con éstos”. Si esto es así: “El síntoma, la enfermedad son *también función del proceso de intervención*. Pero las psicopatologías —tal y como las conocemos—, ocultan este importante hecho, como ocultan que es un determinado contexto socio-cultural el que otorga a los fenómenos el carácter de morbosos”.

De todas formas los autores confrontan la mayoría de estas preguntas preguntas. Por ello el texto que comentamos es de gran interés, aunque no exento de dificultad. Pero el que algo quiere, algo le cuesta. Resaltaré un compendio subjetivo, caracterizado por las prisas debidas a este comentario y mis propias limitaciones. Nos encontramos ante un excelente catálogo de conceptos de psicopatología clásica. El libro contiene muy buenas descripciones semiológicas de las que hoy no es frecuente encontrar reunidas en un solo texto (sería recomendable sólo por esto). Pero además:

- 1) Es un gran resumen de muchas y muy diversas teorías (desde las de las relaciones objetales, las diversas tópicas freudianas



o los sucesivos modelos lacanianos, pasando por el automatismo mental de Clérambault, la fenomenología de Jaspers o la escuela de Heilderberg entre muchos otros).

- 2) Aborda temas abandonados y apasionantes, pero que también pueden ser muy controvertidos, como la semiología de la imaginación (Capítulo 28); la semiología de la razón (Capítulo 29) y la semiología de la voluntad (Capítulo 30). El título de estos capítulos (y gran parte de su contenido) parece más bien cosa de filósofos. En “El Misterio de la voluntad perdida” José Antonio Marina se interroga por la desaparición del concepto de voluntad en los textos modernos de psiquiatría y psicología. Parece que los autores han recogido el guante.
- 3) El texto se interroga sobre circunstancias (históricas, institucionales, conceptuales) que han condicionado el devenir de la clínica y la organización asistencial: “*La desatención de las neurosis; Charcot, su escuela y la Histeria*” (Capítulo 4, apartado 9). No podemos dejar de encontrar la relación entre este planteamiento y las dificultades actuales para clasificar adecuadamente los llamados “trastornos menores”, dado el gran solapamiento sintomático (ansiedad–depresión–somatización) consecuente al estallido de la noción de Histeria en varios síndromes y a la desaparición de la categoría de neurosis de los manuales.

Desde otra óptica sorprende encontrar en un texto de psicopatología capítulos destinados a las intervenciones terapéuticas. Por ejemplo: Elementos de técnica psicoanalítica (Capítulo 15) o Modelos de Intervención Práctica (Capítulo 18). Pero esto parece compatible con la posición teórica de los autores. Una pregunta al respecto para ellos: ¿Considerarían que el síntoma, la enfermedad que observamos, se

estructuran también, y son una función del proceso de intervención, o del contexto en el que se expresan y observan los síntomas? Se necesita valor para adentrarse en disquisiciones esenciales que queman y, sin embargo, son esenciales para una adecuada conceptualización y crítica sobre la cuestión esencial de nuestro trabajo que consiste en preguntarse *¿Qué es un trastorno mental? ¿Cuáles son sus límites?*: Lo normal y lo patológico, salud y enfermedad mental (Capítulo 39); Continuidad y discontinuidad en las categorías de la patología mental. Los autores nos ilustran explicándonos algunas de sus ideas al respecto.

A un observador ingenuo le podría llamar la atención la ausencia de un capítulo dedicado a los Trastornos de la Personalidad (el famoso Eje II, el otro gran problema de las nosografías dominantes). Lo supongo esencial al modelo que proponen los autores y replicado mediante una teoría del desarrollo de la personalidad acorde con el modelo psicoanalítico que proponen: las estructuras clínicas (Capítulo 46).

Obviamente el libro contiene muchas más cosas en las que no he entrado. Aún no he podido profundizar en un texto tan multiforme. Limitación de tiempo y, quizá también, de mente. Hay que dejar que los protagonistas (que son quienes mejor pueden hacerlo se expliquen). Hay que leerlos. Quizá, el mejor resumen del libro y de la actitud de los autores esté en la frase final de su preámbulo: “*Nosotros, los que adoptamos como guía lo probable y que no podemos ir más allá de donde aparece lo verosímil, estamos preparados para refutar sin obstinación y para ser refutados sin ira*”.

Felicidades a ellos por la autoría y a nosotros por el saludable debate que nos proporciona.





# Primo Levi: testimonio y creencia

## Notas sobre la lectura de “Si esto es un hombre”

Mónica Marín  
Psicoanalista. Bilbao

En la última parte de su enseñanza, Jacques Lacan da una definición de lo real que si bien abarca las anteriores, radicaliza su consideración de este registro, afirmándolo como lo fuera de sentido, lo real en tanto fuera de lo simbólico y de lo imaginario. Recordemos como para él toda experiencia humana se desarrolla en las tres categorías, dimensiones o registros: simbólico, imaginario y real.

Justamente por ubicar a lo real como fuera de sentido, es que se le puede otorgar. Se puede elaborar saber sobre lo real sólo en la perspectiva de lo real como excluido del sentido, dicho de otro modo, podemos entender la elaboración de saber como una operación metafórica: sentido.

Real

Es en relación a esta cuestión del sentido y del encuentro con lo real que quisiera comentar algunas de las cuestiones que me suscitó la lectura de “Si esto es un hombre”, de Primo Levi. Es el primero de una trilogía, que prosigue con “La tregua” y “Los hundidos y los salvados”, y también para mí los primeros comentarios de un trabajo que proseguiré.

¿Qué conmueve en la lectura de este libro?, Diré, en una primera respuesta, que es el uso de la escritura y del lenguaje para transmitir algo de lo cual, al inicio se carecía de palabras: “*el horror de la barbarie*”. Por ejemplo en la página 39: “Entonces por primera vez nos damos cuenta de que nuestra lengua no tiene palabras para expresar esta ofensa, la destrucción de un

hombre.” O también en la página 21: “Allí recibimos los primeros golpes: y la cosa fue tan inesperada e insensata que no sentimos ningún dolor, ni en el cuerpo ni en el alma. Sólo un estupor profundo: ¿cómo es posible golpear sin cólera a un hombre?”.

Traduzco: ¿cómo hablar de aquello para lo cual carecemos de palabras?. ¿Cómo poder explicar/se algo que no está inscripto en lo ya sabido?. ¿Cómo estar a la altura del real implicado en la operación nazi?. En sus palabras, nueva forma de la monstruosidad moderna, consistente en borrar del mundo a pueblos y culturas enteros, en eliminar no sólo a los judíos vivos sino también a los muertos. Los nazis hicieron desaparecer más de 2.000 cementerios judíos —recordemos aquí cuando Jacques Lacan, en el Seminario IX considera el hecho de construir sepulturas, con sus marcas y/o inscripciones como operaciones de orden humano, como indicios de humanidad— “... he aquí por qué es no humana la experiencia de quien ha vivido días en que el hombre ha sido una cosa para el hombre”, página 295. Es entonces una nueva forma de la monstruosidad moderna que supuso un antes y un después en la historia de la civilización.

Sebastián Haffner, en “Historia de un alemán”, al relatar los primeros acontecimientos en la Alemania nazi, se pregunta qué les pasó a los alemanes para que todo eso fuera posible, y se responde concluyendo que lo que sucedió es que no disponían de los instrumentos con-

ceptuales para poder leer aquello de lo que se trataba, y advierte que a partir de ahí, ya no se podrá más sostener una posición de ignorancia al respecto. Para él, entonces, se trataría de un deber de memoria: el recuerdo de las atrocidades nazis tendría que prevenirnos para que ese horror no vuelva, como si fuera posible la existencia de una pedagogía.

Y es aquí donde quiero introducir lo que para mí es la operación de Primo Levi, su respuesta ante la irrupción de ese real, el encuentro con ese horror: su posición de testigo, su operación de testimoniar: el olvido del olvido. Posición ética ante lo real, que difiere de todo intento de otorgarle sentido, así como de intentar una “pedagogía” al respecto.

En las páginas 340–2: “Quizás no se pueda comprender todo lo que sucedió, o *no se deba* comprender, porque comprender casi es justificar... son palabras y actos no humanos, contrahumanos, sin precedentes históricos... Auschwitz nada tiene que ver con la guerra... Si comprender es imposible, conocer es necesario, porque lo sucedido puede volver a suceder... Todos deben saber, o recordar...”

Y la originalidad de esta propuesta: recordar, no como profilaxis, sino como resistencia “... los consejos de sabiduría ya no sirven y se debe encontrar la forma de resistir: también en esto, la memoria de lo sucedido en el corazón de Europa, y no hace mucho, puede servir de sostén y admonición.”, página 343. Propuesta de la memoria como el resistir, que por un lado denotaría cierto saber de Levi en relación a la memoria: la memoria de algo no borrará la repetición, el horror puede volver a aparecer. Y que por otro lado estaría intrincada en su solución personal ante el horror de la aniquilación y la iniquidad: “...si hablamos no nos escucharán, y si nos escuchasen no nos entenderían. Nos quitarán hasta el nombre: y si queremos conservarlo deberemos encontrar en nosotros la fuerza de obrar de tal manera que, detrás del nombre, algo nuestro, algo de lo que hemos sido, permanezca.”, página 39.

Se trata de una operación, que anudando los tres registros en la necesidad ética del testimonio, adopta la vía singular de un buen–decir que fundamenta una transmisión destinada a restituir el deseo de vivir. No se trata, entonces, de la escritura sólo como de un ejercicio de “liberación interior”.

Porque a quién se dirige el autor?: a sus semejantes, y por su intermedio a la humanidad: “La necesidad de hablar a “los demás”, de hacer que “los demás” supiesen ... “ asumí para él “...el carácter de un impulso inmediato y violento, hasta el punto de que rivalizaba con nuestras demás necesidades más elementales...” “...el dolor del recuerdo, la vieja y feroz desazón de sentirme hombre, que me asalta como un perro en el instante en que la conciencia emerge de la oscuridad. Entonces cojo el lápiz y el cuaderno y *escribo aquello que no sabría decirle a nadie.*”, página 243.

Para concluir, el uso del testimonio que hace de Primo Levi, es un uso para mantener viva la memoria, como forma de resistencia y como práctica del no–consentimiento al horror, la barbarie y la inhumanidad: “nos quitaron todo, hasta el nombre, no pudieron quitar-nos nuestra capacidad de negar nuestro consentimiento “, página 256.

Pero llegados a este punto, y si bien con su escritura hace “pasar” algo del horror de ese real, conmoviendo sin horrorizar, podemos preguntarnos, habida cuenta de cómo terminó sus días, cuál fue el límite, para él, al tratamiento de lo real por la escritura. Me parece que dicho límite reside en una cuestión de creencia, más precisamente de creencia en el logos. Por lo tanto, su operación de testimoniar adquiere así, cierta deriva de humanismo idealista, lo que constituye el límite mismo de su operación con la escritura. “... creo en la razón y en la discusión como supremos instrumentos de progreso, por eso el lenguaje mesurado y sobrio del testigo”, página 303.

Mónica Marín  
marin5@airtel.net



**Nota de la Redacción:** Levi fue deportado por judío y antifascista en 1944 para luego ser trasladado por Polonia, Rusia Blanca, Ucrania, Rumania y Hungría antes de regresar, después de la victoria aliada, a su Italia natal. Había nacido en Turín en el año 1919. Se suicidaría en 1987, en la misma ciudad y en el mismo departamento donde vivió gran parte de su vida. *Si esto es un hombre* (1958), *La tregua* (1963) y *Los hundidos y los salvados* (1986) dejan claro, la radicalidad de las experiencias del autor, que se resume en un ejemplo. Estando en Auschwitz, Levi preguntó a un guardia “¿Por qué, por qué todo esto?”. El guardia contestó: “No hay ‘porques’ aquí”.

Esta trilogía pertenece al género autobiográfico y permiten atisbar la ‘naturaleza del mal’ —condensada tanto en el nazismo como en el fascismo—, que pareció recorrer como una sombra el destino de Levi. Los años de las publicaciones originales nos hablan de la pareja preocupación de Levi por el tema.

En el primero de los tres textos, *Si esto es un hombre*, el autor nos relata sus experiencias en el campo de exterminio diseñado por el nacionalsocialismo. De este libro vendió apenas 2.500 copias en Turín, editadas por una pequeña editorial. En los primeros años, pocos, muy pocos estaban dispuestos a escuchar a Levi.

*La tregua*, por su parte, se centra en la laberíntica y tortuosa repatriación que llevó a Levi y a otros compatriotas por diferentes países de Europa Oriental.

El último de los escritos autobiográficos, de 1986 (un año antes de su muerte), lo tituló *Los hundidos y los salvados* para dejar en claro cuál es la función de la memoria: “La locura nazi ha ocurrido en Europa, contra todas las previsiones (...) Ha sucedido y, por consiguiente, puede volver a suceder: esto es la esencia de lo que tenemos que decir”.

La recopilación de los escritos autobiográficos de Primo Levi se cuenta, sin duda, entre los textos más imprescindibles a la hora de intentar analizar con objetividad y mesura uno de los episodios más estremecedores del siglo XX. En ninguno de los tres volúmenes se percibe la exaltación del escándalo o la minuciosa indulgencia del llanto de la víctima; Levi prefirió más bien un estilo claro, preciso y austero para abrir el debate, de manera libre y democrática. Eso sí, no creo que los sobrevivientes deban sentir culpa. La ironía es que los culpables no sienten culpa y los sobrevivientes sí.





# Actividades OME-AEN

## (Junio 2003 a Mayo 2004)

### I. Actividades organizativas

#### I.1. Jornada Anual:

Bilbao, 5 de noviembre de 2003

**Proyecto Atlas.** “Dibujando el mapa de recursos de salud mental en el mundo” (Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias. O.M.S. Ginebra)

Presentación: Prof. Levav (Asesor de la OMS. Consultor de la Oficina Regional europea. Participante Proyecto Atlas). Ginebra

#### I.2. Conferencia:

Bilbao, 23 de enero de 2004

**“Como cura la psiquiatría y como cura el psicoanálisis”**

Presentación: Prof. Guy Briole. Hospital de Val-de Grâce. París  
Organizado conjuntamente con el Seminario del Campo Freudiano de Bilbao Sala del Archivo Foral de la Diputación de Bizkaia. Bilbao

#### I.3. Presentación del libro:

**“Fundamentos de Psicopatología psiconalítica”**

Bilbao, 14 de mayo de 2004

José María Álvarez; Ramón Esteban; François Sauvagnat

*Los autores ejercen su práctica clínica tanto en instituciones psiquiátricas públicas como en el ámbito privado, compartiendo estos quehaceres con la docencia, bien en el marco universitario*

*(F. Sauvagnat), bien en la formación de futuros especialistas en Psicología Clínica y Psiquiatría y en grupos de estudios psicoanalíticos (J. María Álvarez y R. Esteban). Entre sus publicaciones destacan las dedicadas al Psicoanálisis, la Psicopatología y la Historiografía de ambas disciplinas. Álvarez y Esteban han formado parte del Consejo de Redacción de la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría durante la época en que fue dirigida por Fernando Colina.*

Organizado conjuntamente con el Seminario del Campo Freudiano de Bilbao Sala del Archivo Foral de la Diputación de Bizkaia

#### I.4. Jornada Anual:

Bilbao, 17 de junio de 2004

**“Intervención en salud mental en catástrofes. Planificación y práctica”**

Presentación: Francisco Chicharro. Presidente OME-AEN. Director Médico Hospital de Zamudio.

Ponentes:

- José Andrés Martín Zurimendi. Director salud mental y asistencia psiquiátrica de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

- Josefina Mas Hesse. Psiquiatra. Responsable Hospital de Día Area 3, Alcalá de Henares. Madrid.

Centro Cívico de “La Bolsa” (Palacio Yohn). C/ Pelota 10. Casco Viejo, Bilbao



## 2. Asambleas anuales

### 2.1. Asamblea anual 2003:

**Fecha:** 05-11-2003

**Lugar:** Bilbao

**ORDEN DEL DÍA:**

- Lectura y aprobación del acta anterior
- Informe de Actividades 2002-2003
- Estado de tesorería OME / NORTE
- Web de OME y NORTE en la web
- Objetivos 2004
- Anuncio de elecciones en 2004
- Ruegos y preguntas

### 2.2. Asamblea anual 2004:

**Fecha:** 17-06-2004

**Lugar:** Bilbao

**ORDEN DEL DÍA:**

- Lectura y aprobación del acta anterior
- Informe de Actividades 2003-2004
- Estado de tesorería OME / NORTE
- Web de OME y NORTE en la web
- Elecciones Junta Directiva
- Objetivos 2005
- Congreso AEN 2006 en Bilbao
- Ruegos y preguntas

## 3. Reuniones Junta Directiva

(Se celebran otras reuniones reducidas con el fin de adelantar asuntos cotidianos y/o urgentes)

FECHA	ASUNTOS TRATADOS
17-07-2003 LUGAR: San Sebastián	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lectura y aprobación del acta anterior</li> <li>• Organización de jornadas y congresos</li> <li>• Actividades miembros de OME</li> <li>• Boletín Informativo</li> <li>• Observatorio de Salud Mental</li> <li>• Toma de decisiones en la junta directiva de OME</li> <li>• Estatutos jurídicos de Navarra en la OME</li> <li>• Posibilidad de cambios en la junta directiva en la próxima semana</li> </ul>
05-11-2003 LUGAR: Bilbao	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lectura y aprobación del acta anterior</li> <li>• Informe de Actividades 2002-2003</li> <li>• Estado de tesorería OME / NORTE</li> <li>• Web de OME y NORTE en la web</li> <li>• Congreso AEN 2006 en Bilbao</li> <li>• Elecciones 2004</li> <li>• Ruegos y preguntas</li> </ul>
18-12-2003 LUGAR: Bilbao	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lectura y aprobación del acta anterior</li> <li>• Balance Jornada 2003 (Proyecto Anas)</li> <li>• Organización de jornadas y congresos</li> <li>• Boletín Informativo</li> <li>• Preparación de candidatura junta directiva 2004</li> <li>• Otros</li> </ul>
16-01-2004 LUGAR: Bilbao	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lectura y aprobación del acta anterior (18-12-2003)</li> <li>• Información reunión mantenida con la organización del Congreso de la AEN en Oviedo-2003</li> <li>• Preliminares organización Congreso AEN 2006 en Bilbao</li> <li>• Preparación de candidatura junta directiva 2004</li> </ul>



## 4. Publicaciones

### 4.1. NORTE de Salud Mental

Los contenidos completos pueden consultarse en [www.ome-aen.org/norte.htm](http://www.ome-aen.org/norte.htm): Revista cuatrimestral y recurso de comunicación escrita entre profesionales de la franja norte peninsular que se presenta como marco de expresión para el análisis, la reflexión y la posible oferta de alternativas del acontecer en la salud mental y la psiquiatría comunitaria a través de artículos, propuestas e iniciativas en la clínica, la investigación o la gestión.

#### Sumario nº 17, junio 2003:

Para la Reflexión

- *El papel del hospital de larga estancia en el proceso de rehabilitación.* Juan de dios Molina Martín
- *Enfermos mentales: ¿víctimas o verdugos? De la tragedia en Madrid a la realidad cotidiana de las personas con enfermedades mentales.* J.J.Uriarte

Originales y Revisiones

- *Cuerpo y Género.* Margarita Sáenz
- *Consideraciones Clínicas sobre la adolescencia y el cuerpo de la mujer.* Piedad Ruiz
- *Integración de los programas de calidad en el ámbito de salud mental.* Francisco Chicharro
- *Síntomas corporales y abordaje psicopedagógico de las crisis de angustia y agorafobia.* Oscar Martínez Azumendi.
- *Trastornos de personalidad. Reflexiones sobre la teoría y la relación clínica.* José Filgueira, Pedro Marina.
- *Embarazo-parto y puerperio. (tres momentos del imaginario femenino).* M.C. Rodríguez-Rendo

Informe

- *Recomendaciones para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastorno depresivo mayor. Practice guideline for the treatment of major depressive disorder.(II).* Asoc. Americana Psiquiatría, 1999.

Historia

- *Angel Garma. De Bilbao a los orígenes y desarrollo del psicoanálisis argentino.* Iñaki Markez

Formación Continuada

- *El duelo.* Beatriz Raya

Actualizaciones (libros, revistas, congresos, cursos,...)

- *Átopos.* Salud mental, comunidad y cultura// CLAT2//

Páginas de las Asociaciones

- *Las contrarreformas psiquiátricas. El hospital de Leganés.*

Informes

- *Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral*

#### Sumario nº 18, octubre 2003:

Presentación:

- *Información sobre la atención de la enfermedad mental.* Iñaki Markez

Originales/ revisiones

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

Para la reflexión

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

Informe

- *Proyecto Atlas.* OMS. Disponible y puede consultarse en <http://mh-atlas.ic.gc.ca>,

Historia

- *La Gaceta Médica de Bilbao celebra su Volumen 100.* Oscar Martínez Azumendi
- *Un caso de epilepsia de origen sifilítico (año 1895).* AM de Obieta

Formación continuada

- *Depresión postpsicótica.* Biotza Goienetxea e Izaskun Elortegi

Actualizaciones

- *Programa de Autoformación de Psicoterapia de Respuestas Traumáticas,*
- *Conferencia sobre Políticas de Drogas. Visiones y Actores del Debate*
- *Taller sobre Tratamiento ambulatorio en supuestos de enfermedad mental grave*

Páginas de las asociaciones

- *Jornada Atlas.* OMS



## Sumario n° 19, febrero 2004:

### Presentación

- *Tratamiento ambulatorio involuntario.* Francisco Chicharro.

### Originales y revisiones

- *Salud mental, prioridad en la salud pública.* Itzhak Levav
- *Género y prescripción de psicofármacos.* Iñaki Markez, Nuria Romo, Mónica Póo, Amando Vega, Carmen Meneses, Eugenia Gil
- *Orientarse con el psicoanálisis en la práctica institucional.* Guy Briole

### Para la reflexión

- *Emigrantes voluntarios: sujetos del desencanto.* M. C. Rodríguez- Rendo
- *Universidades vascas y globalización.* José Guimón
- *¿Salud mental o psiquiatría?: entre la atención primaria y el estigma del manicomio.* Ander Retolaza

### Informe

- *Programa de Formación de la especialidad de Psicología Clínica*

### Historia

- *La asistencia psiquiátrica en Vizcaya.* Antonio Villanueva Edo

### Actualizaciones

- *Globalización y Drogas: Políticas sobre drogas, derechos humanos y reducción de riesgos// Átopos// www.Psiquiatria.com// Novedades en www.ome-aen.org*

### Páginas de las Asociaciones

- Junta Directiva AEN

## Sumario n° 20, junio 2004:

### Editorial.

- Francisco Chicharro

### Originales y Revisiones

- *Las autobiografías de Louis Althusse.* Alfredo Cimiano Quintana

### Para la reflexión

- *Impacto en la salud de la violencia colectiva.* Itziar Larizgoitia, Isabel Izarzugaza, Iñaki Markez, Darío Paez, Sonia Mayordomo, Carlos Martín Beristain.

- *El concepto de Trauma y de Respuesta al Trauma en psicoterapia.* Pau Pérez-Sales.
- *Sobre la Violencia Colectiva. Procesos y Efectos Psicosociales.* Darío Paez y Silvia Ubillos.
- *El revés de la violencia.* M. Carmen Rodríguez-Rendo.
- *Declaración de la WPA respecto a la escalada de violencia en el Oriente Medio.*

### Informes

- *Sobre el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria.* Alvaro Iruin
- *Observatorio de Salud Mental.* Francisco Chicharro
- *Las cosas en su sitio. Informe-resumen de actividad de la Comisión Nacional de Psicología Clínica (CNEPC) en el año junio 2003/mayo 2004.* Begoña Olabarría.

### Historia

- *Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (I).* L. Insabato. Oscar Martínez Azumendi

### Actualizaciones

- *I Congreso Iberoamericano de Trastornos Adictivos*
- *“Fundamentos de Psicopatología psicoanalítica”.* JM. Alvarez; R. Esteban; F. Sauvagnant
- *Primo Levi: testimonio y creencia. Notas sobre la lectura de “Si esto es un hombre”.*

## 4.2. NORTE en la web

Progresivamente se están incorporando los contenidos completos de la Revista en formato electrónico (PDF) para su consulta pública y gratuita en: [www.ome-aen.org/norte.htm](http://www.ome-aen.org/norte.htm)

## 4.3. WEB DE LA ASOCIACIÓN:

[www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org)

Se recomienda una visita periódica a la web de OME. Además de su actualización permanente, están disponibles a texto completo una serie de documentos de interés, entre los que se encuentran:

- *Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones.* Cuadernos Técnicos AEN n°. 6. 2002



- *Drogodependencias: reducción de daños y riesgos en la Comunidad Autónoma del País Vasco* (Iñaki Markez y Mónica Póo, 2000) Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- *“Atención Comunitaria de la Enfermedad Mental. Las personas con enfermedad mental crónica que reciben atención no hospitalaria en la C.A.P.V.”.*(VV.AA) Conclusiones y Recomendaciones. Informe del Ararteko al Parlamento Vasco, 2000.
- *“La OME ante la reforma sanitaria en Euskadi”.* Ander Retolaza, 2000
- *“La atención en las prisiones a pacientes con trastornos mentales”.* Mariano Hernández Monsalve, Julián Espinosa Iborra, 1999.
- *“Guías de seguimiento biológico con estabilizadores del ánimo”.* O. Martínez Azumendi, 1999
- *“La psicoterapia en la institución pública”.* Comisión de psicoterapia de los servicios extrahospitalarios de asistencia psiquiátrica y salud mental de Osakidetza, Bizkaia. Coordinador José A. Martín Zurimendi. Publicado en GOZE (1999 III/5: 65-72)

#### 4.4. NOVEDADES en [www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org)

##### **Psiquiatría insólita**

Desde el pasado octubre de 2003, y bajo la dirección editorial de Juan Medrano, esta nueva sección selecciona y comenta noticias relativas a la salud mental, que se publican periódicamente en el Boletín Informativo en forma de separata en páginas centrales. Psiquiatría insólita es accesible directamente en <http://www.ome-aen.org/insolito.htm>, además de abrirse de forma automática en una ventana aparte cada vez que se accede a la página principal de OME-AEN. Asimismo, sus contenidos son difundidos a través de la lista de distribución electrónica de OME.

#### 4.5. BOLETÍN INFORMATIVO

*Editado trimestralmente desde enero de 2002, son ya nueve los números publicados de forma ininterrumpida. Se pretende que el boletín se convierta en órgano de expresión de los socios y asimismo poder hacerles llegar puntualmente la información más relevante.*

#### Sumario boletines 2003–2004

- Editorial: Celebración Jornada Proyecto Atlas
- Psicología Clínica
- Secciones y Grupos de Trabajo de la AEN
- Reuniones Juntas Directivas de OME y AEN
- Próximas Jornadas y Congresos
- Publicaciones: Psiquiatría insólita
- II Exposición “Una portada para Norte”
- Documentos de la OMS
- Historia de la Psiquiatría
- Diccionario de Psicopatología en euskera
- Aprobación del Título de Especialista en Psicología Clínica
- Expediente Alberto Fernández Liria
- Día Mundial de la Salud Mental
- Convocatoria OPE’s de Psicología
- Editorial: XXII Congreso de la AEN
- Elecciones Junta Directiva AEN
- Resumen reuniones Junta Directiva OME
- Debate e-Osabide
- Ley de Autonomía del paciente
- Colaboración con el Sahara
- Acciones institucionales
- LOPS (Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias)
- Editorial: Jornada anual de OME
- Calendario AEN 2003
- Programa de Autoformación de Psicoterapia de Respuestas Traumáticas
- Taller “Tratamientos ambulatorios involuntarios”
- EDITORIAL: Todos con Madrid
- Jornada Psicoanalítica (OME–SCFB)
- Debate Psicología Clínica
- Salud Mental y Prisiones
- Directorio de socios
- Reuniones Juntas Directivas de OME y AEN
- Próximas Jornadas y Congresos
- Publicaciones: Psiquiatría insólita II
- Renovación Junta Directiva

#### 4.6. CONSOLIDACIÓN DEL PLAN DE COMUNICACIÓN

El gran volumen de información que se recibe, y las dificultades para hacer llegar a los asociados la más relevante, motivó encuadrar diversas actuaciones e iniciativas en un Plan de Comunicación, presentado en forma de



Póster en el Congreso de la AEN 2003 de Oviedo. En resumen, consiste en la agrupación de las distintas actividades de comunicación, que podrían centrarse en:

- *Página web*
- *Boletín Informativo*
- *Lista de distribución electrónica*
- *Lista de distribución de la Junta Directiva*
- *Revista NORTE de Salud Mental*
- *Edición electrónica en la web*
- *Edición de folletos divulgativos*

## 5. Colaboración en otras actividades de la AEN

- Participación en la Ponencia (Congreso AEN, Oviedo, 2003) y en la publicación del cuaderno técnico de la AEN: “*Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*”. JJ: Uriarte, J. Moro, F. Chicharro
- Participación en el “*Observatorio de Salud Mental de la AEN*”. Lolo Aparicio, Ander Retolaza

## 6. Colaboración con otras Asociaciones

- Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría: Publicación en la revista Norte de Salud Mental de un número monográfico con las exposiciones de las “I Jornadas Interautonómicas del Norte”.
- Asociación Castellano Leonesa y Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría: Organización de las Jornadas Interautonómicas anuales (Gijón 2002, Segovia 2003).
- OP (Asociación para la defensa de la Salud Pública)
- Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial
- Instituto del Campo Freudiano
- AVIFES (Asociación Vizcaína de Familiares de Enfermos Psiquiátricos)

## 7. Colaboración en la organización de actividades

- Colaboración con el Hospital Psiquiátrico de Zamudio en la organización de las VI Jornadas de Rehabilitación: Celebradas los días 30 y 31 de octubre de 2003.
- Colaboración con la Asociación Vasca de Rehabilitación Psicosocial
- Colaboración con la OP (Asociación para la defensa de la Salud Pública) en la organización de las Jornadas XX Aniversario y la celebración del Taller “Salud mental y Drogodependencias”. Bilbao, 6 a 10 de octubre de 2003.
- Colaboración con el Seminario del Campo Freudiano de Bilbao, en la organización de actividades conjuntas.

## 8. Acciones Institucionales

- Escrito al Presidente del Principado de Asturias, en defensa de la conservación de los edificios del Hospital Psiquiátrico de Asturias.
- Escritos “Manifiesto sobre NO A LA GUERRA”, enviados a:
  - Federación Mundial para la Salud Mental [wfmh@erols.com](mailto:wfmh@erols.com)
  - Secretario General de Naciones Unidas. [KofiAnnan.inquiries@un.org](mailto:KofiAnnan.inquiries@un.org)
  - Ministerio de la Presidencia del Gobierno de España
- Artículo de opinión publicado en DEIA sobre “Enfermos mentales: ¿víctimas o verdugos?”. JJ. Uriarte

## 9. XXIII Congreso de la AEN

Se celebrará en Bilbao en el 2006. Se ha realizado una reunión preliminar con el comité organizador de Oviedo–2003, con el fin de aprovechar su experiencia. Las ponencias aprobadas en la Asamblea de la AEN son:

- *Psicopatología de los síntomas psicóticos*
- *Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica*
- *Continuidad de cuidados en Salud mental*





## **Declaración de la AEN–Profesionales de Salud Mental ante los atentados de Madrid**

Asociación Española de Neuropsiquiatría

Los profesionales de la Asociación Española de Neuropsiquiatría queremos manifestar nuestra rotunda condena por los brutales e inconcebibles atentados perpetrados en Madrid el 11 de marzo. Asimismo, mostramos nuestra solidaridad con las víctimas y sus allegados, aunque sepamos que nada ni nadie puede aliviarles de su sufrimiento en estos momentos.

En este día de rabia y dolor, el pueblo de Madrid ha dado una vez más muestra de su entereza y solidaridad, colaborando de forma espontánea en los primeros auxilios, traslado de heridos a los hospitales, etc. Igualmente se ha puesto de manifiesto la capacidad de respuesta ante una catástrofe de magnitud desconocida hasta ahora en nuestro medio: servicios de urgencias, bomberos, fuerzas de seguridad, etc., han funcionado de forma sin-

cronizada y ejemplar, sobreponiéndose al horror, y paliando en lo posible el sufrimiento de los afectados. Dentro de lo terrible de lo sucedido, abre un espacio a la esperanza su ejemplo, al sacar lo mejor de sí mismos en situaciones absolutamente trágicas y extremas.

También queremos hacer constar la solidaridad expresada por los profesionales residentes en otras comunidades, habiéndose ofrecido a acudir a Madrid si se consideraba necesario.

Nos resulta imposible imaginar el odio y el fanatismo que subyacen a hechos como este, pero queremos pensar que algún día será posible compartir un mundo tolerante, solidario y cooperador, respetuoso con las diferentes culturas, donde tengan cabida las opiniones sin arriesgar la vida, y en el que el hecho diferencial no separe sino que enriquezca.





DIARIO DE LA PLANA

# PADECIMIENTOS DE LA BOCA GARGANTA Y VOZ

Catarros, Toses, Afonías, Ronqueras, Irritaciones de la boca y garganta, por crónicas que sean.—Caja SEIS reales.

Curación pronta y radical con las PASTILLAS DE CLORATO-BORATO COCAINA y MENTAL. Son muy convenientes y de grandes resultados para los oradores, cantantes y cuantos tengan necesidad de forzar la voz y conservarla clara, quitan el mal olor del tabaco, etc.

Se remiten por correo certificados por 7 reales, los cuales pueden mandar en sellos de quince céntimos.

Farmacia de GARCERA, Príncipe, 13, Madrid.

**PREMIADO CON MEDALLA EN LA EXPOSICION**

Farmacéutico de esta Corte



## Próximas citas

- 17 de junio** ..... **Bilbao**  
Jornada anual de OME-AEN  
La Bolsa, Casco Viejo de Bilbao. [www.ome-aen.org](http://www.ome-aen.org)
- 16-19 de junio** ..... **Zaragoza**  
V Congreso Nacional y VI ISSPD Europeo sobre Trastornos de la Personalidad  
[www.eventszone.net/seetp2004](http://www.eventszone.net/seetp2004) • Tfno: +34 976 20 14 04
- 25 de junio** ..... **Avilés**  
I Symposium sobre Tratamiento Asertivo Comunitario en Salud Mental  
Asoc. Asturiana de rehabilitación psicosocial y Sº de Salud Mental de Avilés  
Secretaría: 985 54 62 60 • e-mail: [symposiumtac@hotmail.com](mailto:symposiumtac@hotmail.com)
- 24-26 de junio** ..... **Buenos Aires**  
IV Internacional Congress on Psychic Trauma and Traumatic Stress  
Sdad. Argentina de Psicotrauma  
(5411) 4903-0493 • e-mail: [psicotrauma@psicotrauma.org.ar](mailto:psicotrauma@psicotrauma.org.ar)
- 25-28 de agosto** ..... **Varsovia, Polonia**  
2ª Conferencia Internacional sobre Alcohol y Reducción de Daños  
[www.alcoholconference.org](http://www.alcoholconference.org)
- 8-9 de septiembre** ..... **Buenos Aires, Argentina**  
II Conferencia Nacional sobre Políticas de Drogas  
[conferencianacional@intercambios.org.ar](mailto:conferencianacional@intercambios.org.ar) • [www.intercambios.org.ar](http://www.intercambios.org.ar)
- 6-7-8 de octubre** ..... **Málaga**  
XIII Congreso Nacional de Psiquiatría Legal  
Secretaría: SEPL, 93 589 74 66 • e-mail: [alternativagroup@infomedpress.com](mailto:alternativagroup@infomedpress.com)
- 6-9 de octubre** ..... **Zaragoza**  
XII Reunión Sociedad Española de Gerontología y Psicogeriatría (SEGP):  
*Desde los trastornos hasta la organización asistencial en Psicogeriatría*  
Secretaría: 91 352 15 26 • e-mail: [psicogeriatria@lubeck99.com](mailto:psicogeriatria@lubeck99.com)
- 21-22 de octubre** ..... **Madrid**  
Jornadas Autonómicas de la Asoc. Madrileña de Salud Mental
- 26-30 de octubre** ..... **Bilbao**  
VIII Congreso Nacional de Psiquiatría y Psiquiatría Biológica  
Organiza SEP y SEPB.  
Secretaría Técnica: 91 455 00 28 • e-mail: [congresos@viajeshalley.es](mailto:congresos@viajeshalley.es)
- 11-13 de noviembre** ..... **Puerto de Sta. María, Cádiz**  
Jornadas Autonómicas de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría
- 25-27 de noviembre** ..... **Santander**  
2ª Reunión Nacional sobre las fases tempranas de las enfermedades mentales:  
*El espectro Bipolar.*  
Secretaría: Aforo. Tfno.: 942 23 06 27 • Fax: 942 23 10 58 • e-mail: [info@aforosl.com](mailto:info@aforosl.com)
- 26-27 de noviembre** ..... **Madrid**  
Curso sobre *Psicoterapias e intervenciones precoces en la esquizofrenia*  
Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis  
[www.cursoesquizofreniamadrid.com](http://www.cursoesquizofreniamadrid.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 2.004. Da derecho a la recepción gratuita de la Revista de la AEN y la Revista NORTE de salud mental, 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 Algorta Bizkaia

**SOLICITUD DE INGRESO en la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de NEUROPSIQUIATRÍA (AEN)** y en OME (Osasun Mentalaren Elkarte–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...../...../2004. (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.

Nombre .....Dirección .....

BANCO/CAJA DE AHORROS ..... Sucursal .....

Cuenta nº ..... Población .....

Muy Sres. míos: Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la cuota de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

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

Firma