

NORTE

DE SALUD MENTAL



Revista de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria

Volumen VI N°25 Mayo 2006



“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 de la Universidad del País Vasco.

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 portadas de Norte.

Autoras de portada: Virginia Pérez Alonso • Igone Pérez de Viñaspre

La imagen de una cabeza llena de números y letras, juntas e ininteligibles representa el caos mental que nos producen los problemas, las preocupaciones, los pensamientos, etc. Todo ello se instala en nuestra cabeza privándonos de la paz interior, de la tranquilidad, de la libertad y en definitiva de la salud. El ojo abierto busca una salida, una solución, mientras el cerrado permanece preso de todo lo que nos atormenta.

Volumen VI



N°22



N°23



N°24



N°25

Volumen V



N°16



N°17



N°18



N°19



N°20



N°21

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
Oscar Martínez-Azumendi
Fernando Colina

Francisco Chicharro
Germán Molina
Juan Medrano
Pilar de la Viña

Director Revista NORTE:

Iñaki Markez

Consejo Asesor y de Redacción:

Alvarez, JM.
Arias, P.
Ayuso, JL.
Berrios, G.
De la Rica, JA.
Esteban, R.
Gonzalez-Pinto, R.
Gutierrez Fraile, M.
Larrazabal, A.
Levav, I.
Marijuan, M.
Marina, P.
Morchan, J.
Pardo, N.
Redero, JM.
Sanchez, A.E.
Totorika, K.
Verdejo, M.
Zuazo, JI.

Aparicio, V.
Ayerra, JM.
Ballesteros, J.
Candina, A.
Erkizia, B.
Filgueira, J.
Guimón, J.
Hernanz, M.A.
Lasa, A.
Malda, C.
Marín, M.
Marquínez, F.
Palomo, Ch.
Póo, M.
Rendueles, G.
Susparregui, JM.
Vega, A.
Ylla, L.

Sede Social: Apdo. Correos 12, 48950 - Erandio. Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79
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 VI n°25, Mayo 2006

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-2000

Apdo. Correos n°12, 48950 Erandio. Bizkaia. Tlf: 94 467 49 79

E-mail: ekimen@euskalnet.net

Autoras de la portada:

Virginia Pérez alonso-Igone Pérez de Viñaspre

Logo Norte de Salud Mental:

Eduardo Chillida

Fotografías:

Archivo OMEditorial

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 Jaurlaritza



– Laboratorios farmacéuticos:

AstraZeneca, Bristol-Myers-Squibb, Esteve, Ferrer Internacional, Janssen-Cilag, Lilly, Pfizer, Sanofi-Aventis, Wyeth.

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



Asociación Española de Salud Mental



Asociación de Salud Mental y Psicología Comunitaria

www.ome.aen.org



www.pulso.com/aen/index.htm

S U M A R I O

EDITORIAL

Aniversario de Norte de Salud Mental	6
Francisco Chicharro	

ORIGINALES Y REVISIONES

La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica	8
Manuel Desviat	
La eficacia de las psicoterapia breves estructuradas en el tratamiento de los trastornos afectivos en la atención ambulatoria	15
Itziar Güemes y Javier Ballesteros	
Psicoanálisis de El Quijote del psicoanálisis, el psicoanálisis en lengua castellana ..	27
Juan Pundik	
Los problemas de salud mental en las prisiones, vistos desde la atención primaria ..	35
Jose Manuel Arroyo	
La violencia colectiva: un problema de salud pública pendiente de ser investigado	45
Florentino Moreno, Iñaki Markez, Isabel Izarzugaza	

PARA LA REFLEXIÓN

Vivimos y sobrevivimos en un país multiduelos	61
Marha Cabrera	
Creación de la categoría clínica “Trastornos de la Conducta Alimentaria”	71
Eugenia Gil	
El médico y el paciente como exploradores en una geografía de historias emergentes: hacia un nuevo paradigma clínico para las enfermedades crónicas.	77
Clara Valverde	
Referencias filosóficas en la obra de Lacan	82
Fco. Javier Zuazo Pérez	

METÁLOGOS

Entrevista al profesor José Guimón	89
Iñaki Markez y Oscar Martínez Azumendi	

FORMACIÓN CONTINUADA

Caso clínico: Trastorno bipolar en la infancia	95
Aranzazu Fernández, Esther Fernández, Maialen Aristegui, Miguel Ángel González	

HISTORIA

Imágenes de Luis Martín-Santos: psiquiatra, político, literato, vasco	99
José Lázaro	
Últimos libros y semblanza de Luis Martín-Santos	105
Luis Martín-Santos Laffón	
Apuntes para una historia de OME-AEN en el País Vasco y Navarra	109
Oscar Martínez Azurmendi	
Aproximaciones a la Historia de la Psiquiatría desde OME	118
Portadas para Norte de salud mental	123
Nekane Sagasti	

ACTUALIZACIONES

La terapia racional emotiva de Alber Ellis	126
Nicolás Landriscini Martín	

AGENDA

Próximas citas	131
-----------------------------	-----



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) copias mecanografiada a doble espacio, numeradas correlativamente. Se adjuntará un disquette con el fichero de texto del documento caso de envío por correo postal.

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

Segunda página figurarán por este orden: título del trabajo, resumen del mismo en castellano e inglés. El resumen, no superior a 150 palabras, incluirá objetivos, metodología, resultados y conclusiones 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>.



Aniversarios y NORTE de salud mental

Fco. Chicharro Lezcano

Presidente AEN

Hemos atravesado el año del centenario de El Quijote y pronto nos han introducido en otros centenarios mediáticos: Rembrant, Mozart, el santo vasco y navarro Francisco Javier,... Podríamos echar mano de otros ilustres vinculados a las ciencias de la salud que nos tocan más cerca: hace sólo un siglo, en el año 1906 Santiago Ramón y Cajal recibió el Premio Nobel de Medicina, o fue el año que nacieron Juan José López Ibor, Luis Rojas Ballesteros y Federico Soto Yarritu. También fue el año que se realizó el prólogo de la “Recopilación de ensayos sobre la teoría de las neurosis” de Freud. Seguro que hubo un buen puñado de acontecimientos notorios en el campo de las ciencias de la salud, y es que la cuestión de los aniversarios puede dar mucho juego.

Por ejemplo, en 1986, hace veinte años, se celebró en San Sebastian el XVII Congreso de la AEN, siendo la primera vez que Euskadi acogía el congreso trianual, constituyéndose en el seno del mismo la asociación autonómica para el País Vasco y Navarra. Así pues, OME —Osasun Mentalaren Elkarte— cumple también veinte años. La primera junta directiva estaba compuesta por Fernando Marquínez (Presidente), Miguel Gutiérrez (Vicepresidente), Imanol Querejeta (Secretario), Loreto Etxeberria (Tesorera), Ricardo Teruel (Publicaciones), y Fernando Urizar, Jose Ignacio Zuazo, Jose Luis

Arrese, Jose Ignacio Andonegui, Ander Retolaza, Ramón Prendes, Fabricio Potestad y José Varo, como vocales. Las ponencias presentadas entonces fueron “Cronicidad en Psiquiatría”, y “Salud Mental y Atención Primaria”, mientras que las mesas redondas versaron sobre “Nuevas perspectivas en el tratamiento de la salud mental de la mujer”, “Atención primaria en salud mental infanto juvenil”, “Psiquiatría y justicia”, y “Psicoterapia de la esquizofrenia”. Además, se celebró una mesa extraordinaria sobre la “Figura y Obra del Dr. Luis Martín Santos”, presentada por el profesor José Guimón. Como anécdota graciosa, y dado el lema del congreso —“*La Psiquiatría, una disciplina que ha perdido su rumbo*”— el alcalde donostiarra, Sr. Labayen, comentó “como íbamos a hacer los profesionales de la Salud Mental para ayudar a encontrar el rumbo a otros, si habíamos perdido el nuestro”.

Pero hoy preferimos quedarnos más cerca: se encuentra en sus manos el ejemplar de *NORTE de salud mental* nº 25. Continuada de la Revista *GOZE*, de la Academia Vasca de Ciencias de la Salud Mental, bajo cuya cabecera se editaron los primeros diez números, desde marzo de 2001 OME asumió en exclusiva la continuidad de la revista, más tarde con la colaboración de otras asociaciones autonómicas. Para quien esté al margen de los esfuerzos necesarios para mantener en pie una publicación periódica, debo decir —aunque el autor se



moleste— que este feliz aniversario se produce gracias a los desvelos y dedicación de Iñaki Markez, un “hombre orquesta”, que persigue artículos —y produce algunos él mismo—, busca financiación, supervisa el diseño, y hasta se responsabiliza de la distribución. Esto es lo que ha permitido que *NORTE de salud mental* haya ampliado su ámbito de difusión, y mejorado la calidad científica de sus contenidos. A este respecto hay que hacer constar que varios de los artículos publicados aparecen como “especialmente recomendados” en diferentes páginas web. Por otra parte, la utilización de las nuevas tecnologías facilita su difusión en formato electrónico, estando disponible la colección a texto completo en la web de OME (www.ome-aen.org) en su apartado “biblioteca”.

Este feliz acontecimiento coincide con otro no menos grato: La celebración en Bilbao (Palacio Euskalduna, del 10 al 13 de mayo de 2006) del XXIII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, compromiso adquirido por OME en el congreso de Oviedo–2003. El lema elegido “*Abriendo claros, construyendo compromisos*”, ha sido casi premonitorio de la situación de esperanza que se ha “abierto” recientemente para el País Vasco. Así, acompañado de la espléndida transformación urbanística de Bilbao y su entorno, y de la tradicional hospitalidad que nos caracteriza, esperamos que esto suponga un atractivo añadido para quienes acudan al congreso.

En cuanto a los contenidos científicos, y además de las tres ponencias oficiales (“*Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*”, “*Psicopatología de los síntomas psicóticos*”, y “*Continuidad de cuidados en salud mental*”) se ha procurado que cubran un amplio espectro: Historia, Atención infantojuvenil, Ética y salud



mental, Rehabilitación psiquiátrica, Psicoterapias, Inmigración, Drogodependencias, Gestión, Investigación, etc., son algunas de las áreas temáticas que estarán representadas. En la apertura se hará la presentación de la segunda edición del Observatorio de Salud Mental de la AEN, cuya primera edición (Ministerio de Sanidad y Consumo, octubre de 2005) tuvo una gran repercusión, tanto en la prensa especializada como en la generalista. Para la conferencia de clausura tendremos el privilegio de contar con D. Carlos Castilla del Pino, socio de Honor de la AEN, y un icono para varias generaciones de psiquiatras.

Se comenzaba este editorial aludiendo al esfuerzo para editar esta revista, y se acaba con otro reconocimiento: el de los compañeros y compañeras que han colaborado en la organización del XXIII Congreso de la AEN. No cabe la menor duda de que su esfuerzo será recompensado con el éxito, y con nuestro agradecimiento. Nos veremos en Bilbao.



Agur bero bat.



La antipsiquiatría: crítica a la razón psiquiátrica

Manuel Desviat

Psiquiatra

mdesviat.ipjg@salud.madrid.org

No hace mucho, una revista mexicana, *Subjetividad y Cultura*, me preguntaba, le preguntaba a varios especialistas de la psiquiatría y la psicología, sobre la antipsiquiatría.¹⁸ Las preguntas se centraban en qué fue la antipsiquiatría, cuales sus aportaciones y fracasos, y sobre todo, sobre su posible vigencia. Pregunta que quizás en España, en Europa, sería irrelevante. Solo en el mundo marginal de colectivos de ex psiquiatrizados, en grupos de contrapsicología, o en algunos jóvenes *okupas* alternativos he visto reeditado en fascines textos, con más frecuencia fragmentos, de la literatura antipsiquiátrica. El pensamiento único ha desplazado a cualquier intento de teorización crítica. En realidad, el pragmatismo dominante, la primacía de la técnica, del cómo que oculta el por qué, ha arrinconado a toda forma de teoría psicopatológica, a todo tipo de indagación, crítica o no, sobre las razones y procesos del enfermar psíquico. Son tiempos acomodaticios para el primer mundo, donde se huye de la memoria histórica, de la conciencia social, del compromiso. Donde el pensamiento progresista de los más jóvenes puede reducirse a la defensa de las focas, los espacios verdes, la protesta por las guerras y la defensa del espacio privado. En psiquiatría, a una hueca práctica, la llamada biológica, fundamentada en el compendio de ensa-

yos psicofarmacológicos, en una etapa de su desarrollo “científico” tan inaugural que el efecto de los fármacos (utilizo un símil de Miguel Roca, tan poco sospechoso de anti-biológico^a) aún siendo relativamente eficaz, todavía es algo semejante a matar moscas a cañonazos, por su falta de precisión y sus consiguientes efectos secundarios.

Por otra parte, el movimiento antipsiquiátrico no llegó nunca a poner contra las cuerdas a la psiquiatría. Su radicalismo fue un revulsivo, la exigencia de otra práctica, de otra mirada psiquiátrica. Ha sido el avance de una ideología biologicista que reduce la enfermedad mental a las ciencias moleculares del cerebro y una demanda social proteica (que busca en la psiquiatría prontas soluciones a todo tipo de frustraciones y carencias), quienes propiciaron, varias décadas después, como advierte el *Libro Blanco de la Psiquiatría francesa (2003)*²², la crisis de la psiquiatría. Esta vez no es la crítica a la razón psiquiátrica, sino el rechazo a la razón de ser de la psiquiatría (y consecuentemente de la psicopatología), disciplina necesitada de la síntesis, de la trabazón con otras disciplinas no médicas, que no puede hallarse sino es en la encrucijada entre las dimensiones somáticas, psicológicas y sociales de la persona.

a Comentario en una mesa redonda que compartí con Miguel Roca en Santiago de Compostela, en unas jornadas de la AEN en 1999.



Para *Subjetividad y cultura*, revista progresista de psicología, donde se dan cita el psicoanálisis, la salud pública, la psiquiatría y el marxismo (en el trasfondo siempre Fromm, tan influyente en la cultura mexicana, presente aún la obra de la escuela de Francfort), la pregunta sobre la antipsiquiatría, se inscribe en una realidad muy distinta; una realidad, como en el resto de países de América Latina, donde la lucha contra la miseria y la alienación lleva a mirar a los manicomios, lleva a un movimiento de reforma psiquiátrica: donde el discurso de los movimientos de salud mental trata de cambiar las formas de vida y no solo la asistencia psiquiátrica. De *perto ninguém é normal*, proclama uno de los eslóganes del movimiento brasileño de salud mental, una frase que podría haber sido suscrita por un antipsiquiatra en los años 70 del pasado siglo. Para nosotros, la necesidad es otra. Otro el momento. Para nosotros, recuperar los textos de la vanguardia antipsiquiátrica, no dejar en el olvido sus tesis (en cualquier caso, ensancharon los límites del pensamiento psiquiátrico y cultural, aportando una mirada diferente entroncada a la diversidad y la incertidumbre de la complejidad psicopatológica), significa abrir una brecha en la estrecha cerca del pragmatismo dominante; significa despertar inquietudes que interpelen ese intento tramposo de reconstruir todo el universo desde el pensamiento biológico, con un solo lenguaje y un pensamiento único.

El momento histórico

La antipsiquiatría es la manifestación en el campo de las disciplinas de la salud mental de la profunda crisis de las ciencias, del arte, de la ideología, de los valores en suma de la sociedad en las décadas que siguieron al fin de la Segunda Guerra Mundial; crisis que culminará en la rebelión de mayo del 68. Una Nueva Izquierda sacude el pensamiento de la época, cuestionan-

do tanto las teorías políticas y sindicales convencionales como sus formas de organización. En el análisis político está presente la visión de las nuevas formas de capitalismo que tienden a convertir la totalidad de la vida en objeto de dominación, trocando toda subjetividad y actividad en objetividad cosificada. A la petición marxista de transformar el mundo, se une, recogiendo el espíritu de las vanguardias artísticas, la proclama de Rimbaud de cambiar la vida. Pensamos que hay que cambiar el mundo, escribe Guy Debord, el ideólogo del Mayo francés, la rebelión que conmocionó el mundo, y pide para ello la disolución de la política en la vida, del trabajo en la vida^b.¹⁷ Desde la filosofía, la sociología, el psicoanálisis, la cultura y la política, pensadores como Lefebvre, Marcuse, Reich, Adorno, Brown, Gabel hacen ver que la liberación del hombre no puede definirse solo en términos de explotación económica y represión política, dejando de lado la multidimensionalidad de la existencia humana y sus formaciones sociales. Cualquier revolución que quiera tener en cuenta las verdaderas necesidades del hombre, tiene que considerar la opresión psicológica, rompiendo la dicotomía entre lo individual y lo político: debe llevar la subversión a la esfera privada, la familia, la ciudad, el ocio. Son tiempos de revuelta estudiantil, de huelgas sin precedentes y de una rebelión ciudadana que dejó sin Estado a Francia durante semanas y estupefactos y atemorizados a los gobiernos del mundo entero. Tiempos de la protesta americana, del movimiento hippie —la internacional juvenil de Jerry Rubin: del asiento trasero de los coches, del amor a ritmo de Elvis, se pasa al Black Power y las manifestaciones contra la guerra de Vietnam. Tiempos de crecimiento económico y de crisis de las instituciones, donde, de nuevo, París será el eco multiplicador, tras el cuestionamiento sin precedentes del orden social contemporáneo de mayo del 68.

^b Recientemente he escrito sobre la importancia de Guy Debord y el movimiento de Socialismo y Barbarie en la revista *Atopos*, 1, 2004.

Psiquiatría y antipsiquiatría

Es David Cooper^c quien utiliza por primera vez el término para describir una experiencia, Villa 21, realizada en un pabellón de un hospital psiquiátrico de Londres¹⁰. Psiquiatría como práctica alternativa a la psiquiatría tradicional, frente a la violencia institucional, cuestionando el hospital, yendo más allá de la comunidad terapéutica, en una práctica que va ensayar un clima de libertad para los pacientes, sin violencia ni restricciones. Y será en la obra de Cooper y de Rolanld Laing, en la antipsiquiatría inglesa, donde debemos situar en sentido estricto la antipsiquiatría, aunque hoy el término se haya generalizado para señalar todo el movimiento anti-institucional y reformador psiquiátrico de los años sesenta y setenta del pasado siglo. Desde el SPK (colectivo socialista de pacientes de la clínica de Heilderberg, que predica la insurrección armada⁴², hasta las máquinas deseantes de Deleuze y Guattari¹², de Gentis^{24;25} a Octave o Maud Mannoni⁴¹; de Basaglia^{1-3;5} y Jervis²⁸⁻³¹ a Tomás Szasz⁴⁴⁻⁴⁹; de las experiencias inglesas a las denuncias de la situación asistencial durante la represión franquista^{13;14;26}. Crítica global e ideológica de la psiquiatría, sobre todo de su proceder médico, nosográfico y diagnóstico, que llega a proclamar la inexistencia de la enfermedad mental, mito o artefacto seudomédico, trivializando o idealizando la psicopatología al mirarla sesgadamente a través de genios-locos: Artaud, Höderlin, Nietzsche.

Jean-Paul Sartre, escribe en el prefacio a *Razón y violencia*³⁹, un estudio sobre la obra del filósofo existencialista escrito por Laing en colaboración con David Cooper en 1964, que la enfermedad mental es la salida que el

organismo libre, en su unidad total, inventa para poder vivir una situación no vivible. En este ensayo se estudia la obra sartriana a través de la *Crítica de la razón dialéctica* y de la obra de Sartre sobre Genet. Aparece el “ser para sí” de la fenomenología existencial, dividido sin cesar contra sí mismo, roto, condenado en la necesidad de su libertad y de su compromiso. Dialéctica entre el acto libre, y el compromiso alienado, las *manos sucias* de la transformación social^d. Imposible sartriano que marcará la conciencia crítica de varias generaciones de intelectuales de izquierdas^e. Fenomenología existencial que fundamenta junto con los trabajos de la Escuela de Palo Alto^{8;27} sobre familias de pacientes esquizofrénicos y un psicoanálisis donde se vislumbra Winnicott, los fundamentos de la antipsiquiatría inglesa. Es en la Clínica Tavistock, donde Ronald David Laing empezó su entrenamiento psicoanalítico. Winnicott (sin duda, uno de los pensadores más originales y de más influencia en el psicoanálisis y la psiquiatría pública inglesa), supervisa a Laing durante su formación en el Instituto de la Sociedad Psicoanalítica Británica. El interés de Winnicott por el trabajo psicoanalítico con pacientes psicóticos y su concepción del falso-yo^f y de la regresión hacen que sea un referente en esta primera etapa de Laing, y en general para las “comunidades terapéuticas” fundadas por los antipsiquiatras ingleses. En *El Yo dividido*³⁴ y en *El Yo y los otros*³², hay una gran deuda con Winnicott. Dos libros que quizá se encuentren entre las más importantes aportaciones teóricas de la antipsiquiatría, y en los que Laing introduce el concepto de “inseguridad antológica” —el yo constituido de forma defectuosa no puede con la pluralidad de papeles— y la hipótesis del origen social de la esquizofrenia.

c Es el título de un libro de David Cooper, *Psychiatry and anti-psychiatry*. Tavistock Publ, 1967, el que acuña el término antipsiquiatría.

d Jean-Paul Sartre. *Les mains sales*. Paris : Gallimard, 1950.

e En *Razón y Violencia*, Laing y Cooper parten del análisis de *Questions de méthode* y de *Critique de la raison dialectique* y de *Saint Genet, comédien et martyr*, de J-P Sartre.

f El falso —self será una defensa ante la inadecuada actitud de la figura materna a las necesidades del niño; mientras que una madre suficientemente buena que satisfice las necesidades es esencial a la constitución del verdadero— self.



“No me abrasces, pues te castigaré... Pero si no lo haces, te castigaré.” El sujeto se ve atrapado por dos órdenes de mensajes y uno de ellos niega al otro. “Situaciones falsas e insostenibles”, el “doble vínculo” de la antropología de la comunicación, principios de la escuela de Palo Alto que Laing incorpora a sus estudios de familias esquizofrénicas y a su discurso en general sobre las formas de alineación social. “Doble vínculo” que anuda las relaciones intersubjetivas, de tal suerte que hay una imposibilidad absoluta de salir de la trampa, de la alineación en el Otro. *El Yo y los Otros*. Individuo y sociedad. Alineación recíproca que afecta, según Laing, a cualquier grupo social, sea cual sea su estructura o su ideología^{32:40}. Para Laing y Cooper, el tema central es la psicosis, más concretamente, la esquizofrenia. Piensan que si para el psicoanálisis la puerta de entrada fue la histeria para la nueva psiquiatría, es la psicosis. Para ambos la patología psiquiátrica debe considerarse una experiencia, un viaje, un pasaje. Es necesario dejar libertad a las personas en conflicto, en crisis, con problemas mentales (se duda que sea una enfermedad) para realizar su viaje, para efectuar una regresión. Una experiencia que acompaña al terapeuta: ese será su papel. Con este ideario, fundan, junto con Aaron Esterson, en 1965 la “Philadelphia Association”, para intentar cambiar según consta en los estatutos el modo en que los “hechos” de la salud mental y de la enfermedad mental son vistos por muchas personas. Asociación que establece una red de comunidades en Londres para personas aquejadas de problemas mentales, “que creen que la sociedad les va a destruir”, en palabras de Laing²¹. Casas antipsiquiátricas donde las mentes perdidas podrían curarse volviéndose locas entre personas que ven la locura como una oportunidad de morir y renacer. Un viaje por la locura como oportunidad de reconstituir su “yo auténtico.” Fueron

tres casas por las que pasaron 316 personas entre junio 1965 y septiembre de 1974⁴³. En ellas se realizaba la inmersión en los fantasmas de la mente, en el delirio. Una regresión que va a denominarse metanoica —Metanoia es una palabra del Nuevo Testamento, traducida por arrepentimiento y que literalmente significa cambio de opinión—. Una especie de sucesión muerte renacimiento de la que, si se lleva a cabo con éxito, la persona regresa al mundo sintiéndose recién nacida, refrescada y reintegrada a un nivel más alto de funcionamiento que antes³⁵. La más conocida des estas casas, Kingsley Hall, un edificio situado en el East End de Londres, en el que vivió un año el propio Laing, se convirtió en punto de encuentro del movimiento contracultural inglés de los años sesenta: sociólogos de la *New Left*, dirigentes del movimiento “pro-comuna” y poetas, artistas, músicos, bailarines y fotógrafos de vanguardia; la *Free School of London*, se reunió allí por primera vez y fue sede de clases de la Anti-Universidad de Londres⁸. La psicosis, en especial una de sus expresiones, el delirio, se divulga como una creación lírica, como una vía sagrada que el hombre transita después de romper las cadenas de la razón. La esquizofrenia, es para Laing y sus compañeros de la *Philadelphia Association*, una tentativa triunfante para no adaptarse a las pseudo realidades sociales. Radical Psiquiatría que acusa a la sociedad alienante. Se produce una mitificación de la locura: el loco que en realidad está sano y del sano que está loco^{9:33:36-38}.

En el terreno puramente terapéutico, tiene sentido la pregunta que se hace Jervis, en *El mito de la antipsiquiatría*^{11:31:31}: ¿es realmente posible ayudar de forma *antipsiquiátrica* a una persona afecta (y oprimida) de lo que se llama un trastorno mental? Parece que la experiencia no ratificó las experiencias inglesas. El propio

g Desde el 1 de junio de 1965, fecha de su apertura, hasta 1968, vivieron, según nos cuenta Laing en *Esquizofrenia y presión social*, en Kingsley Hall ciento nueve personas durante periodos de 30 más días. Por esos años surgen otras “comunidades” asociadas, al igual que hay una experiencia precedente, Villa 21 desarrollada por Cooper en un pabellón de un gran hospital de Londres (más de 2000 camas) de 1962 a 1966. Experiencia relatada en un capítulo de *Psiquiatría y antipsiquiatría*.



Laing le cuenta a Jervis que en Kingley Hall las técnicas psicoanalíticas tienen un lugar, como las técnicas de la psiquiatría para salir de los apuros que el cuidado informal y silvestre puede ocasionar. Por otra parte, la mitificación de la locura entraña el riesgo de erigir la irracionalidad, y por tanto un nihilismo conservador, un *laissez faire*, en la única alternativa en una sociedad cuyas contradicciones políticas, económicas y sociales precipitan, favorecen o producen la enfermedad mental. El loco, o términos más apropiados, el enfermo mental, no es un representante de la libertad y el genio, todo lo contrario: es una persona doblemente alienada; por su desvalimiento como enfermo, por la fragilidad a la que le suele llevar su enfermedad y por el abandono y estigma social que esta produce. La locura no es genial, todo lo contrario: lleva al sufrimiento y la devastación mientras domina el episodio o la enfermedad se cronifica en el deterioro psíquico.

No es de extrañar que la antipsiquiatría inglesa, al menos en sus dos protagonistas principales, Laing y Cooper, acabara en el misticismo y la intoxicación alcohólica suicida. Ni que de *Razón y violencia*, se pasará al manifiesto orgásmico de Cooper: “el mensaje debe ser pan y orgasmo: de lo contrario, podremos vivir aunque para nada, podremos crear una revolución que, en última instancia, no merezca la pena. El *leivmotiv* es el orgasmo la mayor cantidad posible de veces, por todos los medios posibles, dentro del contexto de un amor no posesivo¹¹”

La institución negada y la coordinadora psiquiátrica

El caso del Reino Unido, con su Servicio Nacional de Salud, y sus altas prestaciones sociales, entonces paradigmáticas de un Estado del Bienestar, no es el caso italiano, ni estadounidense ni español, donde estaban por construir unos servicios públicos sanitarios. Los movimientos sociales, en especial en la universidad de los años sesenta del pasado siglo,

crean un momento propicio para la lucha anti-institucional en el que se desarrolla la reforma psiquiátrica. Unas reformas, la italiana, con Psiquiatría Democrática, los movimientos comunitarios en EEUU o en Canadá, que se inscriben más en el posibilismo de la reforma asistencial: vaciar los manicomios, crear alternativas en la propia comunidad: la desinstitucionalización, que en una propuesta radical, que ponga entre paréntesis la enfermedad mental y la psiquiatría. En el caso de España, además, el movimiento alternativo de los jóvenes psiquiatras y profesionales de la salud mental se convirtió gracias a la dictadura en un movimiento político en lucha por las libertades: no cupo la antipsiquiatría. La reforma psiquiátrica, la mejora de la atención a los enfermos mentales, no podía desligarse de la lucha contra la dictadura de Franco. Ni pudo después descoserse, una vez llegada la democracia, de la necesaria reconstrucción de la sociedad civil y sus instituciones y servicios^{18; 19; 43}. Otra cosa es que algunos de sus postulados, al igual que sucedió con la revuelta de Mayo, impregnasen la conciencia social de gran parte de una generación, que jugó un papel importante en la Reforma psiquiátrica española¹⁶.

En cuanto al movimiento italiano, aunque en la presentación de su libro manifiesto: *L'istituzione negata*, punto de partida del movimiento anti-institucional italiano, Basaglia se defina como antipsiquiatra, la alternativa italiana es sobre todo un movimiento de reforma asistencial, dentro del posibilismo político de la coyuntura italiana inscrito en el juego de los partidos políticos y de los sindicatos, lo que le permite la modificación legislativa, la ley italiana 180, que supone uno de los momentos culminantes del proceso de desinstitucionalización al suprimir normativamente los manicomios, verdadera condición de posibilidad de toda reforma^{1-7; 23; 28-30; 50; 51}. No es en la radicalidad de la denuncia, sino en su ámbito de actuación, donde podemos encontrar la diferencia entre la antipsiquiatría inglesa y la reforma italiana. En vez de buscar la marginalidad de las “comunidades



terapéuticas” de Laing y Cooper; situadas fuera del aparato de salud –no por casualidad el National Health Service era en aquel momento uno de los sistemas y modelos de atención sanitarios más avanzado y socialmente progresista del mundo y de todo consenso ciudadano, “Psiquiatría democrática” se inscribe en lo público con una clara intencionalidad política. Hoy el movimiento basagliano forma parte de los procesos desinstitucionalizadores que constituyen lo que ha venido en llamarse Reforma Psiquiátrica, cuyo objetivo era fundamentalmente (y sigue siendo) el cierre del hospital psiquiátrico y la creación de alternativas en la propia comunidad. Con el desarrollo de estos procesos anclados en la realidad asistencial, en la necesidad de cambiar la situación de la atención a los enfermos mentales, desde una dimensión pública y universal, la antipsiquiatría queda reducida a un movimiento contracultural, un desacuerdo que pone en cuestión tanto la enfermedad mental como la psiquiatría. La antipsiquiatría actuó al modo de una vanguardia artística, como impacto, como revulsivo, en tanto construcción de una realidad utópica crítica a la razón psiquiátrica, que ha servido, como señalaba en otro lugar^{15;20}, para dinamitar los límites entre razón y locura, ya rotos teóricamente por Freud, en la conciencia de la época, al igual que para evidenciar la importancia de la alineación en la producción de la enfermedad mental.

De las implicaciones políticas, como intelectuales comprometidos con su momento histórico, son prueba los siguientes párrafos extraídos de un libro de Laing publicado en 1971²³; por otra parte, de indiscutible actualidad.

“Mientras no podamos elevar nuestro pensamiento hasta superar la oposición entre Ellos y Nosotros, entre buenos y malos, la situación seguirá como hasta ahora. La única alternativa es que los buenos exterminen a los malos y los malos a los buenos. La empresa no parece demasiado difícil ni improbable si se considera que, en nuestra opinión, nosotros somos los buenos y ellos los malos, y en su opinión, ellos son los buenos y nosotros los malos... Millones de personas han muerto en este siglo, y muchas personas más, entre las que, según todo permite suponer, estaremos incluidos muchos de nosotros y de nuestros hijos. Morirán, estrangulados por ese nudo que, en apariencia, somos incapaces de desatar... El nudo parece relativamente simple, pero se halla muy, pero muy ajustado en torno, por así decir, de la garganta de la humanidad entera... Pero, no lo crean porque yo lo digo: mírense en el espejo y compruébenlo”.

10.4.2006





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Basaglia F. La institución negada. Barcelona: Barral; 1972.
- 2 Basaglia F. ¿Qué es la psiquiatría? Madrid: Punto Omega/Guadarrama; 1976.
- 3 Basaglia F. Conferenze brasiliane. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2000.
- 4 Basaglia F. Escritos seleccionados en saúde mental o a reforma psiquiátrica. Río de Janeiro: Garamond; 2005.
- 5 Basaglia F, Basaglia Ongaro F. La mayoría marginada. Barcelona: Laia; 1973.
- 6 Basaglia F (Introducción). 180 Basaglia . Roma: Sinnos.
- 7 Basaglia y otros. Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Barcelona: Barral; 1975.
- 8 Bateson G, Ferreira A.J., Jackson D. Interacción familiar. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 1971.
- 9 Cooper D. La muerte de la familia. Buenos Aires: Paidós; 1971.
- 10 Cooper D. Psiquiatría y antipsiquiatría. Buenos Aires: Paidós; 1971.
- 11 Cooper D. La gramática de la vida. Barcelona: Ariel; 1978.
- 12 Deleuze G, Guattari F. El antiedipo. Barcelona: Barral; 1972.
- 13 Desviat M. Alcohete En: González de Chavez M, ed. La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid: AEN/ Mayoría; 1980:547–552.
- 14 Desviat M. Las herramientas del cambio psiquiátrico: entre la integración y la ruptura. In: González de Chávez M, ed. La transformación de la asistencia psiquiátrica. Madrid: Aen, Mayoría; 1980.
- 15 Desviat M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor; 1994.
- 16 Desviat M. De los viejos utópicos a los posmodernistas quemados. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1999;19 (70): 325–335.
- 17 Desviat M. La alienación de la vida cotidiana: algunas tesis de la sociedad del espectáculo. *Atopos* 2004;2 (1): IV–XIII.
- 18 Desviat M. Crítica a la razón psiquiátrica. *Subjetividad y cultura* 2005;23: 74–80.
- 19 Desviat M, Corcés V, Fernández Liria A, et al. Aproximación a la epistemología psiquiátrica. En: Desviat M, ed. Epistemología y práctica psiquiátrica. Madrid: AEN; 1990.
- 20 Desviat M (coord.). Epistemología y práctica psiquiátrica. Madrid: AEN; 1990.
- 21 Fábregas J.L., Calafat A. Política de la psiquiatría. Madrid: Z; 1976.
- 22 Fédération Française de Psychiatrie. Livre blanc de la psychiatrie. Paris: J.L Jhon Libbeey Eurotext; 2003.
- 23 García R, Basaglia F, Basaglia Ongaro F. ¿Psiquiatría o ideología de la locura? Barcelona: Anagrama; 1972.
- 24 Gentis R. Guérir la vie. Paris: Antonin Artaud; 1971.
- 25 Gentis R. Les murs de l'asile. Paris: Françoise Maspero; 1971.
- 26 González de Chávez M. La transformación de la Asistencia Psiquiátrica. Madrid: Mayoría; 1980.27.
- 27 Haley J. Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Buenos Aires: Amorrortu; 1991.
- 28 Jervis G. La ideología de la droga y la cuestión de las drogas ligeras. Barcelona: Anagrama; 1977.
- 29 Jervis G. Manual crítico de psiquiatría. Barcelona: Anagrama; 1977.
- 30 Jervis G. El buen reeducador. Barcelona: Grijalbo; 1979.
- 31 Jervis G. El mito de la antipsiquiatría. Barcelona: Pequeña Biblioteca; 1979.
- 32 Laing R.D. Soi et les autres. Paris: Gallimard; 1969.
- 33 Laing R.D. Experiencia y alineación en la vida contemporánea. Buenos Aires: Paidós; 1971.
- 34 Laing R.D. El Yo dividido. México D.F.: FCE; 1974.
- 35 Laing R.D. Esquizofrenia y presión social. Barcelona: Tusquets; 1975.
- 36 Laing R.D. ¿Me amas? Buenos Aires: Sudamericana; 1979.
- 37 Laing R.D. Sonetos y aforismos. Barcelona: Crítica; 1982.
- 38 Laing R.D. Razón, demencia y locura. Barcelona: Crítica; 1987.
- 39 Laing R.D., Cooper D.G. Razón y violencia. Buenos Aires: Paidós; 1969.
- 40 Laing R.D., Phillipson H, Russell Lee A. Percepción interpersonal. Buenos Aires: Amorrortu; 1969.
- 41 Mannoni M. La teoría como ficción. Barcelona: Crítica; 1980.
- 42 S.P.K. Faire de la maladie une arme. Paris: Champ Libre; 1973.
- 43 Seidel Diaz F. Antipsychiatrie: approche historique et critique. Paris: Université Paris XII–Vall de Marne; 2000.
- 44 Szasz T. Libertad fatal. Ética y política del suicidio. Barcelona: Paidós; 2002.
- 45 Szasz Th. La fabricación de la locura. Barcelona: Kairós; 1974.
- 46 Szasz Th. El mito de la enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu; 1976.
- 47 Szasz Th. Idiología y enfermedad mental. Buenos Aires: Amorrortu; 1976.
- 48 Szasz Th. La teología de la medicina. Barcelona: Tusquets; 1981.
- 49 Szasz Th. El segundo pecado. Barcelona: Alcor; 1992.
- 50 Venturini E, Dedgano L, Grammantieri N, et al. La città proibita. Imola: Azienda USL Imola; 1994.
- 51 Venturini E, Degano L, Gramantieri N. La malattia del vento. Rimini: Guaraldi; 1995.

La eficacia de las psicoterapias breves estructuradas en el tratamiento de los trastornos afectivos en la atención ambulatoria¹

Itziar Güemes, Javier Ballesteros

Departamento de Neurociencias, Área de Psiquiatría,
Univesidad del País Vasco, Leioa, Bizkaia.

Resumen

A través de la revisión sistemática llevada a cabo, en relación al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de los trastornos afectivos en atención primaria y ambulatoria, se han hallado guías de práctica clínica en el tratamiento de la depresión que subrayan la relevancia de algunos tratamientos psicoterapéuticos breves y estructurados. Por otro lado un repaso de las revisiones narrativas previas y de los ensayos clínicos aleatorizados publicados con anterioridad, avala la igualdad en cuanto a la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos frente a los tratamientos farmacológicos. Es necesario trasladar estos hallazgos tanto a la práctica clínica cómo a la formación y educación de los profesionales involucrados en el tratamiento de la depresión en atención primaria y ambulatoria.

Palabras clave

Psicoterapias breves; depresión; trastornos afectivos; terapia cognitivo conductual; counselling; terapia de resolución de problemas; terapia interpersonal.

Summary

A systematic review, related with the pharmacological and psychotherapeutic treatment of affective disorders in primary and ambulatory care, has found several clinical practice guidelines that underline the relevance of some brief and structured psychotherapeutic treatments. Also the revision of previous narrative reviews and randomized controlled trials, point to the equivalent efficacy of psychotherapeutic treatments and pharmacological treatments. It is necessary to translate those findings to clinical practice and to the education of the professionals involved in the treatment of depression in primary and ambulatory care.

Key words

Brief psychotherapies; depression; affective disorders; cognitive behaviour therapy; counselling; problem solving therapy; interpersonal psychotherapy.

Introducción

En la actualidad tanto los esfuerzos de la práctica clínica como los esfuerzos de la investigación persiguen el desarrollo e implementación de la psiquiatría y la psicología basadas en la evidencia. Es decir, de aquellos tratamientos que han demostrado eficacia y seguridad a través de ensayos clínicos aleatorizados y que

a posteriori se han integrado en las guías clínicas tras haber sido evaluados críticamente y en su caso metaanalizados.

La eficacia de la medicación antidepresiva en el tratamiento de la depresión ha sido demostrada a través de numerosos ensayos

¹ Estudio financiado por la Universidad del País Vasco (I/UPV 002121.327E-15860/2004) y el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (200411049).



clínicos aleatorizados. Junto a los antidepresivos clásicos (antidepresivos tricíclicos [ATs], inhibidores de la monoaminoxidasa [IMAOs]), emergieron los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs) a finales de los 80 y principios de los 90, convirtiéndose en la elección prioritaria de tratamiento de los trastornos afectivos hasta el momento. La reciente aparición de inhibidores duales de la recaptación de serotonina y noradrenalina y de antidepresivos con otros mecanismos de acción, pudiera cambiar esta situación, aunque no parece que sea a corto plazo.

Por otro lado existe una gran cantidad de evidencia acumulada en torno al uso de las psicoterapias en el tratamiento de la depresión, en concreto se han estudiado en profundidad las psicoterapias breves y estructuradas como la terapia cognitivo conductual (TCC), la terapia de resolución de problemas (TRP) y la terapia interpersonal entre otras (TIP).

Pese a la evidencia demostrada sobre la eficacia de algunas psicoterapias en el tratamiento de los trastornos afectivos, la práctica clínica en nuestro país continúa haciendo un uso prioritario de la farmacoterapia en el manejo de los mismos.

A continuación se presenta una revisión narrativa sobre la eficacia de la psicoterapia frente a la farmacoterapia, así como del tratamiento combinado fármaco y psicoterapéutico en el manejo de los trastornos del espectro depresivo en la atención primaria y ambulatoria. Además se pretende hacer un breve resumen de las pautas ofrecidas por algunas guías clínicas de reconocido prestigio. Por último se realiza un acercamiento a algunas de las psicoterapias breves y estructuradas para las que existe una suficiente evidencia empírica, como el counselling, la TIP, la TCC y la TRP.

LAS GUÍAS CLÍNICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Existen un sinnúmero de guías clínicas para orientar el tratamiento de los trastornos afectivos, sin embargo no todas ellas poseen el mismo nivel de fiabilidad y validez. Las guías clínicas del NICE (1) (cuyos niveles de evidencia son A [basado en meta-análisis de ensayos clínicos randomizados o al menos en un ensayo clínico], B [estudios clínicos bien desarrollados que no son ensayos clínicos randomizados], C [informes u opiniones de comités de expertos y o experiencia clínica de autoridades respetadas]) ofrecen algunas pautas de intervención en depresión. Entre algunas de sus indicaciones se encuentran las siguientes “los antidepresivos no son recomendables para el tratamiento inicial de la depresión, ya que el ratio de riesgo–beneficio es pobre [C]”; “para pacientes con depresión leve, los profesionales de la salud han de considerar la recomendación de un programa de auto–ayuda

guiado basado en la TCC [C]”; “tanto en la depresión leve como en la moderada, ha de considerarse el tratamiento psicológico centrado en la depresión (como la TRP, la TCC breve y el counselling) de 6 a 8 sesiones en un periodo de 10 a 12 semanas [B]”; “cuando los pacientes se presentan inicialmente con depresión severa, se ha de considerar la combinación de antidepresivos y TCC individual, ya que la combinación es mejor a nivel coste–efectividad que los tratamientos por separado [B]”; “para los pacientes cuya depresión es resistente al tratamiento, se ha de considerar la combinación de la medicación antidepresiva con la TCC [B]”; “la TCC ha de ser considerada para pacientes con depresión recurrente que han recaído a pesar de la farmacoterapia, o quienes expresan una preferencia por los tratamientos psicológicos [C]”.



Según las guías de práctica clínica publicadas por la American Psychiatric Association (2), es necesario hacer una diferenciación en relación al tratamiento en las distintas fases de la enfermedad (los niveles de evidencia clínica propuestos por estas guías son A [recomendado con una confianza clínica sustancial], B [recomendado con una confianza clínica moderada], C [pueden ser recomendados en base a las circunstancias individuales]). En la fase aguda, la elección de un tratamiento psicoterapéutico frente a la farmacoterapia, esta mediado tanto por factores clínicos (como la gravedad de los síntomas) como por otros factores (preferencias de los pacientes, análisis de coste-efectividad). “Si el paciente lo prefiere, se le ha de ofrecer medicación antidepressiva como el tratamiento principal de la depresión leve o moderada [A]”. “Se ha de considerar el uso de una psicoterapia efectiva como único tratamiento, en la depresión leve y moderada [B]”. Las preferencias de los pacientes son un factor importante que ha de ser considerado en la decisión final del tratamiento. “Los factores clínicos que pueden sugerir el uso de intervenciones psicoterapéuticas incluyen la presencia de estresores psicosociales significativos, conflicto intrapsíquico, dificultades interpersonales, o comorbilidad de trastornos del eje II [A]”. “La combinación de ambos tratamientos se ha de considerar como tratamiento inicial en pacientes con factores psicosociales estresores significativos, problemas interpersonales, o comorbilidad de trastornos del eje II junto con depresión moderada o severa [A]”. Además los pacientes que hayan tenido una historia de respuesta parcial a las modalidades de tratamiento individuales se pueden beneficiar del tratamiento combinado. La baja adherencia a los tratamientos puede garantizar las modalidades de tratamiento combinado. “En cuanto a la selección de la psicoterapia, la TCC y la TIP son las aproximaciones para las que mejor se ha documentado su eficacia en la literatura como tratamiento específico en la depresión mayor, aunque no se han publicado estudios rigurosos en cuanto a la psicoterapia psicodinámica [B]”.

Por su parte, The National Guideline Clearinghouse (NGC) ofrece el resumen de otras guías clínicas relevantes como las del Care Management Institute Kaiser Permanent (3) y las guías desarrolladas por la Universidad de Michigan (4). Las primeras guías clínicas hacen una diferenciación en cuanto a la fuente de obtención de la información, que puede ser [A] basada en la evidencia o [B] obtenida por consenso. Entre algunas de las pautas que ofrece en el tratamiento de la depresión se encuentra el “uso de antidepressivos o psicoterapia como primera línea de tratamiento para el trastorno depresivo mayor leve o moderado [A]”, “el tratamiento combinado con antidepressivos y psicoterapia esta recomendado como primera línea de tratamiento en la depresión severa [B]”. Por su parte las guías de la Universidad de Michigan ofrecen evidencia basada en ensayos clínicos aleatorizados y afirman que “la depresión leve puede ser tratada de forma efectiva con medicación o psicoterapia y la depresión moderada o severa requiere una aproximación combinada de medicación y psicoterapia [A]. La educación y el apoyo del paciente son esenciales”. Por último las guías desarrolladas por el Oxfordshire Health Authority y el Center for Evidence Based Mental Health (5) ofrecen evidencia basada en metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados o al menos en un ensayo clínico, y afirma que “la TRP parece funcionar en pequeños ensayos clínicos en pacientes deprimidos, la TC es al menos igual de efectiva que la farmacoterapia en depresión leve y moderada. El counselling es probablemente no más efectivo que el tratamiento usual para la depresión, aunque a los pacientes les gusta [A]”.

La evidencia que se deriva de todas estas guías clínicas se puede resumir en que se recomienda la posibilidad de utilizar la psicoterapia como tratamiento único tanto en depresiones leves como moderadas. Por otro lado, se recomienda el tratamiento combinado de psicoterapia y farmacoterapia en depresiones moderadas y severas, sin embargo existe discrepancia en cuanto a la recomendación de



una psicoterapia en concreto. Tanto las guías del NICE, las de la APA, y las de la Oxfordshire Health Authority recomiendan la TCC, las guías del NICE y las de Oxfordshire Health Authority recomiendan la TRP y el counselling, sin embargo el Oxfordshire Health Authority las recomienda cómo una elección secundaria frente a la TCC. Por último tan sólo las guías de la APA recomiendan la TIP.

LAS PSICOTERAPIA VERSUS FARMACOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Un repaso histórico de las revisiones publicadas en relación a la eficacia comparativa de las psicoterapias y la farmacoterapia en el tratamiento de los trastornos afectivos, nos permitirá comprobar el estado actual en relación a las recomendaciones en el tratamiento de los mismos.

La revisión narrativa llevada a cabo por Weissman (6) compara de manera directa la psicoterapia frente a la farmacoterapia en el tratamiento de pacientes deprimidos. Se obtuvieron resultados variables entre estudios. De los cinco estudios evaluados, uno de ellos apunta la superioridad en la eficacia de la psicoterapia (TCC) frente a la farmacoterapia (Imipramina) en el tratamiento de la depresión. Otro estudio halla ambas intervenciones igualmente eficaces, mientras que otros tres estudios subrayan la superioridad de la eficacia de la farmacoterapia frente a la psicoterapia (TIP, grupal o de pareja) en la prevención de recaídas o reducción de síntomas, sin embargo la psicoterapia era ligeramente superior a la farmacoterapia en la mejora del funcionamiento social.

En un metaanálisis sobre la psicoterapia y la farmacoterapia en el tratamiento de la depresión unipolar en adultos, se incluyeron todos aquellos estudios que tenían un grupo control

y que estudiaban el tamaño del efecto de los tratamientos activos frente a dicho grupo control. Se excluyeron aquellas investigaciones en las que el tratamiento era una combinación de psicoterapia y farmacoterapia. Se incluyeron 56 estudios, de los cuales se pudieron extraer 31 ramas de psicoterapia y 79 ramas de farmacoterapia. Se examinaron cinco tipos de psicoterapia (terapia de conducta, terapia de aprendizaje social–interpersonal, terapia cognitiva, terapia de pareja y una combinación de terapia cognitiva, aprendizaje social y terapia de conducta) y 35 tipos de farmacoterapia (los dos más comunes eran la amitriptilina y la imipramina). Los resultados obtenidos indican que los estudios de psicoterapia muestran un mayor tamaño del efecto del tratamiento frente a los estudios de farmacoterapia en el tratamiento de la depresión unipolar en adultos. Sin embargo es necesario tener en cuenta que los resultados obtenidos son tan buenos como los datos en los que están basados, si los estudios de mala calidad son igualmente probables en la literatura de la psicoterapia y de la farmacoterapia las conclusiones del meta–análisis no serán problemáticas (7).

En un mega–análisis realizado por DeRubeis (8) sobre cuatro ensayos clínicos randomizados en pacientes con depresión grave, se observó que el tamaño del efecto global que compara los antidepresivos con la TCC favorece a esta última, pero los test que comparan ambas modalidades no encuentran diferencias significativas para el total de cada modalidad. La conclusión que se deriva de este estudio es que la TCC es tan eficaz como los antidepresivos en pacientes ambulatorios con depresión severa en la comparación de estos cuatro estudios. Este estudio ha recibido varias críticas, por un lado se le acusa de una generalización a todos los antidepresivos cuando los estudios incluidos sólo trabajan con imipramina y nortriptilina (esta última en dosis bajas) (9). Otra de las críticas realizadas sugiere que en el análisis de datos tal vez hubiese sido más apropiado el uso de modelos de regresión aleatoria, y por otro



lado se apunta la posibilidad de sesgo en los datos debido a las diferencias en las medidas de resultado. Sugieren un re-análisis de los datos del estudio ya que podría aportar información sobre las diferencias en las tasas de recurrencia y recaída, así como en el nivel de significación clínica de las ganancias terapéuticas (10). Una de las críticas más importantes y por otro lado más acertadas, hace referencia a la inclusión de estudios sin un grupo control placebo lo cual supone un sesgo importante de la evidencia y hace que los resultados no sean sólidos y fiables para establecer la equivalencia de la TCC frente a los antidepresivos (11).

Otra revisión relativa a la comparación de tratamientos en la remisión de síntomas en el trastorno depresivo mayor (12) incluyó 883 pacientes con una gravedad de leve a moderada. La duración del tratamiento oscilaba entre 10 y 34 semanas. El análisis por intención de tratar indicó que los antidepresivos (tricíclicos y fenelcina) y la psicoterapia (TCC y TIP) eran más eficaces que las condiciones de control, pero no había diferencias entre los tratamientos activos. Los porcentajes de remisión para todos los pacientes randomizados y asignados a medicación, psicoterapia o condiciones de control, fueron del 46.4%, 46.3% y 24.4% respectivamente. Además se perdió un número significativamente mayor en las situación de control (54.4%) que en cada uno de los tratamientos activos con medicación (37.1%) o psicoterapia (22.2%). Sin embargo esta revisión ha recibido algunas críticas, entre las que se encuentra el haber incluido tres estudios que no tenían un grupo control (13).

Una revisión narrativa realizada con el objetivo de valorar la efectividad a largo plazo de la terapia cognitiva en el trastorno de depresión mayor encontró cinco estudios que se ajustaban a sus criterios de inclusión, de los cuales tres de ellos daban la posibilidad de analizar los datos. Se observó que la tasa de remisión a los doce y veinticuatro meses tras la fase aguda era mayor en los grupos tratados

con terapia cognitiva que en los grupos tratados sólo con antidepresivos (14).

Se han realizado además diversas investigaciones con el objetivo de valorar la eficacia de las distintas psicoterapias respecto de un grupo de tratamiento control, por lo tanto los resultados de los mismos pueden servir de apoyo a los resultados comparativos de la eficacia de la farmacoterapia y la psicoterapia. Weissman (6) encontró dos estudios acerca de la terapia cognitiva, uno acerca de la terapia de conducta, dos sobre la terapia interpersonal y otros dos sobre la terapia grupal y de pareja, todos ellos apuntan a la superioridad de la eficacia de la psicoterapia frente a los grupos de control.

Por otro lado se han encontrado algunas revisiones en relación a la superioridad de la eficacia del tratamiento combinado de farmacoterapia y psicoterapia en depresión. Weissman (6) halló 5 estudios que demostraban la superioridad del tratamiento combinado sobre un grupo control o sobre cada tratamiento por separado. Conte (15), obtuvo resultados a partir de los 11 estudios incluidos que apuntan a la mayor efectividad de los tratamientos combinados frente a cualquiera de ambos tratamientos por separado. En una revisión narrativa sobre la depresión crónica se trazaron ocho estudios clave, a partir de los cuales los autores concluyen que el trastorno depresivo crónico responde bien a las intervenciones farmacológicas estándar en la fase aguda y en la fase de mantenimiento del tratamiento. Además indican el tratamiento combinado de farmacoterapia y psicoterapia puede ser superior a ambos tratamientos por separado (16). El estudio más actual en esta área es la revisión desarrollada por Pampallona (17) para estudiar el tratamiento combinado en depresión. Se hallaron 16 estudios que cumplían los criterios de inclusión, con 932 pacientes randomizados a la rama de farmacoterapia y 910 randomizados al tratamiento combinado. En conjunto los pacientes que recibían el tratamiento combinado mejoraron de manera

significativa respecto a los que recibían farmacoterapia sola. Las pérdidas a lo largo de los estudios y el número de pacientes que no respondieron no diferían en la distribución entre las dos modalidades de tratamiento.

En resumen las revisiones previas apuntan hacia la equivalencia terapéutica de algunos tratamientos psicológicos y algunos antidepresivos. Además se ha demostrado la superioridad en relación a la eficacia de los tratamientos combinados frente a los tratamientos activos por separado. Sin embargo es importante tener en cuenta que la calidad metodológica de algunos estudios es baja. Entre los principales fallos metodológicos se encuentran el no incluir grupos control (se incluyen estudios con dos ramas de tratamiento, una farmacológica y otra psicológica) y el estudiar de manera directa una rama de tratamiento psicoterapéutico o farmacológico frente a un grupo control (de manera que no se incluyen los ensayos clínicos con tres grupos, uno de farmacoterapia, otro de psicoterapia y otro grupo control). Por tanto pese a la cantidad de evidencia existente en esta área, parece importante refinar la metodología de las revisiones sistemáticas y los metaanálisis.

LAS PSICOTERAPIAS BREVES EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

Existen infinidad de psicoterapias en las que de manera indirecta o directa se trabajan aspectos relacionados con la depresión. En primer lugar se puede hacer una diferenciación en base a las modalidades terapéuticas individuales o grupales, por otro lado se puede diferenciar entre la psicoterapias centradas en la persona, las familiares o las de pareja. Además en función de las técnicas o corrientes de conocimiento podemos encontrar psicoterapias humanistas, psicodinámicas, sistémicas, conductistas, cognitivistas, gestálticas y un largo etcétera. El objetivo del presente estudio es evaluar aquellas psicoterapias más estructuradas

y breves para las que se ha encontrado evidencia en la literatura científica. Es importante destacar que no se trata de minusvalorar otras corrientes o aproximaciones, sino de afianzar las bases y demostrar la eficacia de aquellas intervenciones para las que se ha encontrado un mayor número de ensayos clínicos que evalúan su eficacia.

A continuación se exponen con más detalle algunas psicoterapias breves (de aproximadamente 6 a 8 sesiones en un periodo de 10 a 12 semanas) y estructuradas en el tratamiento de la depresión, en concreto el counselling, la TCC, la TIP y la TRP.

COUNSELLING

Existe una gran confusión en cuanto a lo que es el "counselling". Es difícil hacer una descripción aceptada por todo el mundo, una de las más aceptadas y globales es la realizada por la Asociación Británica de Counselling "*el counselling es el uso cualificado de las relaciones que desarrollan el auto-conocimiento, la aceptación emocional, el crecimiento, y los recursos personales. El propósito general es vivir más plenamente y satisfactoriamente. El counselling puede estar relacionado con dirigirse y resolver problemas específicos, tomando decisiones, haciendo frente a las crisis, trabajando a través de los sentimientos y dentro de los conflictos, o mejorando las relaciones con otros. El rol de los "counsellors" es facilitar el trabajo del cliente de manera que se respeten los valores del cliente, los recursos personales y la capacidad para la auto-determinación*" (18).

Existe una revisión sistemática y metaanálisis sobre la eficacia del counselling en atención primaria (19). Los investigadores incluyeron 7 estudios con una muestra total de 444 pacientes. Se comparó la eficacia del counselling frente al tratamiento habitual. Valorando los resultados a corto plazo se observó una disminución significativamente mayor en los síntomas ansiosos y



depresivos en los pacientes del grupo de counselling, sin embargo no se observaron diferencias significativas en los resultados a largo plazo. Otros dos estudios valoraban el counselling frente a otros tratamientos utilizados en la práctica general como la medicación antidepressiva y la TCC. No se hallaron diferencias significativas a corto y largo plazo, sin embargo los autores insisten en que estos datos derivan de dos estudios individuales donde las muestras son pequeñas y las estimaciones son por tanto imprecisas. En resumen parece que el counselling es moderadamente efectivo en la reducción de síntomas psicológicos a corto plazo y puede no diferir en eficacia frente a otros tratamientos utilizados de manera rutinaria en atención primaria.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

La terapia cognitiva esta basada en la asunción de que la respuesta afectiva en la depresión esta determinada por la forma en la que el sujeto estructura su experiencia de manera ideatoria. Como resultado de la emergencia de ciertos aspectos cognitivos maladaptativos, el paciente deprimido tiende a considerarse a si mismo y a su futuro de manera negativa. La corrección de los conceptos negativos aliviará los síntomas depresivos. Por ejemplo, un auto-concepto extremadamente bajo puede ser tratado presentando una jerarquía de tareas cognitivas, y demostrando a través de las mismas la invalidez de los auto reproches del paciente (6).

El modelo cognitivo de la depresión considera que la principal alteración en la depresión esta en el procesamiento de la información. Durante la depresión están activados una serie de esquemas, es decir formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones que la favorecen. Estos esquemas se suelen adquirir en la infancia y se activan cuando el sujeto se encuentra ante situaciones estresantes. Estos esquemas favorecen un filtrado de la informa-

ción de manera que se ve reforzada la visión negativa del sujeto sobre si mismo, sobre el mundo y sobre el futuro. El sujeto presenta una serie de distorsiones cognitivas o pensamiento alterado sobre él y el mundo, entre los que destacan la sobregeneralización (se crea un patrón global negativo basado en un incidente particular), el pensamiento dicotómico (supone una visión de las situaciones y las personas en términos de todo o nada), las inferencias arbitrarias, la magnificación—minimización, la abstracción selectiva y la personalización (se atribuye una cantidad desproporcionada de la culpa de las situaciones negativas, y supone una dificultad para ver que esas situaciones también están influidas por otros). Las emociones y conductas típicas de la depresión están determinadas en gran medida por esta manera de percibir la realidad. El objetivo de la terapia cognitiva para la depresión es eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas. Desde el modelo cognitivo esto se consigue ayudando al paciente a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que le producen emociones y conductas contraproducentes. La forma más poderosa de modificar esas cogniciones es su contrastación con la realidad empírica a través de técnicas cognitivas y conductuales. Una vez superados los síntomas, se trabajarán junto con el paciente los esquemas básicos que le predisponen a la depresión, con el objetivo de prevenir depresiones futuras (20).

Se han encontrado tres ensayos clínicos controlados que evalúan la eficacia comparativa de la farmacoterapia frente a la terapia cognitiva y la terapia cognitivo conductual. El estudio de Elkin y cols. (21) tenía una muestra de 239 pacientes de los cuales el 70% eran mujeres, con un rango de edad entre 21 y 60 años y con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor. La duración del ensayo clínico fue de 16 semanas. En la rama de farmacoterapia se introdujo el manejo clínico para asegurar el cuidado básico, para maximizar el cumplimiento, y para dirigir los asuntos éticos relacionados con el uso de placebo con pacientes deprimidos. La

imipramina se dio en dosis que oscilaron entre 150–185 mg/d. La duración de las sesiones fue de 45 a 60 minutos en la sesión inicial y de 20 a 30 minutos el resto de las sesiones. En la rama de psicoterapia había dos tratamientos, la TIP y la TCC, cuyos principios básicos eran ayudar a los pacientes deprimidos a corregir sus visiones negativas y distorsionadas sobre ellos mismos, el mundo, el futuro y los pensamientos desadaptativos subyacentes que favorecen estas cogniciones. El grupo placebo funcionaba de la misma forma que la rama de farmacoterapia. Según los autores no hay evidencia de que cada una de las psicoterapias fuera significativamente menos efectiva que el tratamiento de referencia estándar (farmacológico) y todos los tratamientos activos eran superiores a placebo.

En el estudio de Jarrett y cols. (22) se cuenta con una muestra de 108 pacientes con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor y rasgos atípicos según el DSM-III-R, de los cuales 73 son mujeres y 35 son hombres. En la rama de farmacoterapia (un IMAO, la fenelcina) se trabajaban aspectos como el ajuste de medicación y recuento de síntomas, efectos adversos, presión arterial y peso. Los pacientes en ambas condiciones (farmacoterapia y placebo) seguían una dieta baja en tiramina. La dosis se incrementaba de manera gradual durante las 10 semanas para alcanzar una respuesta terapéutica a la fenelcina de aproximadamente 0.85 mg/kg o 1 mg/kg en pacientes que no respondían a dosis más bajas. La rama de psicoterapia estaba basada en la terapia cognitiva (TC). Según los autores la TC y la fenelcina son tratamientos efectivos para pacientes con trastorno depresivo mayor y rasgos atípicos, la implicación es que la TC es tan efectiva como los IMAOs en el tratamiento durante la fase aguda de pacientes con trastorno depresivo mayor y rasgos atípicos.

En el estudio de DeRubeis y cols. (23) había una muestra de 240 pacientes de los cuales el 59% eran mujeres, con un rango de edad entre 27 y 52 años y con una gravedad de la enfer-

medad de moderada a severa. El 90% de los pacientes tenían una depresión crónica o recurrente. El ensayo clínico tuvo una duración de 16 semanas. La farmacoterapia estaba acompañada de (1) manejo médico: educación sobre medicaciones, ajuste de dosis, y discusión de efectos adversos; (2) manejo clínico: revisión del funcionamiento de los pacientes en las esferas más amplias de la vida; apoyo breve y limitado mediante counselling. Todos los pacientes empezaron con paroxetina 10–20 mg/d, esta dosis fue aumentada en 10–20 mg basada en la tolerancia, la respuesta y la ocurrencia de efectos adversos, hasta un máximo de 50 mg/d en la sexta semana o hasta la observación de la reducción significativa de síntomas. Las sesiones iniciales duraban entre 30 y 45 minutos. Las siguientes sesiones duraban unos 20 minutos. Las sesiones de terapia cognitiva tenían una duración de 50 minutos y su frecuencia era semanal. El grupo placebo recibía el mismo manejo que el grupo de farmacoterapia. Según los propios autores la terapia cognitiva puede ser tan efectiva como la medicación para el tratamiento inicial de la depresión moderada o grave, pero este grado de efectividad puede depender del alto grado de experiencia del terapeuta.

TERAPIA INTERPERSONAL

La TIP es una forma de psicoterapia breve y altamente estructurada que maneja los asuntos interpersonales en la depresión. La TIP no tiene un origen teórico específico, sin embargo se basa en los trabajos de Sullivan, Meyer y Bowly. Gerald Klerman y Myrna Weissman en los años 80 trataron de operacionalizar la TIP como resultado de una serie de estudios sobre el tratamiento de la depresión que se desarrollaron en Estados Unidos en esta época. Esta forma de psicoterapia subraya que los problemas ocurren dentro de un contexto interpersonal, y entienden la depresión como un factor con varios componentes (formación de síntomas, funcionamiento social, y factores personales).



La TIP se centra en intervenir en el funcionamiento social con el consiguiente beneficio que esto tiene sobre los síntomas. Los problemas de funcionamiento social que puede sufrir el paciente se resumen en disputas o déficit interpersonales, transición de roles y pérdida tras la muerte. La duración de la terapia es de entre 12 y 16 sesiones de una hora de duración con una frecuencia semanal. Las técnicas utilizadas son en ocasiones modificaciones de otras intervenciones como la terapia cognitiva o la intervención en crisis. Algunas de las técnicas utilizadas son la clarificación, la escucha de apoyo, el rol-playing, los análisis de comunicación, y el fomento de los afectos (24).

Se ha comprobado la eficacia de la TIP en el tratamiento de la depresión. El estudio de Elkin y cols. (21) tenía dos ramas de tratamiento psicoterapéutico. Una de las ramas de tratamiento era la TIP de Klerman (25;26), cuyos objetivos eran ayudar a los pacientes a identificar y comprender mejor sus problemas interpersonales y conflictos, y ayudarles a desarrollar caminos más adaptativos de relacionarse con los otros. La duración de las intervenciones era de 50 minutos. Como hemos señalado previamente no hay evidencia de que cada una de las psicoterapias fuera significativamente menos efectiva que el tratamiento farmacológico de referencia.

TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La TRP es una intervención cognitivo-conductual especialmente diseñada para el tratamiento de la depresión. De acuerdo a este modelo la depresión es el resultado de múltiples causas como el estrés diario, los acontecimientos vitales, estrategias de afrontamiento débiles, y el afecto o humor depresivo. Las personas más vulnerables a la depresión pueden tener estrategias de resolución de problemas inadecuadas o estrategias que no están siendo utilizadas porque se sienten incapaces de cambiar la situación. De acuerdo con la TRP la

forma ideal de intervenir en este círculo de depresión es enseñar al paciente a cómo movilizar sus estrategias de afrontamiento y como enfrentar los problemas en su vida. Una vez que han comenzado a solucionar sus problemas, la depresión se va disipando e incrementa la motivación para enfrentarse a otros problemas.

Hemos encontrado tres estudios que comparan la eficacia de la TRP frente a la farmacoterapia y el placebo. El estudio de Mynors-Wallis y cols. (27) contó con una muestra de 91 pacientes, de los cuales el 77% eran mujeres, con un rango de edad entre 18 y 65 años y un diagnóstico de depresión mayor. La duración de las intervenciones fue de 12 semanas. El grupo de farmacoterapia recibía amitriptilina, la dosis era de dos cápsulas de 50 mg durante dos noches, seguidos de un incremento de 25 mg cada tercera noche hasta llegar a las 6 cápsulas (150 mg). La duración de las intervenciones fue de 60 minutos la primera sesión y las sesiones subsiguientes de 30 minutos aproximadamente. En la rama de psicoterapia se llevo a cabo la TRP. El terapeuta daba una explicación simple sobre el funcionamiento de la resolución de problemas, después los problemas eran identificados y enumerados. Las fases de la resolución de problemas eran ejemplificadas con uno de los problemas de la lista y en las subsiguientes sesiones los demás problemas eran tratados de la misma manera. El grupo placebo tenía el mismo funcionamiento que el grupo de farmacoterapia. Las conclusiones de los autores fueron que la resolución de problemas era más efectiva que el placebo y tan efectiva como la amitriptilina en el tratamiento de la depresión mayor en atención primaria.

En el estudio de Williams y cols. (28) la muestra era de 415 pacientes de los cuales el 41 % eran mujeres, el rango de edad estaba entre 60 y 93 años de edad, con un diagnóstico de distimia o depresión menor. El ensayo clínico tuvo una duración de 11 semanas. En la rama de farmacoterapia se trabajó el manejo

de dosis, evaluación de síntomas, revisión de los efectos adversos y apoyo general. Se comenzó con una dosis de paroxetina de 10 mg/d inicialmente; la segunda semana 20 mg/d; desde la semana cuarta a la sexta 30 mg/d; desde la semana sexta a la octava 40 mg/d (para los pacientes que mostraron una mejora parcial o no mejoraron). En cada sesión los pacientes auto-reportaron la adherencia al tratamiento. La duración de las intervenciones era de 15 minutos. En la rama de psicoterapia se trabajaba con TRP (27;29) basada en los principios cognitivo conductuales. Se seguían tres pasos principalmente: (1) los síntomas del paciente se ligan con sus problemas en la vida diaria, (2) los problemas son definidos y clarificados, (3) se realiza un intento de solucionar los problemas de manera estructurada. La duración de las intervenciones fue de una hora en la primera sesión y de 30 minutos en las siguientes sesiones. En el grupo placebo el manejo fue igual que en el grupo de paroxetina. En relación a las pérdidas y abandonos en el grupo de paroxetina 17 personas no recibieron ningún tratamiento y 14 fueron eliminadas. Las conclusiones de los autores fueron que no pueden recomendar la terapia de resolución de problemas para personas mayores con depresión menor o distimia. La farmacoterapia con un ISRS (paroxetina) era efectiva en el tratamiento de personas mayores con depresión menor o distimia.

El estudio de Barrett y cols. (30) es metodológicamente similar al estudio anterior salvo por la edad de los pacientes incluidos. La muestra estudiada fue de 239 pacientes de los cuales el 63.9% eran mujeres, con un rango de edad entre los 18 y los 59 años y con un diagnóstico de distimia o depresión menor, con una gravedad de leve a moderada. La duración del ensayo fue de 11 semanas. La farmacoterapia trabajaba el manejo de dosis, evaluación de síntomas, revisión de efectos adversos y apoyo general. La paroxetina se iniciaba con 10 mg/d y se aumentaba durante la segunda semana a 20 mg/d. Entre la semana cuarta y sexta la dosis podía volver a incrementarse a 30 mg/d y

durante la semana sexta y la octava a 40 mg/d, la duración de las intervenciones era de unos 10 o 15 minutos. La TRP (31) tenía una duración de una hora en la primera visita y 30 minutos en las siguientes vistas. El grupo placebo se manejaba de la misma manera que la paroxetina. Según los autores, la paroxetina y en un menor grado la terapia de resolución de problemas, mejoraron la remisión de la distimia más que el uso del placebo y el manejo clínico inespecífico.

CONCLUSIONES

La revisión de algunas de las guías clínicas existentes para el tratamiento de la depresión, permite observar que en otros países se consideran los tratamientos psicoterapéuticos como tratamientos de elección en depresiones leves y moderadas. Por otro lado se recomiendan los tratamientos combinados farmacológicos y psicológicos en depresiones severas.

Como se observa en las revisiones narrativas previas existe consenso y evidencia respecto a la igualdad en la eficacia de algunos tratamientos psicológicos breves y estructurados (como la TIP, la TCC y la TRP) frente a las intervenciones farmacológicas en el tratamiento de las depresiones en atención primaria y ambulatoria.

En resumen parecería adecuado comenzar a implementar en la práctica clínica de nuestro país las medidas adoptadas por otros países, basadas en evidencia científica contrastada y de alta calidad metodológica. Es necesario continuar aportando evidencia cuantitativa de alta calidad, así como desarrollar estudios de preferencias de los pacientes y de coste efectividad sobre las intervenciones psicoterapéuticas breves como elección de tratamiento de los trastornos afectivos en depresión primaria y ambulatoria. Por tanto parece imprescindible el esfuerzo clínico, educativo e investigador en la formación de profesionales, implementación de tratamientos y evaluación crítica del tratamiento psicoterapéutico de los trastornos afectivos.



REFERENCIAS


- (1) National Institute for clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. 2004; *Clinical guideline* 23.
- (2) Karasu T, Gelenberg A, Wang P, Merriam A. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (review). *Am J Psychiatry* 2000;157(4):1-45 Suppl.
- (3) Care Management Institute KP. Adult primary care depression guidelines. URL: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6007&nbr=003955&string=kaiser
- (4) University of Michigan Health System. Depression. URL: http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=8330&nbr=004662&string=
- (5) University of Oxford. Department of Psychiatry. A Systematic Guide for the Management of Depression in Primary Care. URL: <http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/guidelines/depression/depression1.html>
- (6) Weissman M. The Psychological treatment of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1979;36:1261-9.
- (7) Steinbrueck SM, Maxwell SE, Howard G. A Meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *J Consult Clin Psychol* 1983;51(6):856-63.
- (8) DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 1999 Jul;156(7):1007-13.
- (9) Taylor MA. Medication treatment versus cognitive behavior therapy. *Am J Psychiatry* 2000 Jun;157(6):1025-6.
- (10) Reinceke MA, Ewell Foster CJ, Rogers GM, Weill R. Medication or psychotherapy for severe depression. *Am J Psychiatry* 2000 Sep;157(9):1528-9.
- (11) Klein D. Flawed meta-analyses comparing psychotherapy with pharmacotherapy. *Am J Psychiatry* 2000;157:1204-11.
- (12) Casacalenda N, Perry JC, Looper K. Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *Am J Psychiatry* 2002 Aug;159(8):1354-60.
- (13) Rifkin A. Comparing depression treatments. *Am J Psychiatry* 2003 Jun;160(6):1186-7.
- (14) Hensley PL, Nadiga D, Uhlenhuth EH. Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder. *Depress Anxiety* 2004;20(1):1-7.
- (15) Conte H, Plutchink R, Wild K, Karasu T. Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression. A systematic analysis of the evidence. *Arch Gen Psychiatry* 1986;43(5):471-9.
- (16) Michalak E, Lam R. Breaking the Myths: new treatment approaches for chronic depression. *Can J Psychiatry* 2002;47(7):635-43.
- (17) Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2004 Jul;61(7):714-9.
- (18) Simpson S, Corney R, Fitzgerald P, Beecham J. A randomised controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of counselling patients with chronic depression. *Health Technol Assess* 2000;4(36):1-83.
- (19) Bower P, Rowland N, Hardy R. The clinical effectiveness of counselling in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Psychological-Medicine* 2003 Feb;33(2):203-15.
- (20) Beck AT, Rush A, Shaw B, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford; 1979.
- (21) Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989 Nov;46(11):971-82.
- (22) Jarrett RB, Schaffer M, McIntire D, Witt-Browder A, Kraft D, Risser RC. Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine: a double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999 May;56(5):431-7.
- (23) DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM, et al. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005 Apr;62(4):409-16.
- (24) Klerman GL, Weissman M, Rounsaville BJ, Chevron E. Interpersonal Psychotherapy of Depression. New York: 1984.
- (25) Klerman GL, DiMascio A, Weissman M, Prusoff B, Paykel ES. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1974 Feb;131(2):186-91.
- (26) Weissman MM, Klerman GL, Paykel ES, Prusoff B, Hanson B. Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Arch Gen Psychiatry* 1974 Jun;30(6):771-8.
- (27) Mynors-Wallis LM, Gath DH, Lloyd-Thomas AR, Tomlinson D. Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *BMJ* 1995 Feb 18;310(6977):441-5.
- (28) Williams JW, Barrett J, Oxman T, Frank E, Katon W, Sullivan M, et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: A randomized controlled trial in older adults. *JAMA* 2000 Sep 27;284(12):1519-26.
- (29) Mynors-Wallis L. Problem-solving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *Int J Psychiatry Med* 1996;26(3):249-62.
- (30) Barrett JE, Williams JW, Oxman TE, Frank E, Katon W, Sullivan M, et al. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized trial in patients aged 18 to 59 years. *J Fam Pract* 2001 May;50(5):405-12.
- (31) Gath D, Catalan J. The treatment of emotional disorders in general practice: psychological methods versus medication. *J Psychosom Res* 1986;30:381-6.




TRABAJOS ASISTENCIALES
CONTRIBUCIÓN AL CUIDADO
DE ENFERMOS CRÓNICOS


PAMPLONA, ESPAÑA 23, 24 y 25 de Noviembre 1995
Hotel Tres Reyes

Programa de actividades



ESTRES Y SALUD MENTAL

 ORGANIZADO POR:
ENFERMERAS OCULES MENTALES ESPAÑOLAS
ASOCIACIÓN VASCA DE SALUD MENTAL

COLABORA:
 Gobierno Vasco
Departamento de Sanidad

**XIII JORNADAS NACIONALES A.E.N.
PAMPLONA, 23-25 noviembre 1995**



Psicoanálisis de *El Quijote* del psicoanálisis, el psicoanálisis en lengua castellana¹

Juan Pundik

Psicoanalista en Madrid,
miembro de la ELP, Escuela Lacaniana de Psicoanálisis
y de la AMP, Asociación Mundial de Psicoanálisis.

I. PRESENTACIÓN

Escribir mi último libro, por el momento, ha sido un divertimento. Un divertimento serio, documentado y reflexionado en el que he utilizado restos fecundos de mis estudios, lecturas y documentación de mis últimos libros. Se trata de un libro que comencé a escribir en 2005, cuarto centenario de la primera publicación por Miguel de Cervantes de la primera parte de *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha*, y que publicaré en el 2006, sesquicentenario del nacimiento de Freud.

En el libro intento establecer una línea argumental que va del Quijote a Cervantes, continúa con Freud, con Ortega y Gasset, Fernández Ballesteros, Ángel Garma y Miguel Ángel Cárcamo. De España salta el Océano Atlántico para atracar en Buenos Aires en donde Ángel Garma se va a constituir en el fundador del psicoanálisis en lengua castellana, la lengua del psicoanálisis. El discurso de ese español, nacido en Bilbao prendió en sus discípulos y analizantes y, como un reguero de pólvora, se fue extendiendo por toda la

Argentina, el Brasil y el resto de Iberoamérica, hasta constituirse en la corriente terapéutica con más presencia e influencia en nuestra cultura americana.

Los psicoanalistas argentinos que debimos exiliarnos a causa de un alzamiento militar contra un gobierno legítimamente constituido, y que elegimos España para continuar con nuestra tarea, somos el fruto de esa simiente sembrada por aquel Ángel Garma, que en 1936 tuvo que tomar el camino del exilio también por causa de un alzamiento militar contra un gobierno legítimamente constituido.

La importancia histórica que adquirió la obra de Cervantes le dio al nombre de su protagonista la condición de un adjetivo: ser un quijote. Considero que para haber podido construir una obra de la magnitud del psicoanálisis en lucha contra tamaños gigantes tenemos que pensar que su creador y sus discípulos tienen que haber tenido indudables características *quijotescas*.

¹ Los dos primeros apartados de este artículo corresponden a los de Psicoanálisis de *El Quijote* del psicoanálisis. La novelesca vida y obra de Sigmund Freud, libro actualmente en proceso de elaboración. El tercer apartado corresponde al discurso que pronunciara el autor en el acto de homenaje a Ángel Garma con motivo del centenario de su nacimiento, el 19 de Junio de 2004, y que también constituirá parte de este libro.

La identificación de Freud con *El Quijote* tiene que haber sido muy importante para que a los 15 años de edad se iniciara en el estudio de la lengua castellana con el fin de poder leerlo en el texto original. Así lo ratificó 50 años más tarde en la carta que le escribió al traductor de su obra al castellano que a continuación transcribo:

Sr. D. Luis López-Ballesteros y de Torres

Siendo yo un joven estudiante, el deseo de leer el inmortal "Don Quijote" en el original cervantino me llevó a aprender, sin maestros, la bella lengua castellana. Gracias a esta afición juvenil puedo ahora —ya en edad avanzada— comprobar el acierto de su versión española de mis obras, cuya lectura me produce siempre un vivo agrado por la correctísima interpretación de mi pensamiento y la elegancia del estilo. Me admira, sobre todo, cómo no siendo usted médico ni psiquiatra de profesión ha podido alcanzar tan absoluto y preciso dominio de una materia harto intrincada y a veces oscura.

Freud

Viena, 7 de mayo de 1923

Las biografías de Freud lo describen como a un Quijote librando sus batallas contra los gigantes que ocupaban toda la dimensión territorial en la que él pretendía un lugar; hacerse un sitio, creando una nueva profesión, la del psicoanalista, dirigida, a ayudar a abrir nuevos horizontes al conocimiento de las profundidades del psiquismo hasta ese momento ignoradas.

El primer biógrafo de Freud, el escritor vienés Stefan Zweig, trazó en 1942 una imagen de Freud que confirma el adjetivo de *quijotesco* y que a continuación transcribo: «No se podría imaginar un ser de espíritu más intrépido. Instante tras instante Freud se atrevía a expresar lo que pensaba, aun cuando sabía que inquietaba y perturbaba con sus declaraciones claras e inexorables; nunca trató de hacer

menos difícil su posición recurriendo a concesiones, así fueran mínimas o puramente formales. Estoy convencido de que Freud habría podido exponer las cuatro quintas partes de sus teorías sin encontrar ninguna resistencia de la universidad, si hubiera estado dispuesto a cubrirlas prudentemente, a decir "erótico" en lugar de "sexual", "Eros" en lugar de "libido", y no ir siempre al fondo de las cosas, sino limitarse a sugerirlas. Pero cuando se trataba de su enseñanza y de la verdad, no abandonaba la intransigencia; cuanto más firme era la resistencia, más se afirmaba él en su resolución. En los momentos en que buscó un símbolo del coraje moral (el único heroísmo del mundo que no exige víctimas), veo siempre ante mí el hermoso rostro de Freud con su claridad masculina, sus ojos oscuros y la mirada directa y viril».

2. LA ACADEMIA ESPAÑOLA

Reunidos en Sevilla (Viena) Don Sigmund Freud, en adelante Cipión y Don Eduard Silberstein, en adelante Berganza, convenimos en fundar la Academia Española, en adelante A.E, con el objeto de aprender la noble lengua castellana y comunicarnos nuestros asuntos íntimos con toda franqueza, y así lo firmamos a diez de diciembre de 1871.

Cipión

Berganza

Ambos amigos tenían 15 años y de manera autodidacta habían aprendido el castellano para poder leer el *Don Quijote de la Mancha*.

Esta comunicación de asuntos íntimos entre los dos únicos integrantes de la *Academia Española* tuvo lugar mediante una correspondencia que se inició el doce de diciembre de 1871 y no se interrumpió hasta el 24 de enero de 1881. Los miembros de la *Academia Española* también poseían un sello con el cual lacrababan sus crípticas cartas.

Tres años más tarde, el jueves 7 de febrero de 1884 Freud le escribe a Martha Bernays



(Cartas de juventud): “Hoy ha venido a verme otra vez Silberstein, me tiene el mismo afecto que antes. Fuimos amigos en una época en que no se entiende la amistad como un deporte o una ventaja, sino en que se necesita al amigo para vivir con él. En realidad, pasábamos todas las horas del día juntos salvo las que asistíamos a clase. Estudiamos juntos el español, tuvimos una mitología propia y nombres secretos que habíamos tomado de un diálogo del gran Cervantes. En nuestro libro español de lecturas encontramos una vez un diálogo filosófico–humorístico entre dos perros, que están sentados contemplativos delante de la puerta de un hospital, y nos apropiamos sus nombres; tanto en el trato escrito como en el oral, él se llamó Berganza, yo, Cipión. Cuántas veces escribí: ‘Querido Berganza’ y firmé ‘Tu fidel Cipión, perro en el hospital de Sevilla’. Los dos juntos formamos una extraña unión de eruditos, la *Academia Castellana /AC/*, habíamos redactado toda una gran literatura cómica que seguramente aún se encuentra entre mis viejos papeles”. Se trataba de A.E. la Academia Española. Un *lapsus linguae* de Freud empujado quizás por su relación con la *bella lingua castellana* tal como la califica en su carta a López Ballesteros 40 años más tarde.

Un año después, en una carta a Martha Bernays, del 28–4–1885, Freud escribe: “He destruido todos mis apuntes de los últimos catorce años y cartas, resúmenes científicos y manuscritos de mi trabajo. De las cartas sólo se han salvado las de la familia... Todas las antiguas amistades y relaciones se me han vuelto a presentar y recibieron el golpe mortal..., todos los pensamientos y sentimientos sobre el mundo en general y en lo que me concernían a mí, los declararé sin valor que justificara su subsistencia. Tengo que volver a pensarlos... No puedo madurar ni morir sin la preocupación de quién se meterá en los viejos papeles...” (Cartas de juventud).

Esta destrucción de manuscritos y correspondencia incluyó la de Silberstein a Freud, el

Acta de fundación de la Academia Española y sus Estatutos. El Acta que he transcrita en el inicio de este capítulo es apócrifa, fruto de mi imaginación, pero apoyada en los términos y consideraciones utilizados por Freud en sus cartas castellanas.

El 6 de agosto de 1873 Cipión le escribe a Berganza (Cartas de juventud): “Me pesa mucho que ni tu ni yo observen la ley de la A.E. que prescribe hacer uso y uso frecuente de la Noble Lengua Castellana. Ves, que yo he comenzado, a recordarlos en nuestro deber”.

El 11 de diciembre de 1874 Cipión le escribe a Berganza (Cartas de juventud): “Conecto esto con el comentario sobre tu extraña negativa de aceptar el 27 de diciembre de este año un libro como regalo mío. En principio no puedo negar que exista un artículo de la A.E. (que prohíbe los regalos con motivo de los cumpleaños); pero los historiadores de la A.E. se acuerdan que dicho artículo fue violado no hace mucho por un miembro actualmente residente en Leipzig, y los lógicos y juristas de la A.E. deducen de esto y declaran como ratificado que el mencionado artículo tampoco sigue siendo vinculante para el otro miembro. Por otra parte, en la A.E. se opina que aquello que se haya convenido hace tiempo y en determinadas circunstancias, también puede derogarse, especialmente cuando los tiempos y las circunstancias ya no fueren los mismos. Además consideran que el artículo en cuestión es de tal índole que no tiene ninguna relación con los fundamentos de la A.E. y que el destino de la caducidad está más que nítidamente grabado en su frente. En resumen, mi ultimátum es el siguiente: debes decidirte si quieres indicarme un libro determinado que luego te sirva y que al mismo tiempo sea un digno regalo o si quieres exponerte al peligro de recibir un libro con el que no cuentas y que te llegue por correo, anónimo y sin dedicatoria. No puedes evitar este destino casi seguro. En cuanto a mis fuentes de oro, ya sabes que la mayor librería de Viena, W. Braümüller, está a mi incondicional

disposición (...) Ya que te remites tantas veces a los estatutos de la A.E., no sería un trabajo ocioso recopilarlos en algún momento, someterlos a una nueva revisión y aprobarlos después. Esto es un trabajo esencialmente jurídico, espero que lo asumirás con placer”.

Jean Canavaggio cuya biografía de *Cervantes* (...) es considerada como la más reputada escribió que: “Explicar a Cervantes es aventura arriesgada, divididos como estamos entre una existencia pasada de la que no tenemos más que un enfoque indirecto, y la obra de aquél que la vivió hace cuatrocientos años; un hombre hoy desaparecido, a quien esta obra se le escapaba para vivir en adelante su propia vida. Pero no por ello hay que dejar de intentarlo”.

Terminados los faustos del 400 aniversario de la primera publicación de la primera parte de *El Ingenioso Hidalgo Don Quijote de la Mancha*, hemos iniciado la conmemoración del 150 aniversario del nacimiento de Sigmund Freud. También a él podríamos aplicarle la mencionada frase. Por la destrucción que hizo de sus papeles y correspondencia intentar explicarlo también es aventura arriesgada y porque a él también su obra se le escapó para vivir su propia vida.

Después de haber yo escrito y publicado *Las Fuentes Judaicas del psicoanálisis* (...) Óscar Herradón Ameal publicó *El Secreto Judío de Cervantes* (...), la oculta historia del Quijote y en su Introducción escribe: “Antes de adentrarnos en el texto para desentrañar los enigmas que en clave cabalística incluyó Cervantes, claves que ofrecerán al *desocupado lector* la llave con la que abrirse al Verdadero Conocimiento, debemos preguntarnos cómo un escritor del siglo XVII, en una España controlada por monarcas tradicionalistas, bastiones de la Contrarreforma europea, donde judíos y moriscos habían o iban a ser expulsados, odiados y apaleados, se atrevió a escribir su obra sobre la base de uno de los saberes milenarios de la religión hebrea, la Cábala, auténtico conocimiento

prohibido, considerado sin duda, maldito para una Inquisición que veía en todo aquello diferente e ingenioso, alejado de las ‘santas doctrinas’ una señal clara de la presencia del señor Lucifer. Cervantes se atrevió a hacerlo, y con mucho éxito, pues supo burlar la censura como nadie, engañando no sólo a sus contemporáneos, sino también a las generaciones venideras, sobre todo a aquellas que siguen viendo en su Don Quijote a un caballero cristiano *purgador* de los males heréticos de la Península Ibérica”.

265 años después de la primera publicación de *El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha*, un muchacho de 15 años, *casualmente* también judío, funda en Viena, a la que rebautiza Sevilla, la Academia Española e inicia una correspondencia en lengua castellana con su amigo Silberstein en la que éste último firmará con el seudónimo de Berganza escudándose el primero bajo el seudónimo de Cipión. Cipión y Berganza son los nombres de los dos perros del *Coloquio de los perros* (...) escrito por Miguel de Cervantes Saavedra, Freud en algunas cartas, después de firmar Cipión, agrega: “Perro en el hospital de Sevilla”. ¿Otro lapsus? En las *Novelas Ejemplares* se trataba del Hospital de Valladolid.

Sigmund Freud nació en Freiberg el seis de mayo de 1856. En aquella época, el territorio formaba parte del Imperio Austro Húngaro. Actualmente la ciudad se denomina Pribor y se encuentra en la República Checa. Su nacimiento se produjo en la calle Schlossergasse n° 117. En su honor a esta calle le fue cambiado el nombre por el de Freudova Ulice.

3. HOMENAJE A ÁNGEL GARMA

3.1. APERTURA

Voy a declarar abierto este acto de homenaje al Doctor Ángel Garma en el centenario de su nacimiento. Se trata de un acto político. Ángel Garma fue un exiliado político. Fundar la Asociación Psicoanalítica Argentina fue un acto



político. El inconsciente es político. La política es inconsciente. Política es la cantidad de transacciones que tenemos que hacer los seres humanos para convivir sin aniquilarnos los unos a los otros.

Esto requiere tolerancia y la búsqueda de un equilibrio que sólo puede ser inestable. Dentro de los objetivos que me propuse al poner en marcha este acto de homenaje fue el de poder darle la condición de un acto ecuménico entre las dos instituciones psicoanalíticas mundiales mayoritarias: la International Psychoanalytical Association y la Asociación Mundial de Psicoanálisis. A este respecto lo fundamental se ha conseguido. El presidente de la International Psychoanalytical Association, Daniel Widlöcher, y la presidenta de la Asociación Mundial de Psicoanálisis, Graciela Brodsky, han dado al acto la adhesión de sus respectivas asociaciones.

Hoy vamos a hablar de Ángel Garma, de su persona y de su obra: el psicoanálisis en lengua castellana. Sólo hablaremos los ponentes programados, no habrá intervención del público asistente, no habrá preguntas ni coloquio. Es importante que este acto sea unánime, solemne y trascendente. Se puede grabar, hacer fotos y vídeos. Se ruega silencien los teléfonos móviles. Agradezco al Director de la Residencia, José García Velasco, el interés que se tomó por este acto al punto de estar aquí presente para asumir su papel de anfitrión de todos nosotros y de este homenaje.

La primera respuesta a las cartas solicitando adhesión a este acto fue la de Su Majestad la Reina Doña Sofía. Esto es una paradoja porque nos reunimos para rendir homenaje, en esta Residencia, gloria de la República, a quien tuvo que exiliarse como consecuencia del derribo de la República, en un acto organizado por mí, un admirador de la República. Esta paradoja la voy a utilizar también paradójicamente para reivindicar el papel determinante que yo considero ha tenido esta monarquía en la consolidación de la democracia de la que dis-

frutamos. Porque esta Residencia, gloria de los intelectuales republicanos, fue fundada con el entusiasta apoyo del abuelo de nuestro actual monarca, el entonces joven rey Alfonso XIII.

El mejor alcalde, el Rey, dice la tradición histórica española. No quiero que ninguno de los presentes se sienta comprometido a compartir mis opiniones pero personalmente considero que no hubiéramos podido tener mejor Jefatura de Estado en estos 28 años que la de esta monarquía republicana de la que somos beneficiarios. Fue Su Majestad el Rey quien reconoció los méritos de nuestro homenajeado concediéndole la Gran Cruz de la Orden del Mérito en 1989 y la de Su Majestad La Reina ha sido la única respuesta oficial positiva recibida a nuestras cartas.

3.2. EXILIO Y PSICOANÁLISIS

Desde hace años cada vez que inicio un curso, un seminario o una conferencia le hago saber a mi audiencia que el psicoanálisis no es, como suele creerse, un invento que los argentinos hemos traído a España, sino que, por el contrario, nos hemos constituido en algo así como los representantes de una devolución de atenciones. Uno de los objetivos de este acto es intentar echar luz sobre este desconocimiento que existe en la propia España acerca de que la llama del psicoanálisis en lengua castellana fue encendida por un español, nacido en Bilbao, formado en el Instituto Psicoanalítico de Berlín, analizado con Theodor Reik, practicante en Madrid, que a consecuencia de la Guerra Civil llevó su antorcha a Buenos Aires. Desde allí se fue desencadenando lentamente un incendio cultural que corrió como un reguero de pólvora e iluminó toda Iberoamérica, fundando el psicoanálisis en lengua castellana y portuguesa, el más importante, el de más peso a nivel internacional. Es el de mayor importancia por el número de psicoanalistas y de analizantes, de sociedades, instituciones y de publicaciones y por la influencia que adquirió sobre el conjunto de la población de Iberoamérica.



Garma, la inteligencia española y el psicoanálisis fueron exiliados de España y en consecuencia de sus medios de comunicación y de sus universidades. El psicoanálisis constituyó para la dictadura franquista parte de la confabulación judeo-masónica-marxista, el enemigo a ser aniquilado. 65 años después de dada oficialmente por terminada la acción cainita sobre los vencidos en la guerra fascista aniquiladora de la democracia y de los demócratas españoles, 28 años después del fin del régimen nacido de esa hecatombe, 28 años después de iniciada la transición democrática, 26 años después de proclamada la Constitución democrática que proclama la igualdad de todos los españoles ante la ley, los vencedores continúan siendo los vencedores, los vencidos continuamos siendo los vencidos, y Ángel Garma y el psicoanálisis siguen exiliados de la cultura oficial, de los medios de comunicación y de la universidad españolas.

El retorno del psicoanálisis a España, consecuencia del exilio de los psicoanalistas argentinos, cimentado con la fundación de asociaciones y escuelas psicoanalíticas y reivindicado en este acto de hoy es lo que debemos continuar fortaleciendo en los próximos años. Para ello es imprescindible que los psicoanalistas españoles nos centremos no tanto en las diferencias que nos separan sino en aquello que nos une: nuestra historia, nuestros orígenes, y en lo que respecta a este acto de hoy nuestro reconocimiento agradecido a Ángel Garma, fundador del psicoanálisis en lengua castellana.

España posee esa condición de raíz del psicoanálisis en lengua castellana no sólo por la figura pionera de Ángel Garma. La primera traducción de las Obras Completas de Freud a otra lengua fue la realizada por Luis López Ballesteros y Torres, editada por Biblioteca Nueva a sugerencia del gran filósofo español José Ortega y Gasset quien después de leer a Freud en alemán, le aconsejara al editor su publicación. No es casual que José Ortega y Gasset haya sido director de esta Residencia.

En 1922 Ortega y Gasset, en el prólogo a la primera edición de las Obras Completas, pontifica que con su obra “Freud pone cerco al secreto palpitante de nuestra intimidad psíquica”. Es mi intención que este homenaje de hoy lo sea también a esa figura señera del pensamiento español que fuera Ortega y Gasset. También quiero hacerlo extensivo a esta gloriosa institución superviviente y renovada continuadora de la historia democrática de la República Española que es la Residencia de Estudiantes fundada por esa otra figura señera de la intelectualidad española que fuera Francisco Giner de los Ríos.

Es un honor hacer resonar mis palabras en este salón en el que, aunque hoy remodelado, hicieron oír las suyas: Albert Einstein, Marie Curie, Paul Valery, H. G. Wells, Le Corbusier, Louis Aragon, Paul Claudel y una interminable lista de personalidades ilustres. Agradezco a las actuales autoridades de esta Residencia hayan permitido que Ángel Garma regresara simbólicamente del exilio cultural en el que los vencedores lo continúan manteniendo sometido, aunque éste simbólico regreso sólo lo sea por estas horas en que nos encontramos aquí reunidos sus continuadores.

A Ángel Garma se lo sigue manteniendo exiliado de enciclopedias en las que se incluye a escritores de segunda categoría, a actores de cine o a deportistas. Para ellos Ángel Garma no ha existido. También llama la atención que en el mítico diccionario etimológico de Corominas y Pascual, editado en 1980, no figuren la etimología ni de la palabra *exilio* ni del término *psicoanálisis*. Han pretendido exiliarnos incluso de la lengua.

Exilio, excomunión, expulsión, expropiación son términos que confluyen en esta historia y en este sitio en el que cerrando los ojos podríamos imaginar las risas y las angustias de Ángel Garma, de su hermano José María, de Salvador Dalí, de Federico García Lorca, de Luis Buñuel, de Severo Ochoa y tantísimas otras personalidades del acervo cultural de esta tierra.



Es probable que fuera en esta Residencia de Estudiantes donde Ángel Garma oyera hablar por primera vez de Sigmund Freud y del psicoanálisis. Salvador Dalí paseaba su exuberante presencia por esta Residencia leyéndole a quien estuviera dispuesto a escucharle el libro de “La interpretación de los sueños” de Freud que llevaba y traía como libro de cabecera, contando sus propios sueños y dándose sus propias interpretaciones. Garma dedicó posteriormente una parte importante de su trabajo escrito a “La interpretación de los sueños”.

La trayectoria de la Residencia de Estudiantes (1910–1936) estuvo flanqueada por dos expulsiones, fruto de sendas reacciones totalitarias en la historia de España.

La primera, anterior a su fundación, fue, en 1875, la expulsión de sus cátedras de Nicolás Salmerón (presidente dimisionario de la Primera República en 1868 por negarse a firmar una pena de muerte), del darwinista Augusto González de Linares y de Francisco Giner de los Ríos, profesor de Filosofía del Derecho de la Universidad de Madrid, mediante un violento decreto del gobierno de Canovas donde se les acusaba de difundir doctrinas contrarias al dogma católico, “que es la verdad social de nuestra patria”.

La segunda consistió en la expropiación de las instalaciones de la Residencia, en 1939, y su ocupación por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas en un contexto de revancha contra “Una poderosa fuerza secreta: la Institución Libre de Enseñanza”, como dice el título de un libelo colectivo de 1940. Esta segunda expulsión coincide con el exilio de muchos de los antiguos residentes, entre ellos Ángel Garma.

Es de destacar que de los exiguos premios nobel concedidos a personalidades españolas cuatro han estado ligados a esta Residencia de Estudiantes: Santiago Ramón y Cajal, Severo Ochoa, Juan Ramón Jiménez y Víctor Alexan-

dre. Ni la expulsión, ni el exilio ni la expropiación pudieron con ellos como tampoco pudieron con la genialidad creativa y la pasión democrática de Ángel Garma.

Ese metafórico Arca del psicoanálisis que Ángel Garma se llevó a Buenos Aires en 1938 es el que simbólicamente hemos traído los psicoanalistas argentinos nuevamente a España. Lo conservamos y custodiamos en la intimidad de nuestras consultas, de nuestras asociaciones y escuelas y de nuestros actos analíticos cotidianos. También en actos como el de hoy. Y en estos esfuerzos personales debemos perdurar hasta conseguir que en España el psicoanálisis pueda salir definitivamente del exilio al que fue arrojado en 1939 y pueda nuevamente constituirse en patrimonio de todos los españoles y de la cultura y de la universidad española.

El hombre es un permanente exiliado. Para constituirse como especie tuvo que exiliarse de la naturaleza y es como si los psicoanalistas no pudiéramos dejar de repetir una y otra vez ese exilio. Freud exiliado desde pequeño de su ciudad natal, de la República Checa, exiliado de la Comunidad Judía, de la clase médica y finalmente exiliado en Londres, al igual que sus colegas, todos exiliados y esparcidos por el mundo, Ángel Garma exiliado en Argentina, Lacan exiliado de su comunidad psicoanalítica y los psicoanalistas argentinos exiliados en España, en Francia y una vez más por toda la diversidad geográfica del planeta.

Desarraigados. Profetas en otras tierras. Transportando las semillas del psicoanálisis de uno a otro sitio. Nuestro mejor homenaje a Ángel Garma, mucho más amplio que este simbólico acto de hoy, ha sido el de traer nuevamente su fecunda simiente a esta tierra de la que tuvo que exiliarse en sus más trágicos momentos. Hoy sus continuadores hemos venido a dar cuenta de haber cumplido con la tarea por él iniciada, a recordar además su obra pionera y a reconocerle su condición de fundador del psicoanálisis en lengua castellana.

No me une ningún vínculo familiar con el homenajeado, de ello hablará su hija Isabel, no he tenido vínculo personal con él como, seguramente, lo ha tenido Jaime Szpilka, no he sido su analizante como mis amigos y colegas Bernardino Horne, que ha lamentado no poder estar hoy presente por la distancia ya que, actualmente, vive en San Salvador de Bahía, Brasil; y otros ya fallecidos como Arnaldo Rascovsky, Pancho Bellgamba y Horacio Scornik, no he pertenecido a la Asociación Psicoanalítica Argentina que él fundara, ni a la International Psychoanalytical Association del que fuera vicepresidente de honor, no tengo ningún interés personal en la organización de este homenaje. Soy un psicoanalista hispano-argentino interesado en la historia, en sus protagonistas y en el reconocimiento de sus méritos y de sus obras. Quizás estas condiciones me hayan permitido ser el catalizador de este acto ecuménico que por primera vez une la adhesión de la Interna-

tional Psychoanalytical Association y la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

Parfraseando a Winston Churchill afirmaré que “nunca en el campo del conflicto humano tantos debieron a tan pocos”. Estas palabras se las dedico por extensión a todos los pioneros del psicoanálisis argentino, a Arnaldo Rascovsky y Enrique Pichon Rivière, los primeros analizantes de Ángel Garma en Buenos Aires, a Celes Cárcamo que lo convenció, durante su estancia en París, de viajar a Buenos Aires, pero hoy muy especialmente dedicamos nuestro homenaje al doctor Ángel Garma a quien los psicoanalistas argentinos, iberoamericanos y españoles estaremos siempre agradecidos por haber marcado nuestro destino. Gracias Ángel Garma por haber hecho del psicoanálisis nuestro destino. No podíamos haber aspirado a otro ni mejor ni tan trascendente.





Los problemas de salud mental en las prisiones, vistos desde la atención primaria

José Manuel Arroyo Cobo

Médico del Centro Penitenciario de Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este artículo es analizar la atención primaria de los trastornos mentales en prisión. Los datos que se aportan para la discusión sobre este tema provienen de las experiencias que tiene el centro penitenciario de Zaragoza, en el que se lleva trabajando en un proyecto de mejora de la calidad asistencial en materia de salud mental desde el año 2000 dentro del “Programa de Apoyo a las iniciativas de mejora de la calidad asistencial del Servicio Aragonés de Salud”.

El centro penitenciario de Zuera, a 40 km de Zaragoza es uno de los llamados centros “tipo”, con una ocupación entorno a los 1.600 internos y un recambio, es decir sujetos que entran y salen, próximo a los 1.000 reclusos / año. Se puede decir que es un centro con cierta representatividad en el conjunto de prisiones del país, al menos por tamaño, ya que según el último estudio sobre calidad asistencial en las prisiones españolas¹, el 55,6% de los centros penitenciarios son grandes, con una capacidad por encima de los 500 internos y el 27% por encima de los 1.000. En la prisión de Zuera, el personal sanitario que se encarga de la asistencia primaria, se compone de 8 médicos generalistas 10 enfermeros, 5 auxiliares y un farmacéutico. La

asistencia especializada y la hospitalaria, como ocurre en todos los establecimientos penitenciarios en los países de la UE, corresponde a los servicios la medicina pública extrapenitenciaria².

El primer nivel asistencial en las prisiones, como ocurre en la comunidad, está dedicado a la detección y el manejo inicial de las enfermedades más frecuentes o graves de la población. En las recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa³, se advierte que en los últimos años, coincidiendo con el aumento de la población penitenciaria, se ha observado un sensible incremento en el número de personas que padecen algún tipo de trastorno mental. Esto no significa que sea debido sólo a un efecto específico de la prisión sobre las personas internas, sino más bien de una parte, a la desaparición de los manicomios como espacio que durante dos siglos ha albergado a una buena cantidad de personas socialmente problemáticas (trastornos de la personalidad, oligofrenias) y por otro lado, al considerable aumento de la población general que carece de recursos de todo tipo o está simplemente marginada, entre la que hay que contar con un buen número de personas con trastornos mentales, en especial psicosis crónicas, que de



una manera u otra acaban con facilidad en la prisión. Todo ello sin contar con los trastornos mentales provocados por la adicción a sustancias psicoactivas, un fenómeno de alta prevalencia en nuestro país que por sí solo, o más frecuentemente, añadido a otros trastornos mentales, es responsable de buena parte de los casos que debemos atender en prisión. A todos estos factores de riesgo, hay que sumar el estrés por la adaptación al medio penitenciario, la frecuente masificación de centros, las malas condiciones materiales, la escasez de personal o su deficitaria formación, la ausencia de información adecuada de todos los profesionales involucrados en el manejo de estos pacientes y su aislamiento social prolongado o indefinido⁴. Fanzel y Danesh, en un meta-análisis que incluyó 62 trabajos en 12 países occidentales diferentes, determinaron las prevalencias de trastornos mentales en prisión en una muestra de 22.790 internos, con una edad media de 29 años, el 81% eran varones. Los resultados mostraron que el 3.7% padecían un cuadro psicótico, el 10% una depresión mayor y el 42% un trastorno de personalidad.⁵

Más recientemente, Kjelsberg⁶ encontró un 35% de internos en con algún tipo de trastorno mental en una muestra de 2.617 internos de las prisiones de Noruega, en un trabajo publicado hace un año, Fotiadou descubrió un 78% de patología mental en una muestra aleatoria de 80 internos de una prisión en Grecia.⁷ Además de estos perfiles, en nuestro país hay que contar que entre el 58% y el 68% de los reclusos, en dependencia de la prisión en la que se mida este indicador, presentan algún tipo de toxicomanía⁸.

Hay una alta tasa de demanda asistencial entre los reclusos, en comparación con la población general⁹, que algunos autores ponen en relación con la elevada prevalencia de trastornos mentales junto con el estrés provocado por la estancia en prisión.¹⁰

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) editó una magnífica y documentada

ponencia⁸ en su congreso nacional de Oviedo de 2003, donde se describieron los problemas asistenciales más graves y frecuentes en materia de salud mental en los centros penitenciarios españoles:

- La asistencia psiquiátrica en las prisiones, salvo en el caso de Cataluña con transferencias competenciales en esta materia, recae fundamentalmente en el equipo de asistencia primaria y cuando hay un apoyo especializado, lo normal es que no se coordine con este equipo asistencial y su labor quede en un segundo plano.
- Estos profesionales sanitarios no cuentan con personal suficiente para realizar una detección precoz de las patologías, ni con la formación necesaria para manejarlas con la necesaria eficacia.
- El equipo asistencial no coordinado con el especialista genera una derivación inadecuada que acaba produciendo un incremento injustificado de la psicofarmacoterapia, errores diagnósticos y una psiquiatrización de toda la vida de los internos. Cualquier conducta inadaptada es considerada un síntoma de enfermedad mental, susceptible de ser tratada por el psiquiatra.
- Falta de coordinación entre el servicio asistencial psiquiátrico penitenciario y el comunitario, lo que impide una buena derivación tras la excarcelación de los enfermos.
- Nula formación continuada de los equipos de asistencia primaria de las prisiones en materia de salud mental, o en otra materia.
- Falta de recursos materiales y personales en las prisiones para manejar casos psiquiátricos agudos ambulatorios.
- Falta de recursos materiales y personales en las unidades de agudos de los hospitales extrapenitenciarios para manejar casos psiquiátricos agudos en reclusos con criterios de ingreso, que requieran medidas de seguridad propias de una prisión.
- Falta de recursos materiales y personales en las prisiones para manejar casos psiquiátricos crónicos.



MATERIAL Y METODOS

Se describe el trabajo sobre mejora de calidad en la asistencia a problemas de salud mental en la prisión, que desde el año 2000 se viene realizando dentro de un programa específico impulsado por el Servicio Aragonés de Salud. Este programa se estructura en ciclos de actividades anuales, con una evaluación de lo realizado al final de cada ciclo.

El proyecto de mejora de calidad comenzó con un estudio de las demandas de asistencia mediante un análisis de la frecuencia de las consultas diarias por problemas de salud mental al médico generalista. Durante 30 días se recogió el principal motivo de consulta que los internos referían al acudir a la consulta que diariamente se pasaba en la antigua prisión provincial de Zaragoza.

En el año 2001 estudiamos las características de uno de los motivos de consulta que aparecieron como de los más frecuentes, la demanda compulsiva de psicofármacos, es decir la exigencia, a veces agresiva, por parte del paciente de que se le prescriba un psicofármaco determinado, o a una dosis excesiva, sin que existiera indicación. Es ésta una de las experiencias asistenciales que más desgaste genera por parte de los profesionales que deben mantener siempre discusiones diarias con los internos por esta causa. Durante 30 días, se recogió información sobre la causa inmediata de la demanda compulsiva de psicofármacos y el trastorno mental asociado a esa demanda.

En el 2003 se hizo una revisión de las historias clínicas de nuestros internos para establecer la prevalencia de trastornos mentales en nuestro centro. Se obtuvo una muestra aleatoria de los internos de 60 individuos ($n=60$) entre los internos ingresados el 9 de febrero de 2002 ($N=793$). Se estudió individualmente su historia clínica, y se les entrevistó personalmente, realizando un diagnóstico que se validó por un psiquiatra y por el equipo

de psicólogos del establecimiento, que actuaron como profesionales externos al equipo sanitario para confirmar el diagnóstico. Ese mismo año trabajamos sobre el modelo asistencial del psiquiatra consultor, estudiando los casos derivados al especialista durante 22 meses, recogiendo el número de pacientes atendidos y la sintomatología que obligó a su derivación, así como su diagnóstico principal.

Una línea de trabajo que esta abierta, es el estudio de la relación entre el tipo de trastornos mentales de los reclusos y el deterioro del clima social de la prisión. Durante el pasado año 2004 analizamos la presencia de algún tipo de trastorno mental en los internos, poniéndolo en correlación con indicadores de mala relación interpersonal, como el número de sanciones por actos agresivos. El último trabajo es del año 2005 en el que hemos hecho un análisis del funcionamiento del módulo de Enfermería de la prisión como recurso asistencial para los casos de internos con una enfermedad mental grave e incapacitante para la vida normal de la prisión. Durante 7 meses se han recogido datos de los ingresos de este tipo de pacientes en este módulo. Se manejó información sobre el diagnóstico al ingreso en el módulo, causa del mismo, antecedentes de enfermedad mental, motivo del alta, módulo de procedencia dentro de la prisión, días de estancia y motivo de alta.

RESULTADOS

En el estudio sobre el motivo de consulta diaria en la antigua prisión provincial de Zaragoza, se vio que un 50% del total de las consultas, fueron demandas de asistencia por síntomas relacionados con problemas de salud mental. (Figura 1)

Respecto a la solicitud compulsiva de psicofármacos, los datos obtenidos indican que una media del 18% (45/250) de los internos que acudieron a la consulta del médico generalista durante los 30 días que duró la observación,

Figura 1



hicieron este tipo de demandas. Entre estos sujetos, el primer diagnóstico en el 66,6% (30/45), era un Trastorno por uso de sustancias psicoactivas (TUSP) y en el 22,2% (10/45) un Trastorno de Personalidad asociado a TUSP.

Durante el 2002 el estudio sobre prevalencias de trastornos mentales en nuestro centro dio como resultado, que en nuestra muestra de 60 internos, encontramos 59% con algún tipo de patología mental (35/60), como diagnóstico

principal un 27% de drogadictos (16/60), un 2% de Trastorno Ansioso-Depresivo (1/60) y un 30% de Trastornos de Personalidad (TP) (18/60). En el 100% de los sujetos con TP el segundo diagnóstico de los casos fue la drogadicción, la tasa de sujetos que además de un trastorno mental presentaron un TUSP hizo que, en nuestra muestra, la patología dual se situara en el 56,6% (34/60). Se vio que las patologías más prevalentes fueron la Drogadicción y los Trastornos de Personalidad. (Figura 2)

Figura 2





Disponemos de datos sobre la derivación de casos por parte del equipo de asistencia primaria al psiquiatra consultor que acude periódicamente a la prisión, recogidos durante 22 meses en el año 2003. Sobre una población media de 1.093 internos, se derivaron al psiquiatra a 228 (el 20.8% de la población media), en un total de 498 consultas. El motivo principal de la derivación fue en el 3% de los casos (7/228) sintomatología psicótica positiva, en el 16% de los casos (36/228) sintomatología depresiva, en el 35% (80/228) sintomatología ansiosa y en el 46% (105/228) comportamiento desadaptado y/o incongruente. El diagnóstico principal de estas derivaciones en el 37% (84/228) fue Trastorno del Estado de Animo por depresión, asociado a TUSP, en el 23% (52/228) Trastorno de Ansiedad asociado a TUSP, en el 10% (29/228) Trastorno del Estado de ánimo, en el 7% (16/228) TUSP, en el 7% (16/228) trastorno de personalidad asociado a TUSP, en el 7% (16/228) Trastorno de Ansiedad, en el 3% (7/228) Epilepsia, en el 3% (7/228) Psicosis y en el 3% (7/228) sin patología.

Respecto a los resultados preliminares sobre el manejo de los enfermos mentales gra-

ves ingresados en el módulo de enfermería del centro, durante el pasado año 2005, en los 7 meses que duró el registro, el numero de ingresos por todos los conceptos fue 130 (114 internos de una población media total de 1.600 internos, lo que supone el 7%). El 50% de todos los ingresos, en el módulo de la Enfermería tuvo una causa psiquiátrica. Los diagnósticos de las enfermedades mentales que motivaron el ingreso se pudieron agrupar en cuatro grandes grupos de trastornos, el 30% (34/114) debidos a cuadros psicóticos de diferente naturaleza, el 43% (49/114) derivados de trastornos gravemente adaptativos, el 8% (9/114) debidos a un trastorno psiquiátrico de origen orgánico y el 19% (22/114) debidos a un grave trastorno afectivo depresivo.(Figura 3 y 4).

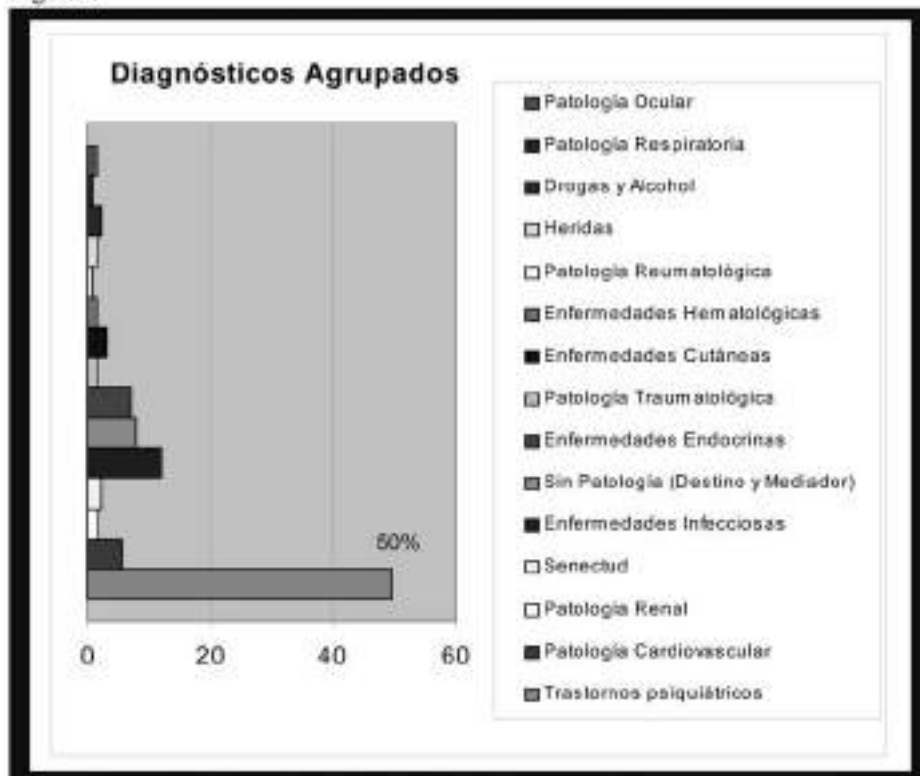
La edad media de los ingresados por sintomatología mental fue de 39 años. Al 17% de los ingresados (14/82) se les dio el alta por libertad.

Observamos que entre los internos que ingresaron directamente desde la comunidad al el módulo de la enfermería de la prisión, el 43% (28/65) lo hicieron por presentar un problema de salud mental.

Figura 3

	n	%
ESQUIZOFRENIA	10	15,87
PSICOSIS	5	7,94
T DELIRANTE	3	4,76
T MANIACO	1	1,59
EPILEPSIA	3	4,76
SINDROME ADAPTATIVO	7	11,11
T. PERSONALIDAD	17	26,98
SORDOMUDEZ	1	1,59
OLIGOFRENIA	2	3,17
INTOXICACION PS	2	3,17
S DEPRESIVO	12	19,05

Figura 4



Se observó una correlación estadísticamente significativa, entre el ingreso directo en el módulo de enfermería desde el exterior y la sintomatología propia de un trastorno mental adaptativo. De igual forma, comprobamos esa misma relación entre el ingreso directo desde el juzgado y la presencia de antecedentes psiquiátricos previos a la entrada en prisión.

DISCUSIÓN

A través de las diferentes fases en las que puede dividirse este trabajo desde el punto de vista temporal, se ha intentado analizar la atención primaria de la patología psiquiátrica en una prisión de las llamadas "tipo". Es evidente que hay una importante necesidad de asistencia, provocada por sintomatología mental, y es una demanda con unas características dominadas por la presencia de cuadros de Trastorno por uso de sustancias psicoactivas y de Trastornos de Personalidad causantes de inadaptación, dos

de las patologías más prevalentes entre los reclusos y que otros estudios han demostrado como estrechamente relacionadas entre sí¹¹. Tiene especial interés la alta tasa de patología dual que demanda asistencia, el 67% de los internos que debieron derivarse al psiquiatra para su manejo y tratamiento, tenían asociado a su trastorno mental una adicción. Una de las primeras reflexiones que sugieren estos datos es que hay que mejorar la formación y actualización de los conocimientos sobre patología dual entre el personal sanitario penitenciario para poder detectar y atender este creciente sector de demanda asistencial.

Una hipótesis a analizar es que gran parte de las conductas agresivas e impulsivas de algunos internos, que dan lugar a un deterioro importante del clima social de la prisión, están causadas por una sintomatología propia de trastornos mentales generadores de dificultades para la adaptabilidad, ciertamente muy fre-



cuentas entre los reclusos. Esta suposición en estos momentos es una línea de trabajo en marcha en nuestro centro.

Para prestar asistencia especializada en los centros penitenciarios, lo habitual es recurrir a la contratación de un psiquiatra privado o al convenio con los recursos públicos asistenciales extrapenitenciarios, dependientes de las comunidades autónomas, para que se desplace un especialista al centro penitenciario. El psiquiatra tiene la misión de apoyar al equipo de atención primaria en los casos graves o complejos. La posibilidad, más teórica que real, de ingreso hospitalario en una unidad de agudos, no se descarta en los casos con una clara indicación.

A pesar del importante número de derivaciones al psiquiatra que nuestro estudio demuestra, antes de que hubiera un psiquiatra consultor en nuestro centro, no se hacían ese número de traslados al hospital, debido a la ineficiencia del proceso, la demora de las consultas extrapenitenciarias, la discontinuidad en la atención del paciente por parte del especialista y el desconocimiento de éste del contexto penitenciario donde se desarrolla la enfermedad. Todo ello, unido a una falta total de oportunidades de relación entre los médicos del centro y el psiquiatra para seguir la evolución y consensuar tratamientos. Este modelo asistencial es el más frecuente en las prisiones dependientes del Estado¹, salvo en Cataluña, a pesar de que la derivación del paciente psiquiátrico a una consulta ambulatoria de atención especializada no resulta plenamente eficaz. La alternativa es la contratación de un especialista privado que acuda periódicamente a la prisión.

Nuestra experiencia es que el modelo de un psiquiatra consultor sólo es útil si hay un alto nivel de coordinación especialista-servicio médico penitenciario, en un estudio sobre calidad asistencial en las prisiones¹, se observa como en algo más del 60% de los centros españoles, de los no dependientes de la Generali-

dad de Cataluña, está disponible este servicio especializado, con una frecuencia semanal en la mayor parte de los casos.

En nuestro centro contamos con la ayuda de un Psiquiatra Consultor que, por una coincidencia, trabaja también en conexión con los recursos psiquiátricos públicos de la comunidad que la prisión tiene asignados para el tratamiento hospitalario y especializado de los problemas de salud mental. Su coordinación con el equipo asistencial, es aceptable y ha permitido reducir las derivaciones extrapenitenciarias, únicamente a los casos urgentes. Esta coordinación igualmente permite consensuar los tratamientos psicofarmacológicos con el personal de atención primaria encargado del manejo del paciente en prisión, así como el control de la evolución de su proceso.

Pensamos que la ineficiencia crónica en la derivación extrapenitenciaria al nivel especializado puede traducirse en las prisiones, en la necesidad de tratar a internos con cuadros mentales que presentan una sintomatología sobreevolucionada y en muchos casos con recursos terapéuticos inadecuados. En los centros llamados "tipo", como el nuestro, las enfermerías, dotadas con un número elevado de camas, tradicionalmente están ocupadas casi al 50% por internos a los que un trastorno mental les impide hacer vida normal penitenciaria en cualquier otro módulo de la prisión¹². Toda la patología severa de la prisión se aloja en la Enfermería porque es el módulo "más terapéutico" del centro. En nuestra experiencia, el manejo de estos pacientes en estos espacios es complejo, conviven enfermos mentales con los que no lo son, convalecientes de algún proceso físico, crónico o agudo. La enfermería del centro, como instalación dedicada al cuidado de los sujetos con problemas psiquiátricos, debe hacer las siguientes funciones:

- Centro de salud mental: donde se diagnostica y trata cualquier proceso agudo o crónico y se coordina la asistencia extrapenitenciaria.



- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de corta estancia: donde se tratan los episodios psiquiátricos agudos.
- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de larga estancia: donde se manejan los enfermos mentales crónicos declarados imputables o los inimputables hasta que judicialmente son destinados a un hospital psiquiátrico penitenciario.
- Centro de Día de media estancia / Taller ocupacional.
- Una dependencia más de una prisión con todas las medidas de seguridad necesarias para actuar como tal.

Lo más llamativo del análisis de nuestro trabajo sobre la ocupación de estos módulos de enfermería por parte de internos con trastornos mentales, es por un lado, la alta proporción de ellos con procesos graves como psicosis, un 15%. Por otro, la correlación estadísticamente significativa entre el ingreso directo en la enfermería procedente del juzgado y el tipo del trastorno mental que presenta el recluso: el trastorno que da lugar a una conducta inadaptada. Nuestra impresión es que en el caso de sujetos diagnosticados de trastorno mental que además presentan un comportamiento difícil de controlar y/o presuntamente delictivo, se les ingresa directamente en la enfermería de nuestro centro al no existir un dispositivo sanitario adecuado que conjugue seguridad y asistencia médica especializada. Esta hipótesis se refuerza por el hecho de haber encontrado nuevamente en nuestra muestra, una correlación estadísticamente significativa entre el antecedente de enfermedad mental previa al ingreso en prisión

y el ingreso directo en la enfermería del centro, procedente del juzgado.

Este tipo de enfermos, con comportamientos inadaptados y/o agresivos, son estabilizados y tratados en unas instalaciones, que como las enfermerías de los centros penitenciarios, no están concebidas para este propósito y que carecen de personal adecuado, no tanto en formación como en número, para llevar adelante este cometido¹². Aunque se trata de la más sanitaria de las instalaciones de la prisión, la enfermería del centro no deja por ello, de ser parte de la cárcel, un lugar donde la seguridad y el orden priman por encima de la actividad curativa.

Como conclusión de nuestro trabajo, podemos decir que la demanda asistencial en materia de salud mental es muy alta en prisión, se acercará al 50% de la presión asistencial diaria. Una manera eficaz de canalizarla y darle una respuesta adecuada es construir una relación coordinada entre el servicio de atención primaria de la prisión y un psiquiatra consultor que pueda acudir al centro con la periodicidad que las necesidades determinen. Finalmente en la mayoría de las prisiones no hay un recurso asistencial adecuadamente dotado para el manejo de los enfermos mentales graves y/o crónicos que no son capaces de hacer vida normal penitenciaria, por lo que se alojan en las enfermerías sin recibir un adecuado tratamiento a sus problemas de salud mental. Esto es especialmente frecuente con los enfermos mentales cuya conducta es más agresiva e inadaptada, ya que son ingresados por los juzgados, de preferencia en una institución carcelaria antes que en una institución asistencial.







REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Saiz de la Hoya P, Viciano P, Antón J, Arroyo JM, Calvo R, Castro JM, et al. Informe CAPRI sobre la calidad de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios españoles. *Rev Esp Sanid Penit* 2003; 5: 38–48.
- 2 Arroyo JM. Algunos aspectos de la Sanidad Penitenciaria en los países miembros de la Unión Europea. *Rev Esp Sanid Penit* 2001; 3: 77–89.
- 3 Council of Europa. Recommendation N° R(98)7 *Concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison*. 1998.
- 4 Hernández M, Espinosa J. *La atención a pacientes con trastornos mentales en las prisiones*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. <http://www.pulso.com/aen/> (Consulta agosto 2005).
- 5 Fanzel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys *Lancet*. 2002 feb 16; 359: 545–50.
- 6 Kjelsberg E, Hartvig P. Can morbidity be inferred from prescription drug use? Results from a nation-wide prison population study. *Eur J Epidemiol*. 2005; 20: 587–92.
- 7 Fotiadou M, Livaditis M, Manou I, Kaniotou E, Xenitidis K. Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59: 651–5.
- 8 Hernández M, Herrera R (coords). *La atención a la salud mental de la Población Reclusa*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Siglo XXI, Madrid 2003.
- 9 Feron JM, Paulus D, Tonglet R, Lorant V, Pestiaux D. Substantial use of primary health care by prisoners: epidemiological description and possible explanations. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Aug; 59 (8): 651–5.
- 10 Nurse J, Woodcock P, Ormsby J. Influence of environmental factors on mental health within prisons: focus group study. *BMJ*. 2003 Oct 25; 327:989.
- 11 Roca-Tutusaus X, Caixal-Lopez G. Conducta adictiva: análisis de una relación. *Trastornos Adictivos* 1999; 3: 222–226.
- 12 Martínez Cordero A. Perfil patológico del interno ingresado en la Enfermería de un Centro Penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit* 2000; 2: 41–47.




XV JORNADAS
de la A.E.N.
Asociación Española de Neuropsiquiatría

**"LA PSIQUIATRÍA
ANTE LOS RETOS
DEL NUEVO SIGLO"**



12, 13 y 14 de Noviembre de 1998
Hotel Igeretxe
GETXO (BIZKAIA)

Organiza: OME
Ocupación Psíquica E Integración
Asociación Vasca
de Salud Mental



**XV JORNADAS NACIONALES A.E.N.
GETXO, 12-14 noviembre 1998.**

La violencia colectiva: un problema de salud pública pendiente de ser investigado

Iñaki Markez

Médico Psiquiatra. CSM de Basauri, Bizkaia.

Florentino Moreno

Prof. Titular de Psicología Social.

Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

Isabel Izarzugaza

Médica Epidemióloga. Dpto. de Sanidad de Gobierno Vasco.

Resumen

Se realiza un recorrido sobre las diferentes concepciones en torno a la violencia colectiva, desde las distinciones con el concepto de agresión a las diversas formas de violencia que afectan a nuestros ámbitos sociales o la asociación al hecho traumático. Así mismo se ha aportado una aproximación al conocimiento en cifras de las personas afectadas como víctimas, directas o indirectas. Finalmente se señalan algunos instrumentos para el estudio de la Violencia colectiva en la población general y entre aquellas personas que la han sufrido de cerca.

Palabras clave

Violencia, violencia colectiva, víctimas, victimización, instrumentos para el estudio.

Pese a que existe una abundante bibliografía en torno a la violencia colectiva, no todos los investigadores están de acuerdo en su descripción, y no únicamente por el trasfondo ideológico del adjetivo “colectivo”, tampoco hay unanimidad en los aspectos esenciales que definen la idea de violencia y agresión.

Violencia versus Agresión

Aunque lo habitual es que se utilicen como sinónimos, las definiciones de violencia y agresión son numerosas y no siempre responden a una idea unificada del fenómeno que se pretende describir. En la mayor parte de las definiciones, tanto de violencia como de agresión, se combinan dos ideas básicas. Por un lado, la conducta o acción que ocasiona el daño o herida, es decir el acto violento en sí; y por otro los componentes subjetivos de la acción, especialmente la intención del agresor y la interpretación que hace la víctima del daño sufrido.

Atendiendo a lo que ya es tradición en la Psicología Social (Martín-Baró, 1983) y a la raíz



etimológica de los términos, consideramos muy clarificador entender por violencia el exceso de fuerza en las cosas o las personas, es decir, los hechos que sacan de su “estado natural” a la gente, sean sucesos intencionales, naturales o accidentales); y entender por agresión el hecho violento al que se le atribuye la intención de causar daño, o simplemente de forzar a la persona a actuar en una línea no deseada.

Hay cientos de actos en los que se aplica un exceso de fuerza, y que son considerados lícitos, correctos y necesarios (empujar a un niño que va a ser atropellado, sacar una muela, abandonar la casa materna, etc). Pero la mayor parte de actos violentos son considerados como no necesarios por quienes los sufren y se interpretan como algo negativo atribuible a la voluntad de quien aplica la fuerza. En estos casos hablamos de agresión: empujar violentamente a un niño cuando nos pregunta insistentemente algo, sacar una muela en una sesión de tortura o abandonar a su suerte a unos padres enfermos y desvalidos. (Moreno, 2001)

Podemos distinguir entre violencia y agresión, incorporando a este último concepto la intención, pero en la práctica es complejo dilucidar el grado de voluntad de dañar del agresor, o la objetividad de la interpretación que del acto violento hace la víctima. El agresor justifica su acción eliminando el factor volitivo (“lo hice sin querer”, “fue un arrebato” en los casos de violencia interpersonal) o (“fue en defensa propia”, “se trata de una reacción contra la opresión”, “cumplía con mi deber”, etc en la violencia colectiva); y el agredido tiende a responsabilizar a quien le causó daño (pudo haberlo evitado, lo hizo con intención, responde a una motivación política, etc). Es tan importante el componente intencional, que buena parte del sistema jurídico está orientado a analizar e interpretar las intenciones y, a partir de la interpretación de las mismas, aplicar la pena que el agresor merece. Un mismo acto violento, incluso el que tenga por resultado la

muerte, es interpretado de muy diversas formas en función de las circunstancias en las que se dé y de las intenciones atribuidas al agresor: premeditación, alevosía, defensa propia, acto de servicio, crimen pasional, socialización del sufrimiento, venganza,....., la descripción de las circunstancias e intenciones acarrearán no sólo consecuencias legales, también afectará a la recuperación de las víctimas, podrá incentivar al agresor a volver a agredir, etc. (Moreno, 2001).

En los casos de violencia política el componente intencional de la conducta agresiva se magnifica ya que todo acto violento (con independencia de la motivación real) se tiende a interpretar en función del bando al que pertenecen agresor y víctima. Se suele afirmar que la violencia colectiva es siempre una forma de agresión instrumental “para empujar una agenda política” (OMS, 2002), pero es evidente que no siempre existe una relación de causalidad en muchos episodios de violencia colectiva. No siempre se desarrollan “para empujar una agenda política”, más bien lo que sucede es que el clima de polarización empuja a los protagonistas a interpretar y orientar los episodios violentos “espontáneos” o explicables por otras variables (excitación, calor, hacinamiento, disputas por controles económicos, riñas pasionales, envidias, frustraciones, etc) y darles un sentido político que refuerza la identidad de los agresores y los vincula más estrechamente a uno de los bandos. Se ha constatado que el mero conflicto aumenta la solidaridad o cohesión en el interior de cada grupo. La percepción mutua desfavorable y las interacciones hostiles se efectúan en espejo, desatando una escalada de conflictos. Según se va desarrollando el conflicto, la comunicación entre ambos grupos disminuye, la afectividad de la comunicación es cada vez más hostil y la comunicación tiende a distorsionarse y un contenido neutro tiende a ser percibido como hostil. Así, cualquier hecho violento tiende a ser interpretado como parte de una agresión de carácter colectivo.



Violencia colectiva o violencia política

En 1996, la asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideró a la violencia como uno de los principales problemas de salud pública susceptible de estudio e intervención. 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 es la siguiente: “el uso instrumental de la violencia por gente que se identifica a sí 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” (OMS, 2002). El uso que en la OMS se hace del concepto de violencia colectiva es estudiadamente ambiguo. Cualquier forma de violencia en la que intervenga más de una persona por bando podría entenderse como “violencia colectiva”: una reyerta entre dos familias campesinas por un problema en las lindes de sus predios (objetivos económicos) una pelea entre dos peñas futbolísticas rivales, una guerra convencional, etc.

Al definir la violencia colectiva de tipo social como la violencia grupal organizada cuyos objetivos son hacer avanzar una agenda política particular, la OMS pone ejemplos que difieren en sus motivaciones concretas pero que tienen en común la voluntad de obtener fines para los grupos organizados, ya se trate de acciones terroristas, de rebelión armada o de disturbios callejeros organizados. Así, la violencia política incluye la guerra, los conflictos

violentos, los terrorismos y violencias de estado, llevados a cabo por grupos institucionales (OMS, 2002).

La mayor parte de conductas grupales de agresión, que implican el daño físico hacia otros se pueden concebir como violencia colectiva. El ejemplo más extremo sería la guerra, definida como 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 (Fry, 1998; Sponsel, 1998).

Otra de las formas más relevantes de la violencia colectiva es el terrorismo. Existen diversas formas de definirlo. Si como decíamos anteriormente existen dificultades a la hora de ponerse de acuerdo sobre la idea de violencia, conseguir un consenso conceptual del término terrorismo resulta mucho más complejo. La forma más habitual de describir el terrorismo es compararlo con la práctica convencional de la guerra. Por ejemplo Halliday afirma que “el terrorismo se genera por la acción armada contra civiles no combatientes (asesinatos de mujeres, niños y ancianos) o contra 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” (Halliday, 2004). Se trata de actos de violencia con contenido simbólico orientados a influir en las decisiones de determinados actores políticos, buscando provocar reacciones emocionales. Con definiciones genéricas de este tipo el concepto suele ser utilizado en todos los enfrentamientos atribuyendo la etiqueta terrorista a cualquier acción del enemigo. Una posible solución al problema de su conceptualización consiste en definir el terrorismo según las características que permitan identificar a los propios actos terroristas, con independencia de quiénes puedan ser sus autores o cuál sea la causa final que los anime a ejercer el terror. De acuerdo con este tipo de aproximación, podríamos afirmar que para

definir una acción como terrorista esta debe cumplir al menos dos condiciones indispensables: 1) que implique el uso premeditado la violencia manifiesta sobre ciertos objetos o personas y 2) que esa violencia no tenga un objetivo finalista sino ejemplificador, es decir que lo que busque la agresión sea un efecto que exceda los daños sufridos por las víctimas directas, multiplicando su eficacia a través de la sensación de inseguridad, ansiedad, miedo o pánico, es decir, a través del terror que provoca. (De la Corte, Sabucedo y Moreno, 2004)

Hecho traumático

La violencia colectiva se asocia intrínsecamente a la aparición de hechos traumáticos de origen humano, que afectan a colectividades. Los hechos traumáticos tienen una serie de características. Las personas se han visto afectadas o han sido testigos de hechos extremos que se asocian a la amenaza vital (muerte real o potencial y amenaza a la integridad física de sí mismo u otros). La confrontación con hechos amenazantes a la integridad física de sí mismo u otros, que induce vivencias de miedo, horror e indefensión, se considera como exposición a un estresor provocador de TEPT (Síndrome o Trastorno de Estrés Post-Traumático).

Los estudios de victimización que evalúan la frecuencia de delitos violentos mediante encuestas representativas, muestran que el haber sufrido actos violentos potencialmente traumáticos es relativamente usual incluso en ciudades consideradas poco problemáticas. Anualmente entre el 5% y 20% de los ciudadanos sufren asaltos a mano armada y entre el 1 y el 7% agresiones interpersonales (Páez, 2004). En Madrid, España las cifras eran de 5,4% de asalto armado y 2,6 de agresión violenta (Moreno, 1999).

Las guerras, los disturbios civiles, y el terrorismo provocan muertes y violencias, heridas, violaciones y daños masivos a propiedades. Los hechos traumáticos causados por acciones

humanas que afectan a colectivos y que tienen su origen en la vida sociopolítica, además de pérdidas humanas y materiales, provocan un trauma moral e ideológico, a través de desacuerdos, conflictos y censuras. Martín-Baró utiliza el término de trauma psicosocial para enfatizar el carácter dialéctico de la herida causada en las personas por las vivencias traumáticas. Las circunstancias post-trauma tienen un peso decisivo en la mitigación o cronificación de los síntomas. Los traumas que afectan a una colectividad, sustentados en un determinado tipo de relaciones sociales, que a su vez mantienen la prevalencia de hechos traumáticos, provocan efectos psicosociales globales (Martín-Baró, 1988, 1990). Estos traumas tienen unos efectos colectivos, no reducibles al impacto individual que sufre cada persona.

Epidemiología de una realidad: afectados y víctimas

¿De qué víctimas hablamos?. En estudios sobre catástrofes (Oliver-Smith, 1996), sobre violencia y traumas (Baca y Cabanas, 2003; Echeburúa, 2004) se diferencian los siguientes tipos de víctimas o afectados —que creemos se pueden generalizar a los afectados por violencia colectiva:

A) Las **víctimas físicas directas** o **afectados primarios**, es decir, las personas afectadas directamente por la agresión o hecho traumático. Al margen del daño físico, la amenaza a la propia vida o a la integridad, así como la percepción del daño como intencionado y dirigido hacia el propio sujeto, genera un impacto psicológico negativo. Existe consenso para considerar víctimas directas a las personas que han sufrido directamente la violencia, falleciendo o resultando heridas como consecuencia de ella. También los supervivientes de hechos violentos y los familiares en primer grado (compañeros íntimos incluidos) de víctimas de episodios de violencia colectiva. El profesor Enrique Echeburúa, presidente de la Sociedad Vasca



de Victimología señalaba: “hay que definir con precisión qué es una víctima: un ser humano que sufre como consecuencia del daño provocado por otro ser humano (...) No hay que confundir víctima con victimismo: en la víctima hay un componente objetivo —la pérdida— y otro subjetivo —el malestar emocional— que le interfiere en su calidad de vida” (El Diario Vasco, 1-12-05).

En el ámbito estatal conocemos cifras de muertos y heridos, con algunas variaciones según la procedencia. Se estima que en las últimas cuatro décadas se han producido hasta 1.221 víctimas mortales atribuidas a grupos como ETA, ETA (pm), GRAPO, Batallón Vasco Español, GAL, Triple A y otros grupos; aunque no todas han sido reconocidas. Víctimas directas serían los 192 muertos y alrededor de 2000 heridos del 11-M por ejemplo. En el caso que más nos preocupa se estiman entre 761 y 836 víctimas mortales producidas por ETA, CCAA, GRAPO y similares entre 1968 y 2004; 70-85 víctimas de paramilitares (42 Batallón Vasco Español, Triple A y similares, 28 GAL) entre 1968 y 1987. Desde que comenzara el fenómeno terrorista hasta 1982, cerca de 90 personas murieron a manos de las Fuerzas de Seguridad en controles de tráfico, manifestaciones o dependencias policiales. Cincuenta y cinco personas fueron secuestradas por grupos terroristas, de las cuales 12 murieron a manos de sus secuestradores.

Finalmente se pueden agregar los 113 miembros de ETA y otros grupos muertos en enfrentamientos armados o en la preparación de acciones de violencia colectiva entre 1968 y 2003.

Es decir, alrededor de mil doscientas setenta víctimas mortales. Aproximadamente un

63 % atribuidos a ETA y a grupos similares, un 15% al terrorismo islámico, un 7% a las fuerzas de seguridad, un 6% a grupos paramilitares y un 9% muertos en la preparación o desarrollo de las acciones armadas. (Ormazabal, 2003, 2006; Larizgoitia, 2006; Baca y Cabanas, 2003).

A estas cifras de muertes podrían sumarse los suicidios y fallecimientos más o menos accidentales de personas estrechamente afectadas por la actividad armada, ya sea presos condenados por terrorismo o agentes de los cuerpos de seguridad, muertes que en muchas ocasiones los allegados relacionan directamente con el clima de violencia vivido.

La información sobre heridos es aún muy confusa. El número de heridos relacionados con la violencia colectiva en las últimas cuatro décadas es difícil de estimar. El cálculo realizado por Ormazabal (2003) a partir de diversas fuentes supera las seis mil personas tomando en consideración quienes sufrieron heridas en atentados y quienes fueron heridos en enfrentamientos con la policía, en manifestaciones, etc, especialmente desde finales de los años 60 hasta 1981. De los más de seis mil heridos calculados, aproximadamente el 46% es atribuido a ETA, un 50% a las fuerzas de seguridad y un 4% a fuerzas paramilitares. A destacar que sólo un 3,5% del total de heridos de consideración por las fuerzas de seguridad lo son por arma de fuego. Además los

Tabla 1. Víctimas mortales 1968-2003

	N mínimo	N máximo	N media	%
ETA y otros	761	836	798,5	63%
GAL	70	85	77,5	(6%)
FSE...	90	90	90	(7%)
Gr. Islám.	192	192	192	(15%)
Activistas	113	113	113	(9%)
TOTAL.	1.226	1.316	1.271	100%



muertos y heridos por éstas tienden a desaparecer a fines de los 80. Lo que no desaparece según algunas fuentes, es un problema de malos tratos y torturas, como manifiesta Amnistía Internacional (AI) (El País, 27 de Mayo del 2004).

La estimación de torturados realizada por AI y los Informes de los Relatores de NN.UU., es de 4.870 hasta 1999. Las denuncias de tortura entre 1977 y 2002 serían más de 5.300, aunque una gran parte de ellas han sido cuestionadas oficialmente (Ormazabal, 2003). Un estudio por encuesta de Ruiz de Olabuenaga sobre mil doscientos jóvenes entre 15 y 29 años estima a partir de la pregunta "A usted o a su familia íntima, a un hermano o a sus padres, le han torturado" llega a una estimación similar -entre 5000 y 6000 personas-, alrededor del 1% de la población (Alonso, 2004). Otro grupo de víctimas directas que se deberían agregar es el de las personas escoltadas que han recibido amenazas directas o por el cargo que ocupan, se estiman en dos mil personas.

B) Las víctimas secundarias o indirectas son aquellas personas traumatizadas por las condiciones físicas y socioculturales después del impacto, que han sido testigos directos de la agresión y han sido afectados personalmente. En esta categoría se incluyen a los familiares y personas cercanas a las víctimas primarias de actos de violencia colectiva como el 11-M. en Madrid o el 11-S en Estados Unidos. En estos casos, en los que el ataque proviene de un grupo ajeno y externo, la manifestación del dolor; la autoidentificación como víctima es evidente y todos los estudios basados en encuestas tienden a mostrar un alto porcentaje de la población victimizada. Sin embargo en los casos en los que la violencia colectiva se da en una comunidad en la que un porcentaje significativo la justifica y se debe convivir en un clima de alta polarización, la identificación como víctima indirecta es mucho más difícil de detectar en

estudios basados en cuestionarios, pues el etiquetado que implica identificarse como familiar de una víctima directa, puede condicionar la vida cotidiana de la persona que hace esa manifestación de cercanía.

La cuantificación de este grupo de víctimas es una labor mucho más compleja, no sólo por la dificultad de objetivar el grado de afectación y el tiempo de duración de ese efecto. También hay otros factores que hacen difícil aventurar un número aproximado de víctimas. Por ejemplo la observación directa de un mismo acto violento puede pasar desapercibida para unos y ser relevante para otros, dependiendo por ejemplo de si la víctima de la acción violenta es considerada afín al observador o lo contrario. Otro de los problemas es que el vínculo familiar con la víctima directa no se puede extrapolar de forma mecánica indicando un número aproximado de víctimas indirectas por cada víctima directa, hay diversos tipos de víctimas y distintos tipos de vínculos familiares que pueden generar o no grados de victimización secundaria.

Pese a estas dificultades podemos hacer algunas aproximaciones a partir de datos diversos. Por ejemplo se podrían estimar unas 5300 personas como víctimas secundarias a partir del siguiente dato: Un total de 5250 peticiones de resarcimiento se habían pedido por los familiares de las 1047 víctimas reconocidas de ETA, GRAPO y GAL (El País, 2001, 23 de Abril, pp.18 en Martín Beristain y Páez, 2001). La AVT contabiliza a 8 mil familiares de víctimas, entre ellos 3-4 mil niños (El Correo, 2 de Diciembre del 2001, Suplemento, pp.1-3 en Martín Beristain y Páez, 2001). Si tomáramos como referencia esta proporción (8000/1047) tentativa de unas ocho víctimas indirectas por cada víctima directa y sumáramos las víctimas directas enumeradas en el apartado anterior incluyendo los más de 1200 muertos, 6000 heridos, etc, la cifra superaría



ampliamente las 110.000 víctimas indirectas. Se trata de un cálculo tentativo ya que se unifican niveles muy heterogéneos de violencia y de víctimas directas.

b1 Las **víctimas indirectas** o **secundarias de “ingreso”** (voluntarios y agentes de ayuda, que sufren del estrés psicosocial y de las condiciones físicas post-catástrofes) correspondientes a bomberos, personal de ambulancias, policías y sanitarios del 11-M o a las personas que estaban cerca profesionalmente de las más de mil víctimas mortales y tres mil heridos graves por la violencia colectiva en el País Vasco y el conjunto de España.

b2 Las **víctimas indirectas** o **afectados contextuales** son aquellas personas traumatizadas por las condiciones físicas y socioculturales después del impacto, que han sido testigos directos de la agresión sin haber sido afectados personalmente. Estas víctimas contextuales, vicarias o periféricas (no residentes en el área del hecho traumático que han sufrido pérdidas en un sentido general o vivencian vicariamente la situación de violencia colectiva cuando se producen casos que evocan sus pérdidas en hechos anteriores de violencia (Oliver-Smith, 1996; Martín Beristain y Páez, 2000; Ormazabal, 2003). En esta categoría se incluirían también las personas que se han sentido psicológicamente afectadas por la gravedad del hecho, sin que hayan tenido pérdidas ni amenazas directas como los miles de ciudadanos que se vieron muy afectados por los atentados del 11-M (Moreno, 2004). Aquí se integrarían también las personas amenazadas indirectamente, estimadas en 42 mil por Gesto por la Paz en la Comunidad Autónoma del País Vasco (Ormazabal, 2003). En el caso de Madrid el 11-M y de Nueva York el 11-S, un sexto de la población conocía alguna víctima de la violencia colectiva, lo que explica que la mitad de la población de Madrid mostrara

síntomas depresivos o de estrés agudo, según un estudio sobre una muestra de 1179 residentes en esta ciudad realizado dos semanas después de los sucesos.

Un estudio exploratorio con estudiantes, realizado en la semana posterior al 11-M, encontró que un 5 % informó de haber vivenciado o presenciado en los últimos 25 años acciones de violencia colectiva (cometidas por ETA y GRAPO) y un 15% informó que lo habían vivenciado o presenciado personas cercanas. (Páez, 2004). Estos porcentajes eran más elevados en la CAPV: 5,6 y 17% frente a un 1% y 11% respectivamente en Barcelona, o un 2% y 16% en Madrid. Este último resultado responde a la cercanía y masividad del 11-M. Haber presenciado o vivenciado una explosión de bomba lo habían vivido un 4% y un 14% una persona cercana. Finalmente, informaban de haber vivenciado o presenciado personalmente actos de violencia por las fuerzas de seguridad un 14% y un 33% presenciar actos sobre personas cercanas.

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 marcado el comienzo de un nuevo discurso sobre la violencia, cuyo alcance aún es difícil de precisar. A pesar de la disminución cuantitativa de la violencia colectiva interna en los últimos tiempos, 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. Y aunque su impacto en dinámicas colectivas, sociales y políticas es altamente significativo, aún no se ha producido un posicionamiento claro sobre el



papel de la salud pública en el estudio y abordaje de la violencia.

Violencia colectiva de tiempo atrás

La violencia política es un tipo de violencia colectiva que persigue la imposición de una agenda política mediante la agresión a personas o colectivos de una comunidad. El hecho de mayor trascendencia asociado a la violencia es indudablemente la mortalidad y el aspecto más fácilmente observable son las lesiones por causas externas (agresiones directas). El impacto emocional de la violencia excede el ámbito directo de sus víctimas. Las alteraciones emocionales producidas ante un hecho violento pueden sucederse entre testigos presenciales de la violencia, entre quienes prestan auxilio, o incluso entre los familiares y allegados de las víctimas directas. Pese a que no hayan sufrido directamente el hecho violento, son como decíamos anteriormente "víctimas secundarias. A los efectos en la salud, la violencia colectiva añade otros efectos psicosociales que no son reducibles al impacto individual. La victimización secundaria por rememoración o sensibilización es especialmente importante. Además, la violencia colectiva puede instaurar un clima emocional de miedo, ansiedad e inseguridad; producir mayor aislamiento y menor confianza social e institucional. El trauma psicosocial expresa la cristalización en individuos de relaciones sociales basadas en la violencia, la polarización social y las creencias estereotipadas. La desesperanza, la desconexión cognitiva (atención, lenguaje, percepción,...), las conductas evitativas, el abuso de sustancias tóxicas, etc, son frecuentes en estos casos. Los niños y adolescentes pueden verse atrapados en un discurso legitimador de la violencia, quizá también protegidos psicológicamente (Fernández, Ayllón y Moreno, 2003). Precisamente, la principal fuente de resistencia al trauma está en la solidez del tejido social de los supervivientes, y en su convicción ideológica. El clima social dominado por el miedo, el odio y la ansiedad, el trauma psicosocial, la pérdida de autoestima, la

desesperanza, y la sensación de injusticia de las víctimas pueden facilitar la perpetuación de la violencia.

Entre las alteraciones que produce la violencia colectiva sobre la salud de sus víctimas destacan, además de la muerte, un conjunto de alteraciones derivadas de las lesiones corporales y psicológicas provocadas por la violencia. Además del espectro de alteraciones corporales directamente producidas por la violencia, se pueden agravar problemas preexistentes, como hipertensión por ejemplo, o inducir nuevas situaciones mórbidas, como por ejemplo alteraciones reproductivas. Con mucha frecuencia, entre 30% a 60% según algunos estudios (De Jong, Komproe y Ommeren, 2003), se observan alteraciones psicológicas entre las víctimas de la violencia. Entre estas se pueden observar distimia y síndromes depresivos, y un abanico de desórdenes de ansiedad y somatoformes (somatizaciones, hipocondrías etc). No es infrecuente que se produzcan síntomas depresivos y de ansiedad al mismo tiempo. El síndrome de estrés post-traumático (SEPT) es un complejo sintomatológico, que puede aparecer a partir de la exposición a un acontecimiento traumático que, por lo general, se encuentra fuera del marco normal de la experiencia humana. Su prevalencia en la población general varía entre 1 y 14%, mientras que en sujetos a riesgo (prisioneros de guerra, refugiados) puede oscilar entre 3% y 58% (APA, 1994). Se caracteriza por respuesta de alarma exagerada, hipervigilancia e hiper-reactividad fisiológica, junto a conductas de evitación y reducción de la sensibilidad ante el mundo exterior. Es frecuente observar simultáneamente cuadros de SEPT, depresión y ansiedad (Groenjian et al, 2000). Se han observado porcentajes de concurrencia de SEPT y depresión entre 30% y 50%, y el riesgo de que se den de manera simultánea a lo largo de la vida está entre el 50% y 95% (Shalev et al, 1998).

La violencia colectiva puede incidir además en las relaciones sociales de sus víctimas. Los traumas que afectan a una colectividad



sustentada en determinado tipo de relaciones sociales, provocan efectos psico-sociales globales, los cuales no son reducibles al impacto individual que sufre cada persona (Martín-Baro, 1990). Los traumas sociopolíticos inducen extrema ansiedad, desorientación, desesperanza y desmoralización en la población directa o indirectamente afectada (Crenshaw, 2004). Instauran un clima emocional de miedo, ansiedad e inseguridad (De Rivera, 1992). Son frecuentes, formas de afrontamiento inadaptativas, como conductas de evitación y abandono o desconexión cognitiva y conductual. Así se produce un mayor aislamiento social, des-cohesión grupal y menor solidaridad. También se observa pérdida de confianza social e institucional y el mundo se percibe con menos sentido, menos controlable y más injusto (Páez, 2004).

El impacto es más fuerte a mayor cercanía física, temporal y psicológica de los hechos de violencia colectiva. Ahora bien, el apoyo social interpersonal y el contexto social tienen un papel importante en la modulación de estos efectos; así como la capacidad de afrontamiento del individuo, y sus creencias básicas sobre el mundo y sobre el clima social (Páez et al, 1997). Así se ha encontrado que personas víctimas y supervivientes de violencia colectiva en contextos de apoyo y atribución de significado positivo del hecho violento (ej. soldados de guerras victoriosas o "legítimas") mantienen un buen funcionamiento psico-social. Por otro lado, es frecuente que las personas afronten los hechos traumáticos mediante la reconstrucción y re-elaboración positiva de lo ocurrido, su aceptación no desesperanzada y formas de actividad social que ayudan a reconstruir una imagen positiva del sujeto, y reorganizan las creencias y valores sociales constructivamente.

Conocemos cifras pero muy poco del impacto sobre la salud y menos aun de las repercusiones a largo plazo en la salud mental. Un estudio reciente señala que casi un 40% de víctimas primarias de atentados en España están con riesgo de presentar alguna enferme-

dad psiquiátrica: insomnio, conductas de evitación, depresión, ansiedad, trastornos emocionales, o los mencionados trastornos de estrés postraumático. Un estudio realizado entre 434 miembros de la AVT utilizando el GHQ-28 indicaba que un 60,8% de los participantes estaba por encima del punto de corte a partir del cual se podría considerarse la probabilidad de ser un caso psiquiátrico, entendida como la probabilidad de presentar un trastorno clínicamente definido y, por tanto, necesitar potencialmente asistencia psicológico-psiquiátrica (Baca y Cabanas, 1997). Se sabe, por estudios en otros países, de los efectos de la socialización del sufrimiento: la cronificación de enfermedades mentales severas. Por ello, es más sorprendente la escasez de estudios sobre el impacto sobre las víctimas directas y, también, sobre la población general. Tímidamente se ha comenzado a contabilizar el coste humano de este tipo de violencia aunque, no obstante, el análisis de la violencia política desde otra perspectiva distinta al discurso político, sociológico, jurídico o policial continua siendo difícil.

Sólo recientemente se está comenzando a percibir que la violencia, a pesar de que responde a determinantes que exceden el ámbito estrictamente sanitario, también es un problema de salud pública, responsable de muerte y de carga de enfermedad evitables. La interpretación de la violencia como problema de salud pública está sin duda sujeto a matices. No resulta evidente comprender cuál será el valor añadido de las acciones de salud pública en la búsqueda de soluciones. Es probable que las respuestas a este interrogante vayan surgiendo del debate, estudio y trabajo de los profesionales y grupos interesados en la solución de este problema.

Nos atreveríamos a decir que la existencia de la violencia y una cierta "cultura emocional" conforman una peligrosa epidemia incompatible con los usos democráticos; y en la medida en que esta contradicción se haga evidente en nuestra sociedad, la violencia comenzaría a



poder percibirse y a desvelarse como el problema que es para la salud y dignidad de sus víctimas; incluyendo, tal vez, las de aquellas víctimas convertidas coyunturalmente en victimarios.

Instrumentos para el Estudio de la violencia colectiva

En todos los estudios en los que se pretende analizar la exposición a hechos traumáticos se suelen utilizar escalas de victimización diseñadas en función de determinados criterios orientadores.

a) Victimización psicosocial y actitudes

- Los estudios psicosociológicos sobre actitudes incorporan muy a menudo escalas de victimización más o menos extensas con el fin de cruzar las valoraciones actitudinales de los entrevistados con su nivel de victimización. Estos estudios incorporan preguntas sobre victimización centradas en el tipo de violencia que se pretende analizar (familiar, comunitaria, carcelaria, etc) ya sea para establecer correlaciones entre victimización y actitud o que apunten a la clásica influencia de las actitudes en el mantenimiento o intensificación de determinadas conductas violentas (por ejemplo la cultura del honor analizada por Cohen y Nisbett (1994).

El estudio ACTIVA-OPS es un buen ejemplo de este tipo de estrategias. En esta amplia investigación con más de 11.000 sujetos en ocho países de América y España se combinaron las preguntas relacionadas con el modo en el que se sufre y se ejerce la violencia en los distintos ámbitos en los que ésta se expresa: en la pareja, hacia los hijos, con desconocidos, violencia estatal, etc. Junto a estos datos de victimización se evaluaban normas culturales y actitudes asociadas al uso de la violencia y se establecían análisis comparativos sugerentes sobre las relaciones entre actitudes y violencia

recibida y ejercida. (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

b) Victimización y trastornos psicológicos

Existe gran cantidad de instrumentos de victimización vinculados al Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Las investigaciones sobre trastornos derivados de acontecimientos traumáticos elaboran escalas en las que se definen hechos y piden a los entrevistados que recuerden si los han sufrido, cómo se han sentido posteriormente, si lo han rememorado, si su recuerdo les ha condicionado, etc, esto es indagando sobre la conocida sintomatología del TEPT.

Hay varias páginas en Internet que describen y posibilitan el acceso directo a estas escalas de exposición al trauma. Tal vez la más completa de todas las que están basadas en el modelo TEPT/PTSD sea la del National Center for PTSD del Department of Veterans Affairs que recoge ordenadamente distintas escalas de medida y las direcciones concretas en las que obtenerlas (National Center for PTSD, 2004).

- Hay otras páginas con las escalas directamente colgadas en red acompañadas de detalles técnicos y publicaciones en las que se explican formas de aplicación e investigaciones en las que se han utilizado. La mayor parte de escalas basadas en el TEPT/PTSD se orientan a la detección de los síntomas especificados en el DSM-IV y por tanto suelen concretar su foco de atención en un hecho traumático identificable (el I-I-S en EEUU, el I-I-M en Madrid, accidentes de tráfico, etc).

La centralidad del PTSD/TEPT ha sido un importante condicionante en algunos modelos teóricos. El declive del uso de concepto "trauma psíquico" en salud mental coincidió con la eclosión del modelo del "trastorno de estrés postraumático (TEPT) incluido en 1980 como trastorno de ansie-



dad dentro de los criterios diagnósticos de los trastornos mentales (DSM-III) y remodelado en el DSM-IV y posteriores ediciones del catálogo de la American Psychiatric Association (1994, 2000). Desde entonces la presencia del modelo del TEPT es tan poderosa que no sólo ha modificado de forma sustancial la vieja concepción del trauma psíquico, sino que ha afectado a todo el sistema asistencial y legal vinculado a las víctimas de hechos violentos (Moreno, 2004).

Una de las más citadas, es la escala de F. H. Norris (1990). Para cada uno de los eventos traumáticos de la escala Norris introduce un conjunto de preguntas: Número de víctimas del incidente, valor económico de las pérdidas, heridas recibidas, Percepción de peligro de muerte, Atribución de responsabilidad (a otras personas, al propio sujeto, al azar), fecha del incidente, Breve descripción, Antecedentes similares, Reexperimentación, Rumiación, Pesadillas asociadas al evento, Evitación de situaciones vinculadas al evento.

La dificultad de este tipo de escalas para realizar investigaciones sobre violencia colectiva estriba en que el modelo PTSD vincula acontecimiento específico con síntomas. En una situación de violencia continuada durante más de 30 años con periodos de muy baja actividad con resultados de muerte (como el que se vive en la actualidad) combinados con otros de actividad intensa, la escala es poco operativa. Esto ha llevado a algunos investigadores a elaborar escalas mucho más abiertas (centradas en la historia de victimización del sujeto) como la diseñada por Stamm, Rudolph y colaboradores (1996) Una estrategia mucho más abierta pero más imprecisa al combinar todo tipo de eventos traumáticos de la vida infantil y adulta.

Otra de las estrategias de medición de los efectos sobre la salud mental de la violencia

colectiva es la utilización de escalas normalizadas de cribado como el GHQ (Goldberg y Williams, 2001) para diferenciar tanto en la población general como en las víctimas, el nivel de afectación sobre la salud de determinadas poblaciones en momentos concretos. La utilización de este instrumento y otros similares puede ser de gran utilidad para desarrollar investigaciones que permitan confirmar o desmentir ciertas hipótesis sobre la relación entre la vivencia de la violencia y el desarrollo del trastorno mental.

c) **Victimización vinculada a la cultura**

La medida de la conflictividad acudiendo a indicadores de violencia se ha hecho también en el plano de la comparación intercultural. Los estudios de Marc Ross (1995) son un buen ejemplo de análisis comparativo. Ross y su equipo parten de la Muestra Estandar Internacional (MEI) de sociedades preindustriales elaborada por Murdock y White (1969) en la que se recogían datos de 186 sociedades de distintas partes del mundo (África, Riberas del Mediterráneo, Eurasia Oriental, Pacífico Insular y América del Norte y del Sur) con una gran variabilidad en cuanto a tamaño, tipo de subsistencia, niveles de soberanía, tamaño de la población local, diferenciación del rol político, fijeza del enclave e intensidad del cultivo agrícola. A partir de los datos de la MEI que recogen un gran número de variables de diversas fuentes, Ross y su equipo operativizaron los registros y cuantificaron las observaciones para describir y medir la conflictividad de las distintas sociedades en tres niveles: conflictos entre la gente de una misma comunidad, entre la gente de diferentes comunidades y entre diferentes sociedades. Finalmente las variables dependientes críticas son la conflictividad interna y la conflictividad externa. Los indicadores son muy diversos: fuerza física, cumplimiento de normas y decisio-



nes comunitarias, guerras intestinas, guerras externas, hostilidad hacia otras sociedades, formas de manejo del conflicto, etc. El procedimiento metodológico que utiliza puede ser discutible desde el punto de vista técnico, tanto por la codificación de las observaciones (que proceden de informes de misioneros, entrevistas, etc.) que los investigadores debían ajustar a escalas de tipo ordinal (del tipo poco, bastante, mucho...); como por el paso de los registros así obtenidos a escalas estandarizadas y ponderadas.

Pese a los problemas que supone un acercamiento antropológico, conviene no perder de vista desde la salud pública la importancia que la cultura ejerce en la concreción y manifestación de los problemas de salud mental (Ibáñez, Díaz y Moreno, 1999).

Idoneidad de los instrumentos para la investigación

El estudio de las actitudes, los efectos psicopatológicos y las modificaciones culturales asociadas a la violencia colectiva son tres de las formas de evaluar el impacto que genera esta forma de agresión. Cada uno de los procedimientos puede ser utilizado dependiendo del propósito concreto de cada estudio. Cuando los acontecimientos de violencia colectiva son casos más o menos aislados y muy impactantes en una situación de relativa estabilidad, como sucedió en los atentados del 11-S y del 11-M, el interés se suele centrar en los efectos sobre la salud mental de las víctimas a través de las manifestaciones psicopatológicas que exigen la actuación de los servicios de salud (¿hasta cuándo mantener los dispositivos especiales? ¿Cómo evaluar los efectos de los tratamientos?, etc). En los casos de violencia colectiva mantenida en el tiempo el interés de las investigaciones, además de la atención directa a víctimas recientes, suele ampliarse a las perspectivas de recuperación colectiva de la violencia, por lo que el análisis de las actitudes suele ser

utilizado como elemento básico en la recuperación a largo plazo y como posible termómetro de la posibilidad real de reconciliación. Así la persistencia de manifestaciones objetivables de trastorno mental en las víctimas una vez pasados los primeros años desde la pérdida, puede ser debida, entre otras razones a la percepción de amenaza, a la sensación de abandono, a la falta de reconocimiento colectivo del daño recibido o al convencimiento de que en cualquier momento se puede volver a repetir el hecho traumático. En estos casos de violencia colectiva irresuelta, especialmente en conflictos civiles, el análisis de la salud mental de la población directa o indirectamente afectada por la violencia política, va más allá de la mera atención individual de los trastornos derivados de hechos concretos, que pueden estar alejados en el tiempo. La metodología a utilizar tanto en la investigación como en la atención a las víctimas no debe olvidar la significación que puede tener la actuación de los profesionales de la salud.

Asistencia que incluya la salud pública

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.

La red de factores que explicarían el desencadenamiento y reproducción de la violencia es



ciertamente compleja. Su adecuada comprensión requiere de modelos teóricos que excedan el ámbito disciplinario tradicional de la salud pública. Su abordaje efectivo, también. No obstante, su transmisión, manifestaciones y efectos siguen ciertas reglas, algunas de las cuales han sido estudiadas desde otros ámbitos de conocimiento. Es, en definitiva, un sujeto susceptible de estudio científico, al que la epidemiología podría aportar métodos y modelos explicativos complementarios que faciliten su comprensión. Es, sobre todo, una causa importante de sufrimiento, morbilidad y muerte, y como tal, puede ser también un objeto de intervención desde la salud pública, a la vez que social. De hecho, la OMS reconoce el papel de las estructuras de salud pública en el abordaje de la violencia, e insta a emprender medidas que aborden este problema mediante su caracterización y evaluación de su impacto, y

mediante la adopción de intervenciones dirigidas a prevenir sus efectos en la salud de las personas.

Llegar a identificar el valor añadido que pueden ofrecer las metodologías y las estructuras de epidemiología y salud pública, para contribuir, desde esta perspectiva, al tratamiento del problema de la violencia puede ser de gran interés. Este proceso podría verse facilitado por la reflexión tanto en el área de investigación como de intervención. Algo que, quizá, las sociedades científicas de salud pública puedan incluso propiciar. Con el reconocimiento y apoyo social, con atención y cuidados profesionales necesarios, ayudando siempre a minimizar el sufrimiento. Teniendo presente que el apoyo social es muy distinto a ese abusivo recordatorio de acontecimientos traumáticos.



BIBLIOGRAFÍA

- Alonso, M. (2004). *Universales del Odio: creencias, emociones y violencia*. Bilbao: Bakeaz.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM IV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Baca Baldomero, E. y Cabanas Arrate, M.L. (1997). Niveles de salud mental y calidad de vida en las víctimas del terrorismo en España. *Archivos de Neurobiología*, 60 (4), 283–296.
- Baca, E y Cabanas, M L. (Eds.) (2003). *Víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid: Triacastela.
- Cohen, D. y Nisbett, R.E. (1994). Self-protection and the culture of honor: Explaining southern violence. *Personality and Social Psychology Bulletin* 20(5): 551–567.
- Crenshaw, M. (2004). The Psychology of political terrorism. En J.T. Jost y J. Sidanius (Eds.), *Political Psychology*. New York: Psychology Press.
- De la Corte, L.; Sabucedo, J.M. y Moreno Martín, F. (2004). Dimensiones psicosociales del terrorismo. En L. De la Corte; A. Blanco y J.M. Sabucedo (Eds.). *Psicología y derechos humanos* (pp. 189–220). Barcelona: Icaria.
- De Jong JTVM, Komproe IH, Ommeren MV. Common mental disorders in postconflict settings. *Lancet* 2003; 361: 2128–30.
- De Rivera, J. Emocional Climate: Social structure and emocional dynamics. *Internacional Review of Studies on Emotion*, Ed: Strongman T. 1992; 2: 197–218.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma*. Madrid: Piramide.
- Fernández, I.; Ayllón, E. y Moreno Martín, F. (2003). ¿Cuándo se legitima la violencia? Una tipología psicosocial sobre las justificaciones que sirven para legitimar el uso de la violencia. *Encuentros en Psicología Social*, 1, (2), 148–151.
- Fry, D. P. (1998). Anthropological perspectives on aggression. *Aggressive Behavior*, 24, 81–95.
- Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, Fairbanks LA, Tashjian M, Pynoos RS. Prospective study of post-traumatic stress, anxiety and depressive reactions after earthquake and political violence. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 911–916.
- Goldberg, D. y Williams, P. (2001). *Cuestionario de Salud General (GHQ) General Health Questionnaire. Adaptación española de A. Lobo y P.E. Muñoz*. Barcelona: Masson
- Hallyday, F. (2004). Terrorismo y perspectivas históricas: Comprender y evitar el pasado. *Vanguardia Dossier*, 10, 14–32.
- Ibáñez Rojo, V., Díaz del Peral, D y Moreno Martín, F. (1999). La sociedad ante la guerra. *Jano. Psiquiatría y humanidades*, 1, (4), 13–18.
- Horowitz MJ, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 1979; 41: 209–218.
- Krug EG, Dahlberg LL; Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Larizgoitia, I. La violencia también es un problema de salud pública. *Gac Sanit*. 2006; 20 (supl 1): 63–70. www.sespas.es/gs y www.doyma.es/gs.
- Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ–28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 1986; 16: 135–140.
- Martín Beristain, C. y Páez, D (2000). *Violencia, apoyo a las víctimas y reconstrucción social*. Madrid: Ed. Fundamentos.
- Martín-Baró, I. (1983). *Acción e Ideología Psicología. Social desde Centroamérica I*. San Salvador: UCA Editores.



- Martín-Baro, Ignacio. (1988). La violencia política y la guerra como causas del trauma psicosocial en El Salvador. *Revista de Psicología de El Salvador*, 7 (28), 123–141.
- Martín-Baro, I. *Psicología social de la guerra*. Ed. UCA. 1990. El Salvador.
- Moreno Martín, F. (1999). Actitudes autoritarias y violencia en Madrid. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5 (4/5), 286–294.
- Moreno Martín, F. (2001). Violencia y salud pública. En A. Sarriá (Ed), *Promoción de la salud en la comunidad* (pp. 383–401). Madrid: UNED.
- Moreno Martín, F. (2004). Reflexiones sobre el trauma psicológico y la violencia política. De las guerras centroamericanas al 11 de Marzo de 2004. *Clínica y salud*, 15, (3), 227–271.
- Moreno Martín, F. (2005) *La medida de la exposición al trauma violento*. Jornadas Técnicas organizadas por ISAVIC sobre “Instrumentos de medida para evaluar el impacto en salud de la violencia colectiva”. Bilbao, 28–29 Abril 2005.
- Murdock, G.P. & White, D.R. (1969). Standard Cross Cultural Sample. *Ethnology*, 8, 329–369.
- National Center for PTSD. (2004). *Disaster Mental Health: Dealing with the Aftereffects of Terrorism* (<http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd/>)
- Norris FH. Screening for traumatic stress: a scale for use in the general population. *J Appl Social Psychology*, 1990; 20: 1704–1718.
- Oliver-Smith, A. (1996). Anthropological research on hazards and disasters. *Annual Review of Anthropology*, 25, 303–328.
- OMS (2002). *World report on violence and health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1999). Estudio Activa. Número monográfico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5 (4/5).
- Ormazabal, S (2006). Por un futuro con memoria. *Hika* 174: 16–17. 2006.
- Ormazabal, S. (2003). *Un mapa (inacabado) del sufrimiento*. Bilbao: Fundación Manu Robles– Aragin Institutoa.
- Páez, D. (2004) *Violencia colectiva, clima emocional y procesos socio-culturales: el caso del 11-M en España*. Documento de trabajo Grupo consolidado de Investigación, Cultura, Cognición y Emoción. Dpto. Psicología Social, UPV, San Sebastián. 2004. Documento no publicado.
- Páez D, Ruíz , Gailly O, Kornblit AL, Wiesenfeld E, Vidal CM. Clima emocional: su concepto y medición mediante una investigación transcultural. *Revista de psicología Social*; 1997; 1: 79–98.
- Páez D; Iraurgi J, Valdosedá M, Fernández I. Factores psicosociales y salud mental: un instrumento de detección de sujetos adolescentes en riesgo. *Bol Vasco-Nav Ped*; 1993; 87: 34–48.
- Ross, M.H. (1995). *La cultura del conflicto: las diferencias interculturales en la práctica de la violencia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Pitman RK. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry*, 1998; 155: 630–637.
- Sponsel, L. E. (1998). Yanomani: An area of conflict and aggression in the Amazon. *Aggressive Behavior*, 24, 97–122.
- Stamm, B.H. , Rudolph, J.M., Dewane, S., Gaines, N., Gorton, K. Paul, G., McNeil, F. Bowen, G. Ercolano, M. (1996). Psychometric review of Stressful Life Experiences Screening. In B.H. Stamm (Ed.). *Measurement of Stress, Trauma and Adaptation*. Lutherville, MD: Sidran Press.
- WHO. (2001) *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Organización Mundial de la Salud, 2001.
- WHO, 49 Assembly of the World Health Organization. Resolution WHA 49.25. Preventing violence: a public health priority. 1996.



XXIII
CONGRESO
AEN
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSICLOGÍA
*"Abriendo claros,
construyendo compromisos"*
PALACIO EUSKALDUNA • BILBAO
10-13 de mayo de 2006
www.oms-e-aen.org/23congreso/aen



“Vivimos y sobrevivimos en un país multiduelos”¹

Marha Cabrera²

Psicóloga.

Quando empezamos este trabajo que vamos a comentar desde el Centro Valdivieso en 1997, un año antes del huracán Mitch, quisimos poner sobre la mesa temas que nadie ponía: lo subjetivo, lo psicológico, lo espiritual.

RECONSTRUCCIÓN AFECTIVA

A nuestro esfuerzo lo llamamos “reconstrucción afectiva y espiritual”. Hoy, después de seis años, reconocemos las profundas ignorancias que nosotras mismas teníamos en el arranque y celebramos lo mucho que hemos aprendido. Una de las preguntas que nos hacíamos entonces, y que nos seguimos haciendo hoy, era a dónde han ido a parar tantos millones que en Nicaragua se han invertido en capacitación. Porque en este país no hay comunidad que no haya recibido un taller de algo. Todo el mundo ha sido “tallereado”: talleres de género, de medio ambiente, de participación ciudadana... Todas las realidades y también todas las “modas” que la cooperación sugiere —o que a veces impone— han sido temas de talleres por todo el país. La pregunta era: si se han invertido tantos esfuerzos en tanta cantidad de talleres, ¿por qué los resultados son tan pobres? ¿Por qué,

a pesar de tanta y tanta capacitación, la gente no responde ante la gravedad de los problemas, por qué no reacciona, por qué no se moviliza y reclama?

Ya teníamos algunas reflexiones, algunas ideas, algunas intuiciones de los factores que estaban incidiendo en esta pasividad. Y habíamos obtenido ya una serie de resultados que nos parecían interesantes cuando vino el Mitch. Entonces, con la experiencia que habíamos acumulado sobre cómo trabajar la dimensión personal, iniciamos un proceso que nos llevó a viajar por buena parte de Nicaragua: León, Chinandega, Nueva Segovia, Estelí, Matagalpa... Estuvimos mucho tiempo en Posoltega, el lugar más castigado por el huracán. Fue en estas giras cuando nos dimos cuenta del problema y formulamos nuestro enfoque: Nicaragua es un país multiduelos.

¹ N.R.: Transcripción y elaboración a partir de la entrevista e intercambio de impresiones con la autora.

² Marha Cabrera, desde hace seis años está al frente de un equipo que trabaja en la reconstrucción personal de comunidades de toda Nicaragua. Managua.



¿Cómo llegamos hasta aquí? Haciendo recuperación emocional con los sobrevivientes del huracán Mitch, nos encontramos que la gente quería hablar de esas pérdidas, pero tenía una necesidad mayor de hablar de otras pérdidas de las que nunca antes había hablado. Muchas mujeres en León y en Chinandega se nos acercaban: “Mire a mí me duele mucho haber perdido mi casa, pero yo le quiero contar otro asunto más duro...” Y empezamos a escuchar historias. Muchas mujeres que nos decían: “¿Sabe cuál es el dolor más profundo que yo llevo? Que yo padezco insomnio. ¿Y sabe por qué yo padezco insomnio? Porque yo duermo muy poco, preocupada porque mi marido se pasa por las noches a la cama de mi hija y me la toca...”

DUELOS

Encontramos también muchos duelos relacionados con la historia política de Nicaragua. Recuerdo todavía a un hombre de Chinandega cuando estábamos trabajando con él sus vivencias traumáticas al rescatar cadáveres del deslave provocado por el Mitch en el volcán Casitas: “Llegó un momento —nos dijo— en el que no pude seguir porque el olor a muerto me trajo recuerdos horribles de mi experiencia en el servicio militar”. Estas historias se nos repetían de una o de otra forma una y otra vez. Las mujeres hablaban de violaciones, nos hablaban de la guerra, de los combates, de la huida al exilio en Honduras, de todo lo que para nuestro equipo, que veníamos del bando del sandinismo, era “la otra cara de la guerra”.

Cuando empezamos a chocar con todas estas realidades, decidimos transformar nuestro enfoque. Empezamos a crear espacios para que la gente hablara de sus otros duelos. Así, empezamos a encontrarnos con lo que ahora llamamos el “inventario de los duelos”. Trabajamos todo un año después del Mitch con los afectados del huracán.

Y encontramos una enorme cantidad de pérdidas, de duelos personales y comunitarios que no habían sido ni procesados ni elaborados, Y por lo tanto, que no habían sido superados. Esto era lo más grave. Por distintas razones —entre ellas, la rapidez con que se han sucedido en Nicaragua eventos dramáticos y traumáticos— la gente no ha tenido tiempo de procesarlos. Cuando le pedíamos a la gente que reflexionara sobre el impacto que sufrió y cómo lo trabajó, lo primero que descubríamos es que no habían tenido tiempo suficiente ni siquiera para aceptarlo. También han influido es esta falta de procesamiento razones culturales, y también que la gente no ha contado con recursos comunitarios para enfrentar estos problemas, porque en las organizaciones sociales y en las organizaciones populares se han minimizado o ignorado siempre. Así fuimos construyendo uno de los hilos conductores de nuestro trabajo: acompañar a la gente a procesar sus duelos, lo que significa siempre aceptar, expresar y reflexionar.

FENÓMENO MULTIDUELOS

Cuando ya tuvimos una radiografía bastante amplia sobre lo que comenzamos a llamar “fenómeno multiduelos”, iniciamos una enorme “batalla”: presentábamos esta situación tan grave a quienes por toda Nicaragua trabajan en proyectos de desarrollo, en proyectos comunitarios, peor no parecían entender y lo más que nos decían era: “Y ¿qué quieren, que pongamos un psicólogo en el proyecto?” Descubrimos así que existe un enorme desconocimiento de las manifestaciones y también de las consecuencias de este fenómeno.

Paralelamente a inventariar todos los duelos, y palpando este desconocimiento, empezamos a buscar herramientas que nos sirvieran de puente para entendernos con quienes trabajan en desarrollo. Uno de los caminos que descubrimos fue hacer, paralelamente al inventario de los duelos, un inventario de la salud de la



población. Al reunir a los grupos, a las comunidades, le pedíamos a la gente que señalara las pérdidas más importantes que había sufrido y que nos contara también cuál era el estado de su salud personal. Fuimos encontrando las manifestaciones del fenómeno multiduelos, que son personales, sociales y políticos. Y observamos que entre las manifestaciones personales, lo más frecuente, y lo más grave, es una serie de somatizaciones crónicas: gastritis, colitis, migrañas, que tiene una estrecha conexión con duelos no procesados. Encontramos que el estado de salud de nuestra población es realmente deplorable en cuanto a enfermedades sicosomáticas. Entrarle a la gente por su estado de salud fue de mucha utilidad. Es un camino que no agrade a nadie. Cuando iniciamos nuestros talleres haciendo un inventario de la salud y de las enfermedades, la gente se sorprende: ¿Qué es esto?. Vengo a un taller sobre desarrollo y sobre incidencia política y me empiezan a preguntar por mi salud...

Es un abordaje que causa sorpresa. Pero funciona.

DUELOS NO PROCESADOS

Las manifestaciones sociales y políticas de los duelos no procesados no son tan inmediatas. Cuando una persona no elabora sus traumas, a los seis meses, a los dos o tres años, a la larga, se revelan consecuencias sociales. Las más frecuentes son la apatía, el aislamiento y la agresividad. Entendimos que existía una conexión estrecha entre tantos duelos acumulados y el comportamiento que hoy observamos en extensos grupos de gente que en Nicaragua repiten que “no quieren saber más de política”, que “no quieren meterse en nada”. Los duelos no procesados explican mucho del actual inmovilismo.

Cuando hay una cantidad de duelo acumulado se pierde la capacidad de comunicarse con

los demás. En quienes tienen cantidad de traumas personales sin resolver se disminuye enormemente la capacidad de comunicación, la capacidad de flexibilidad y de tolerancia, se ven afectadas características que son vitales para que un ser humano funcione adecuadamente. La falta de solidaridad que hoy lamentamos en Nicaragua tiene que ver con la pérdida de confianza de unos en otros. En este país se han promovido cantidad de programas de fortalecimiento institucional, en increíble lo que se ha gastado en talleres de fortalecimiento institucional. Pero el fortalecimiento institucional tiene su base en la confianza de unos en otros. Y cuando existe mucho dolor acumulado se pierde la confianza mutua.

En nuestro trabajo coincidimos con un antropólogo que también venía trabajando con pistas similares en el mundo rural y desde la cultura.

RAZONES CULTURALES

Descubrimos una de las principales razones culturales por las que la gente no procesa sus duelos. Y ahí fue donde le tocamos los pies al machismo cultural, tan enraizado en Nicaragua. Entendimos en la práctica diaria que la manera de expresar las emociones, que siempre tienen una repercusión fisiológica se aprende, y ese aprendizaje está basado siempre en la socialización genérica. No expresan igual sus emociones los hombres y las mujeres. Unos y otras han aprendido a hacerlo de diferente forma. Y sí he aprendido como mujer que la emoción que me está permitido expresar es la tristeza, porque hay un modelo femenino que me dice que las mujeres tenemos que ser sufridas, buenas y aguantadoras, me permite quejarme y llorar, también me estará permitido expresar culpa. Pero no me estará permitido expresar rabia. Porque de la mujer que expresa rabia se dice: Es una mujer muy arrecha, ¡parece hombre! Los hombres también aprenden a expresar sus emociones. A ellos sólo se les permite



expresar rabia, furia, incluso violencia... No pueden llorar, no pueden expresar miedo ni culpa ni tristeza. Y esta represión de sus emociones la pagan cara, tanto ellos como las mujeres que tienen cerca.

EMOCIONES

Nuestro trabajo nos ha obligado a profundizar en el Estudio de las emociones. Cuando uno está triste, uno no tiene triste una oreja o un pie, la tristeza recorre todo el cuerpo. Emoción quiere decir energía que se mueve. Por eso, cuando uno está con cólera se le pone rígido el cuerpo. Las emociones producto del duelo, que son la rabia, la tristeza, el miedo y la culpa, generan automáticamente cambios corporales. Con estos cambios, el cuerpo, que es sabio, a lo que nos está invitando es a que expresemos la emoción.

La emoción es una señal de que estamos vivos. Cuando siento tristeza por haber perdido algo o a alguien, la tristeza es seña de que estoy vivo. Cuando las personas aceptan el dolor, se dan el tiempo para digerirlo, cuando lo expresan y reflexionan sobre su dolor, la emoción sigue su curso normal, pero cuando no ocurre así, las emociones, que inciden en el sistema inmunológico, en el sistema neurológico, en el sistema circulatorio, en todo el cuerpo, provocan cambios fisiológicos en la presión, en la temperatura, en el proceso de asimilación de los alimentos y terminan por enfermarnos. Hay siempre una estrecha relación entre las enfermedades que padecemos y las emociones que reprimimos.

La perspectiva de género nos dio una pieza que nos permitió armar mejor el rompecabezas.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

En Nicaragua ya ha sido documentado, por ejemplo, que después de concluida la guerra de los años 80 se produjo un incremento de la

violencia intrafamiliar en las casas con hombres que habían participado en la guerra. Hombres que vivieron situaciones muy duras en el campo de batalla sin poder procesarlas ni poder expresar emociones, por el modelo de masculinidad aprendido, y que después, por la inhumanidad del sistema, pasaron de ser militares a ser desempleados, sólo encontraron en la violencia cauces para expresar su dolor. La agresividad y la violencia aumentaron en la postguerra porque ésta es la manera en que los hombres han aprendido a expresar sus emociones y a superar sus traumas.

Con más claridad sobre lo que estaba pasando y sobre lo que teníamos que hacer, nos preguntamos cómo sacar provecho a todos estos hallazgos en beneficio de la gente organizada en torno a proyectos de desarrollo. Un año y medio después del Mitch nos invitaron a un encuentro con los alcaldes de Nueva Segovia, Madriz y Estelí.

HISTORIA PERSONAL

Una de las preguntas que les planteamos fue: ¿Conocen ustedes las manifestaciones sociales de fenómenos como el Mitch?. La gran mayoría de los alcaldes dijeron que no. Esta realidad es grave y es chocante: en todos los proyectos de desarrollo, sean los grandes de la ONU o sea cualquier proyectito chiquito, siempre se incluye entre los objetivos algo que se ha puesto muy de moda: "empoderar a la población". Pero ¿cómo se empodera a una población que está traumatizada?.

En el encuentro con los alcaldes tratamos de que ellos entendieran cuáles eran los sujetos sociales con los que trabajan. Que entendieran por qué tantas veces la gente no quiere participar en su desarrollo, por qué no querían participar, por ejemplo, en la construcción de sus propias casas. A veces abunda esta queja: que la gente no quiere cambiar, que la gente no se interesa por el proyecto, que la gente no



quiere desarrollarse. Pero, ¿por qué la gente es así? Por el trauma. Por el dolor acumulado. Diciéndolo con un ejemplo muy sencillo: cuando a uno lo atropella un carro en la calle, uno no se levanta, se sacude y se va a trabajar. Lo menos que hace es contarlo, desahogarse, sobarse. Pues a Nicaragua no le ha pasado por encima un carro, le ha pasado el tren, ¡y varias veces!

Cuando dije a aquellos alcaldes que cada uno escribiera su historia personal y su río de la vida, encontré en estas historias una película que se repite por todas partes: me quemaron la casa, me tuve que ir exiliado a Honduras, me mataron a mi hermano... Esta historia personal, que tanto peso tiene en cada uno de nosotros, se sigue ignorando en los proyectos de desarrollo. La gran mayoría de las capacitaciones consiste en reunir a los líderes comunitarios para enseñarles herramientas con las que trabajar con la población. Pero, ¿quién es ese líder? ¿Qué saben los capacitados de la historia personal de ese líder? Ignorar la historia personal evidencia un modelo de capacitación del cual la izquierda no se ha liberado y que se basa en negar a la persona, negar lo individual, negar lo subjetivo, que concibe a la persona como un eslabón de la cadena de transformación que trabaja por un proyecto colectivo, siempre mayor.

En Estelí, tuvimos la oportunidad de coincidir en un proyecto que se llamó Formación de Promotores para el Desarrollo Local, donde pudimos converger varias instituciones. Trabajamos durante año y medio comunas 90 personas, promotores de 36 organizaciones. Trabajamos sus historias personales, les brindamos muchísimas herramientas para que la gente trabajara sus historias y también les dimos herramientas para que reflexionaran sobre la historia de Nicaragua y su cultura.

Éste es un desafío complejísimo, porque en 1990 para acá los nicaragüenses no hemos sido capaces de tomar una distancia crítica de la

historia que hemos vivido. Incluso los libros escolares se han cambiado ya dos veces y el resultado son textos tan ideologizados que no permiten a las nuevas generaciones tomar una necesaria distancia. Son libros que nos polarizan, que siguen reproduciendo los dos mismos bandos. Viendo este problema, también hemos hecho algún esfuerzo por elaborar algunos textos que ayuden a la gente a ver la historia de manera crítica. Hace poco estuvimos en Costa Rica trabajando con lo migrantes nicas allí, y observamos lo mismo. Hay tanto dolor acumulado en quienes sufrieron durante la revolución por estar en el bando de la Resistencia, y en quienes sufrieron por apoyar a los sandinistas y tuvieron que emigrar que esto les impide ver la historia con otros ojos y poder avanzar.

Todo esto nos llevó a otro tema: el tema organizacional. En Nicaragua, muchísimas organizaciones “quieren hacer operaciones de corazón abierto con machete”. En las organizaciones se quiere cambiar el mundo, pero al interior de las organizaciones no cambia nada y se reproduce un modelo superado y un estilo de liderazgo que impide cambiar cualquier cosa. Y es que los únicos caudillos de este país no son Daniel Ortega y Arnoldo Alemán. El caudillismo se reproduce en las organizaciones, en las ONGs, en todos los sectores de nuestra sociedad. ¿Tenemos organizaciones democráticas? Pero, ¿podemos tenerlas?. Hemos descubierto que cuando la historia personal aún duele tanto es muy difícil construir la democracia.

Hay en Nicaragua muchísimos esfuerzos.

PROYECTOS

A cualquier lugar a donde uno vaya, hay abundancia de proyectos. Podemos hablar de “una Nicaragua de los proyectos”. Pero, ¿por qué tanto esfuerzo no da frutos? En parte, porque abunda el activismo y se rechaza la teoría. Nuestro propio país es un país que cualquier universidad de Primer Mundo pagaría por venir



a estudiarlo. Sin embargo, los nicaragüenses no tenemos aún una teoría para nuestro propio país. Cuando uno trabaja con las organizaciones y les ofrece un folleto, todo el mundo se lo lleva, pero nadie lo lee. Y entonces estamos siempre volviendo a la realidad con las mismas herramientas de siempre, con herramientas que ya no nos sirven. Si Paulo Freire viviera y pasara por Nicaragua se asombraría y se lamentaría al ver cómo la educación popular se ha vuelto una cosa tan débil, un continuo papelógrafo—trabajo en grupo—papelógrafo—trabajo en grupo...¿Podremos nosotros cambiar nuestra realidad con esta educación popular y con estas organizaciones?

Aunque el fenómeno multiduelos no explica todo esto, explica mucho y afecta a casi toda Nicaragua. Quienes hoy promueven por todo el país procesos de desarrollo están en su mayoría afectados por situaciones traumáticas. Nuestra tarea ha sido convencer a quienes promueven proyectos de desarrollo que tienen que enfrentar este problema. Muchos suelen decirnos: ¿Para qué meternos en esto si basta con un taller de autoestima? Pero no basta. La experiencia nos ha demostrado que cuando les pedimos a los líderes comunitarios que hablen de su vida, al inicio muchos se sorprenden, pero después todos lo agradecen. Y eso les ayuda a entender y a avanzar.

CAMBIOS

Los cambios personales son clave para los procesos organizacionales. No puede haber cambios sociales sin cambios personales. Porque para cambiar personalmente hay que dar la batalla todos los días. Nuestra propuesta de acompañamiento a las organizaciones tienen actualmente cuatro grandes bloques. Un primer módulo es lo personal: ahí entra la crisis, los duelos, el estado de salud, el concepto de sanación, el estilo de vida, los hábitos de salud integral. Un segundo módulo es lo histórico—cultural: tratamos de entender cómo

nuestra vida personal está marcada por la historia de este país y por la cultura nacional, y explicamos cuántas estrategias disfuncionales hay en nuestra cultura y cómo se expresan. El tercer módulo es lo organizacional. Y el cuarto lo dedicamos al desarrollo. La práctica nos ha hecho evitar ver estos cuatro módulos como bloques separados y tratamos permanentemente de hacer las conexiones entre unos temas y otros.

Y en lo histórico—cultural damos espacio, dependiendo de las organizaciones, a la espiritualidad. Porque hemos encontrado que hay una gran cantidad de gente que en los años 80 encontró el sentido de su vida, su razón de ser, en la revolución, pero que acabada la revolución, no se identifica con ninguna religión o espiritualidad y experimenta por esto un profundo vacío de sentido. Es importante reivindicar la dimensión espiritual de las personas para lograr una mejor salud mental y corporal. Y también para un mejor funcionamiento de las organizaciones. Por eso trabajamos mucho con rituales como herramientas que cohesionen a los grupos.

SANACION

Al introducir el concepto de sanación personal en las organizaciones, les hacemos una radiografía de sus duelos y les explicamos cómo se elabora correctamente un duelo, con tres pasos que son sencillos: aceptar lo que me ocurrió, expresar lo que me ocurrió y reflexionar sobre lo que me ocurrió. Éste es el proceso correcto para curar un duelo. No resulta fácil. Si, por ejemplo, ésta es una sociedad que niega lo extendido que está el abuso sexual en las familias, los altísimos niveles de incesto con los que convivimos, si niega esta realidad y se niega a hablar de ella, ¿Cómo va a curar? Si en Nicaragua no hemos hecho aún una reflexión sobre los principales duelos políticos de este país, ¿cómo vamos a sanar? A menudo, cuando uno entra en las organizaciones a querer refle-



xionar sobre estas cosas, enseguida te dicen: ¿Es que usted quiere acabar con la organización? Se evita promover la reflexión, porque la reflexión supone separar lo bueno de lo malo, lo correcto de lo incorrecto. Y hay muchísima gente que viene del bando del sandinismo o del bando del antisandinismo a quienes les cuesta aceptar los errores cometidos, expresar esos problemas, reflexionar sobre ellos. Creen que aceptar, hablar y reflexionar son sana, sino que hace daño. Nuestro esfuerzo no ha sido otra cosa que brindar herramientas para que la gente inicie estos procesos de sanación personal y colectiva.

El proceso de sanar el duelo hay que empezarlo y hay que cerrarlo. Lo dicen todas las teorías. Pronto nos dimos cuenta que debíamos entrar a esto no sólo logrando que la gente hablara de sus pérdidas, sino haciéndole descubrir que hablar de sus pérdidas les iba a producir una ganancia. Descubrimos también ese enfoque que explica que cuando se produce un trauma se da un bloqueo de la energía que circula por el cuerpo y que hay formas para desbloquear esa energía.

Ha sido estudiado y comprobado que las personas que padecen el fenómeno multiduelos son personas que tienen mucha menos energía. La razón es sencilla: cada vez que un ser humano sufre y no procesa ese sufrimiento, lo primero que se restringe es su capacidad de respirar. Cada vez que sufrimos una agresión, el cuerpo reacciona, se encoge, se tensa. Y ese encogimiento y esa tensión tienen como primer efecto reducir la cantidad de oxígeno que entra al cuerpo. Y cuando la gente recibe menos oxígeno, dispone de menos energía. Los orientales lo saben hace milenios. Por eso la respiración está en el centro de muchas técnicas orientales.

En la medida en que la gente ya ha trabajado su estado de salud, vamos a la teoría y les explicamos cuál es el proceso de elaboración del duelo. Después, les invitamos a ir a su historia personal, que se puede abordar con el

método del río de la vida o con otros métodos. Hacemos mucho énfasis en la importancia que tiene mejorar las relaciones interpersonales para trabajar un duelo.

TALLERES

El módulo personal consta de tres talleres de dos días y medio, muy activos, muy lúdicos. La educación popular ha perdido también mucho de la alegría, del juego, de la risa. Y el juego tiene mucha capacidad de sanación. La sanación no tiene que pasar siempre por las lágrimas. Es importante brindarle herramientas al grupo, una y otra vez, hasta que la gente entienda que el poder de sanar está en ellos mismos, hasta que asuman la responsabilidad personal que tienen de sanarse.

El suicidio, cuyos índices en Nicaragua se han disparado, es una manifestación más del fenómeno multiduelos, pero no puede centrarse en el suicidio toda la reflexión. Hay otras formas cotidianas de no enfrentar los duelos, que son formas de suicidio más lentas, y que están más extendidas. El alcoholismo es un suicidio lento muy extendido en Nicaragua y en las organizaciones y nadie entra a reflexionar sobre este problema.

Las sociedades multiduelos corren el peligro de convertirse en sociedades con traumas intergeneracionales. Uno se lleva con los demás como se lleva consigo mismo, eso es de ley. Donde hay extensos grupos de población traumatizados, el trauma se traslada a la siguiente generación. Trabajar con el fenómeno multiduelos quiere decir también aceptar que los duelos también son colectivos. En Nicaragua, la revolución fue un fenómeno colectivo, pero la elaboración del duelo que significó la pérdida de la revolución ha sido un fenómeno individual. Y aún hoy encontramos en los talleres a mucha gente que diez, doce años después de 1990, tiene todavía atragantada la derrota electoral de aquel año.



Por nuestra experiencia de trabajo en el terreno pensamos que tenemos que hablar de ese pasado y de todo el pasado, que tenemos que hablar de la historia si queremos sanar.

DESAFÍO COLECTIVO

Y para sanar no se necesitan psicólogos. Muchas de las concepciones modernas de sanación nos dicen que se trata de un desafío colectivo. Se trata de reconocer que mi duelo, tu duelo, su duelo, son similares. Para sanar colectivamente es necesario un cambio cultural. ¿Por qué la gente no habla? Porque se somete a un mandato cultural muy fuerte que le dice que “los trapos sucios se lavan en casa”. En lo fundamental, la sanación tiene que ver con el proceso de asumir una responsabilidad personal. Significa que yo asumo la responsabilidad de mi vida, que asumo la responsabilidad de curarme. Y asumir esa responsabilidad tiene que ver con distanciarme del modelo de liderazgo tradicional que existe en este país y con la construcción de un nuevo modelo de liderazgo. Nada fácil. En Nicaragua, venimos de un modelo en el que los líderes lo son de la puerta de su casa para fuera. Izquierdistas fuera de su casa y dentro de su casa fascistas. Proponerse sanar personalmente pone en evidencia esta contradicción y nos asegura para el futuro un nuevo liderazgo con coherencia entre lo privado y lo público. En Nicaragua hemos tenido un modelo de liderazgo que genera problemas y no los resuelve. Son liderazgos que se nutren de la polarización política y la fomentan. Ése es un problema muy actual: que reciclamos a los líderes políticos y sociales y los líderes reciclan las ideas, y las organizaciones, por falta de capacidad o por cansancio, no saben cómo enfrentar a estos liderazgos.

EXPRESIÓN DE VIVENCIAS

Instamos a los líderes comunitarios a que revisen su estilo de vida. Porque hemos descubierto que, a pesar del montón de talleres de

autoestima, la gente sigue sin cuidarse a sí misma. Hemos ido a comunidades donde hace un calor insoportable y cuando preguntas a la gente si bebe bastante agua, la gente dice que no. Ni algo tan simple como este cuidado básico se tiene en cuenta. ¿Dónde comienza el desarrollo si no comienza en uno mismo?. ¿Dónde comienza el liderazgo si uno no les líder de sí mismo y da el ejemplo? Abunda el liderazgo hacia fuera, un liderazgo que ya no funciona, cuando lo que necesitamos es un liderazgo desde lo personal, líderes desde la propia vida, lo que resulta mucho más complicado que ser un líder que anda diciéndole a los otros lo que tiene que hacer y no lo hace él mismo.

En un taller que tuvimos con nicas migrantes en Costa Rica, en un grupo de 25 personas salieron a flote 60 enfermedades de tipo psicosomático. Allí, a todos los duelos que quienes emigraron se trajeron de Nicaragua se les ha sumado otro duelo: el de ser migrante. Descubrimos que fuera de Nicaragua la identidad nicaragüense duele, porque la contraponen con la identidad costarricense y el nica se avergüenza de ser nica. ¿Por qué? Porque tiene una visión negativa de su propia historia. Hablamos mucho con ellos del desarraigo y les decíamos que si querían construir dentro de sí mismos, que si querían construir esas organizaciones se tenían que enfrentar a reflexionar sobre la historia de Nicaragua, una historia que pudiera parecerles pasada, pero que está presente dentro de ellos mismos. Porque para el duelo no cuenta el tiempo cronológico, que es una manera de medir el tiempo, lo que cuenta es el tiempo psicológico, que transcurre en otros ritmos. Cuando una persona sufrió una violación, su cuerpo tiene memoria de esa violación. Cuando una persona sufrió abuso sexual a los cinco años, esa herida está presente aunque tenga treinta años. Puede que la haya olvidado para sobrevivir, pero estará presente de muchas formas: en pesadillas, en miedos, en la manera de relacionarse con los demás, en su salud.



Es fundamental saber que todas las vivencias dolorosas no trabajadas se expresan después no sólo en la persona, sino también en las organizaciones. Es erróneo ese consejo que se suele dar con frecuencia: cuando entres a trabajar, debes dejar fuera tus propios problemas. Y es erróneo porque es mentira, cada quién carga con su mochila personal a donde quiera que vaya. Y es también fundamental no ver los duelos y los traumas sólo en sentido negativo. Son fuente de experiencia y de sabiduría. De hecho, trabajar los traumas personales no es otra cosa que transformarlos en sabiduría para sí mismo y para los demás.

Las poblaciones multiduelos producto de un estrés permanente pierden su capacidad de tomar decisiones y de planificar el futuro. Por el exceso de sufrimiento vivido y no procesado. Pero cuando la gente habla de su historia, la asume y la reflexiona, ocurre algo que es fundamental para los seres humanos, algo que las capacitaciones tradicionales no logran: la gente encuentra sentido y significado a lo que ha vivido. Reconstruir el sentido de la historia nacional, de la historia personal, entender que, a pesar de todo, hay un sentido en lo que somos y en lo que hemos vivido es lo que nos permite avanzar en la vida. Pero eso sólo es posible si la gente dispone de una energía nueva.

En la medida en que uno se da permiso para trabajar la historia personal y se abre a esa posibilidad, en esa misma medida se reconstruye a sí mismo y también reconstruye el tejido social. Cantidad de proyectos tiene esa meta: “Reconstruir el tejido social”. Pero, ¿quién reconstruye el tejido social? Lo reconstruyen las personas. Esto nos conduce a analizar el modelo de desarrollo que estamos planteando en nuestros proyectos. Y si son realmente las personas el centro de los proyectos.

DESARROLLO INTEGRAL

¿Cómo hacer un enfoque de desarrollo que sea integral, que sea atractivo y que dé frutos?

Hemos descubierto la importancia que para conseguir esto tiene entender la unidad mente–cuerpo–espíritu. Desafortunadamente, los humanos hemos creado tres profesiones —psicólogos, médicos y religiosos— para atender una realidad que es una sola. Y es que somos uno: mente, cuerpo y espíritu. En el proceso de reconstrucción del duelo que proponemos hemos aprendido a trabajar con el cuerpo: recuperamos el baile, la música, hacemos tai–chi, hacemos meditación, hacemos ejercicios de relajación. Y lo hacemos con la convicción de que el cuerpo tiene una enorme capacidad de sanarse, tiene su propio potencial de reconstruirse. Hemos aprendido que cuando la gente habla de su experiencia personal y la asume y le comienza a hallar sentido a su vida, es más fácil que se proponga un cambio de hábitos y una vida más sana, y así empieza a liberar de muchos malestares corporales que la agobiaban. Trabajar con el cuerpo es una excelente herramienta para que la gente sienta que puede cambiar.

En el tema de desarrollo humano nos hemos casado con el enfoque del “Desarrollo a Escala Humana” del chileno Manfred Max Neef. Este autor ha formulado una matriz de necesidades humanas donde no sólo incluye las de subsistencia, sino también las de afecto, pertenencia, identidad, creatividad... Además, establece una diferencia entre satisfactores y compensadores. En Nicaragua, un compensador de la vida sexual es, por ejemplo, la prostitución. Pero la prostitución no es un satisfactor. Un *satisfactor* es un fresco de naranja y un compensador es un glu–glu. Es importante que las organizaciones reflexionen en lo que están promoviendo, si satisfactorios o si compensadores.

POBREZAS

Max Neef plantea también que no se puede seguir hablando de pobreza, sino que hay que hablar de pobrezas, y que la carencia crónica de cualquier satisfactor se convierte en Pobreza. Este enfoque nos ha ayudado a integrar lo



personal, lo histórico-cultural y lo organizacional, sabiendo que no podemos seguir separando el desarrollo personal y el desarrollo social. Para desarrollarse, Nicaragua necesita de un abordaje más integral de los problemas, que no terminamos de conocer ni de entender. Los proyectos de la cooperación internacional nos imponen criterios de liderazgo o participación ciudadana y la realidad nos está diciendo que son un fracaso. La realidad nos está convocando a una visión más integral. Lo que convence son los resultados.

Y hoy ya tenemos resultados. Empezamos trabajando con algunas organizaciones, ahora trabajamos con un conjunto, hasta 25 a la vez. Creemos mucho en aquello de la “masa crítica”: necesitamos un grupo mínimo de gente transformada para transformar las cosas. Basta con un grupo muy pequeño de gente dispuesta a hacer cosas muy grandes. Y a eso apostamos.





La creación de la categoría clínica *Trastornos de la Conducta Alimentaria*

Eugenia Gil García

Profesora Dpto. Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén.
Miembro Grupo de Investigación Estudios de las Mujeres (HUM 603).

Sesgos y limitaciones en el proceso de creación y difusión de la tecnología diagnóstica de la anorexia

La práctica anoréxica o restrictiva está inscrita en la cultura occidental al menos desde época medieval. Sin embargo, su consideración y visibilidad social han sido cambiantes. Hasta mediados del siglo XIX tuvo un interés subsidiario para la medicina, a partir de entonces pasó de ser un síntoma común a diversas enfermedades a ser una enfermedad en sí misma. Se inició así su proceso de medicalización, como sucedió con muchos otros aspectos de la salud y, muy especialmente, la salud de las mujeres (Smith-Rosenberg y Rosenberg, 1984; Castellanos, Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1990).

En el año 1873, dos prestigiosos médicos, el internista inglés William W. Gull (1816-1890) y el neurólogo francés Charles Lasègue (1816-1883), definieron sendas enfermedades propias de mujeres jóvenes que denominaron respectivamente, “anorexia nerviosa” y “anorexia histérica.” Para Gull, médico de buena parte de la nobleza londinense, la anorexia nerviosa era una enfermedad diferente a la inanición o a cualquier síntoma asociado a otras enfermedades orgánicas (tuberculosis o cáncer) que afectaba específicamente a

mujeres de la burguesía de edades comprendidas entre 16 y 30 años. Para Lasègue, codirector de la revista *Archives générales de médecine*, la anorexia era un tipo de histeria (“histeria del centro gástrico”) que afectaba a jóvenes burguesas. La denominación coincide, en ambos países, con la percepción generalizada de un aumento de las prácticas anoréxicas entre mujeres jóvenes y el tema constituía en la sociedad victoriana un asunto de debate (Brumberg, 1988).

El interés y las definiciones de los autores se insertaban en proyectos nosográficos más amplios. Gull pretendía establecer el diagnóstico diferencial de diversas entidades clínicas sobre la base de indicadores positivos. Lasègue, con el grupo de médicos alienistas de París que dirigía Jean-Martin Charcot (1825-1893), contribuía al estudio de la histeria, que entendían como una enfermedad neurológica, y sus distintas formas clínicas. Ambos daban relevancia a la edad, el modo de vida y las relaciones familiares y sociales en el origen y en el curso de la enfermedad. En las dos décadas siguientes, la denominación anorexia nerviosa se impuso, los criterios de



Gull fueron aplicados en la práctica clínica y el método el tratamiento en régimen de aislamiento se fue extendiendo (Brumberg, 1988).

Entre 1900 y 1940 se incorporan nuevas teorías para explicar y tratar la anorexia que responden a dos modelos teóricos diferentes: biológico y psicológico.

Desde la naciente endocrinología, Morris Simmonds (1855–1925), patólogo de la Universidad de Hamburgo, establece en 1914 la disfunción hipofisaria como nueva hipótesis causal de la anorexia y da un nuevo nombre al proceso: caquexia hipofisaria o pituitaria. El tratamiento, en consonancia, consistirá en resolver los déficits hormonales (Brumberg, 1988; Turón, 1997).

Sigmund Freud (1859–1947) estableció en la década de 1930 que el apetito era manifestación de la libido y relacionó, así, la práctica anoréxica o restrictiva con problemas sexuales no resueltos. Su visión tuvo gran influencia en generaciones posteriores tanto de médicos y como de pacientes (Brumberg, 1988; Castillo, León, López *et al* 2003). Freud incorporó la anorexia al grupo de los trastornos o conductas neuróticas y propugnó el tratamiento psicoanalítico para su curación.

Entre 1930 y finales la década de 1940, la medicina psicosomática se convirtió en un puente entre la concepción y el tratamiento biológico y psicoanalítico, aunque la categoría clínica se desdibuja y el diagnóstico se acaba aplicando a una amplia gama de procesos en los que existe rechazo a comer y que afectan a todo tipo de personas (Brumberg, 1988). En 1952, un comité de la *American Psychiatric Association* (APA), inicia proceso nosotáxico con el objetivo de desarrollar una clasificación de las enfermedades mentales. En su versión inicial (DSM I 1952) “reflejaba las concepciones que había en Estados Unidos en aquella época, influidas en particular por el empleo sistemático de la noción de *tipos de reacción* propuesta

por Adolf Meyer” (DSM III, 1987). Esta clasificación se convirtió en el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica, su nacimiento se insertaba en un proyecto estadístico iniciado un siglo antes con el objeto de crear una “nomenclatura uniforme de causas de mortalidad aplicables a todos los países” (Stucchi Portocarrero, 2004) (Cazau, 2005).

En 1965 se celebra un simposio en Göttingen, en él se reúnen diversos especialistas tratando de avanzar en la definición y especificidad de la enfermedad. Llegan a tres conclusiones básicas: la anorexia nerviosa está relacionada con los trastornos de la pubertad, se produce como consecuencia de un conflicto corporal y tiene una etiopatogenia y una clínica diferentes a los conflictos neuróticos (Turón, 1997; Martínez Benlloch, 2001). Estas conclusiones suponen centrar de nuevo la enfermedad en alteraciones de la conducta alimentaria que se realizan en una etapa vital, la pubertad, con el objetivo de mejorar el cuerpo. A partir de estas conclusiones diversos especialistas van definiendo la nueva categoría que, en 1980, veremos que adopta en el DSM-III el nombre de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).

La edición 1980 del DSM-III refleja importantes cambios metodológicos. El objetivo de esta nueva edición es desarrollar una clasificación que los autores definen como “ateorética”, que proporciona “criterios específicos” y un “enfoque descriptivo”; pretende ser “neutral respecto de las etiologías”. Cada trastorno mental es conceptualizado como un “patrón psicológico o conductual clínicamente significativo” (DSM III, 1987). La búsqueda de operatividad del DSM III se debe insertar en la dinámica que inaugura la Conferencia de Alma Ata en 1978 cuando lanza el lema “salud para todos en el año 2000”. A partir de entonces los objetivos de salud se concretan y cuantifican, y se definen programas y políticas sanitarias específicas.

No obstante para que el discurso llegue a los clínicos es necesario un proceso de difusión



de la tecnología diagnóstica. Esto ocurre a partir de 1980 cuando se incluyen los TCA dentro del DSM III, con ello se marcará las bases para la divulgación y difusión de lo que se constituirá más tarde como el problema social de la anorexia. La difusión de los DSMs favorece el interés de los investigadores, clínicos y epidemiólogos, a la vez que centran las líneas terapéuticas y el núcleo de los TCA en: el peso, la figura y los “pensamientos alterados” (Turón, 1997). Hay que tener presente que los procesos de difusión tecnológicos están vinculados a los cambios que deben recoger y simplificar las propuestas teóricas (Iañez Pareja y Sánchez Cazorla, 2003). Los cambios en la tecnología diagnóstica de la anorexia se ven impulsados por dos procesos paralelos. El primero de ellos es el interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) al promover la Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas de salud (CIE) con el objetivo de que todas las enfermedades tengan criterios de compatibilidad y, con ello, poder establecer correspondencias entre enfermedades. El segundo cambio se debe a la propuesta de criterios diagnósticos operativos para las enfermedades mentales que elabora la APA (DSM III, 1983).

El impacto del DSM III fue considerable y poco después de su publicación fue ampliamente aceptado en los EEUU como lenguaje común entre los profesionales de la salud mental e investigadores. A pesar de que en un principio fue diseñado para su uso en EEUU ha tenido una notable repercusión a nivel internacional.

En el DSM III la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se incluyen dentro de los Trastornos de la Conducta Alimenticia junto a la Pica y a los Trastornos de Rumiación en la Infancia. Todos ellos agrupados dentro de los Trastornos de la Infancia, Niñez y Adolescencia (TINA). Se establecen como síntomas esenciales de la anorexia nerviosa el miedo intenso a la obesidad, la alteración de la imagen corporal

y la pérdida significativa de peso así como amenorrea en las mujeres y el rechazo a mantener el peso corporal dentro de unos límites normales. La alteración no puede ser explicada por ningún trastorno somático conocido (DSM III 1987). La edad de comienzo se sitúa en la adolescencia y aparece de forma predominante en las mujeres “entre los 12 y los 18 años (grupo de edad de alto riesgo), una de cada 250 mujeres pueden desarrollar este trastorno” (DSM III 1987). En el DSM III se perfila a las mujeres jóvenes como grupo específico de riesgo. El peso corporal se constituye en un referente importante para el diagnóstico del trastorno, se fija en una pérdida del peso del 25% del peso original el límite para considerar que una persona sufre este trastorno. En esta misma clasificación se crea la bulimia como una entidad nosológica separada.

Siete años más tarde, en 1987, se edita la primera revisión del Manual con el nombre DSM III–Revisado en el que cambian los criterios diagnósticos. En esta revisión, los TCA se caracterizan por ser “grandes alteraciones” y la sintomatología esencial de la anorexia nerviosa consiste en el “rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de unos valores mínimos normales para una determinada edad y talla”, que no se especifican (DSM III–R 1992). En esta nueva propuesta se producen modificaciones importantes: a) se refuerza la idea de voluntad de la persona que padece la enfermedad que no solo manifiesta “miedo”, sino “rechazo contundente” a mantener el peso por encima de un valor mínimo y dan con ello la imagen de personas con gran fuerza de voluntad; b) se modifica el porcentaje de infrapeso que se requiere para el diagnóstico de la anorexia (si en el DSM III se precisaba bajar un 25% del “peso corporal”, en el DSM III–R se baja el porcentaje de peso para el diagnóstico a un 15%). Respecto a la bulimia, muchos de los patrones de diagnósticos se pueden dar tanto en mujeres como en hombres con obesidad.



Siete años más tarde se modifican de nuevo los criterios diagnósticos y en 1994, se publica una nueva revisión de los DSMs, el DSM IV (1995, edición española). Lo primero que llama la atención es que los TCA adquieren entidad propia, es decir, a partir de ahora aparecen dos categorías diagnósticas relacionadas con los trastornos alimentarios, por un lado los *Trastornos de la Ingestión Alimentaria de la Infancia o de la Niñez* que están incluidos en los Trastornos de Inicio en la infancia, la Niñez o la Adolescencia (TINA) y, por otro lado, los *Trastornos de la Conducta Alimentaria* que se encuentran junto a los Trastornos Sexuales y de la Identidad Sexual y los Trastornos del Sueño (DSM IV, 1995).

En 2002 aparece una nueva edición, DSM IV-TR, pero esta vez ya no se modifican los criterios diagnósticos de los TCA. Tanto en el DSM IV como el DSM IV-TR se recogen dos tipos de anorexia nerviosa: la anorexia nerviosa de tipo restrictivo y la anorexia nerviosa de tipo compulsivo. En la bulimia nerviosa distinguen la bulimia de tipo purgativo y la bulimia no purgativa. Las características esenciales de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa se mantienen con respecto al DSM III-R. La anorexia se caracteriza por “rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal y miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo” (DSM IV 1995). La bulimia se caracteriza por “atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso” (DSM IV 95). El DSM IV aporta algunas novedades destacables: Primero, se incluyen los tipos restrictivos y purgativos para cada una de las categorías. Segundo, el grupo de mujeres que está en riesgo de padecer anorexia nerviosa se amplía, sí en el DSM III y DSM III-R estaban considerados trastornos de la infancia y de la adolescentes (mujeres entre los 12 y 18 años), en el DSM IV la población que puede ser afectada de trastornos alimentarios se amplía a todas las mujeres (DSM IV 95).

Pero lo más significativo es que en esta clasificación aparece como novedad una nueva categoría diagnóstica: los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE). Se trata, al parecer, de una enfermedad exclusivamente femenina, pues se da “en mujeres” que cumplen los criterios pero el peso “esta dentro de los límites de normalidad” y “las menstruaciones son regulares” (DSM IV 2002). Con estos criterios se pueden diagnosticar a personas que tienen un peso entre los límites “normales”, que no tienen trastornos menstruales pero que han reducido su peso dentro de valores normales por procedimientos que se consideran inapropiados.

CONCLUSIONES

En este recorrido, podemos apreciar cómo los criterios diagnósticos de la APA, los más utilizados en medicina y psicología desde 1980 para diagnosticar la anorexia han sufrido importantes variaciones en muy poco tiempo: En 1980 la APA ha consensuado unos criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa que siete años más tarde modifica. El porcentaje de infrapeso que se considera patológico cambia, esto origina importantes repercusiones en la práctica clínica al permitir considerar a un mayor número de mujeres susceptibles de tener comportamientos patológicos. Posteriormente, en 1994, se amplía la categoría TCA al crear los “Trastornos del conducta alimentaria no especificado” (TCNE).

Todos los cambios que apreciamos, en tan pequeño periodo de tiempo, tienen dos características comunes. A saber, amplían la posibilidad para diagnosticar anorexia y/o bulimia y focalizan la atención de los trastornos alimentarios en las mujeres; al principio en las adolescentes y jóvenes y, posteriormente, a mujeres de todas las edades.

Los criterios diagnósticos de la APA muestran una excesiva simplicidad en su formulación



y en la definición de los cuadros clínicos. Parten de la creencia de que el diagnóstico de la anorexia y/o bulimia es un acto de conocimiento de una realidad objetiva y cognoscible que cambia demasiado en un corto periodo de tiempo. Las definiciones que se presentan son una apuesta biologicista, contraria a dos importantes corrientes de la psiquiatría, la psiquiatría psicoanalítica y la antipsiquiatría. En la descripción de las enfermedades mentales de los DSMs se eliminan conceptos y terminología propia de estas corrientes (Laurent 2004) y desaparecen conceptos psiquiátricos como psicosis, neurosis o perversión que son reemplazados por la “noción blanda” de *trastornos* (Rudinesco, 2000).

La apuesta biologicista de la APA se olvida de la subjetividad de los y las pacientes y son reduccionistas en la valoración de los procesos mentales (Guimón, Mezzich y Berrios, 1987). El profesional de la medicina se está convirtiendo

en un “empresario moral” de la sociedad que dicta lo que es normal o no y lo que hay que corregir para desempeñar las tareas y roles asignados socialmente (Rodríguez, 1981).

Creemos con Galimberti (1996) y Wilson (1993) que la mirada clínica que proponen los DSMs se focaliza en el cuerpo; en él se encarnan los síntomas que no se ven como la expresión de un malestar o de un desequilibrio inscrito en la trayectoria biográfica, sino como signos patológicos. Sustraen, de esta manera al cuerpo del significado simbólico y social que tiene y lo sitúan en una ambivalencia disyuntiva entre lo normal y lo patológico, separando al trastorno mental del marco social que lo produce. Los criterios diagnósticos de la APA se olvidan de que las conductas y actitudes que se constituyen en criterios diagnósticos son claramente factores psicosociales y, a veces constituyen principios morales (Martínez Hernández, 2000).



BIBLIOGRAFÍA

- CASTELLANOS, Jesús; JIMÉNEZ LUCENA Isabel y RUIZ SOMAVILLA, María José. La ciencia médica en el siglo XIX como instrumento de reafirmación ideológica: la defensa de la desigualdad de la mujer a través de la patología femenina. En: BALLARÍN, Pilar y ORTIZ, Teresa (edits). *La Mujer en Andalucía. I Encuentro Interdisciplinar de Estudios de la Mujer*. Granada: Universidad de Granada, 1990, p. 879–888.
- SMITH–ROSENBERG, Carroll; ROSENBERG, Charles. El animal hembra: puntos de vista médicos y biológicos sobre la mujer y su función en la América del siglo XIX. En: Mary Nash (edit). *Presencia y protagonismo. Aspectos de la historia de la mujer*, Barcelona, Serbal, 1984, p. 341–372.
- BRUMBERG, Joans Jacobs. *Fasting girls. The emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge: Harvard University Press, 1988.
- LE HEUZEY, M.F. Faut-il encore isoler les jeunes anorexiques mentales? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 2002, vol. 160, p. 327–331.
- TURÓN GIL, Vicente. Historia, clasificación y diagnóstico de los trastornos de la alimentación. En: TURÓN GIL, Vicente. *Trastornos de la alimentación. Anorexia, bulimia y obesidad*. Barcelona: Masson, 1997, p. 3–16.
- CASTILLO, M. Dolores; LEÓN, M. Teresa; LÓPEZ, Antonio; GALLO, M. Ángel; FERNÁNDEZ, Sebastián y MEDINA, José M. Concepto de anorexia nerviosa. Revisión histórica. En: León Espinosa, M. Teresa y Castillo Sánchez, M. Dolores. *Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Jaén: Asociación para la Formación Continuada en Ciencias de la Salud y Educación, 2003, p. 30–39.
- STUCCHI PORTOCARRERO, Santiago. *Historia de la Psiquiatría* [en línea] <http://www.galenonet.com/Psiq/hispsi.htm> [Consulta: 2/7/04]
- CAZAU, Pablo. Guía de Consulta DSM IV. Reseña histórica. [en línea] <http://www.galeon.com/pcazau/guia-dsm4-1.htm> [Consulta: 3/5/05].
- MARTINEZ BENLLOCH, Isabel; BONILLA CAMPOS, Amparo; DIO BLEICHMAR, Emilce *et al.* *Género, desarrollo psicosocial y trastornos de la imagen corporal*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer, 2001.
- DSM III. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1987.
- DSM III– R. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1992.
- DSM IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995.
- DSM IV–TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 2002.
- RODRÍGUEZ, J.A. El poder médico desde la sociología. *REIS*, 1981, vol. 14, p. 95– 112.
- IÁÑEZ PAREJA, Enrique y SÁNCHEZ CAZORLA, Jesús A. *Una aproximación a los estudios de ciencia tecnología y sociedad* [en línea]. <http://www.ugr/%7Eeianez/Biotecnologia/cts.htm> [Consulta: 19/05/03].
- LAURENT, Dominique. El deseo de estandarización masiva. *Le guerre des palotinos*. nº 42. [en línea] <http://www.ed.org.ar/default.asp?lecturas/psicoypoli/deldeseo.html> [Consulta: 2/6/04].
- RUDINESCO, E. *¿Porqué el psicoanálisis?* Buenos Aires: Paidós, 2000.
- GUIMÓN, J; MEZZICH, J. y BERRIOS, G. *Diagnóstico en psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1987.
- GALIMBERTI, U. La enfermedad: entre el cuerpo y el organismo. *Archipiélogo*, 1996, vol. 25, p. 11–4.
- WILSON, M. DSM III and transformation of American psychiatry: a history. *American Journal Psychiatry*, 1993, vol. 150, p. 399–410.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Ángel. Anatomía de una ilusión. El DSM IV y la biologización de la cultura. En: PERDIGUERO, Enrique y COMELLES, Josep M. (eds). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: edicions Bellaterra, 2000, p. 249–275.



El médico y el paciente como exploradores en una geografía de historias emergentes: hacia un nuevo paradigma clínico para las enfermedades crónicas

Clara Valverde

Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona.
(ad. Universidad de Barcelona).

I. Introducción

La inmovilización que existe en muchas enfermedades crónicas puede deberse, en parte, a cómo conceptualizamos el proceso de la enfermedad y a la relación clínica que es parte de esa conceptualización. El modelo lineal “síntoma–diagnóstico–tratamiento” utilizado actualmente, modelo en el cual se utiliza una relación clínica que está centrada en el médico y en la *enfermedad*, y no en el paciente y su *experiencia* de la enfermedad, está mostrando sus limitaciones(1). El tratar al paciente como un cuerpo, una máquina que reparar, y a la enfermedad como un proceso lineal, excluye la complejidad del cuerpo, del ser humano y de su relación con los demás. Actualmente, tal y como el sistema sanitario trata las enfermedades crónicas, los significados, la incertidumbre y todo aquello que puede surgir de la narrativa del paciente y del médico son sacrificados en aras de la búsqueda de una cura (para los síntomas o para la etiología), un objetivo excluyente y en muchos casos, inalcanzable en el que el médico se aferra a una falsa sensación de control.

El proceso de la enfermedad no es, en realidad, la interpretación mecanicista de lo que

ocurre en el cuerpo. Es un país, una cultura en sí, es la experiencia que tiene el paciente de la interacción entre los diferentes sistemas y los procesos de su cuerpo y de cómo la enfermedad afecta sus significados, su narrativa, sus acciones y sus interacciones con otros, incluido el médico (2). En el modelo lineal que se utiliza ahora, la biología se divorcia del ser humano y de los significados que éste da a su enfermedad. El enfoque del médico queda frenado por las limitaciones de un proceso secuencial y unidireccional de causa–efecto (3). En el pensamiento lineal causal de la medicina no hay espacio para el que vive la enfermedad con todos sus significados personales y culturales. El paciente no tiene importancia: sólo su cuerpo cuenta o, mejor dicho, una parte de un sistema de su cuerpo al que la medicina atribuye el desarreglo biológico de su condición.

Los médicos no están formados en cómo pensar desde una perspectiva compleja. Hasta ahora, el sistema sanitario ha fomentado un pensamiento simplista, con la falsa promesa, entre otras, de tener control, pretendiendo que se puede evitar la incertidumbre y el desorden que, sin embargo, son necesarios para



crear, con el paciente, un mapa de la enfermedad que no sea sólo en dos dimensiones.

En este modelo nuevo proponemos una relación clínica mediante el uso de la narrativa, por medio de la cual el paciente pueda ir explicando esa cultura, ese país que es su experiencia de la enfermedad y en la que el médico se pueda adentrar para explorar, y juntos dibujar un mapa más complejo del proceso de la enfermedad. Proponemos un modelo en el cual se exploren las interacciones entre los sistemas de cuerpo, entre el paciente y sus significados y acciones presentadas en su narrativa, entre el paciente y la narrativa del médico, y entre el médico, la narrativa del paciente y la suya. Así, en esa reorganización, se podrá ir descubriendo una visión más amplia de la enfermedad crónica, para que poco a poco, médico y paciente juntos, puedan ir cambiando definiciones e intervenciones.

2. Las enfermedades crónicas

La enfermedad llega a la vida del paciente de golpe o lentamente, interrumpiendo su biografía (4) y creando pérdidas, la principal, la pérdida de su confianza en su propia salud y en sus procesos corporales normales (5). La traición de esa confianza fundamental crea fuertes sentimientos de confusión, rabia y desesperación, llevando a una crisis la visión que el enfermo tiene de sí mismo y en su narrativa (6), ya que la persona se ve forzada a crear nuevas interpretaciones y significados a partir de lo que le está ocurriendo. La enfermedad ha absorbido todos los significados personales y sociales que el paciente tenía hasta ese momento.

El paciente hoy en día, se ve forzado a llevar a cabo este proceso, el de intentar crear e integrar nuevas interpretaciones y significados, sin ninguna ayuda del sistema sanitario (7).

El médico, hasta ahora, ha sido formado para reducir la *experiencia de la enfermedad* a sólo *enfermedad*, a sólo una posible alteración en la estructura biológica.

El sufrimiento, esa compleja mezcla de factores físicos, emocionales, psicológicos y sociales que invaden la experiencia que tiene el paciente de su enfermedad, no está contemplado por la medicina (8) pero está en el centro de la vida del paciente y de su narrativa. El que el sufrimiento sea central para el paciente pero no para el médico sabotea, desde el principio, la relación clínica.

El médico se empeña en llevar a cabo una búsqueda simplista y lineal del diagnóstico, cuantificando todo lo que él considera “objetivo” y, cuando cree haberlo hallado, dicta un tratamiento sin tener en cuenta el proceso, los significados ni la experiencia del paciente.

Todo esto conduce fácilmente al fracaso: si no se puede hallar un diagnóstico, se culpabiliza al paciente de ser “fingidor”, y si alcanza un diagnóstico pero el tratamiento no es llevado a cabo como cree el médico o no obtiene los resultados deseados por el profesional, también es “culpable” el paciente.

Médico y paciente pertenecen a culturas diferentes: el paciente está en una cultura en la cual lo principal es intentar integrar lo que ocurre en su cuerpo, su mente, sus emociones y su entorno, y el médico está en otra examinando, con microscopio, moléculas.

Pero las enfermedades crónicas, por el hecho de alargarse en el tiempo, nos dan la oportunidad de ir cambiando, lentamente, el paradigma clínico. Sobre todo las enfermedades crónicas invisibles, enfermedades emergentes y cuestionadas nos ofrecen el reto de crear nuevos modelos de trabajo con los pacientes.



3. La narrativa del paciente como territorio común

Para la tarea que tienen el médico y el paciente de ir trabajando con la enfermedad se necesita un espacio común, y ese espacio es el que se crea con la narrativa del paciente.

Pero el paciente ha sido, hasta ahora, un visitante sin voz en el mundo del médico(9). Sólo se le deja hablar para contestar a preguntas guiadas, protocolos y cuestionarios que siguen la lógica lineal y controlada del médico y no la realidad del paciente. En estas pseudo-conversaciones, el tema es el cuerpo y no la identidad del paciente ni su auto-definición o narrativa. (10)

El sufrimiento tampoco ha tenido espacio en lo dicho en la consulta, ya que cuando el paciente ha intentado verbalizarlo se ha encontrado con frases que lo trivializan y censuran, tales como “tranquílcese”, “no es para tanto” o “sea más positivo”.

El paciente, producto de una sociedad en la cual el médico ha tenido una larga historia de poder y de abuso de poder (11), para evitar conflictos e intentar recibir algo de ayuda, verbaliza sólo lo que se espera de él, utilizando conceptos aceptables y relevantes para el médico.

En su búsqueda, el médico utiliza una interacción organizada como un interrogatorio al que el paciente, por razones culturales, ya sabe responder dejando a un lado lo que realmente piensa y siente. (12) Teme no ser creído y ser etiquetado como “hiperfrecuentador” o “cuentista”, por lo cual no verbaliza muchos de los síntomas que podrían parecer extraños al médico.

Pero los dos, paciente y médico, están en una búsqueda. El médico busca un diagnóstico y un tratamiento, lo más rápido posible, para cumplir con su tarea, y el paciente, aunque tam-

bién necesita un diagnóstico y un tratamiento, desea éstos dentro de algo más amplio: un proceso en el cual pueda encontrar coherencia entre lo que ocurre en su cuerpo y en su vida. Hasta ahora el deseo del médico es el que ha prevalecido.

En un nuevo paradigma clínico, la narrativa del paciente será el centro de la interacción y del proceso ya que la narrativa del paciente es el puente entre el cuerpo y el mundo social.

El paciente, ayudado por las preguntas abiertas y neutras del médico, su empatía y su escucha acogedora, comenzará a explicar su experiencia de la enfermedad y, posiblemente, por primera vez, saldrá de los márgenes, donde ha estado relegado, y tomará el centro de la relación clínica.

Al ver que su voz es bienvenida, el paciente empezará a oírse y, él mismo, se sorprenderá por lo que dice. Comenzará a familiarizarse con los significados y las emociones que, sin darse cuenta necesariamente, han llegado a ser parte de su vida con la enfermedad y que han cambiado su historia.

Poco a poco comenzará a creerse, a dar importancia a sus síntomas, éstos síntomas que temía que el médico los viera como intrascendentes o extraños, y notará que su intuición es algo importante en este proceso y no algo que ocultar o de lo que disculparse cuando la comparte con el médico.(13)

En el proceso de crear su narrativa (posiblemente en varias visitas, aunque con el tiempo la narrativa va cambiando, por lo que es una historia en construcción), el paciente advertirá sus propios “nudos”, esos significados que le pesan particularmente y que él nota que le frenan en su viaje. Nudos tales como el de no valorar algunos de sus propios síntomas, la culpabilidad al verse forzado a cambiar sus roles y tareas, cómo esa culpabilidad ha determinado ciertos comportamientos, la sensación de inuti-



lidad y fracaso que culturalmente va ligada a enfermedades invalidantes y las acciones autolesivas que pueden resultar, etc.

Lo que el paciente entiende y lo que no entiende de su experiencia de la enfermedad salen a la luz y crean un nuevo mapa en el cual se pueden adentrar el paciente y el médico para explorarlo juntos.

4. El testigo empático

Para poder a comenzar a trabajar con la experiencia que tiene el paciente de su enfermedad el médico necesita abandonar el control y aceptar la incertidumbre y la complejidad inevitables del proceso. El médico necesita convertirse en un testigo empático de la experiencia existencial del sufrimiento del paciente. Con este enfoque empático, el médico puede comenzar su viaje por la narrativa del paciente un poco como si fuera un antropólogo. No es cuestión de ser un *voyeur*, de escuchar los detalles sólo por saberlos, ni de ser pasivo en la escucha. El médico necesita adentrarse en la narrativa del paciente, en su historia del impacto de la enfermedad, de sus síntomas, símbolos y de momentos claves con el objetivo de:

- a. Legitimar y afirmar la experiencia del paciente para que éste pueda abandonar la idea de que la enfermedad es un fracaso y pueda verla como un viaje; idea necesaria para poder seguir construyendo la narrativa desde su verdad.
- b. Manejar su propia incertidumbre con curiosidad.
- c. Oír los nudos que más hacen sufrir al paciente y los que el propio médico sospecha que frenan al paciente en la evolución de su experiencia.
- d. Intentar entender los significados que el paciente da a cada componente de su historia.
- e. Ofrecer al paciente la interpretación que hace el médico de lo que ha oído sólo como una interpretación más, aparte de la

del paciente, para que el paciente pueda cuestionarla o reconocerla.

- f. Solicitar al paciente más interpretaciones después del diálogo.
- g. Invitar al paciente a compartir sus ideas para poder ir deshaciendo esos nudos, esos “círculos viciosos” que desarrollan médico y paciente en la constante repetición de síntoma–tratamiento–síntoma–tratamiento.
- h. Ofrecer al paciente la idea de que vaya construyendo su propio modelo sobre el cual poder trabajar los dos y, con el tiempo y escuchando los dos la narrativa, notar que surgen posibles intervenciones y decisiones nuevas.

5. Exploradores y héroes

A medida que el paciente viaja a través de un nuevo paradigma clínico, va tomando confianza en sí mismo, en su narrativa y lo invisible se vuelve, poco a poco, visible. Su nueva identidad irá surgiendo a veces cambiante, a veces sorprendente, y a través de esta nueva identidad serán más evidentes para los dos, médico y paciente, las interpretaciones, interacciones y tratamientos más relevantes.

Porque en las enfermedades crónicas no se busca la cura, sino que se exploran y se hallan los pequeños pasos que llevan a pequeñas victorias, a una pequeña mejoría. Y cualquier cambio en una enfermedad crónica, por pequeño que sea, tiene un gran impacto (14). Los cambios en algún sistema del cuerpo que afectarán al resto del mismo de maneras que el conocimiento médico puede entender, o de maneras que aún están por descubrir y nombrar, pero que darán, al paciente, un alivio muy necesario.

Mientras la narrativa del paciente se va convirtiendo en el mapa con el cual se guían médico y paciente, éste último comenzará a sentirse más libre de los “no puedo” y “siempre igual” de las enfermedades crónicas.

¿Se puede estar enfermo y ser libre?



Los médicos que comienzan a trabajar con un nuevo paradigma clínico y los pacientes de éstos se convierten, a través de la exploración de un nuevo mapa, en héroes. Los médicos-héroes son aquellos que arriesgan a abandonar el control, a dejar de lado el miedo a un nuevo lenguaje y una nueva perspectiva, a dejar de ser protagonistas, y comienzan a aceptar la ambivalencia, el miedo, osando a compartir el sufrimiento del paciente.

Los pacientes-héroes son los que van más allá de la pseudoseguridad de un discurso que no deja margen para las dudas ni los sentimientos. Son los pacientes que se atreven a perder la figura del médico como el poseedor del saber y deciden tomar las riendas de la enfermedad, aceptando que hay incertidumbres y adentrándose en el viaje de mirar y reflexionar sobre los significados y el sentido de su enfermedad y de su vida.



BIBLIOGRAFÍA

1. Kleinman A. 1988. *The illness narratives: Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
2. Wilson T, Holt T, Greenhalgh T, Complexity science: complexity and clinical care. *BMJ*, 22 Sep 2001; Vol.323: 685-688.
3. Suchman A. Linearity, Complexity and Well-being. *Medical Encounter* 2002; 16(4): 17-19.
4. Bury M. 1982. Chronic illness as biographical disruption. "*Sociology of Health and Illness*". 4 (2), 167-182.
5. Conrad P. 1987. The Experience of Illness: Recent and New Directions. *Research in the Sociology of Health Care*, 6, 1-31.
6. Bülow P. 2003. *Making sense of contested illness: Talk and narratives about chronic fatigue*. Linköping: Linköping University Press.
7. Valverde C. 2005. Antes y después del diagnóstico. *Sensus de Enfermería*, número 13, julio 2005, Madrid.
8. Ware NC. 1992. Suffering and the Social Construction of Illness: The Delegitimation of Illness Experience in Chronic Fatigue Syndrome. *Medical Anthropology Quarterly*, 4 (6), 347-361.
9. Coulter A, Elwyn G. What do patients want from high-quality general practice and how do we involve them in improvement? *Br J Gen Pract* 2002; 52 (Supl.): S22-S26.
10. Fletcher J, Silva MC, Sorrell JM. Harming Patients in the Name of Quality of Life. In Diekelmann (Ed.), 2002, *First, Do No Harm: Power, Oppression and Violence in Healthcare*. University of Wisconsin Press, pp 3-48.
11. Hopkins-Kavanagh K. Forward. In Diekelmann (Ed.), 2002, *First Do No Harm: Power, Oppression and Violence in Healthcare*. University of Wisconsin Press, pp xiii-xv.
12. Mishler E. 1984. *The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews*. Norwood, New Jersey: Ablex.
13. Holt T. 2004. *Complexity for Clinicians*. Oxford: Radcliffe Medicine Press.
14. Kleinman A. 1988.



Referencias filosóficas en la obra de Lacan

Fco. Javier Zuazo Pérez

Médico psiquiatra.

Resumen

Jacques Lacan es conocido, y reconocido, como gran teórico y refundador de la teoría del psicoanálisis. El autor del artículo quiere señalar que su organización conceptual proviene también, o se enriqueció, de los conceptos de la filosofía, y de un intercambio con los pensadores y filósofos que él conoció. Este señalamiento se limita a apuntar las referencias filosóficas de autores señalados que han estudiado su obra.

“No veo por qué estaría yo destinado a que se añada expresamente mi nombre a la lista de filósofos, cosa que en absoluto me parece sensata” dice Lacan en el Seminario 17, temor que entiende aquél que, leyendo sus obras, ve un buen número de referencias de filósofos, y sabe que en su vida frecuentó a algunos de ellos. Y, además, este lector estaría tentado a creer que el autor es afín a las ideas filosóficas que cita, cuyo temor a esta creencia hace manifiesto Lacan, en el mismo párrafo antes citado: “no pueden imaginarse hasta qué punto se me atribuye un pensamiento. Basta que hable de alguien para que se considere que condesciendo”.

Sirva este artículo para dar fe de las veces que Lacan habla de algún filósofo o de algún pensamiento filosófico en sus obras, así como también de las que, en vida y según atestigua su biografía (escrita por Elisabeth Roudinesco), pudo intercambiar sus ideas con alguno de los pensadores.

Quizás, tras leer las referencias, veamos que fueron fuentes de las que bebió, o afluentes que le dieron caudal y se articularon en el extenso y abundante río que fue su obra. Pues, según la opinión de su biógrafa Roudinesco, “para Lacan, los filósofos que le precedieron fueron una serie de aproximaciones que condujeron a su sistema totalizador” (como para Aristóteles, los filósofos griegos anteriores a él).

Ya en su adolescencia, descubrió la obra de **Spinoza**, realizando un dibujo de su plano *Ética* que suspendió de la pared. Y, en la primera página de su tesis, inscribió en latín la proposición 57 del libro III de dicha *Ética*; presentaba el spinozismo como la única doctrina susceptible de dar cuenta de una ciencia de la personalidad, y por ello invocaba de este filósofo la noción de *paralelismo*: “el orden y el encadenamiento de las ideas es el mismo que el orden y el encadenamiento de las cosas; ya sea concibamos la naturaleza bajo el atributo de la Extensión o bajo el atributo del Pensamiento, encontraremos un solo y mismo orden...”

Y posteriormente leyó en alemán la obra de **Nietzsche**. Cuando escribió y publicó el caso *Aimée* abandonó su teoría *spinozista* de la personalidad y renunció a la fenomenología tal y como la transmitía el discurso psiquiátrico para convertirse a otro Husserl y a un materialismo hegeliano-marxista.



En 1933, interesándose en las apuestas de la filosofía de su tiempo, quiso obtener un certificado de lógica y filosofía general en La Sorbona; y de septiembre de 1933 a enero de 1934 se hizo “dar clases” por Pierre Verret, un estudiante un poco más joven que él: “eso se parecía más a un diálogo platónico donde las respuestas a las interrogaciones suscitaban nuevas preguntas; en esa mayéutica...”.

Aunque después, desde que hizo la tesis, descartó hacerse filósofo, volviendo al camino del análisis con la ayuda de una carta de François Tosquelles, y no habiendo recibido ninguna formación universitaria en filosofía, Lacan sí que tuvo la voluntad, desde 1933, de sostener una relación privilegiada con los mejores pensadores de su tiempo. Sus lazos personales, a menudo difíciles, con Koyré, Kojève, Corbin, Heidegger, Lévi-Strauss, Hyppolite, Ricoeur y más tarde Althusser y Derrida muestran suficientemente que, a sus ojos, todo relevo serio del freudismo debía pasar por una interrogación de tipo filosófico.

(Más adelante, en el seminario sobre “*El Banquete*”, cambiando su posición al respecto, liquidaba el discurso filosófico, que entonces lo consideró condenado a un callejón sin salida por el hecho mismo de la existencia del inconsciente).

En 1936 inicia su obra teórica: se interesa por el *estadio del espejo*, apoyándose en Henry Wallon, Alexandre Koyré (alumno de Husserl, y que pensaba que la ciencia moderna había acarreado una dramática desvalorización del ser) y Alexandre Kojève, filósofos contemporáneos; estos dos últimos se contaban entre los iniciadores, para los siguientes treinta años, de una “generación de las tres H” (Hegel, Husserl, Heidegger).

Alexandre Kojève escribió: “*Genèse de la conscience de soi*”, y Jacques Lacan fue oyente asiduo de su seminario de los lunes, donde Kojève hablaba del espíritu, de la conciencia de sí, del saber absoluto, del reconocimiento, del

deseo, de la satisfacción, de la conciencia desdichada o de la dialéctica del amo y del siervo.

Kojève, en 1920, tuvo su primera experiencia de negatividad: “pienso, luego «yo» no soy”; ¿Algo así como oponerse al “ser” de Buda y Descartes?: el uno frente al otro como “la ironía del cogito”, es decir, como el desafío de lo “inexistente” lanzado a la ontología del “ego”. Kojève hizo la lectura de Hegel de la famosa dialéctica del amo y del esclavo (cuya formulación retomará Lacan); a pesar de que confesará, aquél, que las cuatro primeras veces que se encarnizó en leer “*Fenomenología del espíritu*” no entendió una palabra.

En una sesión de su seminario dedicado al “*Banquete*” de Platón, Lacan contó una de sus entrevistas con Kojève. Este le dijo que todo el arte de Platón residía en su manera de ocultar lo que pensaba, tanto como revelarlo. Lacan le agradeció, también, que le hubiera iniciado en el filósofo **Hegel**.

En cada sesión del seminario leía algunas líneas del libro de la “*Fenomenología del espíritu*” escrito por Hegel. Otra cuestión fue la del “sujeto del deseo”: pues esta noción lacaniana proviene de la filosofía hegeliana, a la que Lacan tuvo acceso a través de la enseñanza de Kojève (1902–1968), y de los comentarios de Alexandre Koyré (1892–1964), sobre el cogito cartesiano.

Kojève refería este proceso: “*es en Hegel, donde el “yo pienso” de Descartes se convierte en el “yo deseo”, de donde nacerá finalmente el “yo deseo filosofar”. No hay que olvidar, sin embargo, que en el sistema de la filosofía cartesiana, el yo no se reduce al pensamiento, es decir, a la revelación adecuada del ser por la conciencia. El yo es también yo–voluntad, y es precisamente la voluntad la que es la fuente de error*”.

Kojève comentaba así el paso de una filosofía del “yo pienso” a una filosofía del “yo deseo”, a la vez que efectuaba una escisión



entre el je (lugar del pensamiento o deseo, y el moi (pronombre del caso terminal, y aislable), fuente de error. Y es que en las 80 páginas Manuscritas que realizó Kojève, se observaban 3 de los conceptos fundamentales que serán utilizados por Lacan desde 1.938: el yo (je) como sujeto del deseo, el deseo como revelación de la verdad del ser, el yo (moi) como lugar de ilusión y fuente de error.

Se aprecia, entonces, hasta qué punto fue determinante la enseñanza de Kojève, para la evolución de Lacan. Este le llevó a la lectura de la obra hegeliana, y lo inició en un modo oral de transmisión de saber. Algo resuena en Lacan de la teoría hegeliana del hombre histórico como sujeto anonanzador, y definido como sujeto de un deseo que su naturaleza misma condenaría a dejar insatisfecho.

En 1.936, Lacan y Kojève emprendieron la redacción conjunta de un estudio que debía llamarse: "Hegel y Freud: ensayo de una confrontación interpretativa: Génesis de la conciencia de sí, El origen de la familia, La esencia de la familia". Dicha redacción conjunta finalmente no se desarrolló.

No resulta pues anodina saber que la segunda gran refundición teórica efectuada por Lacan, que le llevó de una lectura ya freudiana de la psiquiatría a una lectura filosófica de la obra freudiana, tuvo como matriz original un proyecto de obra a dos voces en la que el "maestro hegeliano" integraba el saber de su "alumno" en un vasto conjunto fenomenológico centrado alrededor de una serie de interrogaciones "hegeliano-freudianas" relativas al deseo, al cogito, a la conciencia de sí, a la locura, a la familia y a las ilusiones del yo, refiere Elisabeth Roudinesco.

En su evolución posterior, se puede considerar que la postura lacaniana escoge colocarse entre dos orientaciones que se proponían volver a centrar la espiritualidad occidental: la de una filosofía de la experiencia del sujeto (como lo harán en Francia **Jean-Paul Sartre**

y Merleau-Ponty) y la de construir una filosofía del saber y de la racionalidad (Koyré, Cavallès, Canguilhem): como una nueva experiencia del sujeto y como tentativa de hacer valer una forma de racionalidad humana fundada en la determinación de un inconsciente freudiano). Lacan se encontró por primera vez con Sartre y Simone de Beauvoir en 1944; Jean-Paul juzgaba demasiado biologicista y mecanicista el inconsciente freudiano, oponiendo a éste su propio concepto de: mala fe, que lo definía como una pantalla engañosa que oculta procesos mentales que están atravesando la conciencia.

En cuanto al estructuralismo lacaniano, descansaba en la idea de que la verdadera libertad humana había nacido de la conciencia que tiene el sujeto de no ser libre, por el hecho de la determinación inconsciente. A sus ojos, eso era más subversivo que la creencia (sartreana, por ejemplo), en una posible filosofía de la libertad; así pues, discutía el texto de Sartre "A puerta cerrada", de 1.945.

La pregunta "¿qué es una mujer?" generó gran confusión metafísica entre los filósofos (hablando de **Simone de Beauvoir** y Sartre). Aquella escribió "El Segundo Sexo" en 1.949.

Heidegger: que rechazó el existencialismo sartreano en cuanto se fundaba en el "olvido del ser", como toda metafísica, frente al que hay que efectuar un gesto de "desvelamiento". Lacan, en su refundición levistrausiana de después de la guerra, se puso a abordar los textos de este autor, rechazando la filosofía sartreana de la libertad, en la época del "Discurso de Roma". Le tomó en préstamo la noción de "pesquisa de la verdad" que le parecía compatible con la noción freudiana de "desvelamiento del deseo", por otra parte, había un "ser-ahí" de la verdad incesantemente olvidado y reprimido, y que permitía al deseo "revelarse". La palabra heideggeriana introducía en el texto del "Discurso de Roma" una sospecha, haciendo de la existencia humana un abismo sin



fondo de una verdad que se dice en el error, en la mentira y en la ambigüedad.

Eugène Minkowski. Hizo la lectura de este autor. Y una reseña de su obra en 1.935: “*Le temps vécu. Etudes phénoménologiques et psychologiques*”. Recordaba Lacan que “él había aportado a ese campo una noción nueva, la de conocimiento paranoico”, que quizás le sirvió en sus posteriores desarrollos sobre la paranoia, y del yo como fuente de desconocimiento paranoico. Criticó la concepción fenomenológica de la época en psiquiatría, para oponer a ésta una nueva concepción de la “verdadera” fenomenología, la que, de Hegel a Edmund Husserl (1859–1938, filósofo principal de la fenomenología) y a Heidegger (el filósofo contemporáneo de la ontología), había transformado la historia de la filosofía.

Lingüística.— En 1.953 **Merleau-Ponty**, (que había escrito el influyente texto “*Phénoménologie de la perception*”, inspirándose Lacan en las páginas dedicadas a la alucinación como “fenómeno de desintegración de lo real”) había sido el 1° que había anunciado que podía sacarse una filosofía del “Curso de Lingüística General” (de Ferdinand de Saussure (1857–1912), fundador de la lingüística estructural en la que iba a basarse Lacan para su relevo de la obra freudiana), dentro de su pretensión de restaurar la antigua metafísica. Lacan había escuchado el mensaje (conocía dicho texto a través de la lectura de las obras de Delacroix), y a partir de una nueva reflexión sobre el cogito, iniciada en 1.949, se inscribía en el marco de una reutilización en dos tiempos de las perspectivas de la lingüística estructural. Después de haber efectuado en su “Discurso de Roma” un primer nexo entre el sujeto, el lenguaje y la palabra sobre un fondo de heideggerismo y de estructuras elementales del parentesco (texto de **Lévi-Strauss** que apareció en 1949), se había puesto a teorizar, de manera lógica, la cuestión de la relación entre el sujeto y el significante, renunciando entonces a toda ontología, o sea, a la búsqueda de los

fundamentos del ser. Lacan no avanzaba nunca en línea recta. No solo disfrazaba sus fuentes, sino que atribuía a Freud conceptos que eran los suyos propios.

Roman Jakobson (1896–1982). Lingüista que teoriza las modalidades del “desplazamiento” freudiano, articulando la metáfora con la semejanza, y la sinécdoque con la contigüidad; en 1.956 hace una tesis sobre ello. La menciona Lacan en 1.956 por primera vez, de la que hace un uso fecundo en 1.957, trasponiéndolo a la metáfora y la metonimia, en “*la instancia de la letra en el inconsciente*”.

El inconsciente lacaniano tenía la estructura de un lenguaje en el que el yo-sujeto (je) se definía como Shifter, según el término empleado por Jakobson, es decir, una unidad gramatical cuya significación es referencia al mensaje.

Será con su segunda lectura de la obra saussuriana, apoyada en los trabajos de Roman Jakobson, con la que Lacan se convertirá en un artesano de una escuela de pensamiento centrada en la ruptura con la fenomenología y la fundará en una concepción llamada “antihumanista” y “científica” del psicoanálisis. Además añadía un carácter de subversión donde volvía a encontrarse, a través de la teoría del sujeto “a” y del “yo paranoico de la civilización” el nietzscheísmo de la juventud.

En la segunda lectura lacaniana de Saussure breve reseña de éste hizo del *nombre del padre* un verdadero concepto, y no una simple función; temática retomada en una diatriba contra Bertrand Russell, en que identificará el rasgo unario con el nombre propio.

Significante: en cuanto a su teoría del significante, fue elaborada en dos tiempos. Entre 1949 y 1956, se basó en una lectura de los textos de Saussure dedicados a los signos lingüísticos, y en los de Claude Lévi-Strauss sobre la función simbólica (lo simbólico) en el contexto de una problemática heideggeriana de la verdad



ontológica. En un segundo momento, entre 1956 y 1961, Lacan partió de la tesis de Roman Jakobson, sobre los ejes del lenguaje, para dar un estatuto lógico a la teoría del significante.

La lógica de que el lenguaje pudiera ser una formación inconsciente estaba muy extendida entre los neogramáticos y los estructuralistas. Pero su concepción del inconsciente no era freudiana.

Pichon. Psiquiatra y psicoanalista, fue el primero en identificar, a partir de la lengua, una confluencia entre el lenguaje y el inconsciente; idea que sería retomada por Lacan. En 1.928, Pichon publicó su célebre artículo sobre la negación en francés; tomaba del discurso jurídico un adjetivo, lo “forclusif”.

Estadio del espejo: tomado del psicólogo **Henry Wallon** (1879–1962), que le había dado el nombre de “*la prueba del espejo*”. En 1.931 Lacan se la apropia para transformarla de cabo a rabo: Wallon se adhería a la idea darwiniana según la cual la transformación de un individuo en sujeto pasa por los desfiladeros de la dialéctica natural: en ese marco, la prueba llamada del espejo es un rito de paso que interviene entre los seis y ocho meses; permite al niño reconocerse y unificar su yo en el espacio, pasando de lo especular a lo imaginario, y de lo imaginario a lo simbólico.

También de este psicólogo había tomado las nociones de simbólico e imaginario, antes de la guerra; que en 1953, asociadas por vez primera a lo real, (que según Freud es la realidad psíquica, es decir, el inconsciente y sus fantasías conexas, y presenta una realidad comparable a la realidad material y tan constituyente) tomaban, pues, un valor diferente (la tríada R–S–I, concepto lacaniano).

Del surrealista **George Bataille**, uno de los principales fundadores y autores de ese movimiento, tomó sus reflexiones sobre lo imposible y la heterología, de donde sacó el

concepto de real concebido como un “resto”, después como “imposible”.

Inspirándose en **G. T. Guilbaud**, (amigo de Lacan, con el que se entregaba a largos ejercicios y juegos topológicos) y en la noción de “grupo cuaternario”, construyó los “cuadrípodos”: discurso del maestro, del histérico, psicoanalítico, del universitario.

Matemas del: Discurso Analítico. Discurso del Amo. Discurso de la histérica. Discurso Universitario.

Seminario de 1.969–1.970: “El Reverso del Psicoanálisis”, en que Lacan comentaba el “*Tractatus Logico-philosophicus*” de **Wittgenstein** (El “Sócrates” moderno, que seguía la lógica de los dichos). Dice éste: “aquello que no puede decirse debe dejarse en silencio”; esto se define como un “resto”; ahí Lacan incluye lo inefable y lo indecible. Ahí en la filosofía, está una especie de “no-todo”, que escapa al “todo” de la formalización. Se puede calificar de “relevo matemático” ese segundo momento de “relevo lógico” efectuado en 1965. Tras la lectura del “*Tractatus*” inventó el término *matema*. Fue la lectura de Wittgenstein, y la elaboración de las dos nociones de *matema* y *lalengua* los que llevan a Lacan en 1971...del decir al mostrar. “Lacan tomaba aquí la contrapartida a Wittgenstein: intentaba arrancar el saber a lo inefable para darle una forma íntegramente transmisible”.

Moverse en el mundo de la estricta cogitación, es necesario para leer el “*Tractatus Logico-Philosophicus*”: la idea de que el hecho es un atributo de la proposición bruta. “No hay sentido más que del deseo. Esto es lo que se puede leer después de leer a Wittgenstein”. Cita de Jacques Lacan. “*La operación analítica, por su parte, se caracteriza por adentrarse en este campo de una forma distinta de lo que se encarna, yo diría, en el discurso de Wittgenstein, es decir, una ferocidad psicótica, ante la cual la bien conocida navaja de Ockham, (el monje filósofo medieval que exigía el máximo de simplicidad en los*



argumentos) que enuncia que no debemos admitir ninguna noción lógica que no sea necesaria, no es nada”

“Por supuesto, no todo, porque el lenguaje muestra los límites, precisamente, de este término, que solo tiene existencia de lenguaje. Muestra que, incluso en el mundo del discurso, no hay nada que sea todo”. Ahí esta inscrito lo dicho por Wittgenstein.

Pierre Soury, filósofo al que consideraban sus contemporáneos tan importante como Wittgenstein, al que Lacan nombró más de treinta veces; escribió el libro “*Chaînes et noeuds*”.

Otros autores cuya obra filosófica conocía y citó Jacques Lacan:

Platón (El Banquete): del que hizo comentario durante un año, en su seminario del año 1960–1961. **Aristóteles**: al que había invocado su ética en el seminario de 1959–1960 dedicado a la “Ética del psicoanálisis”, para hablar de la de Spinoza, subrayando la ausencia de ontología en la obra freudiana.

A sus ojos la ética freudiana es una ética spinoziana: va en el sentido de una verdad del ser como despliegue del deseo.

Kant, imperativo kantiano (imperativo categórico). Apelaba a él para una operación de “superación” de la filosofía por el psicoanálisis. “Por eso he escrito Kant con Sade”. Había pues simetría entre el imperativo sadeano del goce y el imperativo categórico de Kant. “Sade es un teórico. ¿Por qué? Porque ama la verdad. No es que quiera salvarla, la ama”. Cita de J. Lacan. **Descartes** —Dasein —El Otro. Volvemos a “las cosas en sí”. ¿Significantes a los que Lacan dará otro uso?

Kierkegaard (el llamado filósofo de la angustia): ¿Qué es la verdad? La verdad es la subjetividad. La verdad es una incertidumbre objetiva, sostenida por un proceso de apropiación de lo más apasionado de lo interno. ¿De ahí sacará Lacan su idea del saber y la verdad? ¿La verdad del sujeto?

En el invierno de 1963 se volvió una vez más—contra la psicología—hacia la filosofía, con el advenimiento de una nueva generación filosófica alimentada de estructuralismo: **Michel Foucault, Louis Althusser, Gilles Deleuze, Jacques Derrida**. (Hay que recordar que ya en 1956 Georges Canguilhem denunció la invasión de la psicología en el saber universitario: “*Qu’est-ce que la psychologie? Una filosofía sin rigor—una ética sin exigencia—una medicina sin control*”).

El filósofo **Louis Althusser**, con quien tuvo una relación epistolar ambigua, hizo una exposición de la obra de Lacan frente a sus alumnos: “*Lacan lleva a cabo un combate impecable contra el humanismo, el cientifismo y el personalismo; por lo tanto, sus tesis son esenciales para nosotros; permiten pensar a Freud en términos filosóficos*”; aunque retrataba el estilo del maestro: “*si van ustedes a oírle hablar, verán toda clase de gentes en oración ante un discurso ininteligible para ellos; es el método del terrorismo intelectual*”. Redactando después un bellissimo artículo titulado “Freud y Lacan”, rindiendo un vibrante homenaje ala soledad spinoziana del personaje.

Jacques–Alain Miller terminaba filosofía cuando Althusser le propuso que leyera a Lacan. El Lacan leído por Miller era un Lacan en presente, despojado de su pasado kojéviano, surrealista y walloniano.





BIBLIOGRAFÍA

- Elisabeth Roudinesco y Michel Plon. *Diccionario de Psicoanálisis*. Ed. Paidós, 1998.
- Élisabeth Roudinesco. “*Jacques Lacan. Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento*”. Editorial Anagrama, 1995.
- Jacques Lacan. “*El Seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*”. Ed. Paidós, 4ª reimpresión, 1991.
- Jacques Lacan. *El Seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Ed. Paidós, 4ª reimpresión, 1991.
- Jacques Lacan. *El Seminario. Libro 17: El reverso del psicoanálisis*. Ed. Paidós, 1992.
- Joel Dör. “*Introducción a la Lectura de Lacan I (el inconsciente estructurado como un lenguaje)*”. Ed. Gedisa, 1994.
- Joel Dör. “*Introducción a la lectura de Lacan II (la estructura del sujeto)*”. Ed. Gedisa, 1994.
- Juan David Nasio. *Enseñanza de 7 Conceptos Cruciales del Psicoanálisis*. Ed. Gedisa, 1994.
- Richard Osborne y Ralph Edney. *Filosofía para principiantes I y II*. Ed. Era Naciente SRL, 1996.

Entrevista al Profesor José Guimón

Iñaki Markez
Oscar Martínez Azumendi

José Guimón Ugartechea (1943) se licenció en medicina en Barcelona en 1966 y fue Doctor el año 1970. Formado también en Suiza y Nueva York, donde continuó además como profesor. Profesor de Psiquiatría en la Universidad del País Vasco desde 1970 y Catedrático de Psiquiatría de la misma desde 1981. Catedrático de la Universidad de Ginebra desde 1993 a 2003, donde dirigió además, desde 1994 hasta el año 2000 los Servicios Psiquiátricos de aquel cantón. Fue Presidente de la Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría y miembro de la Comisión Española de Reforma psiquiátrica, igual que previamente participó en el programa de Reforma psiquiátrica del País Vasco. Autor de cerca de 30 libros y más de 200 artículos relacionados con las actitudes ante la enfermedad mental, la psicoterapia de grupo, pruebas biológicas en la psicosis, la desinhibición, la asistencia psiquiátrica, las comunidades terapéuticas, las instituciones psiquiátricas, etc. Un llamativo currículum de una persona que reúne una amplia formación y proyección psico y grupoanalítica —siendo miembro de la IPA—, neuropsicológica y, en los últimos tiempos también en el campo de la gestión clínica en la salud mental. Socio de AEN, desde los años 70 así como de otras asociaciones científicas.

PREGUNTA— Tras casi dos décadas como catedrático de Psiquiatría de la Universidad del País Vasco decidiste acceder a la cátedra en Ginebra, lo cual sorprendió en círculos cercanos ¿tuvo algún significado personal y profesional aquel cambio?

RESPUESTA: *En el País Vasco había realizado una carrera larga antes, sin cumplir los 50 años y los Servicios de la Universidad de Ginebra eran de los mejores de Europa lo que suponía un reto. Además me venía bien cambiar de aires.*

P— ¿Qué aspectos de tu perfil profesional y académico consideras tuvieron una mayor relevancia para acceder a la dirección de los servicios de salud mental de Ginebra? ¿No resultó raro que no fuera elegido un suizo?

R: *En lo académica conté la investigación en diversas áreas (biológica, dinámica y social) en España y Estados Unidos. En lo organizativo, la experiencia en la gestión pública y privada (la creación de la Fundación OMIE y del Servicio privado de AMSA). A la convocatoria se presentaron, además de psiquiatras de otras nacionalidades (inglesa, francesa, italiana, norteamericana, etc.), varios psiquiatras suizos. En Ginebra la Facultad de Medicina es abierta a profesores extranjeros y entre los catedráticos hay unos 15 extranjeros. Son personas que han demostrado ya lo que hacen en sus países y los fichan (tras informarse exhaustivamente en sus países de origen) en la edad de los cuarenta con lo que se ahorran su formación y, en general, el riesgo de lo inesperado. No es mala táctica si no se tiene tendencia a la endogamia como en otros países.*

P— ¿Cómo valoras el estado actual del Psicoanálisis? Aquí, en España y a nivel internacional. Parece que entre los sectores más jóvenes de quienes intervienen en el campo de la salud mental hay menos “vocaciones” que se



acogen a la psicoterapia y el psicoanálisis, y sin embargo el grado de productividad de las corrientes psicoanalistas es grande.

R: *En España, como en otros países europeos (Francia, Italia, etc) y sudamericanos, el número del candidatos a la formación es grande. En EE.UU el número de candidatos en las grandes Asociaciones clásicas disminuye pero no en otras variedades de psicoterapia analítica (de grupo, por ejemplo). Las indicaciones del psicoanálisis clásico (3 o 4 sesiones semanales por tiempo indefinido) se limitan hoy a algunas neurosis, trastornos de personalidad y trastornos borderline. Para otros trastornos no está indicado y además existen otros tratamientos medicamentosos y psicoterápicos no analíticos (aunque al final tienen muchas bases dinámicas) bastante eficaces. El público busca, como es lógico, ayuda rápida para sus dificultades y no tiene tiempo ni dinero, en general, para psicoanalizarse. En cualquier caso, el psicoanálisis personal sigue siendo indispensable para la formación de futuros analistas y recomendable para la de otros terapeutas.*

P— Mientras, las posiciones y divergencias entre psicoanalistas crecen por doquier resulta que tu, más pragmático, te dedicas a formar profesionales en gestión clínica e incluso has editado varios libros muy centrados en la psiquiatría comunitaria ¿Cómo encaja el psicoanálisis en esas práctica psiquiátrica?.

R: *Es verdad que hay divergencias entre los psicoanalistas pero, aunque lo que decimos sobre teoría es muchas veces diferente, nos parecemos mucho en lo que hacemos. La Psiquiatría comunitaria se forjó en los años 60 sobre bases psicoanalíticas y sociales y ese continúa siendo el modelo de referencia para la Asistencia psiquiátrica, aunque con algunas modificaciones. Como administrador clínico, he tenido bastante experiencia en planificación en España y en Suiza y he publicado esas experiencias en algunos libros en EEUU, Francia y España. Desde la Fundación OMIE intento, con otros compañeros (sobre todo Eduardo Sota) transmitir esa experiencia a otros colegas que tienen responsabilidades de gestión en España y Sudamé-*

rica. Estamos desde hace 4 años construyendo un programa que tiene buena aceptación.

P— La medicalización de la práctica en la salud mental, o mejor la hegemonía de los psicofármacos está siendo determinante. El positivismo y empirismo que la APA plasma en la DSM, tomado como catecismo de los profesionales, está favoreciendo también un mayor “biologicismo” entre los psiquiatras, mientras que, curiosamente, en atención primaria cada vez hay más profesionales que están psicologizando su práctica. ¿Qué opinas al respecto?.

R: *El progreso de la Psiquiatría biológica ha sido muy importante, aunque decepciona darse cuenta que seguimos sin tener marcadores biológicos de nuestros trastornos. El avance de la Psicofarmacología también ha sido grande, pero, tras el descubrimiento hace ya medio siglo de los principales medicamentos, las novedades han sido modestas porque se ha logrado mejor tolerancia pero no mucha más eficacia. Es lamentable que los psiquiatras jóvenes abandonen la atención psicoterápica de los pacientes en otros profesionales, pero se comprende, porque en la mayoría de los países su número es escaso y tienen que dedicarse a actuar de bomberos para apagar incendios sintomáticos. La especialidad así es poco atractiva porque en los conocimientos biológicos tampoco son tan competentes como los neurobiólogos, que provienen en general de campos como las Ciencias Físicas o Químicas más que de la Medicina. Tras un aumento de las vocaciones hace dos o tres décadas, han empezado a disminuir desde hace 15 años, al darse cuenta los residentes que acaban siendo poco expertos en cualquiera de esos campos, con la consiguiente crisis de identidad.*

P— Hay autores que insisten en el error de considerar al enfermo mental como persona irresponsable ¿Qué opinas de la responsabilidad pública de los pacientes mentales respecto de sus actos? ¿Deben responder, por ejemplo, penalmente si llega el caso? ¿Cuáles serían los límites de esta responsabilidad?



R: Los pacientes mentales delinquen menos que la población general. Son, por ejemplo, menos agresivos, pero es cierto que su agresividad es menos previsible. Sin embargo, la supuesta peligrosidad de los locos está en todas las bocas, sobre todo en los medios de comunicación, lo que contribuye a aumentar su estigma. En cualquier caso es cierto que algunas psicosis disminuyen la capacidad de juicio y por tanto la responsabilidad penal de los pacientes. Todos estos problemas son muy importantes y no han sido suficientemente debatidos en España en el contexto de los Derechos Humanos de las minorías desfavorecidas.

P— Tu has sabido combinar la psiquiatría académica proyectada a través de la cátedra en la universidad con la psiquiatría asistencial, pública o privada, a través de tu intensa actividad clínica, pero ¿no crees que en ocasiones se enfrentan entre sí? En alguna ocasión se han presentado como antagónicas y eso ¿podría crear problemas a la hora de crear nuevos programas de intervención?

R: Yo soy un psiquiatra general, con un tipo de formación pluridisciplinar a extinguir y naturalmente no soy ya un experto excelente en todos esos campos. Nadie puede ser ya suficientemente competente en todos ellos. Los profesionales que se dedican a la investigación se alejan naturalmente de la clínica diaria y los psiquiatras prácticos es difícil que estén bien informados de los avances científicos. En el futuro, sin embargo, será necesario que haya psiquiatras generales capaces de comunicar con los médicos de familia y con los superespecialistas.

P— Participaste en los más importantes procesos de reforma asistencial en los años 80 y seguro que entonces imaginabais ilusionados un panorama asistencial esperanzador como resultado. Veinticinco años después, ¿qué valoración haces de lo conseguido? ¿Qué ha merecido la pena y en que no se ha alcanzado aquello idealizado?

R: La Asistencia psiquiátrica ha mejorado notablemente en el mundo occidental y en España. En

el País Vasco tomamos en aquel momento la delantera, pero actualmente ha habido un frenazo, con un desencanto importante de los profesionales y un triunfalismo no justificado de los políticos.

P— Habiéndose diluido ese tipo de objetivos y entusiasmo asociado, junto a la alta competitividad existente, ¿Cómo crees que puede eso incidir sobre el sentimiento de pertenencia e identidad como grupo de los nuevos profesionales?

R: Las fronteras entre las profesiones de la salud mental se han difuminado en exceso y la consideración de la Sociedad hacia los psiquiatras se ha deteriorado lamentablemente.

P— Mientras algunos profesionales de cierto renombre han ido abandonando la AEN, tu has permanecido fiel a la misma. ¿Qué es lo que te ha hecho mantener tu entusiasmo como socio? ¿Cuál es tu opinión sobre el papel de la AEN en el panorama asociativo y profesional actual?

R: La AEN sigue facilitando el crecimiento de psiquiatras “progresistas” (uso ese término, aunque no me gusta, porque no encuentro otro); se interesa más que otras asociaciones en la Asistencia psiquiátrica; organiza actos en los que los socios participan muy activamente en vez de dedicarse al turismo y edita una Revista de buena calidad. A pesar de que soy excesivamente poco activo en Asociaciones, pertenezco también a otras.

P— ¿Qué opinas de la Psiquiatría basada en la evidencia (o mejor dicho en pruebas)? ¿Crees que se puede hacer ciencia desde los condicionantes actuales de la práctica psiquiátrica o psicológica.

R: La Psiquiatría basada en las pruebas está haciendo progresar a la Psiquiatría como Ciencia, pero la excesiva insistencia en la existencia de “estudios controlados” para recomendar determinadas intervenciones terapéuticas tiene algunos inconvenientes. El primero es que favorecen un



sesgo respecto a las intervenciones psicosociales (cuya eficacia es difícil de someter a pruebas) en comparación con los tratamientos biológicos, (más fáciles de evaluar). Los estudios controlados prueban rara vez que un tratamiento es “perjudicial”, pero no es lo mismo “tratamiento ineficaz” que tratamiento de cuya eficacia no existen todavía pruebas. Por otra parte, las intervenciones biológicas son fáciles de replicar por casi todos los psiquiatras del mundo, pero demasiado frecuentemente los ensayos sobre la eficacia de un medicamento se centran sobre pacientes muy seleccionados y no sobre los que se ven en la práctica diaria (con abundantes diagnósticos dudosos, comorbilidad, etc.). Por otra parte, la duración de los tratamientos es frecuentemente demasiado corta, no se publican los resultados negativos y los datos de los sujetos que abandonan. Finalmente, últimamente se ha criticado con razón la excesiva influencia de las empresas farmacéuticas sobre los investigadores y sobre las revistas científicas. Por su parte, en las intervenciones psicosociales las investigaciones con frecuencia utilizan técnicas muy sofisticadas, difíciles de reproducir.

P— En relación con otro aspecto en boga actualmente ¿Cuáles es tu posición respecto a los desarrollos de la Bioética aplicada a la psiquiatría? En los contextos actuales de trabajo en psiquiatría ¿Crees que es posible ser ético? ¿De qué tipo de ética estamos hablando?

R: El filósofo Gianni Vattimo, paladín de la llamada Filosofía débil (a quien, con Ortiz Osés, hemos invitado a hablar en Bilbao en noviembre, define la Ética como “Caridad” (en el sentido de altruismo) más “código de circulación”. Diego Gracia distingue entre Ética y Deontología. Para mí el principal problema ético que tenemos con los pacientes es el respeto de sus derechos humanos, de la confidencialidad, de la libertad de oponerse a tratamientos que les recomendamos, de proponerles (dentro de la eficacia) las técnicas menos restrictivas de su libertad.

P— En la página web de OME–AEN planteamos la pregunta. “¿Tiene sentido en el siglo

XXI defender el modelo asistencial comunitario en salud mental?”. ¿Cómo responderías y porqué?

R: El ser Humano nace (por ahora) en una familia; se desarrolla en el contexto de diferentes grupos humanos; vive luego más o menos inserto en una Comunidad. No es posible por lo tanto abordar su sufrimiento psíquico sin tener en cuenta sus redes sociales y la Comunidad. La Psiquiatría tiene que seguir siendo comunitaria, pero no debe ser forzosamente readaptadora. Creo que a veces no respetamos lo suficiente el deseo de algunas personas de ser marginales, “electrones libres”.

P— Hace tres años finalizaste una serie de cinco volúmenes sobre salud mental relacional. No te centrabas en el psicoanálisis o en la clínica en general sino que abordas en profundidad variadas cuestiones ya apuntadas en los propios títulos de los libros: “Clínica psiquiátrica relacional”, “Intervenciones en psiquiatría comunitaria”, “Los profesionales de la Salud Mental”, “Los prejuicios contra la psiquiatría”, “Salud mental relacional”, etc., sin olvidar no pocas reflexiones sobre los derechos de los pacientes. ¿De dónde surge la inspiración para esa pequeña colección?

R: Es la condensación de mi experiencia clínica y de psiquiatra administrativo, adquirida en unos años en los que lo comunitario y lo relacional han sido prioritarios. Sentía que el biologismo imperante es excesivo y pretendía condensar esos aspectos que mencionáis, destilando lo que a mi modo de ver hay de provechoso en lo relacional. La verdad es que la colección no ha tenido en España mucho éxito de venta (es decir, de difusión) al revés de alguna otra obra mía. En cambio, las ediciones inglesa y francesa se difundieron bastante bien.

P— Sin embargo, otros temas, también “comunitarios”, como la cuestión de las drogas, la violencia, la inmigración, las guerras, la marginalidad en general, han sido escasamente abordados. Pudiera parecer que lo que se relaciona más con aspectos de la llamada psiquiatría



social, más allá de la enfermedad mental, no estaba en tu agenda.

R: *No es que ni, me interesen, claro. Pero tengo menos experiencia en esos temas, que han sido muy bien abordados por otros compañeros*

P— En tu último libro (“La desvergüenza, del pudor a la obscenidad”, 2005), además de en otros artículos en prensa y revistas especializadas, abordan cuestiones como la desinhibición y la desvergüenza en sus diferentes manifestaciones (pornografía, erotismo, moda, política, arte,...) desde el punto de vista de la psicología, psicoanálisis, sociología y biología, a la vez que analizas el influjo de sus mensajes a través de los medios de comunicación. Tratas la desvergüenza como un comportamiento patológico que interesa a muchas personas en nuestra sociedad pero ¿no tiene también que ver con nuestras ideas preconcebidas en función de la educación recibida?

R: *Claro que sí; de ahí por ejemplo que digo que “la pornografía de hoy será quizás el erotismo de mañana”. Pero hay algunos factores biológicos que no varían en cuanto a la vergüenza, la inhibición y sus contrarios y que condicionan enormemente nuestro comportamiento.*

P— El arte y la literatura han sido para tí motivo de estudio desde hace muchos años. Tú has escrito sobre la obra y vida de ilustres de las artes y la cultura (Dalí, Rimbaud, García Lorca, Pío Baroja, Wilde, Byron, Baudelaire,...), no sólo desde las aportaciones del psicoanálisis a la literatura, (“Psicoanálisis y literatura, 1993), sino aunando la medicina y el humanismo, aprovechando obras de pintores, cineastas y literatos (como Pío Baroja en el discurso de ingreso a la Real Academia de Medicina del País Vasco, 1990) para indagar en las reacciones humanas. ¿Esto es una técnica de acercamiento a la realidad o son tus válvulas de esparcimiento expresadas literariamente? ¿A qué se debe este interés?

R: *La verdad es que son principalmente modos de esparcimiento. Procuro acercarme a esos temas con el máximo de respeto y de prudencia porque el “Psicoanálisis aplicado” es arriesgado y el practicarlo con un lenguaje de divulgación puede ser abusivo.*

P— Con ocasión de la entrega de “La gaviota de oro” de la Gran Enciclopedia Vasca en 2003, tu discurso versó sobre “Universidades Vascas y globalización”. ¿Cómo resumirías tu opinión en este aspecto?

R: *He resumido lo que pienso sobre ese y otros temas vascos en un artículo más largo (“Veinte años después”) en un número reciente de la Revista Internacional de Estudios Vascos. El País Vasco ha progresado mucho económicamente, pero menos cultural y científicamente. La Universidad se ha masificado y burocratizado. Los políticos no se han interesado lo suficiente en ella y hemos pasado a ocupar un lugar muy retrasado en los ranking de excelencia españoles, para no hablar de los europeos.*

P— Y para finalizar, teniendo que agradecerle muchos de los profesionales de nuestra generación las opciones formativas que posibilitaste, ¿qué aconsejarías a las generaciones más jóvenes que se acercan al mundo de la salud mental?

R: *Que se informen críticamente leyendo y viajando, para lo que durante muchos años seguirá siendo importante conocer el inglés. Que se conozcan mejor interiormente, para lo que es conveniente alguna experiencia de terapia personal. Que tengan capacidad de frustración y de soportar la ambivalencia porque nuestra disciplina seguirá sin ser ni clara en sus conceptos ni muy eficaz en sus tratamientos. Que recuerden siempre que, pese a las limitaciones de relumbrón social o de beneficio económico, la Psiquiatría sigue siendo una de los trabajos más bellos que existen.*





José Guimón, Oscar Martínez Azumendi e Iñaki Markez,
en una reciente visita a Agustín Ibarrola.



Caso Clínico

“Trastorno bipolar en la infancia: a propósito de un caso”

Aranzazu Fernández Rivas

Psiquiatra. Jefe Sección Infanto-Juvenil. Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao

Esther Fernández Martín

Residente de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao.

Maialen Arístegui Aguirre

Psicólogo. Servicio de Psiquiatría Hospital de Basurto. Bilbao.

Miguel Ángel González Torres

Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital de Basurto. Bilbao.

PALABRAS CLAVE:

Trastorno Bipolar, Niño, Adolescente

KEY WORDS:

Bipolar Disorder, Child, Adolescent

CASO CLINICO:

Se trata de un varón de 12 años de edad que reingresa en la Unidad Infanto-Juvenil del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Basurto remitido por su psiquiatra de referencia.

No antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

Como antecedentes personales reseñar que es el menor de tres hermanos. Su madre había fallecido hacía 5 años. Nueve meses previos a este ingreso el paciente y sus hermanos fueron internados en un hogar funcional pero al ser difícil su contención se procedió a separarlos en tres hogares diferentes cuatro meses más tarde.

Como antecedentes psiquiátricos personales el paciente había comenzado a recibir tratamiento ambulatorio un año antes debido a problemas de conducta. Desde hacía seis meses seguía pauta con Olanzapina (5mg/día) con cumplimiento irregular hasta su primer ingreso en la misma Unidad tres meses antes del ingreso actual. Ese primer ingreso fue motivado por la conducta trasgresora, opositora e incluso amenazante del menor, que hacía imposible su contención en el hogar funcional. Al alta fue diagnosticado de Trastorno Disocial con indicación de mantener la pauta de Olanzapina y el tratamiento psiquiátrico ambulatorio.

Se desconocen datos de la familia del menor (incluidos antecedentes psiquiátricos) salvo que reciben ayudas económicas de los Servicios Sociales, quienes han constatado la insuficiencia de cuidados emocionales y físicos del paciente y sus hermanos por parte de su padre.



La situación de descompensación que motiva este segundo ingreso comienza de modo agudo dos semanas antes. El paciente presenta un estado de alerta, hipervigilante, trasgresor, con alteraciones conductuales severas tanto en el hogar como en el colegio. Presenta cambios bruscos de ánimo y conducta (“pasa de estar gritando, agresivo a estar calmado y tranquilo”). Comentan que es como si tuviera momentos de exaltación—excitación con otros posteriores de tranquilidad y calma. Previamente al inicio de este cuadro refieren estabilidad sintomática por lo que se había decidido disminuir la dosis de Olanzapina. Se sospecha además el cumplimiento irregular del tratamiento del menor durante los permisos de fin de semana a su domicilio familiar. No consume alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Al ingreso el paciente se encontraba consciente, orientado en tiempo y espacio. Contacto demandante de atención y afecto. Eutímico el día del ingreso, aunque presentó hipertimia e irritabilidad durante algunos otros días durante el ingreso. Sin ansiedad manifiesta. Refería varios episodios de “muchas energía” (“como loco”) y exaltación en los que manifestaba realizar intensa actividad física sin cansarse ni percibir el riesgo, lo cual sorprendía a su entorno: “sentirse con mucha energía es que te lo pasas muy bien, haces muchas cosas (jugar al fútbol, saltar bancos), puedes hacer de todo y no te cansas, estás contento, ...de tanta energía que tengo pienso en pocas cosas,... tengo ganas de hacer muchas cosas (leer, jugar, bailar, cantar...) ...hay más energía de lo normal”. Los educadores referían que además presentaba otros momentos en los que se encontraba irritable—disfórico, opositor, trasgresor, reaccionando con descontrol y agresividad intensa ante mínimas frustraciones. Dificil contención en dichos momentos. Refería momentos en los que se sentía “aplanado” (tras ceder la clínica de exaltación) pero no claramente hipotímico. Presentaba dificultad de conciliación del sueño e hiperorexia durante los periodos de exaltación—irritabilidad.

La duración de estos episodios era de 2–3 días, máximo 5 días.

La exploraciones médicas complementarias (ECG, HRF, Bioquímica de sangre y orina —incluidos cortisol, hormonas tiroideas—, drogas de abuso en orina, TAC craneal) resultaron normales.

Se realiza diagnóstico de Trastorno Bipolar I, Episodio Maniaco único, grave, sin síntomas psicóticos, y se añade al tratamiento previo (Olanzapina), sales de Litio. El paciente rápidamente se estabiliza y es dado de alta.

Discusión

El caso clínico que presentamos cumple criterios DSM–IV–TR para episodio maniaco. Sin embargo esto no es tan habitual en la infancia y la adolescencia, épocas de la vida en las predominan los episodios mixtos y los cicladores rápidos.

En la actualidad se está llevando a cabo un intenso debate respecto a los criterios diagnósticos nucleares de episodio maniaco para niños y adolescentes, especialmente respecto al criterio A (DSM–IV–TR). En el adulto se acepta la posibilidad de presentación bien de un estado de ánimo elevado—expansivo o bien irritable; sin embargo en el niño y el adolescente se abre la discusión de si ambos deben ser considerados criterios de igual peso dada la alta prevalencia de la irritabilidad en estas edades.

Ciertos autores como Biederman et al (cit. en Pavulari et al, 2005) opinan que la irritabilidad debe ser considerada un síntoma nuclear de episodio maniaco en el niño, puesto que lo han hallado en el 77% de sus pacientes (hipertimia en 14%).

Por su parte, Geller et al (cit. en Pavulari et al, 2005) piensan que la irritabilidad no diferencia a Trastorno Bipolar del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) o



de niños sanos. Si lo hacen otros síntomas como: grandiosidad, humor expansivo, hipersexualidad, fuga de ideas o descenso de la necesidad de sueño. Por ello abogan por no considerarlo un síntoma nuclear de criterio A.

En una posición intermedia, compartida por nosotros, se hallan autores como Birmaher et al (Birmaher, 2004; Pavulari et al, 2005) quienes consideran a la irritabilidad un síntoma nuclear pero sólo si se presenta junto con humor expansivo o grandiosidad.

A pesar del interés en los últimos años por el estudio de esta patología en la infancia y adolescencia aún carecemos de estudios epidemiológicos serios que nos aporten datos sobre la prevalencia real del trastorno.

Tan sólo Lewinsohn et al (1995) realizaron un estudio al respecto, valorando la prevalencia de Trastornos del espectro Bipolar en adolescentes (14–18 años). Vieron cómo la mayoría se trataba de T. bipolares II y ciclotimias; el 5,7% presentaba síntomas subsindrómicos, y la prevalencia a lo largo de la vida fue del 1%.

En base a estudios retrospectivos realizados con población adulta se sabe que el 60% de los pacientes presentan un inicio de T. Bipolar antes de los 20 años de edad; el 30% antes de los 13 años y el 10–20% antes de 10 años de edad.

Otro aspecto importante en esta patología es la frecuente comorbilidad que presenta. Así los trastornos comórbidos más frecuentes en la infancia y adolescencia son: TDAH (11–75%), Trastorno Negativista Desafiante (46,4–75%), Trastorno Disocial (5,6–37%), Trastorno de Ansiedad (12,5–56%), Trastornos Generalizados del Desarrollo (especialmente T. de Asperger: 11%) o Abuso de drogas (0–40%; riesgo 8,8 veces superior en T. Bipolar de inicio en adolescencia frente al de inicio en la infancia).

En nuestro caso clínico también existían otras patologías comórbidas que confundían y complicaron inicialmente el diagnóstico:

- Rasgos TDAH: en relación con la crianza precaria que había recibido con rasgos secundarios de angustia de abandono–avidez afectiva.
- Conductas opositoras: reflejo de la externalización de sufrimiento interno.
- T. Disocial o conductas disociales: coincidiendo con internamiento en el hogar funcional, secundario a la reactivación de angustia de abandono. Pero la finalidad no era la trasgresión de normas sociales sino la de regresar a su hogar familiar.
- Riesgo de consumo de drogas debido al ambiente marginal, falta de supervisión–cuidados. (Ello unido a la sospecha de que sus hermanos consumen cannabis).

Respecto al diagnóstico diferencial de este trastorno las patologías a considerar en la infancia y adolescencia son las siguientes:

- TDAH: se diferencia por la expansividad y la grandiosidad, pensamiento acelerado (o fuga de ideas), decremento del sueño que los pacientes en episodio maniaco presentan.
- Esquizofrenia: especialmente difícil en la manía con alteraciones del contenido del pensamiento. La diferencia fundamental se centra en el estado de ánimo.
- Trastornos Generalizados del Desarrollo: estos trastornos pueden presentar clínica de irritabilidad, labilidad afectiva y agresividad que habría que diferenciar de la manía.
- Abuso de drogas: puede causar activación, desinhibición y, por tanto, asemejarse a un episodio maniaco.



- Trastorno Disocial: se diferencia por la alteración del estado de ánimo. Esta diferenciación puede ser difícil en los casos de T. Disocial unido a consumo de sustancias psicoactivas.

Respecto a la evolución de este tipo de trastornos se sabe que el 40–100% se recuperan en 1–2 años (considerando “recuperación” como la permanencia de semanas sin cumplir criterios diagnósticos). Sin embargo las recurrencias son frecuentes, el 60–70% recurre en 10–12 meses.

Se sabe que el trastorno Bipolar de inicio precoz (inicio de 13–18 años) está asociado con: mayor prevalencia de síntomas de ansiedad y abuso de sustancias, más recurrencias, periodos de eutimia más breves, más frecuentes conductas violentas y mayor incidencia de tentativas suicidas.

También se sabe que el 20–30% de los niños con depresión desarrollan Trastorno Bipolar, especialmente si la depresión cursa con síntomas psicóticos, existe historia familiar de T. Bipolar y si se produce manía inducida farmacológicamente.

Según los datos actuales no hay evidencia suficiente que indique que el Trastorno Bipolar del niño continúe con T. Bipolar del adulto. (Sí parece que ocurre con la manía psicótica del adolescente).

La evolución de nuestro paciente cinco meses después del alta hospitalaria fue positiva: se ha recuperado del episodio maniaco, presenta un mejor control emocional y adaptación al hogar funcional y centro escolar. No ha presentado ningún episodio maniaco, ni hipomaniaco ni depresivo. No obstante, sigue ocurriendo alguna crisis en relación a periodos de permanencia en el hogar familiar.

El Trastorno Bipolar en la infancia y adolescencia añade a la propia gravedad de la enfermedad una serie de complicaciones en el proceso madurativo del menor que es importante destacar: interfiere en el normal desarrollo emocional, cognitivo y social; puede llevar a dificultades en las relaciones interpersonales (familia, amigos, profesores); incrementa los problemas de comportamiento (faltas disciplinarias, problemas legales); suele cursar con mal rendimiento escolar, incremento de hospitalizaciones, desgaste familiar emocional, mayor prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y drogas e incremento del riesgo de suicidio y tentativas suicidas.

Todo ello unido a la propia gravedad de la enfermedad en sí hacen que sea necesario un abordaje terapéutico múltiple (bio-psico-social) en este trastorno para favorecer la recuperación del menor y minimizar el riesgo de comorbilidad o consecuencias negativas en su maduración.



BIBLIOGRAFÍA

- Birmaher B. New hope for Children and Teens with Bipolar Disorder. Three Rivers Press. New York, 2004.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IVTR. American Psychiatric Association, 2000.
- Lewinsohn PM, Klein DN, Seely JR. Bipolar Disorders in Community Sample of Older Adolescents: Prevalence, Phenomenology, Comorbidity, and Course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995; 34(4): 454–463.
- Pavuluri MN, Birmaher B, Naylor MW. Pediatric Bipolar Disorder: A Review of the Past 10 Years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 2005; 44(9): 846–871.
- Weller EB, Weller RA, Sánchez LE. Bipolar Disorder in children and adolescents. En: Lewis M, Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. Lippincot Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002.

Imágenes de Luis Martín-Santos: el psiquiatra, el político, el literato, el vasco

José Lázaro¹

Profesor de Historia y Teoría de la Medicina. Departamento de Psiquiatría.
Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.

INTRODUCCIÓN

En un texto que ha tenido considerable repercusión, Carlos Castilla del Pino reflexionaba sobre los límites y las relaciones que se dan entre los ámbitos público, privado e íntimo:

Las actuaciones públicas son siempre observables y por tanto son entregadas a los demás.

Las actividades privadas se desarrollan a un espacio que cada sujeto define y protege de la observación externa. Él mismo decide a quién le es permitido conocerlas.

Las vivencias íntimas son de carácter psíquico y por tanto internas al sujeto; los demás nunca pueden observarlas, sólo a veces inferirlas a partir de los signos indirectos con que el sujeto las expresa. (1)

En la vida de Luis Martín-Santos (1924-1964), como en la de cualquiera de nosotros, se pueden distinguir (a posteriori) estos tres ámbitos que analizó su amigo Castilla del Pino:

- Hay un Martín-Santos íntimo que apenas podemos imaginar, de forma bastante limitada y especulativa, a partir, por ejemplo, de la lectura de sus escritos.

- Hay un Martín-Santos privado, que conocieron, en la medida en que él quiso darse a conocer, los que fueron sus amigos.

- Hay un Martín-Santos público, que es el personaje célebre, legendario, que todos conocemos mejor o peor.

Pues bien, si seguimos desarrollando esa idea de las distintas imágenes que constituyen a cada persona, podemos plantear la hipótesis de que es la riqueza y la variedad de esas imágenes (la pública, la privada y la íntima) lo que hace de alguien una personalidad excepcional (y la de Martín-Santos ciertamente lo era). Pero también podemos dar un paso más y aplicar la idea de la multiplicidad de imágenes a cada uno de esos tres ámbitos de lo íntimo, lo privado y lo público. Podemos hacerlo, al menos, en la medida en que la naturaleza de cada uno de ellos nos lo permite. Una medida muy escasa si nos referimos al ámbito íntimo, algo menos escasa, pero aún muy limitada, si la aplicación la hacemos al ámbito privado, y bastante menos escasa si lo que ocupa nuestra atención es el ámbito público.

¹ Galardonado con el Premio Luis Martín-Santos de la AEN en 1990. Editor científico del libro de Martín-Santos. *El análisis existencial. Ensayos.* (2004).

Pues bien, dentro de las actividades públicas de Martín-Santos yo voy a distinguir cuatro imágenes diferentes de cuatro distintos Luis Martín-Santos:

1. Martín-Santos como psiquiatra y ensayista. Esta faceta suya es la que corresponde a su vida profesional y, por tanto, es conocida básicamente por los psiquiatras y psicoterapeutas interesados en la historia de sus disciplinas.
2. Martín-Santos como militante político. Es una parte de su vida que se conoce de forma confusa, pero que determinó su breve existencia tanto como las otras dos: la actividad política en el lucha clandestina contra la dictadura franquista.
3. Martín-Santos como literato. Este es el Martín-Santos más conocido para todos, el célebre autor de la novela *Tiempo de silencio* (1961).
4. Martín-Santos como intelectual vasco. Aunque nacido en Larache (Marruecos), vivió, trabajó y escribió en San Sebastián (salvo en su época de estudiante) desde los tres años de edad hasta su muerte en la carretera de Vitoria.

La desaparición de Martín-Santos a los treinta y nueve años de edad truncó precozmente esa múltiple trayectoria en la que sus contemporáneos habían depositado las mayores expectativas. Es el conjunto de sus distintas facetas lo que da idea de la complejidad de esta figura paradigmática de un médico psiquiatra que fue a la vez filósofo, literato y militante políticamente comprometido.

Es posible defender la tesis de que hay un rasgo común a esos distintos Martín-Santos de la vida pública, un rasgo que le caracteriza de manera profunda: su irrupción deslumbrante y su trayectoria meteórica.

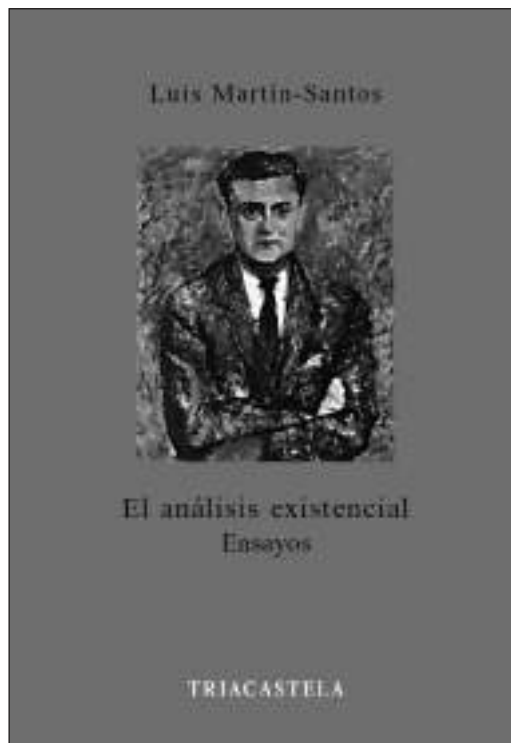
Una de las introducciones incluidas en la reciente recopilación de texto *El análisis existencial* fue escrita por Carlos Castilla del Pino en 1964, precisamente en las semanas que siguieron a la muerte accidental de Martín-Santos. En ella escribe Castilla que “Luis Martín-Santos era de una inteligencia superior, excepcional, y a ella se unía un impulso creador de carácter, permítanme la expresión, biológico. ‘Se producía’ irrumpiendo, como cualquiera otra fuerza natural.” (2)

Sería difícil expresarlo mejor que con estas palabras. Martín-Santos apareció —y desapareció— como un relámpago en la psiquiatría, en la política, en la literatura, en la cultura vasca.

Martín-Santos como psiquiatra

Su acercamiento a la psiquiatría empezó en 1948. Desde que apareció en las reuniones profesionales, llamó la atención por sus intervenciones, que algunos de sus compañeros de entonces recuerdan como brillantes, pero pretenciosas y temerarias. (3) Dos años más tarde, en 1950, ya estaba publicando artículos muy notables en revistas psiquiátricas.

Su carrera profesional duró solo quince años, un período brevísimo para desarrollar una obra científica. Pero en esos tres lustros le dio tiempo a publicar dos libros que siguen siendo dignos de ser leídos (*Dilthey, Jaspers y la comprensión del enfermo mental*, en 1955, y *Libertad temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial*, en 1964), y casi una treintena de artículos, ponencias, conferencias, etc. Si nos fijamos en los temas de los que se ocupa, el abanico es muy amplio. En la introducción que Rocío Martín-Santos preparó para *El análisis existencial* se revisa su obra psiquiátrica, agrupándola en trabajos de investigación teórica y de investigación clínica (4).



Cubierta del volumen *El análisis existencial. Ensayos* (2004)

La investigación teórica empieza con artículos como el dedicado al psicoanálisis existencial de Sartre y con su tesis doctoral sobre la influencia del filósofo Wilhelm Dilthey en la psicopatología de Karl Jaspers. Prosigue con la elaboración, a partir de esta tesis, de una teoría personal sobre los diferentes niveles de comprensión de la enfermedad mental como base de una fundamentación teórica de la psiquiatría. Desemboca en el libro que tenía en prensa en el momento de su muerte, *Libertad temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial*. Esta monografía está dedicada a la elaboración personal de una psicoterapia de las neurosis mediante una especie de trasplante intelectual que intenta conservar la técnica psicoanalítica ortodoxa despojándola de toda la base teórica que le dio Freud y sustituyéndola por el sistema conceptual que Sartre desarrolló en *El ser y la nada*.

De forma paralela a los trabajos sobre teoría psicopatológica y técnica psicoterapéutica que recoge el citado volumen, Martín-Santos publicó otro conjunto de escritos psiquiátricos de carácter más técnico y más especializado. Son estos los que Carlos Castilla del Pino (2) y Rocío Martín-Santos (4) comentan como investigaciones clínicas, que se refieren a los fenómenos psicopatológicos producidos por el alcoholismo (en especial a los de tipo delirante), a la esquizofrenia, a la epilepsia, pero también al desarrollo de las aplicaciones del test de Rorschach o a la validación en español del test de Wechsler-Bellevue, escritos que junto con una ponencia sobre la psiquiatría experimental (presentada en 1957 al Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría) demuestran que su interés por la filosofía y por la literatura no le impedían ser muy consciente de la importancia que tiene el trabajo científico empírico para un buen diagnóstico y tratamiento de los enfermos. (5)

Martín-Santos como político

Su irrupción en la política no fue menos fulgurante que la psiquiátrica. Martín-Santos ingresó en el PSOE en 1957. Como consecuencia de ello, llegó a sufrir tres encarcelamientos. Cuando se produjo el primero, muchos de sus amigos desconocían su actividad clandestina. Algunos de sus conocidos de derechas lo pusieron desde entonces en la lista negra. En cambio, otras personas que hasta entonces lo miraban con recelo por ser hijo de un general franquista empezaron a mostrarle su estima. En el País Vasco, el PSOE contaba entonces con tres líderes destacados (y poco más): Antonio Amat en Vitoria, Ramón Rubial en Bilbao y Martín-Santos en San Sebastián. Ellos empezaron la pugna contra la vieja guardia que, en torno a Rodolfo Llopis, dirigía el Partido desde Toulouse, y a la que consideraban desconectada de la realidad interior española (6). Como es sabido, esa pugna fue la que acabaron ganando, años después, Felipe González y sus colaboradores en el Congreso de Suresnes.

Se ha especulado con la hipótesis de que Martín-Santos hubiera podido ser el líder natural de PSOE en la Transición de no haber muerto tan prematuramente. (7) ¿Podría haberlo sido? Hay todo tipo de opiniones. Pero, en cualquier caso, estas especulaciones no son hoy nada más que ejercicios de política-ficción.

¿Fue la actividad política de Martín-Santos una epopeya heroica que le costó muy cara? ¿Fue la coquetería de un señorito de San Sebastián que jugaba a ser revolucionario sin dejar de ser hijo de un general y sin calcular los enormes costes familiares, profesionales y sociales que iba a tener ese juego? ¿O fue un imperativo ético más allá de cualquier cálculo de costes? Sobre esto también hay opiniones diversas, pero cuando se compara el carácter casi cómico de las anécdotas que suelen contarse sobre sus actividades políticas con las consecuencias trágicas que tuvieron en su vida personal se queda uno impresionado por la imagen de aquellos jóvenes de buena familia que soñaban con destruir la dictadura franquista repartiéndolo unos cuantos panfletos y que de hecho no lograban destruir más que su propia carrera profesional. Y este tema tiene una relación directa con el de su tercera imagen, su tercera faceta pública.

Martín-Santos como literato

Hay bastantes razones (y testimonios) para pensar que la literatura fue la pasión predominante de Martín-Santos en la última etapa de su vida. Y es lógico, porque ya hacía varios años que se había apartado de la política activa y el período de su militancia, incluidos los encarcelamientos, le había cerrado las puertas más atractivas de la carrera profesional. Su padre no dejaba de reprochárselo: “Te has metido en política y te has cargado la cátedra”, le decía. Cuando apareció *Tiempo de silencio* él era prácticamente un desconocido en el mundo literario. Pronto dejó de serlo. Y en los cuarenta años que han pasado desde entonces no ha dejado de aumentar la fama de esa novela.

Las opiniones actuales sobre ella oscilan entre dos polos opuestos:

— Unos la consideran como un libro decisivo para la entrada de la literatura española en el siglo veinte (algo así como el *Ulises* nacional).

— Otros piensan que no es más que una zarzuela con pretensiones, o como solía decir Juan Benet con su famoso colmillo afilado, una nueva versión de los novelones de Pérez Galdós revestidos de una fina capa de modernidad formal vanguardista.

Pero es posible que esas dos opiniones extremas (entre las que se encuentran todas las intermedias) sean en el fondo dos perspectivas complementarias. Si se atiende a su contenido, *Tiempo de silencio* puede considerarse como un simple retrato costumbrista del ambiente madrileño a mediados del siglo veinte, con sus chabolas, sus pensiones, sus salones burgueses, sus prostíbulos, sus conferencias y sus verbenas. (Un relato costumbrista que, sin embargo, contiene una profunda y amarga reflexión existencial.) Pero si se atiende, por el contrario, a la riqueza del lenguaje y a la técnica narrativa (con la mezcla continua de descripciones, monólogos, reflexiones ensayísticas, relatos impersonales, diálogos, etc.) entonces aparece su dimensión experimental y renovadora de la literatura que hasta los años sesenta se hacía en España, así como el carácter precursor de la que se iba a hacer en los años siguientes.

Martín-Santos como intelectual vasco

Cualquier cultura se alimenta de dos movimientos de direcciones aparentemente opuestas: uno centripeto (que busca sus propias raíces, sus señas de identidad peculiares) y otro centrífugo (que se abre a las aportaciones de las demás culturas e intenta assimilarlas). Parece obvio que los resultados globales serán mejores cuanto menos se opongan y más se complementen estos dos movimientos. En el País Vasco hay personalidades culturales que parecen abarcarlos ambos (Julio Caro Baroja,



Eduardo Chillida, etc.), y otras que, por su idiosincrasia particular, se sitúan más bien en una u otra de esas dos tendencias. Unamuno, Xavier Zubiri, como Luis Martín-Santos (o, en la actualidad, Fernando Savater) pertenece a la tendencia centrífuga, la que se interesa por temas universales y busca todo lo valioso que pueden ofrecer las distintas culturas para incorporarlo a la suya.

Excepto cuatro o cinco años, Martín-Santos vivió toda su vida en San Sebastián. Pero estudió medicina en Salamanca y psiquiatría en Madrid, a la vez que se sumergía en la fenomenología alemana, en el existencialismo francés, en el psicoanálisis vienés y en la literatura de Joyce, de Proust, de Faulkner o de Thomas Mann, sin olvidar a Baroja, al que leyó ampliamente y a cuyo entierro asistió. Se le podría describir como un perfecto ejemplo de vasco cosmopolita.

Y es que Martín-Santos era, ante todo, un espíritu cosmopolita y ecléctico, en el más noble sentido de ambas palabras. Y lo era precisamente por las diferentes dimensiones que comentamos: estudia la psicopatología desde su experiencia clínica personal, pero a la vez trata de entender las enfermedades mentales a partir de la filosofía de Dilthey, Jaspers o Sartre y desde la metodología experimental más positivista. A mitad de su carrera psiquiátrica descubre la obra de Freud y se lanza a aplicarla a su pensamiento teórico y a su práctica terapéutica. Asume un compromiso social y político activo que le lleva varias veces a las cárceles franquistas. Publica su primera novela un par de años antes de morir y con ella llega a ser considerado como uno de los principales renovadores de la literatura española del siglo veinte.



Es toda esta riqueza y variedad de las múltiples dimensiones que nos ofrece su figura lo que lo convierte en un ejemplo perfecto de lo que podríamos llamar —dándole la vuelta al título de un libro de Marcuse que fue famoso allá por los años setenta— “el hombre multidimensional”.

Y es también toda esa riqueza y variedad de sus múltiples dimensiones lo que hace que, cumplidos ya los ochenta años de su nacimiento y los cuarenta de su desaparición, sigamos teniendo múltiples razones para celebrar la vitalidad que conservan las aportaciones científicas, culturales, políticas y humanas de los múltiples Luis Martín-Santos.



BIBLIOGRAFÍA CITADA

- (1) Castilla del Pino, C.: "Público, privado, íntimo". En: *Temas. Hombre, cultura, sociedad*, Barcelona, Península, 1989: 19–23.
- (2) Castilla del Pino, C.: "La obra psiquiátrica de Luis Martín-Santos". En: Martín-Santos, L. *El análisis existencial. Ensayos*, Madrid, Triacastela, 2004: 11–19; p. 11.
- (3) Castilla del Pino, C: Casa del Olivo. *Autobiografía (1949–2003)*, Barcelona, Tusquets, 2004.
- (4) Martín-Santos, R.: "La aportación de Luis Martín-Santos a la psiquiatría". En: Martín-Santos, L: *El análisis existencial. Ensayos*, Madrid: Triacastela, 2004: 21–32.
- (5) "Bibliografía. Escritos originales de Luis Martín-Santos". En: Martín-Santos, L: *El análisis existencial. Ensayos*, Madrid: Triacastela; 2004: 273–275.
- (6) Gorrotxategi Gorrotxategi, P: *Luis Martín-Santos. Historia de un compromiso*, San Sebastián: Instituto Dr. Camino de Historia Donostiarra. Fundación Social y Cultural Kutxa, 1995.
- (7) Jáuregui F, Menéndez MA: *El hombre que pudo ser FG. Pasión y muerte de Antonio Amat 'Guridi' y otros 'malditos' del PSOE*, Madrid, Temas de Hoy, 1994.





Últimos libros y semblanza de Luis Martín-Santos

Luis Martín-Santos Laffón

Génesis de un aniversario. Con motivo del reciente aniversario, 80 años del nacimiento y 40 años de la muerte del escritor y psiquiatra Luis Martín-Santos, el 11 de Noviembre de 2004, día de su cumpleaños, vieron la luz dos obras significativas que han servido para conmemorar y reavivar la memoria de una de las personalidades más relevantes y carismáticas del siglo XX en el País Vasco. Se trata de *El Análisis Existencial* y *La condenada belleza del mundo*.

El Análisis Existencial

Martín-Santos fue un destacado psiquiatra y ensayista. Esta faceta suya es mucho menos conocida que la literaria pero tiene un gran interés en sí misma y, además, es imprescindible para comprender su personalidad intelectual y la significación del conjunto de su obra.

La publicación de este trabajo presenta por primera vez de forma conjunta una completa selección de escritos de Martín-Santos que sintetizan, por un lado, las herencias teóricas en las que se basa su concepción personal de la psicología normal y patológica, recogiendo así los fundamentos de su pensamiento y la radiografía de sus raíces intelectuales plasmada en sus artículos sobre los autores que le sirven de punto de partida: Jaspers, Freud, Sartre y Heidegger.

Por otro lado nos muestra dos ejemplos de su análisis de la existencia humana y la aplicación de esas ideas teóricas al estudio de fenómenos psíquicos normales como el amor y el erotismo o la psicología del naturalista.

La tercera parte, dedicada a las aplicaciones clínicas, recoge su forma personal de entender los trastornos mentales y la elaboración de un psicoanálisis existencial orientado a la psicoterapia de las neurosis.

Además de su interés para la filosofía, la psicología y la psicoterapia esta obra tiene un gran valor para cualquier persona interesada en su figura, lego o profano, pues ofrece una auténtica autobiografía intelectual del autor.

La edición ha corrido a cargo de José Lázaro, profesor de Historia y Teoría de la medicina, de la Universidad Autónoma de Madrid.



SUMARIO:

ESTUDIOS INTRODUCTORIOS

La obra psiquiátrica de Luis Martín-Santos.

Carlos Castilla del Pino

La aportación de Luis Martín-Santos a la psiquiatría. *Rocío Martín-Santos Laffon*

Las múltiples dimensiones de Martín-Santos. *José Lázaro*

ENSAYOS ESCOGIDOS

I. LOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1. El psicoanálisis existencial de Jean-Paul Sartre (1950)

2. La psiquiatría existencial [Heidegger] (c. 1960)

3. Jaspers y Freud (1956)

II. LAS APLICACIONES PSICOLÓGICAS

4. El naturalista, su psicología (1963)

5. El plus sexual del hombre, el amor y el erotismo (1965)

III. LAS APLICACIONES CLÍNICAS

6. La comprensión de la locura [Entrevista] (1955)

7. Fundamentos teóricos del conocer psiquiátrico (1955)

8. Formación del psicoterapeuta (1957)

9. Libertad, temporalidad y transferencia en el psicoanálisis existencial.

Para una fenomenología de la cura psicoanalítica (1964)

Condenada Belleza Del Mundo

Es el último trabajo conocido de Luis Martín-Santos y sin duda el de mayor calidad literaria entre los relatos breves. Fue escrito en el verano de 1963 durante el rodaje de una película titulada *el Próximo Otoño* a la que el escritor asistió invitado por su entonces amigo, el director de cine Antxón Ezeiza. Singularmente, esta producción reunió en un mismo proyecto a Antxon Ezeiza, a un jovenísimo Víctor Erice, en calidad de coguionista y ayudante de dirección, a un también jovenísimo Elías Querejeta como productor, a un director de fotografía como fue Luis Cuadrado, y contó como primeros actores a Sonia Bruno y Carlos Manzanque. La música fue la primera

composición cinematográfica de Luis de Pablos.

La película trata de una historia de amor “no modificante”, parafraseando al autor, entre un joven ex seminarista pobre que regresa a su pueblo, la localidad granadina de Almuñecar, y una turista francesa “rubia, alegre, estudiante, emancipada” que veranea invitada por una familia burguesa española en un momento en el que arranca el fenómeno del turismo en nuestro país.

El escritor nos muestra a lo largo de la narración esa burbuja en la que se mueven la *troupe* cinematográfica compuesta por los actores, el director, su novia, el ayudante de producción y los cámaras en sus andanzas por el pueblo, y paralelamente se introduce en la película y pone voz a los personajes. El resultado es una instantánea poliédrica, llena a ratos de humor y extraordinariamente reveladora de una España que está a punto de arrancar en el camino del desarrollo.

El relato, custodiado y preservado hasta su publicación por Mario Camus al que a su vez le había sido entregado por Pepa Rezola, albacea literaria de Luis Martín-Santos, vio la luz con anterioridad en dos ocasiones. La primera en 1965 de forma parcial en la revista de cine *Griffit* donde se recogían los pasajes más cinematográficos del mismo. En 1986, veinte años más tarde, volvió a aparecer en la revista *El Urogallo*.

La presente edición abre una nueva colección en la Editorial Seix Barral titulada ÚNICOS, y es la más completa de las tres. Recoge la totalidad del texto, incluye dos versiones diferentes del final y añade una reproducción facsímil de los originales a máquina que escribió el autor.

Semblanza de una memoria

La figura de Martín-Santos es conocida por el gran público sobre todo como autor de una



única novela *Tiempo de silencio* que, según los críticos, con su irrupción en el año 1961 en las letras españolas cambió definitivamente el panorama de las mismas. Pero Luis Martín-Santos tenía muchas otras facetas en las que destacó de forma importante y dejó huella.

Su paso por la política, fruto de un fuerte imperativo ético en los momentos embrionarios de lo que sería el resurgir del PSOE en el interior de España, le acarreó cuatro detenciones y varias estancias en las cárceles franquistas. En el año 1959, durante algunos meses llegó a ocupar el puesto de máximo dirigente del PSOE en el interior del país. Estas actividades supusieron un obstáculo en el desarrollo de su carrera profesional y en el momento de su muerte se hallaba en situación, ciñéndonos al lenguaje judicial, de libertad atenuada.

La faceta profesional de su trabajo como psiquiatra e intelectual queda a partir de ahora perfectamente documentada con la obra *El Análisis Existencial*.

La cantidad de referencias a su vida y a su obra en los periódicos y suplementos literarios han sido prácticamente constantes, considerando el tiempo transcurrido, y nos dan buena muestra de la vigencia y trascendencia de su figura.

En estos cuarenta años, su obra —sobre todo la literaria— ha tenido un amplio reconocimiento internacional que se ha concretado en una veintena de tesis doctorales, algunas todavía en preparación, en diversas universidades europeas y americanas, varios libros monográficos y dos centenares de artículos.

Tiempo de Silencio se encuentra este momento en la 51ª edición desde su publicación en la colección Biblioteca Breve de la editorial Seix Barral. La novela ha sido traducida a 16 idiomas: Los dos más recientes, el turco (junio 2004) y el coreano (noviembre 2005).



También han sido múltiples los homenajes, prueba de ese reconocimiento, que se han organizado desde la fecha de su desaparición hasta el día de hoy. Traemos aquí una muestra de los más destacados.

El primero al que nos vamos a referir es el que organizó la revista literaria *KANTIL* el 28 de Mayo de 1977 en San Sebastián. Este fue el primer homenaje celebrado desde la libertad y la democracia. El cartel anunciador fue realizado por el artista donostiarra Carlos Sanz. Firmaban la convocatoria de aquel homenaje Jorge G. Aranguren, Rafael Ballesteros, Jose María Benegas, Carlos Barral, Juan Benet, Antonio Buero Vallejo, Josep Carandell, Carlos Castilla del Pino, Eduardo Chillida, Juan Marsé, Carmen Martín Gaité, Múgica Herzog, Jorge Oteiza, Rafael Ruiz Balerdi, Vicente Urkola, y contó con la adhesión de muchos otros. Participaron también los poetas José Agustín Goytisolo y Gabriel Celaya y tuvo una gran afluencia de público.

En 1978 la Asociación Española de Neuropsiquiatría funda el premio Luis Martín-Santos para premiar trabajos inéditos de investigación de profesionales de la salud mental sobre temas relacionados con la misma. El premio



ofrecía una dotación económica y la publicación del trabajo ganador, y estuvo en funcionamiento al menos hasta el año 1990.

En Marzo de 1982, en el Departamento de Español de la Universidad francesa de Pau se celebró un seminario conmemorativo del vigésimo aniversario de *Tiempo de Silencio*. El seminario, titulado "*Luis Martín-Santos aux yeux de souvenir*", fue organizado por Bernard Barreré, co-fundador de la revista *Pyrenaica* con Manuel Tuñón, y en él participó como organizador y ponente Vicente Girbau, en aquél momento cónsul de España en la ciudad de Pau y que compartió con el autor actividades y peripecias como militante socialista.

En 1990 tuvieron lugar las *IV Jornadas Internacionales de Literatura*, organizadas por la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Deusto en su sede de San Sebastián. Estas jornadas fueron dedicadas íntegramente al autor y reunieron a 16 ponentes provenientes de España, Francia, Inglaterra, Canadá y Estados Unidos.

En el 30 aniversario en 1995, la Universidad del País Vasco organizó a lo largo del año varias mesas redondas que glosaron diversos aspectos de su vida y su vertiente literaria. Entre los ponentes de estas jornadas queremos destacar la participación del doctor Jose Luis Munoa. Este medico oftalmólogo ha sido una persona imprescindible en la vida cultural de la capital donostiarra. Fue presidente de la "*Asociación Artística de Guipuzcoa*", foro cultural de primer orden situado en los altos del museo de San Telmo de San Sebastián. Allí se organizaban ciclos de conferencias y coloquios de gran nivel en los que Martín-Santos colaboró en las tareas de organización y donde participó como ponente en varias ocasiones. Jose Luis Munoa fue la persona que por encargo del escritor llevó los originales de *Tiempo de Silencio* a su amigo y editor Carlos Barral a Barcelona para su publicación.

Finalmente ese mismo año de 1995 tuvieron lugar en Madrid el 24 y 25 de Noviembre

las "*I Jornadas de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría*" que bajo el título "*Dr. Luis Martín-Santos, psiquiatría y cultura en un tiempo de silencio*" reunieron como ponentes a los profesores, German E. Berrios, J. Casco, Carlos Castilla del Pino, Valentín Corcés, F. Fuentesnebro. A. Gonzalez, Pedro Gorrotxategui, P. Lain Entralgo, José Carlos Mainer, Rocío Martín-Santos Laffón, F. Moran, Enrique Múgica, Jose Luis Munoa, Carlos Paris, Javier Pradera y Jose Ramón Recalde.

Entre los homenajes particulares podemos resaltar como el escultor Eduardo Chillida a la muerte del escritor le dedicó una escultura en madera que lleva por título *Abesti Gogorra III* que hoy se encuentra en Instituto de Arte de Chicago.

Los 80 años de Luis Martín-Santos coinciden con la aparición de las autobiografías de varios de sus coetáneos vivos como *La casa del Olivo* de Carlos Castilla del Pino, *Fé de Vida* de Jose Ramón Recalde, y la aparición de trabajos sobre otros compañeros suyos ya fallecidos como Manuel Sacristán, en *Biografía de Manuel Sacristán* de Juan-Ramón Capella. Martín-Santos coincidió en su época de estudiante con Sacristán, junto con Carlos Barral y Joan Raventos, en la ciudad alemana de Heilderberg. Además han aparecido otros trabajos que recuperan la memoria de estos años de la postguerra, como del libro *la Resistencia silenciosa. Fascismo y Cultura en España* de Jordi Gracia.

De este modo, con la celebración de este doble aniversario y la publicación de estas dos obras inéditas que hoy recomendamos, he querido que el psiquiatra Luis Martín-Santos esté nuevamente presente a través de su obra y de su recuerdo en un momento en el que se cumple un ciclo vital para una generación que aglutinó a una serie de personajes clave de la intelectualidad de este país.

Madrid, 31 de marzo 2006





APUNTES PARA UNA HISTORIA DE OME-AEN (Osasun Mentalaren Elkartea) EN EL PAIS VASCO Y NAVARRA

Oscar Martínez Azumendi

La celebración del XXIII Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en Bilbao es una ocasión ideal para apuntar algunos aspectos relevantes jugados por el País Vasco y Navarra en la vida asociativa. Sin poder considerar que la participación haya sido especialmente intensa, sin duda que para nosotros ha tenido su importancia, a la vez que su resumen nos permitirá recoger otros aspectos o episodios de nuestra historia asistencial en el campo de la salud mental.

Tanto por su brevedad, como por su reconstrucción sin auxilio de archivos históricos formales, es muy posible que en lo que sigue a continuación se puedan observar tanto imprecisiones e inexactitudes, como probablemente algunos olvidos no deseados. Los contenidos, están adaptados y condensados del material que venimos recogiendo y ampliando progresivamente en nuestra página web (www.ome-aen.org/cronicon.htm) en la medida que contamos con la información o material adecuado. En ella pueden consultarse muchos de los documentos referenciados, así como están disponibles diferentes imágenes relacionadas.

El punto de partida: la asistencia psiquiátrica a finales del Siglo XIX y principios del XX.

De acuerdo con la Ley de Beneficencia de 1849, el Estado tenía la obligación de proporcionar atención sanitaria, mientras que un decreto de 19 de abril de 1887 estableció que la obligación de atender a los dementes era responsabilidad de la Diputación de cada provincia.

Limitada la asistencia casi con exclusividad a las instituciones asilares donde eran internados los más infortunados, su función no pasaba de ser meramente custodial. La imagen y situación que los diferentes manicomios ofrecen, motiva la publicación de un texto de denuncia de J.M. Escuder en uno de los primeros números de la Gaceta Médica del Norte¹, editada en Bilbao por la recientemente constituida Academia de Ciencias Médicas². En el caso de Vizcaya ese año no se contaba con manicomio alguno, anotándose a pie de página del artículo de Escuder que *Las celdas de locos de nuestro Hospital Civil (más bien cuartos de castigo) se hallan situadas entre dos patios de salas destinadas a enfermas prostitutas*. Previamente existía un deficiente departamento en el Hospital de Atxuri, donde en Octubre de 1887 permanecían ingresados para observación 6 alienados que fueron trasladados al Manicomio de Valladolid ante la inexistencia de

un centro de esas características en el País Vasco³. Esta carencia obligaba a ingresar los pacientes mentales fundamentalmente en los Manicomios de Valladolid y Zaragoza, implicando un costoso desplazamiento y el desarraigo de la comunidad de origen. Gracias a un generoso testamento del marqués de Rozalejos, en 1875 se planteó la construcción de un manicomio que atendiera las necesidades de Navarra y Provincias Vascongadas que no llegó a realizarse.

En 1898 se abre el Manicomio de Mondragón, posteriormente separado en dos hospitales diferenciados: Sagrado Corazón de Jesús (antiguo hospital para hombres)⁴ y Aita Menni (antiguo hospital para mujeres)⁵. Con la terminación del pabellón de ampliación del Manicomio de Bermeo, en 1900, año de su inauguración, recibe pacientes desde Valladolid y Mondragón⁶. Posteriormente, en 1904 se inaugura el Manicomio de Pamplona⁷, en 1907 el de Las Nieves en Vitoria y en 1923 le toca el turno al de Zaldibar⁸.

Presencia del País Vasco y Navarra en la AEN, antes de OME.

Aun a pesar de no haberse fundado la AEN en el momento de su muerte, no podemos dejar de iniciar nuestro recorrido a lo largo de este siglo sin hacer una breve referencia a Nicolás Achúcarro (Bilbao, 1880–1918)⁹. Su persona no sólo dio nombre al más reciente de nuestros Hospitales Psiquiátricos (Instituto Neuropsiquiátrico Nicolás Achúcarro —1969—, posteriormente Hospital Psiquiátrico de Zamudio), sino que fue figura señera de la neuropsiquiatría de principio del Siglo XX, habiendo influido en personalidades de la talla de Sacristán, Lafora o López Albo que, junto a otros, fundarán la AEN pocos años después de su muerte¹⁰.

La Asociación Española de Neuropsiquiatras¹¹ fue fundada el 29 de diciembre de 1924,

con la presencia física de 16 neuropsiquiatras y la delegación de voto de otros 20 ó 30. Entre estos últimos, el Dr. Wenceslao López Albo envió su adhesión desde Bilbao, formando parte de la primera Junta Directiva hasta 1928 y posteriormente Presidente entre 1930–35.

López Albo (1889–1944)¹² trabajó con Nicolás Achúcarro y Gayarre en Madrid, posteriormente se desplazó a Berlín y París para completar su formación con diversas personalidades de la época. En 1915 abre consulta en Bilbao y es nombrado Jefe de la Consulta de Neuropsiquiatría del Hospital Civil de Bilbao. Participó activamente en la Gaceta Médica del Norte y la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (ambas nacidas en 1895) siendo también miembro del Comité de Redacción de Archivos de Neurobiología.

En 1924 es el primer Médico Director del Hospital de Zaldibar. Desde aquí defendió los abordajes extrahospitalarios y comunitarios, recomendando el desarrollo de dispensarios y clínicas neuropsiquiátricas con enfermeros visitantes¹³ y auxiliares sociales (es de destacar que el hospital no contó con su primera Asistente Social hasta 1969).

Participó de forma activa en la vida de la asociación, acudiendo a sus Reuniones en las que hizo diversas aportaciones, entre las que destacamos la Ponencia Plan moderno de asistencia a los alienados”, presentada con Fuster, Sacristán y Marín Agramunt en el primer acto científico de la Asociación Española de Neuropsiquiatras” que tuvo lugar en Barcelona entre el 21 y 23 Junio de 1926^{14–15}. A lo largo de toda la ponencia y conclusiones posteriores quedaba en evidencia la desastrosa situación de la asistencia psiquiátrica en España, necesitada de una profunda reforma como las que ya se habían realizado en otros países: sustitución de los viejos manicomios por hospitales psiquiátricos modernos, con un servicio abierto de admisión y observación; clínicas psiquiátricas en los hospitales provinciales; laboratorios



clínicos e histopatológicos; talleres o explotaciones agrícolas para la laborterapia; practicantes o enfermería especializada; servicios psiquiátricos en las cárceles; establecimientos especiales de seguridad para enfermos conflictivos y peligrosos.

En septiembre de 1928 organizó, en los locales de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, la III de las Reuniones Nacionales de la AEN donde presentó dos trabajos publicados en las memorias. En ese momento eran 119 socios, varios de ellos procedentes del País Vasco y Navarra (Álvarez Nouviles de Navarra; Larrea, Olanan, Peña y Vidarte, de Gipuzkoa; Aranzamendi, Feijoo, Galdir, Hermoso, López Albo y Urquijo, de Bizkaia). En esta reunión fue elegido presidente J.M. Sacristán, apareciendo como vocal S. Aranzamendi. En las mismas fechas tuvo lugar también en Bilbao, la II Reunión anual de la Liga Española de Higiene Mental, constituida el año anterior caminó de la mano de la Asociación Española de Neuropsiquiatras y celebró encuentros regulares con ocasión de la llamada Semana de Higiene Mental. Por ejemplo, en este contexto, el Dr. Rodrigo González Pinto, Director del Sanatorio de Santa Agueda se dirigía en 1931 al Ateneo Guipuzcoano con el tema *“La curabilidad de las enfermedades mentales. Necesidad de creación de servicios psiquiátricos abiertos en los hospitales generales”*¹⁶.

López Albo pasó el mismo año de 1928 a dirigir el nuevo hospital de Santander fundado por el marqués de Valdecilla. Descrito como de carácter recto, honrado y metódico, republicano de izquierdas y nada clerical, fueron sin duda rasgos personales que le hicieron dimitir de su cargo cuando se impidió el desarrollo de un cuerpo de enfermería seglar profesional. Regresa en 1930 a Bilbao y asume la presidencia de la AEN hasta 1935. Incondicional de las sesiones de la Academia y colaborador de la Gaceta, que en esos años pasó a denominarse Revista Clínica de Bilbao y donde igualmente publican Feijóo y Aranzamendi sus tesis docto-

rales entre otros trabajos. En 1936 es llamado de nuevo como Director a Valdecilla, para tener que marchar a Francia en 1937 con la entrada de los nacionales en Santander. De allí a Barcelona, Cuba y finalmente México, donde con Lafora, que también debió exiliarse entre 1939 y 1947, abrió una clínica neuropsiquiátrica, falleciendo el 28 de Diciembre de 1944, a los 55 años, poco después de una intervención quirúrgica de riñón.

Como sucedió con otros aspectos de la vida cotidiana, la Guerra Civil supuso un dramático parón para la actividad científico-profesional de la época. La escasez de medios materiales, incluido el papel y el acceso a fuentes documentales, limita la diseminación y actualización de nuevos conocimientos, lo que debe ser contrarrestado con voluntariosas iniciativas¹⁷ que reflejan las posibilidades ideales junto a la realidad asistencial¹⁸. En nuestro entorno más inmediato, la Gaceta Médica debió interrumpir su publicación, para retomarla en 1944. En ese momento era Presidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao el Dr. César A. Figuerido, psiquiatra, que inaugura el curso académico 1943-44 y la reedición de la revista con el trabajo titulado *“Progresos recientes en terapéutica y asistencia psiquiátricas”*¹⁹, dedicado fundamentalmente a la laborterapia de Schneider, los resultados de los *“modernos tratamientos por shocks convulsivantes”* y la asistencia psiquiátrica extramanejamental, con especial énfasis en las *“familias sustitutorias”*.

Es a partir de 1948, época previa a la introducción de los modernos psicofármacos, con escaso desarrollo de otra psiquiatría que la meramente custodial que incluso juntaba, como en Las Nieves, a niños abandonados, ancianos y enfermos mentales en amplios edificios asilares, cuando ya se propone la creación de dispensarios en Guipúzcoa²⁰.

El VII Congreso Nacional se desarrolló en Pamplona entre los días 18 a 21 de Octubre de

1962. Los trabajos presentados se editan en *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. De las tres ponencias principales, la primera es de contenido puramente neurológico como reflejo de la participación de estos especialistas en la Asociación hasta 1975. Figuerido presentó “El alcoholismo en España”, llamando la atención ante el aparente aumento en su prevalencia, aportaba tanto datos estadísticos como otros de carácter psicopatológico y de tratamiento. La tercera, se dedica a la psicofarmacología y evaluación de sus resultados, alertándose ya en 1962 de “la confusión provocada por la bibliografía comercial debido a los enormes intereses que tras ellos se mueven”.

Junto a la todavía tímida sensibilización de la opinión pública frente a los temas relativos a la salud mental, a partir de mediados de los años sesenta empiezan a vislumbrarse modestos intentos de mejora en el panorama asistencial extrahospitalario en salud mental. Por ejemplo en Vizcaya, a instancias del Dr. Bustamante²¹, se crea el Consultorio de los Servicios Psiquiátricos Provinciales que venía a ampliar la asistencia prestada en exclusiva por los hospitales de Bermeo y Zaldibar. En una primera etapa (1966–70) cubría una función pre y posthospitalaria; en un segundo tiempo (1970–73) se intensifica la asistencia ambulatoria, independizándose los servicios de psicogeriatría y alcoholismo, a la vez que se organizan talleres en Bermeo y pensiones en la comunidad. Finalmente (1973–75) se amplían los locales y se separa la asistencia ambulatoria y posthospitalización que corre a cargo de los médicos hospitalarios que allí se desplazan, comienza entonces la asistencia infantil²².

La crisis psiquiátrica de 1977 y la Comisión Representativa de 1978/79 en Vizcaya.

En los hospitales psiquiátricos, la situación de hacinamiento, pésimos niveles hosteleros e inexistencia generalizada de proyectos terapéuticos se va haciendo difícil de tolerar por un sector profesional cada vez más sensible ante la problemática, a la vez que el resto de la socie-

dad se va concienciando de esta dura realidad²³. Esto lleva a que, en la primavera de 1977, 16 Médicos Internos Residentes se encerraran durante dos semanas en el Colegio de Médicos de Vizcaya en protesta por los despidos que siguieron a las denuncias realizadas llamando la atención sobre las pésimas condiciones asistenciales y de gestión de los hospitales de la Diputación. Al año siguiente, con un ánimo claramente reformador de la situación asistencial, se gesta la “Comisión Representativa” de los psiquiatras vizcaínos, nacida como embrión de una proyectada Asociación que se pensaba integrar en la Academia de Ciencias Médicas de Vizcaya. La Comisión, que buscaba la unidad de acción frente a la administración, estaba formada por dos representantes por cada uno de cuatro sectores asistenciales, entre ellos dos futuros presidentes de OME–AEN. Mostrando su preocupación por el futuro de la estructura sanitaria psiquiátrica, se propuso la formación de Comisiones de Trabajo que se encargaran de estudiar los problemas de cada sector para darlos a conocer al entonces Consejo General Vasco, así como se reclamaba el derecho a participar en los planes de reforma ante el temor a que esta se realizara de forma impuesta desde unos organismos en los que no se confiaba.

La Comisión fue perdiendo progresivamente ímpetu hasta que en 1979, impulsado por el Consejo General Vasco y las Diputaciones Forales, se inició un estudio sobre la situación de la asistencia psiquiátrica de la Comunidad Autónoma Vasca. El trabajo fue terminado en 1980, por un equipo formado por los Drs. Guimón, Cristóbal y Arzamendi, dirigidos por el Dr. Ajuriaguerra y embrión de la Comisión Asesora de 1982.

A nivel nacional, el XIV Congreso de Sevilla de 1977 propició el relevo generacional que tan importantes consecuencias tuvo para la AEN en cuanto al modelo clínico y asistencial defendido a partir de entonces. Además, y junto al resto de corrientes descentralizadoras que se extendían por el país, abrió la posibilidad de pensar en términos de asociaciones con carác-



ter regional o autonómico, lo que permitió constituir las primeras dentro del propio seno de la Asociación (Andaluzá, 1982; Gallega, 1984), a la vez que otras Comunidades dan sus primeros pasos en este sentido.

La valía profesional y humana de algunos coterráneos es reconocida por la AEN nombrando Socios de Honor a los bilbainos Angel Garma²⁴ y Julián de Ajuriaguerra²⁵. También Luis Martín Santos²⁶, desde 1951 Director del Psiquiátrico de San Sebastián, pasa a dar nombre a partir de 1978 de uno de los Premios instituidos por la Asociación.

Durante algunos años, parte de la actividad formativa de la AEN se canalizó a través de la denominada Cátedra Lafora-Mira, con cursos en diversos lugares. Entre 1982 y 1984, el denominado “Seminario de Psiquiatría Comunitaria de Bizkaia”, formado en su mayor parte por socios locales, aprovecha esta coyuntura para organizar gran parte de sus actividades que culminan con un Curso de Prevención en Salud Mental y tiene cierto carácter seminal en el modelo “comunitario” asumido para el futuro por muchos de sus participantes. De igual forma, durante 1983, en San Sebastián tiene lugar el curso “Aproximación a las Psicosis”.

Son años de ilusión y desarrollo de proyectos reformistas que buscan mejorar la asistencia psiquiátrica en España. En el caso específico del País Vasco, sin poder dar el protagonismo a la AEN, es indudable que algunos de sus asociados a nivel individual tuvieron un papel destacado en los movimientos de reforma producidos, como el Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental de 1983²⁷ y los más tardíos Documentos Técnicos de Salud Mental de 1990²⁸.

Nacimiento de OME (Osasun Mental Elkartea)

Se constituye formalmente en el seno del XVII Congreso Nacional que, bajo el lema “La Psiquiatría, una disciplina que ha perdido su

rumbo”, tuvo lugar en San Sebastián (15-18 octubre 1986)²⁹. En su presentación se declara sobre el nacimiento de OME:

“Una organización autónoma, vasca, más pequeña, más cercana a los miembros, que pueden participar directamente en su funcionamiento, será sin duda útil para conseguir los objetivos comunes a todos los profesionales... En resumen, lo que genéricamente se denomina prevención en su más amplio sentido, que también incluye asistencia y rehabilitación.

Quisiéramos una Asociación Vasca de Salud Mental científica, que sirva para aglutinar los esfuerzos de quienes trabajamos individualmente o en grupos por una mejor atención en Salud Mental para nuestro pueblo. Una asociación abierta, independiente y no partidista al igual que se han constituido ya la Asociación Andaluza y la Gallega y podrán constituirse otras para una futura Federación”.

En el Congreso se repartió el libro: “Cronicidad en Psiquiatría”, coordinado por Julián Espinosa³⁰, así como la Ponencia “Salud Mental y Atención Primaria” en off-set, diseñándose con ocasión del mismo el que sería el primer logotipo de OME por el pintor Zumeta.

A partir de este momento se iniciaron diversos esfuerzos encaminados a la formalización de la estructura asociativa. El 10 de Enero se celebra una reunión constituyente de la Junta Directiva aprobada anteriormente en la Asamblea del 18 de octubre del año anterior. En esa primera reunión se establecen los objetivos básicos que se resumen en consolidar la Asociación y organizar una Comisión de Atención Primaria que daría pie a unas Jornadas, al año siguiente, coincidiendo con la proyectada renovación de la Junta. La Asociación se registra el 27 de mayo de ese año, con nº de entrada 794 el 28 de agosto. Durante ese año se participa en la organización de encuentros científicos, así como se hacen esfuerzos para la divulgación de la asociación y captación de



nuevos socios. De igual forma y como en el resto del Estado, siguiendo en mayor o menor medida el modelo de psiquiatría comunitaria propugnado por la Comisión de Asistencia de la Asociación, una importante energía e interés asociativo es dirigido hacia la discusión y desarrollo de planes de salud mental y reformas asistenciales³¹.

Los días 23 y 24 de Junio de 1988, tuvo lugar en el Palacio de Villa Suso de Vitoria la 1ª Reunión de O.M.E. dedicada principalmente a Atención Primaria y Salud Mental. Al final de ella, la presidencia fue delegada en Miguel Gutiérrez. Progresivamente y durante los siguientes años, la Asociación va entrando en una fase de escasa productividad y aparente desinterés por parte de sus miembros, limitando su actividad al patrocinio puntual de algún encuentro científico, a la vez que algún socio a nivel personal concita el interés por parte de la Asociación³². Esta precaria existencia, se acompaña de una Junta que deja de reunirse, abandonando igualmente su participación en la Junta de Gobierno de la AEN.

Revitalización de OME (Osasun Mentalaren Elkarte)

La situación de parón asociativo motiva a un pequeño grupo de socios a reunirse en Vitoria en junio de 1994, formándose una Comisión Gestora que se presentó en las XIII Jornadas Nacionales que bajo el título de “Estrés y salud mental” tuvieron lugar del 23 a 25 de noviembre de 1995 en Pamplona, buscando igualmente aglutinar a los socios de la zona.

Tras las Jornadas, se sigue discutiendo la situación de OME en diversas reuniones y la mejor forma de revitalizarla³³, abriéndose un proceso electoral para aceptar una Junta definitiva que culmina en junio de 1996 cuando tiene lugar en Bilbao la Jornada “La asistencia psiquiátrica pública y la salud mental. Situación actual y perspectivas en el País Vasco y Navarra”, donde se aprueba a la Comisión Gestora

como nueva Junta de OME³⁴. Este tipo de Jornada se repite en Mayo de 1997, bajo el título “La asistencia psiquiátrica pública ante la Ley de Ordenación Sanitaria”.

El interés y necesidad de revitalizar aún más la Asociación, conduce a solicitar la organización de las siguientes Jornadas de la AEN, a la vez que junto a ello se van aclarando y ordenando otros aspectos organizacionales de OME. Por ejemplo, hasta ese momento se contaba con unos Estatutos funcionales, que era necesario legalizar y adecuar a la legislación imperante. Por este motivo, en 1998 se legaliza OME-Euskadi que integra únicamente a los socios del País Vasco, lo que facilita la relación con la Administración Autonómica Vasca. A la vez se deja abierta la posibilidad de que Navarra haga lo mismo o no en su Comunidad, así como se acuerda la legalización de OME a nivel del Estado agrupando a ambas Comunidades, siendo esta su forma de funcionamiento general. Ese año, fue presentado un nuevo logotipo realizado por el diseñador Iñaki Palmou.

Las XV Jornadas Nacionales A.E.N. (probablemente así numeradas por error y correspondiéndose realmente con las XIV), tuvieron lugar entre los días 12–14 noviembre de 1998 en Getxo, Bizkaia, con el lema “La psiquiatría ante los retos del nuevo siglo”. Sus temas centrales giraron en torno al espacio sociosanitario, formación en psicoterapia y red pública de asistencia y los nuevos modelos de gestión.

A partir de estas Jornadas y hasta final de siglo, el nivel de actividad de la Asociación mejora progresivamente en cuanto a años precedentes, con diversas aportaciones como la organización y patrocinio de diferentes encuentros, patrocinio de publicaciones, redacción de unos nuevos estatutos, o la participación en diferentes grupos de trabajo de la AEN con presentación de una Ponencia sobre ética en el Congreso de Santiago en 2000 por parte de un grupo liderado desde OME. Se asume colaborar como Asociación en la Revista *GOZE*



de la Academia Vasca de Ciencias de la Salud Mental, que pasa a ser también órgano de expresión de OME en 1999. Ese año ve la luz la página web, primera de las asociaciones autonómicas.

En octubre de 2000 se acepta la legalización de unos nuevos Estatutos (modificados ligeramente al año siguiente) agrupando a País Vasco y Navarra, así como se propone una nueva Junta directiva para el próximo siglo. Al final de ese año se contaba con 84 socios: 10 en Alava, 10 en Gipuzkoa, 22 en Navarra y 42 en Bizkaia (y otras 4 nuevas solicitudes de admisión).

El siglo XXI se inaugura con el mayor nivel de actividad en la historia de OME así como de participación en los proyectos generales de AEN, incluyendo la Presidencia de la misma entre 2003–06 por Francisco Chicharro, director médico del Hospital de Zamudio.

Se realizan actuaciones dirigidas al mejor funcionamiento y mantenimiento de la propia Asociación como una nueva constitución formal en marzo de 2001, inscrita como “Asociación de Psiquiatría Comunitaria y Salud Mental” el 29 de junio de 2001 con nº de salida 6128 el 6 de julio de 2001. Otras iniciativas son la solicitud de subvenciones oficiales, adaptación del logotipo, impresión de un folleto informativo, mantenimiento y ampliación de la página Web registrándose un nombre de dominio propio definitivo: www.ome-aen.org.

OME además intenta abrirse a la colaboración con las otras autonómicas vecinas con la organización de actividades conjuntas como las Jornadas Interautonómicas celebradas en Gijón (2001) y Segovia (2002). Por un motivo similar, en la modificación de Estatutos se explicita que, de forma extraordinaria, podrán pertenecer a OME los socios de la AEN que residiendo o trabajando en Comunidades limítrofes no tengan constituida su Asociación Autonómica. Este espíritu de cooperación anima asimismo el ofrecimiento a participar en la nueva revista de

OME que nace al cerrarse la anterior con la disolución de la Academia, su propietaria original. *NORTE de salud mental* surge con el compromiso de apoyar la actividad científica, así como fomentar la reflexión y debate entre los profesionales. Progresivamente se incorporan sus contenidos a Internet (www.ome-aen.org/norte.htm), además de apadrinar proyectos como “Una portada para Norte” que busca sensibilizar al colectivo de estudiantes de diseño publicitario.

La mejora de la comunicación con los socios es otro de los objetivos propuestos. Habiéndose iniciado previamente una lista electrónica de distribución, le sigue el envío postal de un *Boletín* informativo trimestral en 2002. Junto a la colaboración en la organización de diversos encuentros científicos con otras asociaciones e instituciones, se patrocinan publicaciones puntuales y la entrega semanal, durante 2 años, de “Psiquiatría Insólita” por Juan Medrano. De igual forma, se consolida la organización de una Jornada anual coincidente con la Asamblea general de socios, siendo la XII la última celebrada en diciembre de 2005³⁵.

Un intenso nivel de actividad^{36–37–38} que cristaliza en el grupo de trabajo que en 2003 asume en Oviedo la Organización del siguiente XXIII Congreso de AEN y que con el título “*Despejando incógnitas, construyendo compromisos*” se convoca en Bilbao del 10 al 13 de Mayo de 2006. El Congreso, vertebado en torno a sus tres ponencias principales: “Psicopatología de los síntomas psicóticos”, “Continuidad de cuidados en salud mental” y “Dos décadas tras la reforma psiquiátrica”, aglutina un amplio programa científico a la vez que se hace coincidir con la presentación del II Observatorio de salud mental de la AEN. Convocados los “Premio OME” al mejor póster y “Premio Norte de salud mental” al mejor caso clínico MIR-PIR, la ocasión motiva asimismo la preparación de una exposición abierta al público durante 2 meses en



el Museo Vasco de Historia de la Medicina y de las Ciencias de la UPV-EHU en Leioa, que con el título “Stultifera Navis” recoge diferentes aspectos relativos a la salud y enfermedad mental.

A partir de aquí será el futuro el que desvelará lo que las siguientes líneas que seguirían a continuación tendrán que contarnos. Que podamos seguir siendo protagonistas de todo ello con entusiasmo y por mucho tiempo.



Juntas de OMIÉ desde su constitución					
	Octubre 1986	Junio 1988	Junio 1994 – Junio 1998	Octubre 2000	Junio 2004
Presidente	Fernando Menéndez	Miguel Juliarte	Ander Redondo	Francisco Clavería	Uxue Martínez
Vicepresidente	Miguel Juliarte			Ander Redondo	Fernando Santander
Secretario	Imanol Oteiza		Inaki Márquez	Oscar Martínez	Uxue Martínez
Tesorero	Luis Etxebarria		Nekane Pardo	Nekane Pardo	Ander Redondo
Publicaciones	Raquel Tena			Inaki Márquez	
Vocales	Fernando Ugeux Ignacio Zúñiga ... Luis Arrese		Esteban Etxebarria Fernando Santander J. Ignacio Zubizarreta	José M ^a Salazar Idia Zamara M ^a Dolores Aguirre	Margarita Herrero Juan Medrano Enmanuel Aguirre
	... Ignacio Antónegui		M ^a Dolores Aguirre	Fernando Santander	Xabier Leizaola
	Ander Redondo		Uxue Rodríguez	José Ignacio Zubizarreta	M ^a Eugenia Anz
	Ramón Frondes				Nekane Pardo
	Fabrizio Polastri José Vela				Leaska Etxepare Carmel Martín
Responsable publicaciones (cargo adjunto)					Fabrizio Polastri
Relaciones con OMIÉs (cargo adjunto)					José M ^a Salazar

BIBLIOGRAFÍA

- Escuder, JM. “Curación del loco”. *Gaceta Médica del Norte*. 30 Sept. 1895. I (18): 139–141.
- Martínez Azumendi, O. “Volumen 100 de la Gaceta Médica de Bilbao”. *Norte de salud mental*. 2003; 18: 65–67.
- Villanueva Edo, A. “La asistencia psiquiátrica”. En *Siete siglos de medicina en Bilbao*. Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria, 2000.
- Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios. 100 años de historia*. Ed. Hospital Psiquiátrico San Juan de Dios. Mondragón, 1999.
- 1898–1998. *Hospital Aita Menni. 100 años de historia en Santa Agueda*. Hospital Aita Menni; Mondragón 1998.
- De la Rica, JA. “Centenario Hospital Psiquiátrico de Bermeo”. *Goze*. 2000; 3 (8): 59–63.
- Lizarraga, LJ. “La esquizofrenia en Navarra. Perspectiva histórica”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2000; 23 (sup 1): 7–28.
- Blanco, J. “Papel de los Hospitales Psiquiátricos de larga estancia en la Asistencia a la Enfermedad Mental severa de Curso Crónico. (I, II y III)”. *Norte de salud mental*. 2005;VI (22): 66–71;VI (23): 85–88;VI (24): 57–62.
- Vitoria, M. *Vida y obra del doctor Achúcarro*. Ed. La Gran Enciclopedia Vasca. Bilbao, 1977.



- 10 VV.AA. "Dr. Nicolás Achúcarro, con motivo del cincuentenario de su fallecimiento". *Gaceta médica del Norte*. Número extraordinario, 1968.
- 11 Lázaro, J. "Historia de la Asociación Española de neuropsiquiatría (1924–1999)". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.* 2000; XX (75): 397–515.
- 12 Martínez Azumendi, O. Wenceslao López Albo (1889–1944). *Norte de salud mental*. 2003; V (6): 67–72.
- 13 VV.AA. *Hospital Psiquiátrico de Zaldibar, 50 aniversario de su fundación 1923/1973*. Excma. Diputación de Vizcaya. Bilbao, 1973, 13–15.
- 14 López Albo, W. "Plan moderno de asistencia a los alienados (1926)". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.* 2000; XX (75): 549–554.
- 15 López Albo, W. Fuster, J. Morales, M. "Plan moderno de asistencia a los alienados (1926)". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.* 2000; XX (75): 563.
- 16 González Pinto, R. "La curabilidad de las enfermedades mentales. Necesidad de creación de servicios psiquiátricos abiertos en los hospitales generales". *Revista Clínica de Bilbao*. Mayo 1931; VI (5): 222–226.
- 17 Soriano Jiménez M. (Editor). *Síntesis Médica Mundial. Sociedad española de especialidades farmacoterapéuticas*. Barcelona, 1940.
- 18 Martínez Azumendi, O. "Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (I, II y III)". *Norte de salud mental*. 2004; I (20): 73–84; VI (21): 87–98; 2005 VI (22): 72–84.
- 19 Figuerido, C.A. "Progresos recientes en terapéutica y asistencia psiquiátricas". *Gaceta Médica del Norte*. 3ª Epoca, nº I Marzo 1944: 5–22.
- 20 Echeverría Urrutia, J. *Notas para un estudio psiquiátrico de Guipúzcoa*. Excma. Diputación de Guipúzcoa; 1948.
- 21 Markez, I. "El Dr. Mariano Bustamante, un neuropsiquiatra de la generación del 27". *Norte de salud mental*. 2005; 24: 63–68.
- 22 Aisa, P. Fano, S. Guija, A.G. "Evolución del servicio de asistencia psiquiátrica extrahospitalaria en Vizcaya". *Archivos de Neurobiol.* 1977; 40 (5): 323–334.
- 23 Anónimo. "En el psiquiátrico de Bermeo. Peor que perros". *Punto y Hora*. 16–22 junio 1977: 12–16.
- 24 Markez, I. "El bilbaíno Ángel Garma (1904–1993). Fundador del psicoanálisis argentino". Colección Temas Vizcaínos–Bizkaiko Gaiak. nº 361–362. Edita Fundación BBK, Bilbao, 2005.
- 25 Aguirre, J.M.; Guimón, J. *Vida y obra de Julián de Ajuriaguerra*. ELA ed. Madrid, 1992.
- 26 Rueda, B. "Martín Santos: 'Un silencio elocuente' Apuntes sobre su figura y su obra". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.* 1987; VII (22): 363–370.
- 27 *Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Informe de la Comisión Asesora presidida por el Profesor J. Ajuriaguerra*. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Gobierno Vasco. 1983.
- 28 Zuazo, J.I.; Martín Zurimendi, J.A.; Arrese, J.L. *Documentos Técnicos de Salud Mental. Nº 1. Servicios de salud mental: Bases Técnicas y Nº 2. Servicios de salud mental: Plan Estratégico*. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. 1990.
- 29 "San Sebastián: el XVII Congreso de la Asociación". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.* 1986; VI (19): 670–671.
- 30 Espinosa, J. *Cronicidad en psiquiatría*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 1986.
- 31 Marquínez, F. "Salud mental y reforma psiquiátrica para Euskadi. (Borrador de alternativa profesional y progresista)". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.* 1987; VII (22): 461–468.
- 32 Álvarez, J.M.; Colina, F.; Esteban, R.; Sáez, A. "Entrevista con José Guimón". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.* 1994; XIV (47–48): 133–139.
- 33 "Informe de la Comisión Gestora de O.M.E. para la A.E.N.". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.* 1996; 57: 177–178.
- 34 "Informe sobre las actividades de la OME —Osasun Mental Elkarte /Asociación Vasca de Salud Mental— durante 1996". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.* 1996; 61: 190–191.
- 35 "Actividades durante año 2005 OME-AEN". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.* 2005. 25 (95): 213–181.
- 36 "Actividades OME-AEN 2003". *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatr.* 2003. 23 (88): 174–181.
- 37 "Actividades OME-AEN (Junio 2003 a Mayo 2004)". *Norte de salud mental*. 2004; 20: 93–98.
- 38 Martínez Azumendi, O. "Cambios en la Junta de OME-AEN". *Norte de salud mental*. 2004; 21: 107–108.



Aproximaciones a la Historia de la Psiquiatría desde OME-AEN

I.M.

En estas páginas señalamos aquellos artículos y reseñas aparecidas en la revista NORTE de salud mental o en la web www.ome-aen.org, en el Cronicón, que aluden directamente a una pequeña parte de la Historia de la Psiquiatría más cercana, señalando aspectos biográficos de algunos personajes ilustres en la neurología y psiquiatría, o sobre la asistencia a la enfermedad mental, los hospitales psiquiátricos y otras instituciones, todos ellos escasamente conocidos y cuya difusión, desde OME-AEN, nos parece de gran interés.

Si en las primeras décadas del siglo XIX había muchas publicaciones sobre temas psiquiátricos elaboradas por teólogos, filósofos y profesores de la medicina que tuvieron escaso contacto con pacientes con enfermedades mentales y, aunque a principios del siglo XX, el mismo Kraepelin decía que la psiquiatría no era una verdadera especialidad médica y, al tiempo, realizó un sistema nosológico válido en nuestros días, sólo a partir del estudio y al tratamiento de los trastornos mentales así como a la enseñanza de la psiquiatría de este y de los Pinel,

Esquirol, Jaspers, Bleuler, Scheider,... se logró una notable divulgación descriptiva.

Después, en época más reciente, llegarían los sistemas nosológicos hegemónicos, el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Entre unas épocas y otras, y tocándonos más cerca, un amplio abanico de profesionales de la salud mental, ilustres unos, más modestos otros, han logrado que llegemos hasta este presente.

Alguien podrá decir que la Historia de la Psicología y la Psiquiatría se va elaborando por el conjunto de las actuaciones, del pasado y del presente, relativas a la misma. Correcto y, no obstante, desde la revista Norte de salud mental y desde la web en el Cronicón, se pretende rescatar aquello del pasado escasamente conocido y divulgado para que forme parte del conocimiento colectivo de quienes participamos —actuamos— en este amplio campo de la Salud Mental. Un saber colectivo y plural que deseamos sea enriquecido con nuevas aportaciones.



Aquellos Ilustres

Nicolás Achúcarro (1880–1918)

- El Dr. Nicolás Achúcarro (1880–1918). Oscar Martínez Azumendi. *NORTE de salud mental*, 2001, Vol. IV, n° 11: 51–54.
<http://www.ome-aen.org/norte/11/n115154.pdf>
<http://www.ome-aen.org/cronicon/achucarrobio.htm>
- *Nicolás Achúcarro en la vida de Juan Ramón Jiménez*. Iñaki Markez. Enero 2003, en *Cronicón*, en:
<http://www.ome-aen.org/cronicon/jrjimenez.htm>
- Escritos “In Memoriam” de Nicolás Achúcarro
<http://www.ome-aen.org/cronicon/achucarro.htm>

Wenceslao López Albo (1889–1944)

- Wenceslao López Albo (1889–1944). Oscar Martínez Azumendi. *NORTE de salud mental*, 2003, Vol. V, n° 16: 67–71.
<http://www.ome-aen.org/norte/16/n16067071.pdf>

Ángel Garma (1904–1993)

- Ángel Garma. De Bilbao a los orígenes y desarrollo del psicoanálisis en Argentina. Iñaki Markez. *NORTE de salud mental*, 2003, Vol. V, n° 17: 68–73.
http://www.ome-aen.org/norte/17/NORTE%2017_140_68-73.pdf
- Ángel Garma: salió de Bilbao y volvió para siempre. Carmen Garma e Iñaki Markez. *NORTE de salud mental*, 2005, Vol. VI, n° 22: 84–89.
http://www.ome-aen.org/norte/22/NORTE_22_130_84-89.pdf
- El bilbaíno Ángel Garma, fundador del psicoanálisis argentino. Referencia. *NORTE de salud mental*, 2005, Vol. VI, n° 24: 74–75.
http://www.ome-aen.org/NORTE/24/NORTE_24_120_74-75.pdf
- Psicoanálisis de El Quijote del psicoanálisis. El psicoanálisis en lengua castellana. Juan Pundik. *NORTE de salud mental*, 2006, Vol. VI, n° 25.

Mariano Bustamante (1902–1984)

- Mariano Bustamante. Un neuropsiquiatra de la generación del 27. Iñaki Markez. *Norte de salud mental*, 2005, Vol. VI, n° 24: 63–68.
http://www.ome-aen.org/NORTE/24/NORTE_24_100_63-68.pdf

Luis Martín-Santos (1924–1964)

- Imágenes de Luis Martín-Santos: psiquiatra, político, escritor, vasco. José Lázaro. *NORTE de salud mental*, 2006, n° 25.
<http://www.ome-aen.org/norte/25/>
- Últimos libros de Luis Martín-Santos. Luis Martín-Santos Laffón. *NORTE de salud mental*, 2006, n° 25.
<http://www.ome-aen.org/norte/25/>



Los Hospitales

Mondragón

- Los hospitales psiquiátricos de Santa Águeda. Rafael Cristobal. *GOZE* 1997, Vol. II, nº 1: 25–37.
- Historia Hospital Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús de Mondragón.
<http://www.hsjd.es/Fichas/Mondragon/MondragonHistoria.htm>

Zaldibar

- Tres imágenes de Zaldibar. Enrique Aragüés. *GOZE* 1999, Vol. III, nº 6: 69–72.
- El papel de los Hospitales Psiquiátricos de larga estancia en la asistencia a la Enfermedad Mental Severa de curso crónico. El Hospital de Zaldibar (I). Javier Blanco Bengoechea. *NORTE de salud mental* 2005, Vol. VI, nº 22: 66–71.
http://www.ome-aen.org/norte/22/NORTE_22_100_66-71.pdf
- El papel de los Hospitales Psiquiátricos de larga estancia en la asistencia a la Enfermedad Mental Severa de curso crónico. El Hospital de Zaldibar (II). Javier Blanco Bengoechea. *NORTE de salud mental* 2005, Vol. VI, nº 23: 85–88.
http://www.ome-aen.org/norte/23/NORTE_23_110_85-88.pdf
- El papel de los Hospitales Psiquiátricos de larga estancia en la asistencia a la Enfermedad Mental Severa de curso crónico. El Hospital de Zaldibar (III). Javier Blanco Bengoechea. *NORTE de salud mental* 2005, Vol. VI, nº 24: 57–62.
http://www.ome-aen.org/NORTE/24/NORTE_24_090_57-62.pdf

Bermeo

- Centenario Hospital Psiquiátrico de Bermeo. Juan Antonio de la Rica. *GOZE* 2000, Vol. III, nº 8: 59–63.
<http://www.ome-aen.org/norte/8g/n08059063.pdf>

Pamplona

- Centenario Hospital Psicogeriátrico San Francisco Javier (Pamplona).
<http://www.cfnavarra.es/WebGN/Sou/Promocion/centenario/index.htm>

Oviedo

- Hospital Psiquiátrico de Oviedo y la protección del patrimonio. Víctor Aparicio y Francisco Chicharro. *NORTE de salud mental*, 2003, Vol. 16: 85–86.
<http://www.ome-aen.org/norte/16/n16085086.pdf>

Leganés

- Las contrarreformas psiquiátricas. El hospital de Leganés. Francisco Chicharro. *NORTE de salud mental*, 2003, Vol. V, nº 17: 85–86.
http://www.ome-aen.org/norte/17/NORTE%2017_180_85-86.pdf



La Atención Psiquiátrica

- Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (I). Oscar Martínez Azumendi.
NORTE de salud mental 2004, Vol. V, n° 20: 73–74.
http://www.ome-aen.org/NORTE/20/NORTE_20_120_72-74.pdf
- Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (II). Oscar Martínez Azumendi.
NORTE de salud mental 2004, Vol. V, n° 21: 87–88.
http://www.ome-aen.org/NORTE/21/NORTE_21_120_87-88.pdf
- Terapéutica psiquiátrica en los años 40 (III). Oscar Martínez Azumendi.
NORTE de salud mental 2005, Vol. V, n° 22: 72–75.
http://www.ome-aen.org/norte/22/NORTE_22_110_72-75.pdf
- La terapéutica de los shocks: insulina, cardiazol, electroshock. Luigi Insabato (1881–1963).
NORTE de salud mental 2004, Vol. V, n° 20: 74–84.
http://www.ome-aen.org/NORTE/20/NORTE_20_130_75-84.pdf
- Terapéutica neuropsiquiátrica (II parte). Luigi Insabato (1881–1963).
NORTE de salud mental 2004, Vol. V, n° 21: 89–98.
http://www.ome-aen.org/NORTE/21/NORTE_21_130_89-98.pdf
- El nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868–1954). Javier Aztarin Díez. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Pamplona, 2005.
http://www.cfnavarra.es/salud/docencia.investigacion/textos/temas_medicina/4_asistencia_psiquiatica.htm
- La esquizofrenia en Navarra. Perspectiva histórica. L.J. Lizarraga.
Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2000; Vol. 23, sup. 1: 7–28.
<http://www.ome-aen.org/cronicon/2000/Lizarraga.htm>
- La asistencia psiquiátrica en Vizcaya. Antonio Villanueva.
NORTE de salud mental 2004, Vol. V, 19: 71–82.
http://www.ome-aen.org/norte/19/NORTE_19_110_71-82.pdf
- La crisis psiquiátrica de 1977 y Comisión Representativa de 1978/79 en Vizcaya.
<http://www.ome-aen.org/CRONICON/1977/CRISIS77.HTM>
- Notas para un estudio psiquiátrico de Guipúzcoa. Jesús Echeverría (1948).
NORTE de salud mental, 2005, Vol. VI, n° 22: 76–83.
http://www.ome-aen.org/norte/22/NORTE_22_120_76-83.pdf
- Salud mental en Euskadi. Francisco Chicharro Lezkano.
NORTE de salud mental, 2002, Vol. IV, n° 13: 131–138.
<http://www.ome-aen.org/norte/13/n13131138.pdf>
- Situación asistencial en Castilla León. Pilar de la Viña.
NORTE de salud mental, 2002, Vol. IV, n° 13: 125–130.
<http://www.ome-aen.org/norte/13/n13125129.pdf>



Movimiento asociativo

- La Gaceta Médica de Bilbao celebra su Volumen 100. Oscar Martínez Azumendi. *NORTE de salud mental*, 2003, Vol. V, nº 18: 66–67.
http://www.ome-aen.org/norte/18/NORTE_18_100_66-67.pdf
- *Apuntes para una historia de OME-AEN (Osasun Mentalaren Elkartea) en el País Vasco y Navarra.* Oscar Martínez Azumendi. *NORTE de salud mental* 2006, Vol VI, nº 25.
<http://www.ome-aen.org/norte/25/>
- Historia de la Asociación Española de neuropsiquiatría (1924–1999). José Lázaro. *Revista Asoc. Esp. Neuropsiquiatría* 2000; Vol 75 (monográfico).
http://www.ome-aen.org/cronicon/2000/presentacion_75.htm

Otros

- El 98. Presentación. *GOZE* 1998, Vol. II, nº 3: 5–7.
- Universidades vascas y globalización. José Guimón. *NORTE de salud mental* 2004, Vol. V, nº 19: 46–48.
http://www.ome-aen.org/norte/19/NORTE_19_080_46-48.pdf
- Reseña a “La cara oculta de Salvador Dalí”. Iñaki Markez y Chus Gómez. *NORTE de salud mental*, 2004, Vol. V, nº 21: 105–106.
http://www.ome-aen.org/NORTE/21/NORTE_21_180_105-106.pdf
- Primo Levi. Testimonio y creencia. Notas sobre la lectura de “Si esto es un hombre”. *NORTE de salud mental* 2004, Vol. V, nº 20: 90–92.
http://www.ome-aen.org/NORTE/20/NORTE_20_160_90-92.pdf





Portadas para **NORTE de salud mental**

Nekane Sagasti Legarda

Psicólogo Clínico. Hospital de Galdakao.

*En un mundo servido sólo por
las palabras sería difícilísimo
mencionar las cosas (Eco, U.)*

De todos es conocido el gran poder que ejercen los medios de comunicación para influir en la percepción de la realidad de toda la sociedad, en su forma de ver e interpretar el mundo que nos rodea. Aunque la mejora en el trato recibido por la salud mental en los últimos años es reconocida, se sigue transmitiendo de forma sutil y algunas veces explícita, una imagen errónea y negativa de la enfermedad mental, que sin duda no es un buen reflejo de la realidad, ayuda a perpetuar estereotipos, prejuicios y falsas creencias, y que perjudica de manera directa a los derechos de las personas con problemas de salud mental y a su entorno. Sensibilizar a futuros profesionales de la publicidad sobre este tema puede ser un objetivo interesante a la hora de actuar contra el estigma.

Material

La revista **NORTE de salud mental** retoma y se presenta con el compromiso de impulsar la actividad científica, fomentar la reflexión, promocionar alternativas, debatir sobre las investigaciones más recientes y ser marco de expresión de inquietudes del acontecer en el campo de intervención de los profesionales, la salud mental de la comunidad.

Proyecto: **“Una portada para Norte”**

Desde su inicio, y señalando que la revista cuenta en su cabecera con un diseño de Eduardo Chillida se realiza una apuesta por la divulgación a través de sus portadas de la obra gráfica de jóvenes artistas. El interés suscitado

llevó a ampliar la iniciativa de una manera formal a los estudiantes de Diseño Gráfico de la Universidad del País Vasco.

Los trabajos recibidos hasta la fecha son 218 portadas a lo largo de 4 años. Una aportación cuantiosa que constituye el material a comentar.

OBJETIVOS

El propósito de estas líneas es comentar las imágenes que los estudiantes Asignatura Diseño Gráfico Publicitario (Profesor Iñaki Zaldunbide) de la Facultad Ciencias Sociales y de la Comunicación (Leioa), UPV-EHU. Ellos



y ellas han propuesto los proyectos de diseño e ideas para posibles portadas de la revista *Norte de salud mental*.

Se utiliza un **método descriptivo** que permita describir y evaluar las características y conocer como se presentan los contenidos y eventos que aparecen en las portadas propuestas y asimismo tener la posibilidad de realizar predicciones aunque sean muy rudimentarias.

COMENTARIOS

Una primera aproximación a las imágenes despierta en el observador la impresión de que se parecen entre sí y de que forman parte de un todo. Las imágenes se antojan como partes de una narración, viñetas o fotogramas que constituyen el guión de una historia incompleta, y que se presentan desordenadas.

En este relato la mayor parte se dedica a mostrar aspectos del conflicto, salpicados de intentos de soluciones fallidas, y búsqueda de nuevas alternativas, para terminar con un desenlace que no satisface a nadie ni resuelve el conflicto.

Os voy a contar una historia:

Con la primera mirada descubrimos el principio de la trama. Súbitamente aparece el protagonista, está solo, se ha quedado solo en la penumbra, su imagen atormentada se distorsiona y desdibuja, se rompe y desorganiza como un puzzle, su figura es solo una sombra para desvanecerse, y en su lugar queda una cabeza, una cabeza rota y después solo un cerebro. Se presenta ante el espectador como algo complejo e incomprensible, es la máquina de pensar con complicados engranajes. Después, es solo una masa de sesos. Lo ha perdido todo incluso el "sí mismo".

Perdido en el laberinto muchos ojos vigilan al protagonista, y él mira sin ver. La palabra no existe, cuando aparece una boca se halla

enmudecida con una mordaza. El oído tampoco es necesario, no hay nadie ni nada que escuchar.

Tiende sus manos, pero están vacías, no logra el contacto deseado, y se repite el gesto impotente.

Unos pasos, es posible que le lleven a un nuevo horizonte. Al final del largo camino, una luz, una puerta que quizás se abra y siempre, siempre, esa tremenda soledad.

Surgen en el camino pretendidas ayudas para resolver el drama, fármacos y pastillas por un lado, y la esperanza por otro de que la naturaleza obre su milagro con el mar, el cielo y el aire, el campo, el paisaje amigo, e incluso alguna alegre mariposa.

El protagonista reclama vivir entre otros resaltando la diferencia, y a pesar de ella.

Esta historia termina con el protagonista diferente y solo.

Pero, ¿es realmente diferente? ¿Está ciertamente sólo?

Es esta una historia de enfermedad y desolación escrita entre muchos para una revista dirigida a Profesionales de Salud Mental.

Lo presente:

Tipo de imágenes: Más de la mitad de las imágenes han sufrido algún tipo de manipulación para resaltar lo roto, desorganizado, distorsionado, desenfocado, confuso, sombras fantasmagóricas, límites imprecisos, el desorden, caos mental, laberintos sin solución... El uso de colores fríos, azules y grises acentúa estas percepciones.

La soledad. Es este un proceso que se presenta en el nivel individual, desde que se inicia el sujeto camina en solitario y en las



presentaciones aparece lo singular frente a lo plural. Cuando se encuentran varios elementos responden más a la perseveración que a la pluralidad. *Lo social y lo comunitario está ausente.*

La idea de Salud Mental se relaciona con algo que ocurre en la cabeza–mente de las personas. El 40% de las propuestas utilizan como motivo esta parte de la anatomía para referirse a ella.

Órganos de los sentidos: Los ojos (vista), 15% de las propuestas y las manos 6% (tacto) son motivos recurrentes utilizados de modo que queda manifiesta la ausencia de contacto. La palabra y el oído no aparecen en ningún caso. *La comunicación es imposible.*

Elementos con valor “terapéutico”, a los que se atribuye capacidad para reducir el malestar o que pueden producir efectos positivos o bienestar, se hallan presentes en el 25% de las presentaciones. Siendo esta una presencia amplia hay que destacar que el elemento humano esté ausente, se espera influyan en el desenlace aspectos de la naturaleza como el mar, el cielo, paisajes con prados y bosques, flores, mariposas... También se ofrecen como elemento terapéutico los fármacos (3 portadas con alusión a pastillas) y además la actitud persistente por parte del sujeto en la búsqueda del bienestar sin otros apoyos concretos. *El terapeuta humano no existe.*

Las grandes ausencias

Profesionales

En este “guión colectivo”, nadie ha logrado visualizar ni establecer la presencia del profesional experto, amigo, próximo, accesible y dispuesto a jugar un papel activo en los procesos de salud mental.

Rescatando el lema de una campaña lanzada por Sanidad (2005) “*Todos somos parte del tratamiento de una enfermedad mental*” y no podemos obviar que los profesionales que eli-

gen la Salud Mental como campo de actividad, sin lugar a dudas debieran serlo más.

Salud Mental

El recurso más utilizado para hacer referencia a la salud Mental es el de reflejar aquello que “no es” salud mental: tristeza, desolación, indefensión, aislamiento y nula interacción social...claro que, salud y enfermedad mental no son condiciones que permitan definir la una como ausencia de la otra sino que son un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico. No se logra identificar los componentes principales de la salud mental: bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc.

CONCLUSIONES

Es este un momento de aunar esfuerzos en la lucha contra el estigma.

Las observaciones realizadas pueden ser un buen punto de apoyo para renovar el compromiso de los profesionales de salud mental en el objetivo final de concienciar, informar, orientar y proporcionar recursos a los profesionales de los medios de comunicación para que puedan elaborar informaciones sobre la salud mental y su colectivo, que sean un reflejo real de lo que es la enfermedad mental, y para que las personas afectadas por una enfermedad mental reciban un tratamiento mediático justo y adecuado con una visión más integradora y normalizadora y menos estigmatizante.

Los medios de comunicación pueden contribuir de manera eficaz a la sensibilización y concienciación de la sociedad.

Finalmente expresar mi agradecimiento al trabajo de los jóvenes que me han proporcionado el material para esta reflexión.





La terapia racional emotiva de Albert Ellis



Albert Ellis (1913-)

Nicolás Landriscini Marín
París

Albert Ellis es uno de los autores que firma *Le livre noir de la psychanalyse*. Se trata de un psicólogo norteamericano reputado en el campo de las TCC (terapias conductuales) por haber inventado la TRE. (Terapia Racional Emotiva). En su libro titulado *Razón y emoción en psicoterapia*¹ el autor expone las concepciones teóricas y prácticas que originan su T.R.E. Me propongo aquí realizar un comentario crítico, tratando de mostrar, por un lado, los *impasses* en los que desembocan sus ideas en el plano teórico, y por otro la concepción profundamente ingenua y reaccionaria que nos presenta de la clínica y la terapéutica.

Un primer punto destacable de las proposiciones del autor es lo que podríamos llamar su teoría de la dinámica de la personalidad, nombrada por él “teoría ABC”. Si bien en ella, pretende dar cuenta del comportamiento humano global, dicha teoría no es otra cosa que un producto de la típica lectura cognitiva del esquema reduccionista E-R (estímulo-respuesta) propuesto por el conductismo clásico. El aporte *modernizante* consistiría en la apertura de la célebre *caja negra*, nombrada B. Brevemente:

- A ⇔ activating stimuli (estímulos o acontecimientos)
- B ⇔ beliefs (creencias)
- C ⇔ consequences

A este esquema netamente academicista se lo supone explicar el comportamiento humano. Obviamente, toda la cuestión es “B”. Las creencias están compuestas de emociones y pensamientos. Sin proponer de ellos en ningún momento definición alguna, Ellis recurre a los dos términos y sus relaciones recíprocas para fundar sus concepciones teóricas y clínicas.

Si toda la cuestión se juega entonces en “B”, el autor deduce un primer axioma: “no son los acontecimientos los que provocan el comportamiento sino las creencias que sobre ellos tenemos”.

Las creencias están pues constituidas por pensamientos y emociones, estando a su vez estas últimas compuestas por pensamientos subyacentes a los que califica de “preconscientes”

¹ Ellis, A.: “Razón y emoción en psicoterapia”, Ed. Desclée de Broker, S.A., 1980.



en el sentido de Freud. Las emociones como tales no son nunca completamente a-ideativas, lo que las diferencia de las sensaciones. Su particularidad consiste en poseer un fuerte componente evaluador o valorativo.

Llegamos ahora a una de sus tesis principales: “la neurosis consiste en un comportamiento inútil, irracional y estúpido” provocado por emociones perturbadoras que tienen su origen en construcciones de pensamiento falsas e irracionales.

Estos pensamientos “falsos e irracionales”, caracterizados por un fuerte componente moralizador y culpabilizante, constituyen la herencia directa en el individuo del ideario de la tradición, transmitido por la familia, la sociedad y las instituciones. Encontramos, pues, aquí, el modo simplista con el que el autor da cuenta de la impronta primaria que el gran Otro ejerce sobre el sujeto. El individuo está inserto en el universo simbólico en el que ha sido concebido.

Esta obvia constatación no es, sin embargo, del agrado del autor, quien considera que el individuo, para constituirse a sí mismo como sujeto, no debe de ningún modo depender del Otro.

Albert Ellis nos propone entonces un modelo de individuo *libre*: “independiente, autosuficiente” y encerrado sobre sí mismo, que no tendría ninguna necesidad de reconocer al Otro ni de hacerse, a su vez, reconocer por él. Se trataría de un individuo para quien el deseo no sería el deseo del Otro. Pero alcanzar este ideal no es un asunto tan simple, en la medida en que gran parte de los seres humanos han sido tan “adoctrinados” por las ideas provenientes de su ambiente que se han vuelto neuróticos, es decir, dependientes, ineficaces, irracionales y estúpidos.

Es necesario pues encontrar la manera de suprimir sus neurosis, y entramos ya de lleno en el terreno de la *terapéutica*: la T.R.E. El postulado teórico que funda dicha terapia podría ser resumido así: si son los pensamientos irracionales los que provocan las emociones perturbadoras y desadaptadas que constituyen las neurosis, la sustitución de estos pensamientos por otros que sean racionales conseguirá eliminar las emociones perturbadoras y las neurosis consiguientes. ¡Fórmula mágica!

Se nos expone entonces el *método terapéutico*. Es simple: se trata de realizar “un ataque y desafío sistemáticos” de los pensamientos irracionales (B) del sujeto mediante una “filosofía racional, realista y lógica” en tanto que sugerida por el terapeuta. Citemos al respecto la definición que nuestro autor propone del término “racional”: “demostrar *razón*, no estar *loco* ni tonto, ser sensible, encaminarse a resultados eficaces para la felicidad humana, producir los efectos deseados con un mínimo de costo, desgaste, esfuerzos no necesarios o efectos laterales desagradables”².

Con esta finalidad, Ellis propone el “uso consciente e inconsciente de métodos didácticos por lo cual el terapeuta, como una especie de sabio con autoridad, enseña literalmente al paciente cómo pensar más clara y científicamente sobre sí mismo y sus compañeros más próximos”. Nos encontramos aquí, no frente a un sujeto supuesto saber, sino más bien un *sujeto saber* sin más. Es decir, y para parafrasear a Lacan, un padre que se toma en serio su función de legislador.

El objetivo de Ellis es pues enseñar al hombre a conducirse como un *científico de la vida cotidiana* para que sea capaz de ser independiente y racional. Pero para conseguirlo primero hay que pasar por una terapia *activo-directiva*, en la que el terapeuta desempeña

2 las cursivas son mías a fin de subrayar el carácter tautológico de la definición.

el rol de “modelo relativamente no perturbado”; dicho de otro modo, el autor prescribe explícitamente la identificación del paciente al yo del terapeuta.

La nueva *filosofía realista y racional* propuesta por nuestro autor consiste en una serie de actitudes concebidas a partir de una doctrina que podríamos calificar de pseudo—estoica: el postulado principal que la funda consiste en una aceptación realista de las condiciones necesarias de la vida; dicho de otro modo, una actitud resignada, o, tal y como Lacan la habría calificado, un “masoquismo politizado”.

Llegamos ahora a la última fase del proceso: podríamos denominarla fase de consolidación de la nueva filosofía. Se trata en efecto de la puesta en marcha de un proceso de autosugestión disciplinada y repetitiva (“trabajo, trabajo, trabajo”) a través del cual el paciente ha de lograr la introyección de los nuevos ideales *prêt à porter*.

Es en este momento que nos surge la siguiente pregunta: primeramente el autor establece el principio según el cual el conjunto de ideas irracionales causantes de neurosis en los seres humanos posee siempre un fuerte componente de autocensura moralizadora y culpabilizante, refiriéndose al respecto al concepto freudiano de super—yo. Es este componente superyoico de los pensamientos el que provoca sufrimiento y comportamientos inadaptados. Es necesario pues eliminar este tipo de ideas y sustituirlas por otras, más sanas a base de exhortaciones superyoicas que apelan al trabajo y la disciplina! El autor llega incluso a hacer equivaler la indisciplina y la neurosis, a las que opone disciplina y salud. Es decir, el principio activo de la terapéutica propuesta por el autor consiste en censurar la autocensura disciplinadamente.

En un último capítulo, titulado “las limitaciones de la psicoterapia”, Ellis termina por cambiar completamente de discurso para

presentarnos la siguiente tesis: hay un fundamento biológico en la tendencia humana generalizada a comportarse de modo irracional. Para sostener dicha tesis el autor recurre fundamentalmente a tres argumentos.

Primero parte de la tesis según la cual los trastornos emocionales en los seres humanos son provocados por condiciones ambientales particulares, lo cual es ya incoherente con la *teoría ABC*. Pero se constata aún que la modificación de tales condiciones a menudo no produce un cambio correlativo de los trastornos emocionales. Hemos de deducir necesariamente, según el autor, que debe de haber una cierta tendencia humana biológicamente arraigada—en nuestra “condición neuromuscular”—, nos precisa a pensar de manera irracional, pues recordemos que eran los pensamientos irracionales los que provocaban los trastornos emocionales. El silogismo es pues implacable.

El autor nos despliega a continuación una larga lista de comportamientos humanos “irracionales”, a los que atribuye, uno por uno y sin ningún fundamento, un origen biológico. A guisa de ejemplo, citamos: “la prepotencia del deseo”, “el olvido”, “la sobre—sugestibilidad”, “el extremismo”, “la culpabilidad sobre—acentuada”, etc.

El modo de proceder del autor no es difícil de interpretar: primero elabora una lista de comportamientos socialmente deseables y constata a continuación en qué escasa proporción éstos son alcanzados por los humanos. De ello deduce, de nuevo implacablemente, que el déficit o incapacidad de los seres humanos para cumplir estos ideales debe de tener necesariamente un fundamento biológico. Dicho de otro modo, según el autor, si $a > 1$, entonces nuestra condición neuromuscular es defectuosa!

Sobre estos comportamientos ideales digamos al menos que son la expresión de una conjunción personal de dos corrientes de pensamiento: por un lado la concepción



aristotélica de la justa medida, cuyo ideal, lo sabemos, consiste en la homeostasis (el relativo silencio de los órganos, podríamos añadir); por otro lado, son herederos de los ideales de la sociedad protestante y capitalista norteamericana en la feroz concepción utilitarista, superyoica y moralizante que presenta del ser humano.

Y *last but not least* el autor se autoriza del descubrimiento científico del “principio de todo o nada del impulso nervioso” para apoyar su última tesis. Este principio muestra que el impulso eléctrico que conecta una neurona con otra funciona por *todo o nada*; es decir, que no hay término medio o medida gradual en la transmisión de dicho impulso: o la corriente eléctrica es suficientemente fuerte y provoca la conexión interneuronal, o no lo es y no provoca nada en absoluto. En la medida en que este principio ha sido científicamente demostrado, el autor se lo apropia para *validar* su tesis, a saber, que la incapacidad humana para alcanzar la justa medida, o su tendencia a actuar de modo extremo, tendría un fundamento neurofisiológico.

De este modo, podemos decir que el recurso *in fine* del autor a los postulados mate-

rialistas biologicistas es una asunción implícita de la insuficiencia de la teoría que funda la *Terapia Racional Emotiva* para dar cuenta del comportamiento humano y tratar su sufrimiento.

Al mismo tiempo es llamativa la ligereza con la que el autor nos presenta todas sus *ideas preconcebidas* acerca de los pretendidos fundamentos biológicos del comportamiento humano, autorizándose de una *Ciencia fantasma* que no vemos aparecer por ninguna parte, o que, cuando lo hace, es el objeto de interpretaciones insensatas por parte del autor, como sucede con el “principio de todo o nada”.

Para terminar, subrayemos un rasgo del pensamiento de Ellis que encontramos en una gran parte de los autores llamados eclécticos —tan de moda por cierto— en el campo de la psicología. Este gusto *democrático* por el recurso a teorías provenientes de dominios, discursos y campos epistémicos diferentes y a veces incompatibles obliga al autor a groseras simplificaciones y tomas de posición teóricamente insostenibles del tipo *mi teoría explica un X % del comportamiento; el Y % restante será explicado por las neurociencias...*



N de la R: Albert Ellis nació en Pittsburg en 1913 y se crió en Nueva York. Tuvo una infancia difícil. Deseaba ser el Gran Novelista Americano. La Depresión del 29 estadounidense puso fin a su anhelo, pero llegó a la universidad en 1934, graduándose en administración de empresas en la Universidad de New York, aunque empleó su tiempo libre en escribir historias cortas, obras teatrales, novelas, poesía cómica, ensayos y libros de no-ficción. A los 28 años, ya había terminado más de dos docenas de manuscritos completos, pero sin que se los publicasen y se orientó a la no-ficción, a promover lo que él llamaría la “revolución sexual-familiar”.

En 1942 volvió a la Universidad de Columbia e hizo psicología clínica. Allí se doctoró en 1947. Empezó su práctica clínica a tiempo parcial para familias y como consejero sexual. Tenía la convicción de que el psicoanálisis era la forma más profunda y efectiva de terapia. Decidió hacer análisis didáctico dentro del grupo de Karen Horney. Ellis completó su análisis y empezó a practicar psicoanálisis clásico bajo la dirección de su maestro.

A finales de los 40 enseñaba en la Universidad de Nueva York y era jefe de Psicología Clínica en el New Jersey Diagnostic Center. Pero *la fe* de Ellis en el psicoanálisis se vino abajo. En 1955 ya abandonó completamente el psicoanálisis, sustituyendo la técnica por otra centrada en el cambio de las personas a través de la confrontación de sus creencias irracionales y persuadiéndoles para que adoptaran ideas racionales. Publicó su primer libro sobre Terapia Racional Emotiva, “Como Vivir con un Neurótico” en 1957. Dos años más tarde constituyó Instituto para una Vida Racional. Se le considera un teórico “clínico.”



Próximas citas

- 4-6 de mayo** **Madrid**
 XL Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática
 Secretaría: 91 352 1526; www.lubeck99.com
- 21-24 de Junio** **Buenos Aires**
 IV Congreso Mundial de Estrés Traumático de la SEPET (Sociedad Española de Psicotraumatología y Estrés Trabumático): "Trauma y Comunidad". www.sepet.org
- 12 al 16 de Julio de 2006** **Estambul, Turquía**
 Congreso Internacional de la WPA
<http://www.wpa2006istanbul.org/>; Contacto: Prof. Levent Kuey kueyl@superonline.com
- 18-22 de Julio** **Sao Paulo**
 16º Congreso Internacional de Psicoterapia de Grupo (IAGP)
 Talleres y Cursos precongreso: 17 y 18 de Julio
www.iapgcongress.org
- 16-20 de septiembre** **París**
 19º Congreso ECNP
 Secretaría: +31 205040207; E-mail: ecnp2006@congregex.nl; Web: www.ecnp.nl
- 4-6 de octubre** **Guadalajara**
 XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal
www.psiquiatrialegal.org
- 6 y 7 de octubre** **Vigo**
 X Curso de Investigación en Psiquiatría de la Aociación Gallega de Psiquiatría: "El error de Descartes: reflexiones acerca de la relación mente-cerebro desde la perspectiva de las Neurociencias del siglo XXI".
 Hospital Xeral de Vigo
 Secretaría Técnica: 914 550 028; Congresos@viajeshalley.es
- 16-21 de octubre** **Sevilla**
 X Congreso Nacional de Psiquiatría
 Secretaría Técnica: 914 550 028; secretaria@psiquiasevilla06.com
www.psiquiatriasevilla06.com
- 16-18 de noviembre** **Santander**
 4ª Reunión Internacional sobre Fases tempranas de las Enfermedades mentales
 Nuevos enfoques para la intervención en primeros episodios de Psicosis.
 Secretaría: 942 230 6276; www.aforosl.com/psicosis2006

SOLICITUD DE INGRESO

Para ser miembro de OME, 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 80€ para el año 2.006. 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 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) 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 ó ACLSM para lo cual es propuesto por los Miembros:

D.

D.

Fecha...../...../200..... (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